ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ

EXAME AMP 2026 & PROVA SELETIVA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2027

ESPECIALIDADES:

MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA
NEONATOLOGIA
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

PEDIATRIA

Prova: 01/Novembro/2026

Nome Legível: _____

Assinatura do candidato: _____

INSTRUÇÕES

1 - Confira se os dados impressos acima, que identificam esta prova, estão corretos. Assine em seguida.
2 - O caderno de prova deverá conter 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha, com 5 (cinco) alternativas, das quais 1(uma) só é correta.
3 - A duração da prova será de 3 horas (três horas). Ao final, haverá mais 15 (quinze) minutos para a marcação no cartão-resposta.
4 - A interpretação das questões é parte integrante da prova, não sendo, portanto, permitidas perguntas aos Fiscais.
5 - A prova é INDIVIDUAL, sendo vetada a comunicação entre os candidatos durante sua realização.
6 - Será eliminado o candidato que utilizar material de consulta ou qualquer sistema de comunicação.
7 - Em cada questão, há somente uma resposta correta. Cuidado quando transcrever para o cartão-resposta, não poderá haver rasuras.
8 - O caderno de prova deve ser entregue para o Fiscal, juntamente com o cartão-resposta.
9 - Ao receber seu cartão-resposta, aja da seguinte forma:

a) o cartão resposta deverá ser entregue com assinatura conforme os dados afixados na carteira;
b) assine no local indicado;
c) pinte, preenchendo por inteiro, com caneta esferográfica ponta média, tinta preta, o campo correspondente à alternativa que considera correta em cada questão.
d) não o amasse, nem dobre.

MODELO DO CARTÃO-RESPOSTA

01 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	21 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	41 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	61 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	81 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
02 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	22 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	42 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	62 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	82 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
03 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	23 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	43 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	63 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	83 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
04 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	24 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	44 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	64 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	84 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
05 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	25 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	45 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	65 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	85 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
06 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	26 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	46 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	66 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	86 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
07 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	27 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	47 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	67 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	87 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
08 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	28 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	48 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	68 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	88 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
09 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	29 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	49 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	69 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	89 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
10 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	30 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	50 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	70 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	90 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
11 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	31 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	51 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	71 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	91 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
12 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	32 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	52 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	72 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	92 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
13 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	33 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	53 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	73 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	93 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
14 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	34 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	54 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	74 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	94 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
15 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	35 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	55 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	75 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	95 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
16 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	36 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	56 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	76 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	96 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
17 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	37 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	57 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	77 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	97 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
18 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	38 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	58 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	78 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	98 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
19 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	39 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	59 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	79 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	99 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
20 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	40 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	60 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	80 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	100 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ

ESPECIALIDADES:

MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA
NEONATOLOGIA
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

1) Um lactente de 2 meses de idade é levado à consulta de rotina na Unidade Básica de Saúde. A mãe relata que há cerca de duas semanas começou a apresentar cansaço durante as mamadas, fazendo com que o bebê precise interromper a amamentação várias vezes para respirar. Além disso, ela nota sudorese profusa na testa do filho enquanto ele mama. No exame físico, o médico observa taquipneia leve (frequência respiratória de 56 irpm), irritabilidade, tiragem subcostal discreta, fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito e um sopro holossistólico 3+/6+ com frêmito, mais audível em borda esternal esquerda baixa. O restante do exame segmentar não apresenta alterações significativas.
Considerando o quadro clínico e a principal hipótese diagnóstica para esta cardiopatia congênita acianótica de hiperfluxo pulmonar, assinale a alternativa correta.

A) A manifestação clínica descrita costuma surgir logo nas primeiras 24 a 48 horas de vida, antes mesmo da alta hospitalar do alojamento conjunto.
B) O fechamento espontâneo dessa cardiopatia é raro quando o defeito é considerado pequeno ou restritivo.
C) O sopro característico dessa patologia tende a ser mais rude e intenso (maior intensidade acústica) nos defeitos anatômicos maiores.
D) O quadro clínico é decorrente de um desvio de fluxo (shunt) da esquerda para a direita, que se acentua à medida que a resistência vascular pulmonar declina nas primeiras semanas de vida.
E) A restrição hídrica rigorosa associada ao uso isolado de betabloqueadores constitui a primeira linha do tratamento medicamentoso para o controle dos sintomas de insuficiência cardíaca nesse paciente.

2) Um lactente de 11 meses de idade, sem antecedentes mórbidos conhecidos, é levado à Unidade de Pronto Atendimento pelos pais. Eles relatam que, cerca de 15 minutos após ingerir ovo cozido pela primeira vez, o lactente apresentou placas eritematosas e pruriginosas disseminadas pelo tronco, associadas a episódios repetidos de vômitos e irritabilidade intensa. Ao exame físico, o paciente encontra-se vigil, muito irritado, com urticária generalizada, frequência cardíaca de 145 bpm, frequência respiratória de 32 irpm, tempo de enchimento capilar de 2 segundos e saturação de oxigênio de 96% em ar ambiente. A ausculta pulmonar e a pressão arterial estão normais para a idade.
Considerando o caso clínico e as diretrizes atuais sobre anafilaxia na infância, assinale a conduta imediata correta.

A) Administrar difenidramina por via intramuscular e manter o lactente em observação clínica por 6 horas.
B) Aplicar adrenalina na dose de 0,01 mg/kg (máximo de 0,3 mg) por via intramuscular na face anterolateral da coxa.
C) Prescrever metilprednisolona por via intravenosa e nebulização com adrenalina total devido ao risco de estridor.
D) Prescrever dexclorfeniramina por via oral e solicitar retorno em 24 horas para reavaliação.
E) Realizar expansão volêmica imediata com soro fisiológico a 20 mL/kg por via intravenosa devido ao quadro de choque anafilático.

3) Um menino de 3 anos é levado ao pronto-atendimento com história de tosse seca e cansaço iniciados há 24 horas após um quadro de coriza. A mãe relata que ele já apresentou episódios semelhantes três vezes no último ano, sempre associados a resfriados, e que o pai tem rinite alérgica severa. Ao exame físico regular estado geral, taquipneico (FR 42 irpm), com tempo expiratório prolongado e sibilância difusa à ausculta pulmonar. Saturação de O2 em 94% em ar ambiente. Não há sinais de tiragem subcostal ou batimento de asa de nariz.
Considerando o quadro clínico e os critérios para o Índice Preditivo de Asma (IPA), qual a conduta imediata e a orientação de longo prazo mais adequadas?

A) Iniciar nebulização com adrenalina e prescrever brometo de ipratrópio isolado, mantendo a criança em observação por 12 horas.
B) Solicitar espirometria imediata para confirmar o diagnóstico de asma brônquica antes de iniciar qualquer tratamento inalatório.
C) Realizar radiografia de tórax para descartar pneumonia e prescrever antibioticoterapia profilática, dado o histórico de recorrência.
D) Prescrever apenas corticoide oral por 5 dias para tratar a inflamação aguda e orientar retorno se houver febre, sem necessidade de medicação de controle no momento.
E) Iniciar beta-2 agonista de curta duração por via inalatória para a crise atual e considerar o diagnóstico de asma, iniciando corticoide inalatório diário (dose baixa) como manutenção devido ao IPA positivo.

4) Um lactente de 14 meses de idade é levado ao pronto-atendimento com quadro de obstrução nasal, coriza hialina, espirros e febre baixa (37,8 °C) iniciados há dois dias. O exame físico demonstra bom estado geral, mucosa nasal congesta e hiperemiada, sem sinais de desconforto respiratório, e otoscopia normal. A mãe relata que a criança está irritada devido à dificuldade para mamar e dormir por causa do nariz entupido.
Considerando o diagnóstico de resfriado comum e as recomendações atuais para a faixa etária pediátrica, assinale a conduta terapêutica mais adequada.

