



Não deixe de preencher as informações a seguir:

Nome

Nº de Identidade

Órgão Expedidor

 UF

Nº de Inscrição

GRUPO 04
ESPECIALIDADES COM PRÉ-REQUISITO EM PEDIATRIA

PREZADO CANDIDATO

- *Você está recebendo o seu Caderno de Prova Escrita, contendo 50 (cinquenta) questões objetivas de múltipla escolha com 05 (cinco) alternativas cada. Verificar se o GRUPO/PROGRAMA impressos se referem àqueles de sua opção no ato da inscrição.*
- *Se encontrar alguma informação em desacordo, incompleta ou com algum defeito gráfico que lhe cause dúvidas, informe, imediatamente, ao Fiscal para ele tomar as providências necessárias. Caso não seja atendido em sua reivindicação, solicite que seja chamado o Chefe de Prédio.*
- *Para registrar as alternativas escolhidas nas questões objetivas de múltipla escolha, você receberá um Cartão-Resposta de Leitura Ótica. Verifique, também, se o **Número de Inscrição e o Grupo/Programa impressos estão de acordo com sua opção.***
- *As marcações das suas respostas no Cartão-Resposta devem ser realizadas mediante o preenchimento total das bolhas correspondentes a cada número da questão e da letra da alternativa. Utilize, para isso, caneta esferográfica na cor azul ou preta.*
- *Se for necessária a utilização do sanitário, você deverá solicitar permissão ao fiscal de sala que designará um fiscal volante para acompanhá-lo no deslocamento, devendo permanecer em silêncio, durante todo o percurso, podendo, antes de entrar no sanitário e depois da utilização deste, ser submetido à revista (com ou sem detector de metais). Caso, nesse momento, seja detectada qualquer irregularidade ou porte de qualquer tipo de equipamento eletrônico, serão tomadas providências de acordo com o estabelecido no Edital do Concurso.*
- *Ao terminar sua Prova e preenchido o Cartão-Resposta, desde que no horário estabelecido para deixar o recinto de Prova, entregue o Cartão-Resposta ao Fiscal e deixe a sala em silêncio.*

BOA SORTE!

01. Lactente de 8 meses, vacinado conforme calendário, apresenta febre e tosse há 2 dias. Está ativo, aceita líquidos, não vomita tudo, não apresenta convulsões, estridor ou tiragem subcostal. Frequência respiratória: 56 irpm, saturação de oxigênio: 96 por cento em ar ambiente. Há estertores finos em base direita.

Considerando a classificação clínica para menores de 5 anos, qual é a melhor interpretação e conduta?

- A) Trata-se de resfriado comum, pois a saturação é normal e há bom estado geral.
- B) Trata-se de pneumonia pela presença de taquipneia; pode receber amoxicilina por via oral e seguimento ambulatorial, se mantiver boa aceitação.
- C) Trata-se de pneumonia grave, pois qualquer estertor em lactente indica internação.
- D) A radiografia de tórax é obrigatória antes de qualquer decisão terapêutica.
- E) A presença de febre é o critério principal de pneumonia nessa faixa etária.

02. Criança de 2 anos e 4 meses apresenta febre de 39 graus, otalgia intensa e irritabilidade há 36 horas. A otoscopia mostra membrana timpânica abaulada, opaca e com mobilidade reduzida. Há também conjuntivite purulenta bilateral. Recebeu amoxicilina há 3 semanas por rinossinusite bacteriana.

Qual é a escolha terapêutica inicial mais apropriada?

- A) Observação clínica isolada por 72 horas, pois a maioria dos casos é viral.
- B) Amoxicilina em dose habitual, pois *Streptococcus pneumoniae* é sempre o principal alvo.
- C) Amoxicilina associada a clavulanato, pela síndrome otite-conjuntivite e uso recente de amoxicilina.
- D) Azitromicina, pois cobre melhor *Haemophilus influenzae* produtor de beta lactamase.
- E) Ciprofloxacino por via oral, pela maior penetração no ouvido médio.

03. Durante uma consulta de puericultura, uma criança de 20 meses é submetida ao Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F), disponível na Caderneta de Saúde da Criança. Ao final da aplicação, obtém 3 pontos. Não há regressão do desenvolvimento, e o exame físico é normal.

Com base nas recomendações para interpretação do instrumento, qual é a conduta mais adequada?