A) Prescrever xarope de dropropizina para reduzir a

tosse noturna e garantir o sono da criança.
B) Orientar lavagem nasal frequente com soro fisiológico 0,9% e oferecer líquidos em abundância.
C) Iniciar o uso de spray nasal de cloridrato de oximetazolina por até 5 dias para desobstrução nasal rápida.
D) Indicar o uso de paracetamol fixo de 6 em 6 horas e xarope de mel de abelha para alívio dos sintomas gerais.
E) Prescrever amoxicilina em dose terapêutica para prevenir a evolução do quadro para otite média aguda.

5) Um menino de 4 anos é levado ao pronto-socorro devido a um quadro de edema palpebral bilateral que piora pela manhã, associado a edema de membros inferiores e distensão abdominal notados há 5 dias. O paciente não apresenta hematúria macroscópica, febre ou queixas urinárias. O histórico médico não revela comorbidades prévias. Ao exame físico regular estado geral, normotenso (PA 95/60 mmHg), com edema compressível (cacifo 3+/4+) em membros inferiores, anasarca discreta e ascite clinicamente detectável. Os exames laboratoriais iniciais revelam
• Urina tipo 1: proteinúria (4+); ausência de hemácias ou leucócitos.
• Relação proteína/creatinina urinária: 3,8 mg/mg (normal < 0,2).
• Albumina sérica: 1,8 g/dL (normal: 3,5 a 5,0 g/dL).
• Colesterol total: 290 mg/dL.
• Função renal (creatinina e ureia): normais para a idade.
• Complemento sérico (C3 e C4): normais.
Considerando a principal hipótese diagnóstica e a conduta inicial para este paciente, assinale a alternativa correta.

A) O diagnóstico provável é de Glomerulonefrite Difusa Aguda (GNDA) e o tratamento imediato deve incluir antibioticoterapia com penicilina benzatina.
B) Trata-se de um quadro clássico de Síndrome Nefrótica por Doença de Lesões Mínimas, sendo indicada a realização imediata de biópsia renal antes de iniciar a terapia.
C) A principal hipótese é Síndrome Nefrótica, e a conduta inicial padrão consiste na corticoterapia empírica com prednisona ou prednisolona (2 mg/kg/dia).
D) Diante do quadro de anasarca, deve-se iniciar imediatamente a infusão contínua de albumina humana hiperbólica associada a altas doses de furosemida intravenosa, independentemente do status hemodinâmico.
E) A dosagem de complementos (C3 e C4) normais afasta a Doença de Lesões Mínimas, sugerindo fortemente o diagnóstico de Nefropatia por IgA.

6) Menino, 7 anos de idade, é levado à Unidade de Pronto Atendimento com quadro de dor abdominal difusa há 18 horas, que se localizou na fossa ilíaca direita nas últimas 4 horas. Apresenta perda de apetite, dois episódios de vômito e temperatura axilar de 37,9 °C. Ao exame físico, apresenta-se prostrado e manifesta dor intensa quando o examinador retira abruptamente a mão após a compressão do quadrante inferior direito do abdome.
Considerando o caso clínico e a apresentação da apendicite aguda na infância analise as afirmativas abaixo.
I - O diagnóstico da apendicite aguda baseia-se fundamentalmente na anamnese e no exame físico, sendo os exames de imagem complementares úteis em casos duvidosos.
II - Em crianças muito pequenas (pré-escolares e lactentes), o diagnóstico costuma ser mais tardio. Elas não conseguem localizar bem a dor, os sintomas são inespecíficos e o omento é mais curto, o que eleva a taxa de perfuração apendicular inicial.
III - A tomografia computadorizada é obrigatoriamente o primeiro exame de imagem a ser solicitado em qualquer criança com suspeita de apendicite, devido à sua maior acertividade.
Assinale a alternativa correta.

A) As afirmativas I e II estão corretas, a afirmativa III está incorreta.
B) As afirmativas I e III estão corretas, a afirmativa II está incorreta.
C) As afirmativas II e III estão corretas, a afirmativa I está incorreta.
D) As afirmativas I, II e III estão corretas.
E) As afirmativas I, II e III estão incorretas.

7) Um lactente de 8 meses é levado à emergência com história de febre alta (39,5°C), irritabilidade e vômitos há 12 horas. Ao exame físico, apresenta-se letárgico, com abaulamento de fontanela, sinal de Brudzinski positivo e algumas petéquias em membros inferiores. Após estabilização inicial, foi realizada punção lombar. O resultado da análise do líquido cefalorraquidiano revelou
• Aspecto: turvo;
• Citologia: 1.200 células/mm³ (85% de polimorfonucleares);
• Bioquímica: glicose de 15 mg/dL (glicemia sérica de 100 mg/dL) e proteínas de 180 mg/dL.
Com base no quadro clínico e nos achados laboratoriais, qual é a conduta imediata mais adequada e o agente etiológico mais provável para esta faixa etária, considerando o calendário vacinal atualizado?

A) Iniciar aciclovir intravenoso e aguardar cultura; o quadro sugere meningite viral por Herpes simplex.
B) Iniciar apenas vancomicina, pois a principal suspeita é de Staphylococcus aureus devido às petéquias.
C) Iniciar ceftriaxona associada à vancomicina; o agente mais provável é o Streptococcus pneumoniae.
D) Iniciar antibioticoterapia com ceftriaxona isolada; o agente mais provável é o Haemophilus influenzae tipo b.

E) Realizar tomografia de crânio antes de iniciar qualquer medicação, para descartar hipertensão intracraniana.

8) Um pré-escolar de 5 anos está internado há 4 dias para tratamento de pneumonia lobar em pulmão direito. Apesar do uso de ceftriaxona intravenosa em doses adequadas, a criança mantém febre alta persistente, piora do estado geral, taquipneia e dor torácica ipsilateral. Foi realizada uma nova radiografia de tórax que evidenciou velamento de dois terços do hemitórax direito, com sinal do menisco. Uma tomografia de tórax revelou a presença de derrame pleural loculado e múltiplas áreas de cavitação de paredes finas no parênquima pulmonar, sem realce de contraste, sugerindo pneumonia necrotizante.
Considerando a principal etiologia atual dessa complicação e a conduta recomendada, assinale a alternativa correta.

A) O agente etiológico mais provável é o pneumococo ou *Staphylococcus aureus* (especialmente o MRSA), sendo indicada a substituição imediata ou associação de vancomicina ao esquema.
B) A presença de necrose e cavitações indica obrigatoriamente a necessidade de ressecção cirúrgica de urgência (lobectomia), dado o alto risco de fístula broncopleural.
C) O principal agente envolvido nesta complicação em crianças vacinadas é o *Haemophilus influenzae* tipo b, sendo o tratamento de escolha a claritromicina.
D) A pneumonia necrotizante é uma indicação clássica para a instalação de dois drenos de tórax de grosso calibre e início imediato de corticoterapia em doses imunossupressoras.
E) O agente mais comum é o *Mycoplasma pneumoniae*, e o achado de necrose na tomografia é apenas um artefato comum do derrame pleural parapneumônico, sem valor clínico.

9) Um recém-nascido de 10 dias de vida é levado à consulta devido a um ruído agudo durante a inspiração (estridor inspiratório), que iniciou nos primeiros dias após o nascimento. Os pais relatam que o barulho piora quando o bebê está deitado de costas ou quando está chorando, e melhora significativamente quando ele é colocado de bruços. O lactente apresenta bom ganho de peso, está amamentando bem e não demonstra sinais de desconforto respiratório grave, cianose ou crises de engasgo.
Considerando a principal hipótese diagnóstica para este quadro, assinale a alternativa correta.

A) Trata-se de estenose subglótica, uma condição predominantemente congênita que sempre exige intervenção cirúrgica imediata com reconstrução laringotraqueal.
B) A principal hipótese é a laringomalácia, cuja conduta inicial na ausência de sinais de gravidade é expectante, pois a maioria dos casos resolve-se espontaneamente até os 12-24 meses de vida.
C) O quadro sugere paralisia de pregas vocais bilateral, sendo obrigatória a realização de traqueostomia de urgência devido ao alto risco de obstrução completa da via aérea.
D) Trata-se de uma fenda laringea tipo I, anomalia caracterizada por estridor puramente inspiratório que melhora com a alimentação pastosa.
E) A traqueomalácia é o diagnóstico mais provável, caracterizando-se tipicamente por um estridor isolado na fase inspiratória que piora durante o sono profundo.

10) Um lactente de 10 meses de idade é admitido no pronto-socorro pediátrico com quadro de febre alta, irritabilidade, vômitos e aparecimento progressivo de petéquias em tronco e extremidades. O exame do líquido cefalorraquidiano (LCR) revela isolamento de *Neisseria meningitidis*. O paciente é imediatamente internado e inicia-se o tratamento com ceftriaxona endovenosa.
Considerando as diretrizes atuais de controle de infecção hospitalar para a meningite meningocócica, assinale a alternativa correta quanto ao tipo e ao tempo de isolamento indicados para este paciente.

A) Isolamento de gotículas, que pode ser suspenso após 24 horas de antibioticoterapia eficaz.
B) Isolamento de aerossóis, que deve ser mantido por todo o período de internação hospitalar do paciente.
C) Isolamento de contato e gotículas, indicado até a normalização completa dos parâmetros celulares do LCR.
D) Isolamento de gotículas, que deve ser rigorosamente mantido até o término do curso completo de antibióticos.
E) Isolamento de aerossóis e contato, com descontinuação permitida após 48 horas do desaparecimento da febre.

11) Um menino de 6 anos é levado ao pronto-socorro com queixa de dor intensa na perna direita há dois dias, acompanhada de febre alta e claudicação. O exame físico revela dor à palpação local e limitação da mobilidade da articulação proximal. Diante da suspeita clínica de osteomielite aguda, qual é o agente etiológico bacteriano mais frequentemente isolado nessa faixa etária?

A) *Streptococcus pneumoniae*.
B) *Staphylococcus aureus*.
C) *Kingella kingae.*
D) *Salmonella spp.*
E) *Escherichia coli.*

12) Um lactente de 14 meses de idade é levado à consulta ambulatorial com história de febre alta (38,8 °C) há 24 horas. A mãe relata que a criança está ativa, aceitando bem a amamentação e sem outras queixas. Ao realizar exame físico nota-se que o lactente está em bom estado geral, corado, hidratado e não se encontra nenhum foco infeccioso aparente (otoscopia, oroscopia, ausculta pulmonar e avaliação abdominal normais). Diante do diagnóstico de Febre Sem Sinais Localizatórios (FSSL), qual é a principal causa etiológica infecciosa esperada para essa faixa etária e quadro clínico?

A) Apendicite aguda em fase inicial.
B) Infecção do trato urinário por *Escherichia coli*.
C) Bacteremia oculta por *Streptococcus pneumoniae*.
D) Infecção bacteriana grave, como a meningite meningocócica.
E) Infecção viral autolimitada, como as causadas por enterovírus ou herpes-vírus humano 6.

13) Adolescente de 14 anos há 5 dias apresentou dor abdominal e cefaleia, acompanhadas de febre e náuseas. Realizou triagem respiratória que foi positiva para Influenza vírus B. Há um dia iniciou com dor em panturrilhas bilateralmente e dificuldade para deambular. Exames laboratoriais mostram leucócitos de 3.700µ/L, CPK (creatinofosfoquinase) de 4.730U/L, TGO (aspartato aminotransferase) de 170U/L, TGP (transaminase glutâmico-pirúvica) de 62U/L. Qual o diagnóstico mais provável?

A) Miosite viral.
B) Leptospirose.
C) Dermatomiosite.
D) Leucemia aguda.
E) Síndrome de Guillain-Barré.

14) Um adolescente de 14 anos, previamente hígido, é trazido ao pronto-socorro pelos pais com história de letargia, dor abdominal difusa, náuseas e vômitos nas últimas 24 horas. Os pais relatam que, nas últimas três semanas, o jovem apresentou emagrecimento de 4kg, além de sede excessiva e aumento na frequência urinária.
Ao exame físico, o paciente apresenta-se sonolento, desidratado grave (mucosas secas, turgor cutâneo diminuído), com hálito cetônico e padrão respiratório rápido e profundo. Seus sinais vitais revelam frequência cardíaca de 118 bpm, frequência respiratória de 28 irpm e pressão arterial de 100/60 mmHg.
Os exames laboratoriais iniciais mostram:
• Glicemia capilar: 385 mg/dL
• Gasometria arterial: pH = 7,01; HCO3- = 8 mEq/L; pCO2 = 28 mmHg
• Cetonúria: +++/4+
• Potássio sérico: 4,2 mEq/L
Assinale a alternativa que indica a conduta imediata e correta a ser adotada.

A) Administrar bicarbonato de sódio por via intravenosa imediatamente devido ao pH menor que 7,10, visando corrigir a acidose metabólica grave e prevenir arritmias.
B) Iniciar imediatamente a infusão de insulina regular por via intravenosa em bolus (0,1 UI/kg), seguida de infusão contínua, independentemente da expansão volêmica prévia.
C) Iniciar a reposição volêmica com solução salina isotônica (soro fisiológico 0,9%) e postergar o início da insulinoterapia até que o nível de potássio sérico seja corrigido para valores acima de 5,3 mEq/L.
D) Prescrever insulina regular por via subcutânea a cada 2 horas até que a glicemia atinja valores inferiores a 250 mg/dL, evitando o risco de edema cerebral associado à via intravenosa.
E) Iniciar a expansão volêmica imediata com soro fisiológico 0,9% e associar reposição de potássio ao soro de manutenção, uma vez que o potássio sérico inicial está na faixa de normalidade, mas sofrerá queda com a insulinoterapia.

15) Uma menina de 4 anos dá entrada no pronto-socorro levada pelos pais devido a uma crise convulsiva tônico-clônica generalizada que já dura cerca de 8 minutos. A equipe de enfermagem já garantiu o monitoramento e um acesso venoso periférico calibroso. O médico assistente posiciona a cabeça da paciente, aplica oxigênio sob máscara e constata que a saturação está em 94%. De acordo com as diretrizes atuais para o manejo do estado de mal epiléptico na infância, qual deve ser a primeira escolha medicamentosa por via intravenosa neste momento?

A) Fenitoína.
B) Midazolam.
C) Fenobarbital.
D) Levetiracetam.
E) Ácido valproico.

16) Um lactente de 4 meses de idade é levado ao pronto-atendimento com história de coriza e tosse há três dias, que evoluiu hoje com desconforto respiratório e dificuldade para mamar. Ao exame físico, apresenta-se reativo, taquipneico (frequência respiratória de 58 incursões por minuto), com tiragem subcostal leve e saturação de oxigênio de 93% em ar ambiente. A ausculta pulmonar revela sibilos bilaterais e estertores subcrepitantes difusos. O diagnóstico clínico é de bronquiolite viral aguda.
Com base nas recomendações atuais para o manejo inicial da bronquiolite viral aguda na infância, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

A) Iniciar imediatamente nebulização com broncodilatador de curta ação (salbutamol) para avaliar a resposta terapêutica em 30 minutos.
B) Indicar a internação hospitalar para monitorização e suporte com oxigenoterapia por cateter nasal de alto fluxo, dado o risco de apneia.
C) Prescrever corticoide sistêmico (prednisolona) por 3 a 5 dias para reduzir a inflamação da via aérea e diminuir o tempo de internamento.
D) Realizar a higienização nasal frequente com soro fisiológico e garantir a hidratação adequada, mantendo o paciente sob observação.
E) Solicitar radiografia de tórax e hemograma completo com PCR para descartar complicações bacterianas antes de liberar para casa.

17) Recém-nascido de 3 semanas de vida apresenta icterícia progressiva iniciada na segunda semana, acompanhada de colúria e episódios intermitentes de hipocolia fecal. O exame físico revela hepatomegalia com consistência aumentada. Os exames laboratoriais confirmam colestase neonatal (bilirrubina direta de 3,5 mg/dL). Diante do quadro clínico e da necessidade de um diagnóstico precoce para otimizar o prognóstico, qual das seguintes condições representa a causa mais comum de colestase neonatal extra-hepática e exige intervenção cirúrgica idealmente antes dos 60 dias de vida?