- A) Considerar a triagem positiva e encaminhar imediatamente para avaliação diagnóstica do TEA, sem necessidade de outras etapas.
- B) Classificar o resultado como de risco médio, realizar a entrevista de seguimento do M-CHAT-R/F e considerar a triagem positiva, caso 2 ou mais itens permaneçam positivos após a entrevista, indicando encaminhamento para avaliação diagnóstica e intervenção precoce.
- C) Classificar o resultado como risco médio, realizar a entrevista de seguimento do M-CHAT-R/F e considerar a triagem positiva, se 3 ou mais itens permanecerem positivos após a entrevista, com indicação de encaminhamento para avaliação diagnóstica e intervenção precoce.
- D) Considerar a triagem negativa e repetir o M-CHAT-R após os 24 meses, mantendo vigilância do desenvolvimento.
- E) Repetir apenas os três itens alterados do questionário na mesma consulta e, se algum permanecer positivo, encaminhar imediatamente para avaliação diagnóstica.

04. Menino de 6 anos, de zona rural, chega à emergência com dor abdominal em cólica, distensão abdominal, vômitos biliosos e eliminação recente de vermes cilíndricos nas fezes. Está afebril, hidratado após reposição inicial, sem sinais de peritonite. Radiografia sugere suboclusão por bolo de áscaris.

Qual é a abordagem inicial mais adequada nesse momento?

- A) Alta com dose única de albendazol, pois o quadro tende a resolver espontaneamente.
- B) Laparotomia imediata está indicada em todos os casos, antes de qualquer medida clínica, com o intuito de evitar sofrimento de alças intestinais e migração para vias biliares.
- C) Internamento com jejum, hidratação, sonda nasogástrica, óleo mineral para desenovelamento e ascaricida quando possível.
- D) Internamento com prescrição de corticoide sistêmico para reduzir o edema intestinal e piperazina.
- E) Colonoscopia terapêutica para retirada dos parasitas.

05. Criança de 5 anos chega com febre alta, vômitos, cefaleia, sonolência e rigidez de nuca. A punção lombar, realizada sem atraso, mostra líquido turvo, 2.800 células por mm³ com predomínio de neutrófilos, proteína de 180 mg por dL e glicose de 24 mg por dL, com glicemia simultânea de 100 mg por dL. Não há sinais focais nem papiledema.

Qual conduta é mais adequada imediatamente após a coleta de culturas?

- A) Aguardar Gram e cultura do líquido para evitar uso excessivo de antibiótico.
- B) Iniciar aciclovir isoladamente, pois sonolência sugere encefalite viral.
- C) Iniciar ceftriaxona imediatamente, associando dexametasona antes ou junto da primeira dose quando indicada.

- D) Solicitar tomografia antes de iniciar antibiótico, pois toda meningite exige neuroimagem prévia.
E) Iniciar apenas suporte clínico, pois o perfil do líquido pode ocorrer em meningite viral inicial.

06. Lactente de 7 semanas, previamente hígido, apresenta primeiro episódio de sibilância após coriza e tosse. Mãe relata dois episódios de pausa respiratória curta durante a madrugada e redução importante da mamada. No exame: FR 68 irpm, tiragem subcostal moderada, saturação de 91% em ar ambiente, sibilos e crepitações difusas. Após aspiração nasal, permanece taquipneico, mas a saturação oscila entre 92 e 94%.

Qual conduta tem melhor relação benefício-risco?

- A) Alta com beta-agonista inalatório de horário, pois a saturação ficou acima de 90 por cento.
B) Internação para suporte clínico, monitorização da alimentação e do padrão respiratório, sem broncodilatadores ou corticoide de rotina.
C) Radiografia de tórax e antibiótico estão indicados em todo lactente menor de 2 meses com sibilância.
D) Corticoide sistêmico por 5 dias para prevenir evolução para asma.
E) Nebulização com adrenalina de horário em todos os lactentes hospitalizados.

07. Adolescente de 13 anos com asma usa apenas salbutamol sob demanda. No último ano teve 3 exacerbações, duas com corticoide oral. Relata sintomas diurnos cerca de 2 vezes por semana, despertares noturnos ocasionais e uso frequente de salbutamol antes de esportes. Espirometria fora da crise é normal. Técnica inalatória e adesão podem ser trabalhadas. Qual estratégia de manutenção é mais adequada para reduzir risco futuro?