A) Síndrome de Alagille.
B) Galactosemia clássica.
C) Atresia de vias biliares.
D) Deficiência de alfa-1-antitripsina.
E) Infecção congênita por Citomegalovírus.

18) No que se refere aos marcos do desenvolvimento motor, cognitivo e de linguagem na primeira infância, assinale a alternativa que apresenta uma correlação correta entre a idade estimada e a habilidade esperada para a criança.

A) Ao final do segundo mês de vida, a criança já apresenta o reflexo de preensão palmar voluntário, conseguindo transferir objetos de uma mão para a outra.
B) Por volta dos seis meses de idade, espera-se que a criança consiga sentar-se sem apoio, além de iniciar a emissão de sons silábicos repetitivos (balbucio).
C) Aos 12 meses, a maioria das crianças já possui uma marcha completamente coordenada e corre sem cair, além de formular frases complexas com três ou quatro palavras.
D) O sorriso social, que marca o início da interação comunicativa intencional e reativa ao rosto humano, surge tipicamente entre o 9º e o 12º mês de vida.
E) Aos 24 meses, espera-se que a criança seja capaz de saltar com um pé só, demonstrando domínio completo do equilíbrio dinâmico e controle esfincteriano noturno definitivo.

19) No pronto atendimento pediátrico, a avaliação de uma criança com queixa de cefaleia exige do médico uma triagem rápida para afastar causas secundárias graves. Com base nas recomendações atuais sobre o manejo da cefaleia na infância, assinale a alternativa que apresenta corretamente um "sinal de alerta" (red flag) que justifica a indicação imediata de exame de neuroimagem.

A) Cefaleia de forte intensidade, unilateral e pulsátil, associada a fotofobia e fonofobia, com duração de 4 horas.
B) Cefaleia do tipo holocraniana, em pressão, de intensidade leve a moderada, que não piora com atividades físicas rotineiras.
C) Cefaleia que desperta a criança durante o sono noturno ou que ocorre logo ao acordar, acompanhada de vômitos em jato.
D) Cefaleia recorrente há 6 meses, com episódios idênticos entre si, sem alteração no padrão de frequência ou intensidade das crises.
E) Cefaleia desencadeada por estresse escolar ou privação de sono, que cede completamente após o uso de analgésicos comuns (como dipirona).

20) Um menino de 6 anos é trazido ao pronto-socorro após queda de bicicleta com impacto direto do guidão na região epigástrica há cerca de 6 horas. Inicialmente, apresentava apenas dor local leve, mas evoluiu com piora progressiva da dor abdominal, associada a episódios de vômitos biliosos. Ao exame físico, encontra-se hipoativo, desidratado, com frequência cardíaca de 125 bpm, pressão arterial de 95/60 mmHg e tempo de enchimento capilar de 2 segundos. O abdome está distendido, doloroso à palpação difusa, com sinais de irritação peritoneal. Diante do mecanismo de trauma e do quadro clínico, qual é a principal hipótese diagnóstica e a conduta inicial imediata?

A) Lesão esplênica isolada; internação em UTI para monitorização hemodinâmica e conduta conservadora.
B) Hematoma duodenal; passagem de sonda nasogástrica, jejum e nutrição parenteral total.
C) Perfuração de víscera oca (duodeno/jejuno); antibioticoterapia de amplo espectro e laparotomia exploradora.
D) Trauma hepático grave; realização imediata de FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) na sala de emergência seguido de angiotomografia.
E) Transecção pancreática; dosagem de amilase/lipase séricas e indicação de dreno percutâneo guiado por imagem.

21) Recém-nascido pré-termo extremo, nascido com 27 semanas de idade gestacional e peso de 950g, encontra-se internado na Unidade de Tera-

pia Intensiva Neonatal (UTIN), clinicamente estável e em ganho ponderal, completando hoje 2 meses de vida cronológica.
Considerando as recomendações a respeito da imunização de prematuros, assinale a alternativa correta.

A) A vacinação rotineira desse lactente (como as vacinas contra difteria, tétano, coqueluche e *Haemophilus influenzae* tipo b) deve ser postergada até que ele atinja o peso mínimo de 2.000g ou receba alta hospitalar.
B) A primeira dose da vacina contra o Hepatite B deve ser administrada imediatamente ao nascer para este paciente, e essa dose inicial já deve ser contabilizada como a primeira das três doses do esquema vacinal padrão de infância, independentemente do peso ao nascer.
C) Os prematuros clinicamente estáveis devem ser imunizados com as vacinas rotineiras da infância de acordo com a sua idade cronológica, utilizando as mesmas doses e esquemas recomendados para lactentes a termo.
D) A vacina com vírus vivos atenuados contra o Rotavírus deve ser obrigatoriamente administrada a este paciente na data de hoje, mesmo que ele permaneça internado na UTIN em coabitação com outros prematuros.
E) Devido à imaturidade do sistema imunológico, as doses das vacinas inativadas administradas em prematuros extremos devem ser fracionadas pela metade para evitar eventos adversos graves.

22) Qual é a causa não traumática mais comum de hemorragia subaracnoide (HSA) na população pediátrica?

A) Tumoral.
B) Uso de medicamentos.
C) Malformações arteriovenosas.
D) Coagulopatia por deficiência de vitamina K.
E) Vasculite do sistema nervoso central secundária ao lúpus.

23) Lactente de oito meses iniciou há dois meses com atraso no desenvolvimento, perda de habilidades motoras, convulsões e ao exame clínico com disfagia e oftalmoplegia. No fundo de olho observa-se presença de manchas vermelho cereja em retinas. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

A) Doença de Gaucher.
B) Ataxia de Friedreich.
C) Adrenoleucodistrofia.
D) Doença de Tay-Sachs.
E) Doença de Niemann-Pick.

24) Um paciente de 6 anos de idade é levado ao pronto-socorro apresentando torcicolo súbito e doloroso, com a cabeça mantida em uma atitude de inclinação lateral para um lado e rotação para o lado oposto. Os pais relatam que a criança terminou um tratamento para amigdalite bacteriana aguda há sete dias. O exame neurológico detalhado não apresenta déficits focais, e não há histórico de trauma cervical. Diante do diagnóstico presuntivo de Síndrome de Grisel, qual das seguintes alternativas descreve corretamente a fisiopatologia ou o manejo dessa condição?

A) A condição é classificada como uma subluxação atlantoaxial traumática, decorrente da frouxidão ligamentar congênita exacerbada pelo uso de antibióticos.
B) O mecanismo fisiopatológico principal envolve a disseminação hematogênica ou linfática da inflamação faríngea para os ligamentos periodontais e o ligamento transverso do atlas.
C) O exame de escolha inicial e definitivo para o diagnóstico e classificação de Fielding e Hawkins é a eletroneuromiografia dos músculos cervicais posteriores.
D) O tratamento inicial para os casos leves (grau I de Fielding) baseia-se obrigatoriamente em artrodese cirúrgica posterior imediata para evitar compressão medular.
E) A contratura muscular reflexa observada nessa síndrome é secundária a uma meningite bacteriana subjacente, exigindo punção lombar imediata em todos os casos.

25) De acordo com os critérios diagnósticos para Síndrome Metabólica em pediatria (geralmente aplicados a partir dos 10 anos de idade), qual dos achados abaixo é considerado um componente essencial para a definição dessa condição?

A) Baixa estatura para a idade.
B) Presença de asma brônquica.
C) Níveis elevados de colesterol LDL.
D) Frequência cardíaca em repouso aumentada.
E) Circunferência abdominal elevada (acima do percentil 90).

26) Uma lactente de 10 meses é levada ao consultório devido a uma tumoração na região da cauda da sobrancelha esquerda, notada desde os primeiros meses de vida. A lesão é indolor, de consistência firme-elástica, mede cerca de 1,5 cm, é móvel à palpação e a pele sobrejacente tem aspecto normal. Não há histórico de trauma ou sinais inflamatórios locais. O pediatra suspeita de cisto dermoide.
Embora o tratamento definitivo seja a exérese cirúrgica eletiva, qual é a complicação evolutiva que mais frequentemente justifica a indicação cirúrgica precoce ou cuidadosa nestes casos?

A) Obstrução do ducto lacrimal com consequente dacriocistite crônica e epífora persistente.
B) Transformação maligna para carcinoma espinocelular, que ocorre em cerca de 20% dos casos na infância.
C) Infecção secundária com formação de abscesso, que pode dificultar a dissecção da cápsula e aumentar o risco de recidiva.
D) Ruptura espontânea com disseminação de conteúdo sebáceo, levando a uma reação granulomatosa de corpo estranho severa.
E) Erosão ou depressão do osso subjacente por pressão crônica, podendo, em casos de localização na linha média, ter comunicação intracraniana.

27) Um menino de 3 anos é levado ao pediatra com relato de episódios recorrentes de febre alta (chegando a 39,5°C) que duram exatamente de 4 a 5 dias e reaparecem rigorosamente a cada 28 dias. Durante os picos febris, a criança apresenta aftas orais dolorosas, faringite não exsudativa e linfadenite cervical bilateral. Nos intervalos entre os episódios, o menor mantém crescimento e desenvolvimento completamente normais, além de exames laboratoriais de rotina sem alterações.
Considerando o quadro clínico e a principal suspeita diagnóstica, assinale a alternativa correta.

A) Trata-se de Febre Familiar do Mediterrâneo (FMF), cujo tratamento de escolha se baseia no uso contínuo de colchicina para prevenção de amiloidose secundária.
B) O diagnóstico mais provável é a Síndrome PFAPA, e o teste terapêutico com uma dose única de corticosteroide oral costuma cessar a febre de forma dramática em poucas horas.
C) A hipótese principal é a Síndrome de Hiper-IgD, que se confirma laboratorialmente pela dosagem persistentemente baixa de imunoglobulina D durante as crises.
D) O quadro sugere Neutropenia Cíclica, uma condição autoinflamatória primária que dispensa a realização de hemogramas seriados para o fechamento diagnóstico.
E) A periodicidade rigorosa dos sintomas afasta a necessidade de diagnóstico diferencial com imunodeficiências primárias ou processos infecciosos de repetição.

28) Um paciente de 8 anos de idade é levado ao ambulatório de pneumologia pediátrica com história de tosse seca persistente, tolerância diminuída aos exercícios e perda ponderal não intencional de 3kg nos últimos quatro meses. A mãe relata que os sintomas pioraram após a família se mudar para uma casa mais antiga, onde o quarto da criança apresenta sinais evidentes de infiltração e mofo nas paredes. Ao exame físico, o paciente encontra-se taquipneico, com baqueteamento digital incipiente e, à ausculta pulmonar, observam-se estertores crepitantes finos bilateralmente, predominantemente em bases. Uma tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) de tórax revelou opacidades em vidro fosco difusas, micronódulos centrolobulares de limites imprecisos e áreas de aprisionamento aéreo
Considerando o diagnóstico provável de pneumonite por hipersensibilidade fibrosante crônica, assinale a alternativa correta.

A) O tratamento inicial de escolha baseia-se exclusivamente na corticoterapia sistêmica em altas doses, sendo desnecessária a mudança ambiental se a adesão medicamentosa for estrita.
B) A presença de anticorpos séricos IgG específicos (precipitinas) contra os antígenos fúngicos confirma isoladamente o diagnóstico, dispensando a necessidade de exames de imagem ou biópsia.
C) O lavado broncoalveolar (LBA) caracteristicamente revela linfocitose acentuada, frequentemente com inversão da relação CD4+/CD8+, auxiliando na exclusão de outras pneumopatias.
D) O baqueteamento digital e as áreas de aprisionamento aéreo na TCAR sugerem uma fase aguda da doença, que apresenta reversibilidade completa e imediata após o uso de broncodilatadores de longa ação.
E) A biópsia pulmonar cirúrgica é obrigatória em todos os casos pediátricos suspeitos antes de se iniciar qualquer abordagem terapêutica, independentemente dos achados tomográficos.

29) Um menino de 4 anos é levado ao ambulatório de pediatria com história de claudicação e dor no joelho direito há 2 meses, com piora ao acordar e melhora progressiva ao longo do dia. A mãe nega febre, traumas, perda de peso ou exantemas. Ao exame físico, o paciente apresenta-se em bom estado geral. O joelho direito está discretamente aumentado de volume, com temperatura local ligeiramente elevada e limitação sutil da flexão completa, sem hiperemia. O restante do exame articular é normal, e não há linfonodomegalias ou visceromegalias.
Os exames laboratoriais iniciais mostram:
• Hemograma: normal para a idade (sem anemia, leucocitose ou plaquetose).
• VHS (Velocidade de Hemossedimentação): 28 mm/h (valor de referência: < 15 mm/h).
• PCR (Proteína C Reativa): 1,2 mg/dL (valor de referência: < 0,5 mg/dL).
• Fator Antinucleante (FAN): Positivo, 1:320, padrão pontilhado denso.
• Fator Reumatoide (FR): Negativo.
Considerando o diagnóstico mais provável para este paciente, qual é a principal recomendação ou complicação a ser investigada imediatamente?

A) Solicitar radiografia comparativa de joelhos para afastar osteosarcoma.
B) Encaminhar ao oftalmologista para triagem com lâmpada de fenda devido ao risco de uveíte anterior assintomática.
C) Iniciar corticoterapia em altas doses por via oral para evitar a progressão para poliartrite.
D) Solicitar mielograma para descartar leucemia linfoide aguda (LLA) oculta.
E) Indicar infiltração intra-articular imediata com corticoide antes de iniciar anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs).

30) O uso de chupetas em lactentes é um tema frequentemente debatido nas consultas de puerpério, envolvendo riscos e benefícios que devem ser ponderados pela equipe de saúde e pela família. Com base nas recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Ministério da Saúde sobre o uso de chupetas, analise as afirmativas abaixo.
I - O uso da chupeta deve ser estimulado logo nos primeiros dias de vida para lactentes em aleitamento materno exclusivo, pois atua como um fator de estímulo para a sucção nutritiva eficaz.
II - Lactentes que utilizam chupeta apresentam menor incidência de episódios de otite média aguda (OMA) devido ao fortalecimento da musculatura da tuba auditiva.
III - O uso prolongado da chupeta não interfere no desenvolvimento arcabouço craniomandibular, desde que o bico do utensílio seja classificado como ortodôntico.
Assinale a alternativa correta.

A) As afirmativas I e II estão corretas, a afirmativa III está incorreta.
B) As afirmativas I e III estão corretas, a afirmativa II está incorreta.
C) As afirmativas II e III estão corretas, a afirmativa I está incorreta.
D) As afirmativas I, II e III estão corretas.
E) As afirmativas I, II e III estão incorretas.

31) Um lactente de 5 meses é levado ao pronto-atendimento com história de irritabilidade, recusa alimentar e cansaço às mamadas há dois dias. Hoje, os pais notaram palidez e respiração rápida. Duas semanas atrás, ele apresentou um quadro de coriza e febre baixa que se resolveu espontaneamente. Ao exame físico, o paciente encontra-se taquipneico (FR 62 irpm), taquicárdico (FC 175 bpm), hipofonético, com tempo de enchimento capilar de 4 segundos, fígado palpável a 3,5 cm do rebordo costal direito e estertores crepitantes finos em bases pulmonares bilateralmente. O eletrocardiograma (ECG) revela taquicardia sinusal, baixa voltagem do complexo QRS e inversão difusa da onda T. Diante da principal hipótese diagnóstica de miocardite viral aguda, assinale a alternativa correta.