- A) Manter apenas beta agonista de curta ação, pois a espirometria é normal.
B) Iniciar corticoide oral contínuo em baixa dose, pela história de exacerbações.
C) Usar apenas montelucaste, por ter menos efeitos adversos do que corticoide inalatório.
D) Introduzir esquema com corticoide inalatório, preferencialmente estratégia com corticoide inalatório e formoterol em manutenção e alívio quando disponível e indicada.
E) Solicitar imunobiológico anti IgE antes de qualquer controlador inalatório.

08. Menino de 6 anos, previamente saudável, é internado no segundo dia de influenza A confirmada por teste molecular. Após melhora inicial da febre, voltou a apresentar febre alta, prostração e dor torácica. Radiografia mostra consolidação lobar direita com pequeno derrame pleural. Leucócitos: 22.000 por mm³, proteína C reativa elevada. Qual é a interpretação mais adequada?

- A) A confirmação de influenza exclui coinfeção bacteriana relevante.
B) O padrão sugere pneumonia bacteriana secundária; antiviral deve ser considerado em além de antibiótico apropriado.
C) Derrame pleural pequeno é achado esperado da influenza não complicada.
D) Oseltamivir é contraindicado após 24 horas do início do quadro
E) A proteína C reativa elevada define infecção exclusivamente viral.

09. Menino de 11 anos apresenta dor abdominal há 24 horas, inicialmente periumbilical e depois em fossa ilíaca direita, com anorexia, náuseas e febre de 38,3 graus. Ao exame: dor localizada, defesa discreta e sinal de Rovsing positivo. Leucócitos: 15.500 por mm³ com neutrofilia. Ultrassonografia não visualiza o apêndice e não mostra líquido livre. Qual é a melhor conduta?

- A) Alta com analgesia, pois ultrassonografia inconclusiva afasta apendicite.
B) Antibiótico oral e retorno, se febre persistir por 7 dias.
C) Avaliação cirúrgica e complementação diagnóstica conforme risco clínico, mantendo observação, se necessário.
D) Colonoscopia, pois dor em fossa ilíaca direita sugere doença inflamatória intestinal como primeira hipótese.
E) Parasitológico de fezes antes de qualquer decisão, devido à dor abdominal.

10. Lactente de 18 meses consome cerca de 1 litro de leite de vaca por dia e pouca carne. Exames: Hb 8,7 g por dL, VCM 66 fL, RDW 19%, ferritina 7 ng/mL, reticulócitos 0,8%, plaquetas 520.000/mm³. Inicia sulfato ferroso em dose terapêutica, com orientação alimentar adequada.

Qual achado após 3 a 4 semanas mais apoia resposta terapêutica adequada e confirma a hipótese?

- A) Redução imediata do VCM para valores ainda menores.
B) Aumento da hemoglobina em cerca de 1 g por dL ou mais, desde que haja adesão e ausência de perdas persistentes.
C) Normalização completa da ferritina em 7 dias.
D) Queda dos reticulócitos para zero.
E) Surgimento de Coombs direto positivo.

11. Menino de 7 anos apresenta icterícia recorrente, esplenomegalia discreta e história familiar de colecistectomia precoce. Exames: Hb 9,4 g por dL, reticulócitos 11 por cento, bilirrubina indireta elevada, DHL elevada, Coombs direto negativo, CHCM aumentado. O esfregaço mostra esferócitos, mas a mãe relata que já ouviu falar de anemia hemolítica autoimune na família.

Qual exame reforça melhor o diagnóstico etiológico provável?

- A) Coombs direto repetido após corticoide.
- B) Eletroforese de hemoglobina como exame confirmatório principal.
- C) Teste de ligação da eosina 5 maleimida por citometria de fluxo ou teste equivalente para membrana eritrocitária.
- D) Dosagem de ferritina isolada.
- E) Sorologia para Epstein Barr como primeira investigação.

12. Gestante de 40 semanas evolui para parto vaginal. O líquido amniótico é meconial espesso. O recém-nascido nasce com choro vigoroso, bom tônus, respiração regular e frequência cardíaca de 150 bpm. Há disponibilidade de equipe treinada em reanimação neonatal.

Qual é a conduta inicial mais adequada?