A) O Coxsackievirus A permanece isolado como o agente etiológico mais frequentemente diagnosticado nessa patologia na atualidade.
B) A biópsia endomiocárdica deve ser realizada imediatamente em todos os casos suspeitos devido ao seu baixo risco e alta sensibilidade na fase aguda.
C) O ecocardiograma com Doppler é o padrão-ouro definitivo para o diagnóstico, superando a ressonância magnética cardíaca em acurácia tecidual.
D) O tratamento inicial foca no suporte hemodinâmico, sendo indicado o uso de betabloqueadores em altas doses na fase de descompensação aguda.
E) A apresentação clínica em lactentes costuma ser inespecífica, mimetizando quadros de sepse ou bronquiolite, e frequentemente evolui com sinais de insuficiência cardíaca congestiva.

32) Um pré-escolar de 4 anos, com queimadura de espessura parcial profunda em 25% da superfície corporal total (SCQ) por escaldadura, está no quinto dia de internação hospitalar. A equipe de enfermagem nota mudança no padrão clínico. Ao exame a criança apresenta-se apática, com temperatura de 39,2°C, frequência cardíaca de 160 bpm e frequência respiratória de 35 irpm. O curativo apresenta secreção purulenta com odor fétido e há descoloração focal de áreas que antes estavam cicatrizando.
De acordo com os critérios da American Burn Association (ABA) para o diagnóstico de sepse no paciente queimado, qual achado, além dos sinais vitais mencionados, é um marcador altamente sugestivo de infecção sistêmica neste paciente?

A) Presença de tecido de granulação no leito da ferida, indicando que a colonização bacteriana é apenas superficial.
B) Presença de taquicardia e taquipneia isoladas, pois são critérios diagnósticos suficientes para sepse em grandes queimados.
C) Queda da pressão arterial sistólica abaixo do percentil 5 para a idade, sendo este o primeiro sinal clínico de sepse no grande queimado.
D) Leucocitose acima de 12.000/mm³, sendo este o marcador mais sensível e específico para infecção bacteriana no paciente queimado.
E) Intolerância alimentar (distensão abdominal ou resíduo gástrico elevado) ou necessidade de aumento súbito de insulina por hiperglicemia.

33) O lúpus eritematoso sistêmico juvenil é uma doença autoimune crônica que pode afetar múltiplos órgãos e sistemas. Em comparação com o lúpus de início no adulto, a forma juvenil costuma apresentar um curso clínico mais grave e maior incidência de envolvimento orgânico majoritário. Qual das seguintes complicações é amplamente

reconhecida como uma das manifestações graves mais frequentes e uma das principais causas de morbidade a longo prazo na forma juvenil?

A) Nefrite lúpica.
B) Fibrose pulmonar idiopática.
C) Diabetes mellitus tipo 1 secundário.
D) Hipertrofia ventricular direita isolada.
E) Ceratoconjuntivite seca grave isolada.

34) Um lactente de 8 meses de idade, sexo masculino, previamente hígido, é levado ao pronto-socorro com história de febre de até 38,8°C há 2 dias, associada à recusa alimentar e irritabilidade. Não há sintomas respiratórios ou gastrointestinais. O exame físico não revela focos infecciosos evidentes. Uma coleta de urina foi realizada, e o resultado do EAS (Elementar e Sedimentoscopia) sugeriu infecção do trato urinário. Diante do diagnóstico presuntivo de pielonefrite aguda e considerando o manejo inicial do paciente, assinale a alternativa correta.

A) O tratamento deve ser obrigatoriamente iniciado por via intravenosa devido à idade do paciente, utilizando preferencialmente ceftriaxona ou ampicilina associada a gentamicina.
B) A antibioticoterapia empírica por via oral com cefalexina ou amoxicilina com clavulanato pode ser considerada, desde que o paciente apresente bom estado geral e aceitação hídrica adequada.
C) O tratamento profilático com nitrofurantoína deve ser iniciado imediatamente após o término das doses terapêuticas do antibiótico, independentemente do resultado de exames de imagem.
D) Se a urocultura isolar Pseudomonas aeruginosa, a primeira escolha para o tratamento ambulatorial via oral deve ser a ciprofloxacina, que é amplamente liberada e livre de restrições para qualquer faixa etária pediátrica.
E) A coleta de urina por saco coletor seria a mais indicada para este lactente por ser um método não invasivo e apresentar baixíssima taxa de contaminação para confirmação diagnóstica.

35) A obesidade na infância e na adolescência é uma doença crônica, multifatorial e de prevalência crescente em nível global. O manejo dessa condição exige uma abordagem integrada que considera fatores genéticos, ambientais, metabólicos e psicossociais. Com base nas diretrizes clínicas atuais e na fisiopatologia da obesidade no paciente jovem, assinale a alternativa correta.

A) O diagnóstico de obesidade em crianças de 5 a 19 anos, segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS), é estabelecido quando o Índice de Massa Corporal (IMC) por idade apresenta desvio-padrão superior a +2.
B) O tecido adiposo atua como um órgão endócrino estático, cujo principal impacto na puberdade precoce ocorre devido à supressão crônica da secreção de leptina.
C) A metformina é indicada como a primeira linha de tratamento farmacológico universal para crianças de qualquer idade com sobrepeso, independentemente de mudanças no estilo de vida.
D) A acantose nigricante, frequentemente observada no pescoço e axilas de jovens obesos, é uma manifestação cutânea causada pela deficiência absoluta de insulina circulante.
E) O aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida é considerado um fator de risco secundário para o desenvolvimento precoce de adiposidade na infância.

36) Um lactente de 6 meses é levado ao pediatra com lesões eritematosas, pruriginosas, descamativas e com áreas de exsudação nas bochechas, couro cabeludo e superfícies extensoras dos membros. A mãe relata que a criança é muito irritada e tem o sono prejudicado devido à coceira intensa. Qual das alternativas abaixo representa o pilar fundamental do tratamento de manutenção e prevenção de exacerbações para este paciente?

A) Uso diário e abundante de emolientes e hidratantes.
B) Uso contínuo de corticoides tópicos de alta potência.
C) Banhos quentes e prolongados com sabonetes antissépticos para prevenir infecções.
D) Exclusão rigorosa e preventiva de todos os alérgenos alimentares da dieta da criança.
E) Administração de antibióticos orais de forma profilática para evitar infecção secundária.

37) Menino de 6 anos é levado ao pronto-atendimento com quadro de ataxia, tremores nas mãos e sonolência progressiva iniciado há dois dias. A mãe relata que a criança teve um quadro de infecção de vias aéreas superiores, com febre e coriza, há cerca de duas semanas, que se resolveu espontaneamente. Ao exame físico, o paciente apresenta-se torporoso (pontuação 11 na Escala de Coma de Glasgow), com hiperreflexia difusa, sinal de Babinski bilateral e ataxia de tronco. Não há sinais de irritação meníngea. Realizada ressonância magnética (RM) de crânio, que demonstrou lesões desmielinizantes extensas, assimétricas, acometendo a substância branca cerebral bilateralmente e os núcleos da base, com realce nodular pelo gadolínio. A análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) revelou pleocitose linfocítica leve e proteínas levemente elevadas, sem bandas oligoclonais. Considerando o diagnóstico de Encefalomielite Disseminada Aguda (ADEM), assinale a alternativa correta.

A) A ausência de bandas oligoclonais no LCR afasta o diagnóstico de ADEM, sugerindo fortemente Esclerose Múltipla (EM) de início pediátrico.
B) O acometimento dos núcleos da base e do córtex cinzento profundo na RM é um achado que ajuda a diferenciar a ADEM da Esclerose Múltipla.
C) A terapia de primeira linha consiste em plasmaférese (PLEX), devendo a corticoterapia ser reservada apenas para casos refratários.
D) Por definição, a ADEM na infância é uma doença bifásica, exigindo um segundo surto clínico após 3 meses para a confirmação diagnóstica.
E) A presença de anticorpos anti-MOG (glicoproteína da mielina dos oligodendrócitos) séricos positivos descarta o diagnóstico de ADEM.

38) A Síndrome de West é uma encefalopatia epiléptica grave que se manifesta na infância, geralmente no primeiro ano de vida. Ela é classicamente caracterizada por uma tríade clínica específica. Assinale a alternativa que apresenta um dos componentes fundamentais dessa tríade.

A) Crises de ausência típicas.
B) Crises tônico-clônicas generalizadas de início tardio.
C) Presença obrigatória de microcefalia ao nascimento.
D) Padrão de hipsarritmia no eletroencefalograma (EEG).
E) Regressão do desenvolvimento motor apenas após os 5 anos de idade.

39) Uma menina de 6 anos e 8 meses é levada ao pediatra devido ao surgimento de broto mamário bilateral nos últimos 4 meses, associado a uma aceleração recente do crescimento linear. Os pais negam o uso de medicações tópicas ou ingestão acidental de hormônios. Ao exame físico apresenta telarca estágio M2 de Tanner e ausência de pubarca (P1). O exame de idade óssea revela uma maturação correspondente a 8 anos e 6 meses. O teste de estímulo com o hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) apresentou um pico de LH de 7,2 UI/L. Uma ressonância magnética de encéfalo foi realizada e não demonstrou alterações estruturais.
Com base no quadro clínico e nos exames complementares, assinale a alternativa correta.

A) O diagnóstico é de puberdade precoce periférica, sendo indicada a pesquisa de tumores ovarianos ou adrenais.
B) Trata-se de uma telarca precoce isolada, uma variação do desenvolvimento normal que dispensa tratamento medicamentoso.
C) O diagnóstico é de puberdade precoce central idiopática, e a conduta imediata indicada é o acompanhamento clínico sem intervenção hormonal, já que a paciente está próxima dos 7 anos.
D) Trata-se de puberdade precoce central, e o tratamento de escolha baseia-se no uso de análogos de GnRH de ação prolongada para bloquear o eixo gonadotrófico e preservar a estatura final.
E) A principal hipótese é de síndrome de McCune-Albright devido à ativação precoce e autônoma das gônadas.

40) Um lactente de 4 meses de idade, nascido a termo, com peso adequado para a idade gestacional (3.200g) e em aleitamento materno exclusivo, é levado para consulta de rotina. A mãe relata que a gestação e o parto ocorreram sem intercorrências e nega clampeamento imediato do cordão umbilical. Diante das recomendações atuais de profilaxia da anemia ferropriva, qual deve ser a conduta correta em relação à suplementação de ferro para este paciente?

A) Iniciar imediatamente a suplementação com 2 mg/kg/dia de ferro elementar, mantendo até os 24 meses de vida.
B) Iniciar a suplementação com 1 mg/kg/dia de ferro elementar aos 6 meses de vida, independentemente de o lactente iniciar a introdução alimentar com alimentos ricos em ferro.
C) Iniciar a suplementação com 1 mg/kg/dia de ferro elementar a partir do 1º mês de vida, já que o aleitamento materno exclusivo não supre as necessidades de ferro após esse período.
D) Iniciar a suplementação com 1 mg/kg/dia de ferro elementar a partir do 1º mês de vida apenas se o clampeamento do cordão umbilical tivesse sido realizado de forma precoce (menos de 1 minuto).
E) Não realizar suplementação profilática de ferro, visto que o paciente nasceu a termo, com bom peso e está em aleitamento materno exclusivo, o que garante estoques adequados até o primeiro ano de vida.

41) Sobre a ingestão de substâncias cáusticas em pediatria, assinale a alternativa correta.

A) Os acidentes com ácidos são mais graves que com álcalis.
B) A endoscopia digestiva deve ser realizada nas primeiras 8 horas do acidente.
C) É indicado neutralizar os ácidos com álcalis no manejo inicial destes pacientes.
D) A ausência de lesão na mucosa oral não exclui a existência de uma lesão esofágica.
E) Os corticosteroides somente são indicados nas lesões definidas como 3A da classificação de Zargar.

42) Você é o pediatra escalado para dar assistência na sala de parto a um recém-nascido (RN) de parto vaginal com idade gestacional de 39 semanas. Logo após a extração completa, o RN apresenta-se em apneia e com hipotonia muscular global.

O cordão umbilical foi clampeado imediatamente para início precoce das manobras. O RN é levado à mesa de reanimação, onde são realizados os passos iniciais (prover calor, posicionar a cabeça em leve extensão, secar e retirar os campos úmidos). Após 30 segundos desses cuidados, o neonato mantém movimentos respiratórios irregulares e a avaliação com estetoscópio revela uma frequência cardíaca de 82 bpm.
Considerando a conduta imediata indicada por esse quadro clínico, assinale a alternativa correta.

A) Realizar a aspiração de rotina das vias aéreas com sonda traqueal e aplicar estímulo tátil vigoroso na planta dos pés antes de iniciar qualquer suporte ventilatório.
B) Iniciar imediatamente a Ventilação com Pressão Positiva (VPP) com balão e máscara facial por 30 segundos, utilizando ar ambiente (O^2 a 21%) e providenciando a monitorização cardíaca obrigatória.
C) Iniciar a Ventilação com Pressão Positiva (VPP) utilizando oxigênio suplementar a 100% (O^2 puro) para corrigir rapidamente a bradicardia grave apresentada pelo neonato.
D) Iniciar imediatamente ciclos combinados de massagem cardíaca externa e ventilação na proporção de 3:1, utilizando exclusivamente a técnica dos dois dedos no terço inferior do esterno.
E) Aguardar mais 30 segundos de observação clínica na mesa de reanimação, pois a frequência cardíaca está acima de 60 bpm e o índice de Apgar do primeiro minuto ainda não foi calculado.

43) Recém-nascido prematuro, com idade gestacional de 29 semanas e peso de nascimento de 1.100g, atualmente no 14º dia de vida em unidade de terapia intensiva neonatal. Vinha recebendo dieta enteral com fórmula para prematuros, com aumentos progressivos de volume. Nas últimas 12 horas, apresentou resíduo gástrico bilioso, distensão abdominal progressiva, episódios de apneia e fezes com estrias de sangue vivo. Ao exame físico, encontra-se letárgico, com perfusão periférica lentificada (tempo de enchimento capilar de 4 segundos) e abdome distendido, doloroso à palpação, com presença de eritema em parede abdominal na região de flanco direito. A radiografia de abdome demonstra alças intestinais fixas e distendidas, além de imagens lineares radiotransparentes que acompanham o contorno da parede de alças em cólon ascendente.
Considerando o quadro clínico e radiológico apresentado, assinale a alternativa correta.

A) O eritema de parede abdominal indica a presença de abscesso localizado, sendo indicação formal de laparotomia imediata por se tratar de ECN (enterocolite necrosante) estágio IIIb de Bell.
B) A presença de pneumatose intestinal na radiografia confirma o diagnóstico de ECN estágio IIa de Bell, indicando a necessidade de suspensão da dieta enteral, início de antibioticoterapia de amplo espectro e monitorização rigorosa.
C) O paciente apresenta critérios para ECN estágio IIIa de Bell (avançada, intacta), caracterizada por instabilidade cardiovascular e sinais de peritonite sem perfuração evidente, exigindo manejo clínico intensivo e avaliação conjunta da cirurgia pediátrica.
D) O achado radiológico descrito corresponde ao pneumoperitônio, achado patognomônico de perfuração intestinal que contraindica o uso de sondagem gástrica para descompressão.
E) O uso de leite humano pasteurizado em vez de fórmula infantil aumentaria o risco de progressão da doença devido à perda de imunoglobulinas durante o processo de pasteurização.

44) Um lactente de 11 meses é trazido ao pronto-atendimento com história de febre baixa, irritabilidade e episódios de vômitos há 4 dias. Hoje pela manhã, a mãe notou que a urina do bebê estava com coloração escura (“cor de chá”) e a esclera levemente amarelada. O lactente frequenta creche desde os 6 meses de idade. A carteira de vacinação está atualizada para a idade, incluindo a dose de Hepatite B ao nascimento e as doses subsequentes aos 2, 4 e 6 meses (vacina pentavalente). Os exames laboratoriais confirmam hepatite aguda por meio de elevação expressiva de aminotransferases (ALT: 1.200 U/L, AST: 980 U/L) e hiperbilirrubinemia direta.
Considerando o cenário clínico, a principal suspeita diagnóstica e a conduta epidemiológica adequada, assinale a alternativa correta.

A) A principal suspeita é Hepatite A e, por se tratar de um caso em creche, deve-se indicar a vacinação imediata (bloqueio) de todos os contatos da creche maiores de 6 meses que não sejam vacinados.
B) O diagnóstico mais provável é Hepatite B crônica agudizada, decorrente de falha vacinal, sendo necessária a dosagem de HBsAg e anti-HBc IgM para confirmação.
C) A principal hipótese é Hepatite A e a vacinação prévia da criança justifica o quadro clínico leve, dispensando a investigação de contatos na creche.
D) O quadro é compatível com Hepatite A aguda; contudo, a vacina contra a Hepatite A no Calendário Nacional de Vacinação é administrada apenas aos 15 meses, o que justifica a suscetibilidade do paciente.
E) Trata-se de um caso provável de Hepatite E, cuja transmissão vertical é a principal via de infecção na infância, exigindo isolamento respiratório imediato do lactente.

45) Um lactente de 10 meses de idade é levado à Unidade Básica de Saúde com quadro de diarreia aguda há 2 dias, apresentando cerca de 4 a

5 evacuações amolecidas por dia, sem sangue ou muco. A mãe informa que a criança está ativa, aceitando bem o peito e outros líquidos, e urinando normalmente. Ao exame físico, a criança está em bom estado geral, alerta, com olhos normais, lágrimas presentes, boca úmida e sinal da prega que desaparece imediatamente.
De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde para o manejo da diarreia aguda, qual é a conduta inicial correta para este paciente?

A) Iniciar terapia de reidratação oral (TRO) na unidade de saúde e suspender o aleitamento materno.
B) Prescrever antibioticoterapia empírica imediata e encaminhar para internamento hospitalar.
C) Manter a alimentação habitual, aumentar a oferta de líquidos em domicílio e orientar sinais de perigo.
D) Administrar soro de reidratação oral por sonda nasogástrica devido ao risco iminente de choque.
E) Prescrever medicação antiperistáltica (como a loperamida) para cessar rapidamente as evacuações.

46) A tuberculose na infância possui características clínicas e epidemiológicas próprias. Em comparação com os adultos, a apresentação da doença em crianças pequenas (menores de 5 anos) frequentemente se destaca por uma particularidade específica. Assinale a alternativa que apresenta essa principal característica.

A) Alta taxa de transmissibilidade devido à tosse produtiva e bacilífera.
B) Facilidade de confirmação diagnóstica por meio do exame de escarro direto.
C) Presença constante de caverna pulmonar apical na radiografia de tórax de rotina.
D) Dispensabilidade do rastreio de contatos domiciliares após a confirmação do caso índice.
E) Maior risco de progressão para formas graves e extrapulmonares, como a meningoencefalite.

47) Um lactente de 14 meses de idade apresenta quadro de febre aferida (38,6°C) há 24 horas, irritabilidade importante e episódios de recusa alimentar. Ao exame físico geral corado, hidratado e reativo. A otoscopia revela membrana timpânica bilateralmente abaulada, hiperemiada e opaca. O restante do exame físico está normal. O paciente não frequenta creche, não usou antibióticos nos últimos 3 meses e não possui alergias conhecidas.
De acordo com as recomendações atuais para o manejo da otite média aguda na infância, qual é a conduta inicial mais adequada para este caso?

A) Observação clínica com analgésicos por 48 a 72 horas, postergando o uso de antibióticos.
B) Início imediato de cefalexina (40-45 mg/kg/dia) dividida em 2 ou 3 doses diárias.
C) Início imediato de amoxicilina (80-90 mg/kg/dia) dividida em 2 doses diárias.
D) Início imediato de amoxicilina associada a clavulanato (90 mg/kg/dia de amoxicilina).
E) Prescrição de gotas otológicas de ciprofloxacino associado a hidrocortisona por 7 dias.

48) Uma criança de 6 anos é levada ao pediatra devido à extrema seletividade alimentar. A mãe relata que o filho consome apenas alimentos de cor branca (arroz, macarrão puro e pão) e de consistência macia, recusando qualquer tipo de carne, fruta ou verdura devido à textura e ao cheiro. A criança não apresenta distorção da imagem corporal ou desejo de emagrecer, mas está abaixo do percentil 3 de peso para a idade e apresenta palidez cutânea por anemia ferropriva.
Com base nos critérios do DSM-5, qual é o diagnóstico mais provável e a característica principal desse transtorno?

A) Anorexia Nervosa; caracterizada pela restrição calórica severa para atingir um padrão estético de magreza.
B) Bulimia Nervosa; caracterizada por episódios de compulsão alimentar seguidos de métodos compensatórios inapropriados.
C) Transtorno de Pica; caracterizado pela ingestão persistente de substâncias não nutritivas e não alimentares, como terra ou tinta.
D) Transtorno de Ruminação; caracterizado pela regurgitação repetida de alimentos que podem ser remastigados, reengolidos ou cuspidos.
E) Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE); caracterizado pela falta de interesse na alimentação ou esquiva baseada em características sensoriais dos alimentos, sem preocupação com o peso.

49) Qual das alternativas a seguir reflete corretamente um princípio fundamental dos cuidados paliativos pediátricos, diferenciando-os dos cuidados paliativos em adultos?

A) O foco principal deve ser restrito ao controle de sintomas físicos da criança, enquanto o suporte psicossocial e espiritual é direcionado exclusivamente aos pais ou responsáveis legais.
B) Os cuidados paliativos pediátricos devem ser iniciados apenas quando todas as opções de tratamento modificador da doença ou com intuito curativo forem completamente esgotadas.
C) A tomada de decisão deve ser baseada unicamente na autonomia do paciente pediátrico, independentemente da sua idade ou nível de desenvolvimento cognitivo.
D) Eles abrangem uma ampla gama de condições, muitas delas raras ou genéticas, exigindo um modelo de cuidado integrado que pode coexistir com tratamentos direcionados à prolongação da vida.
E) O luto da família e dos cuidadores deve ser acom-

panhado pela equipe multidisciplinar por um período fixo e obrigatório de no máximo três meses após o óbito da criança.

50) Um paciente pediátrico de 4 anos (15 kg), previamente hígido, encontra-se na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica com diagnóstico de choque séptico de foco pulmonar. O paciente já recebeu 60 mL/kg de cristaloide balanceado em três alíquotas de 20 mL/kg nas últimas duas horas. Atualmente, os sinais vitais e achados clínicos são: FC 165 bpm, PA 85/55 mmHg, tempo de enchimento capilar de 4 segundos, pulsos periféricos diminuídos, extremidades frias, lactato de 4,5 mmol/L, além do surgimento de hepatomegalia (fígado a +3 cm do rebordo costal direito) e estertores crepitantes esparsos nas bases pulmonares. Diante do quadro atual, qual é a conduta mais adequada?

A) Realizar um novo teste de fluidos com cristaloide (20 mL/kg) para otimizar a pré-carga antes de iniciar drogas vasoativas.
B) Iniciar infusão contínua de epinefrina, interromper a reanimação volêmica e considerar monitorização hemodinâmica invasiva ou ecocardiografia point-of-care.
C) Administrar norepinefrina em infusão contínua, uma vez que é a droga vasoativa de primeira escolha universal para choque séptico na faixa etária pediátrica.
D) Substituir os cristaloides por solução de albumina a 5% (10-20 mL/kg) para melhorar a pressão oncótica e recrutar líquido do terceiro espaço.
E) Indicar intubação orotraqueal eletiva e iniciar milrinona devido à suspeita de disfunção miocárdica pura, com o objetivo de reduzir a pós-carga.