- A) Intubação traqueal imediata para aspiração, por se tratar de mecônio espesso.
- B) Aspiração profunda de boca, nariz e traqueia antes de secar o recém-nascido.
- C) Cuidados de rotina junto à mãe, com manutenção da temperatura e observação, sem aspiração traqueal de rotina.
- D) Ventilação com pressão positiva por 30 segundos, independentemente da respiração.
- E) Oxigênio a 100 % por máscara, pois todo líquido meconial causa hipoxemia.

13. Recém-nascido de 37 semanas, com 30 horas de vida, apresenta icterícia evidente até abdome. Mãe O Rh positivo, recém-nascido A Rh positivo. Bilirrubina total: 15,8 mg por dL, direta: 0,4 mg por dL. Hb: 12,8 g por dL. Reticulócitos: 9 por cento. Coombs direto positivo. Está mamando com dificuldade, mas sem sinais de sepse.

Qual é a interpretação mais adequada?

- A) Icterícia fisiológica, pois ocorre após 24 horas de vida.
- B) Colestase neonatal, pois a icterícia atingiu o abdome.
- C) Doença hemolítica por incompatibilidade ABO, com necessidade de avaliar indicação de fototerapia intensiva conforme curva de risco.
- D) Síndrome do leite materno, diagnóstico típico nas primeiras 30 horas.
- E) Atresia de vias biliares, pois a bilirrubina total está elevada.

14. Recém-nascido de 38 semanas, filho de mãe diabética, nasce por cesariana eletiva sem trabalho de parto. Com 2 horas de vida apresenta taquipneia de 78 irpm, gemência discreta e retrações leves. Saturação: 95 por cento em ar ambiente. Radiografia mostra hiperinsuflação, reforço da trama hilar e líquido em fissuras. Evolui com melhora progressiva nas primeiras 24 horas.

Qual diagnóstico é mais provável?

- A) Síndrome do desconforto respiratório por deficiência de surfactante.
- B) Taquipneia transitória do recém-nascido.
- C) Pneumonia bacteriana neonatal precoce obrigatoriamente.
- D) Aspiração meconial.
- E) Hérnia diafragmática congênita.

15. Recém-nascido masculino de 48 horas apresenta icterícia intensa. Mãe e filho têm tipagem sanguínea O Rh positivo. Coombs direto negativo. Hb: 12 g/dL. Reticulócitos: 13%. Bilirrubina total: 18 mg/dL. O pai refere episódio de anemia grave após ingestão de fava na infância. A dosagem de G6PD feita durante a crise vem no limite inferior da normalidade. Qual interpretação é mais adequada?

- A) A deficiência de G6PD está excluída, pois a dosagem não veio francamente baixa.
- B) A dosagem pode ser falsamente normal durante hemólise com reticulocitose; o teste deve ser repetido posteriormente se a suspeita persistir.
- C) O Coombs negativo confirma incompatibilidade ABO.
- D) A história familiar paterna não tem relevância por se tratar de recém-nascido masculino.
- E) O diagnóstico mais provável é atresia biliar.

16. Recém-nascido de 30 semanas nasce hipotônico e em apneia. Após os passos iniciais, a frequência cardíaca é 70 bpm. Inicia-se ventilação com pressão positiva. Após 30 segundos de ventilação efetiva, com expansibilidade torácica adequada, a frequência cardíaca cai para 52 bpm. Qual deve ser a próxima conduta?

- A) Suspender ventilação e observar, pois houve expansibilidade torácica.
- B) Iniciar compressões torácicas coordenadas à ventilação, preferencialmente com via aérea otimizada, se necessário.
- C) Administrar adrenalina antes de iniciar compressões.
- D) Aplicar surfactante imediatamente, antes de qualquer manobra de circulação.
- E) Aguardar mais 5 minutos de ventilação, pois prematuros respondem lentamente.

17. Menino de 6 anos apresenta febre baixa intermitente há 5 semanas, dor óssea noturna em membros inferiores, claudicação ocasional e fadiga progressiva. Foi tratado com antibiótico e anti-inflamatório sem melhora. Exame: palidez, equimoses esparsas, hepatoesplenomegalia discreta, sem artrite verdadeira. Hemograma: Hb 8,1 g/dL, leucócitos 3.200/mm³, neutrófilos 420/mm³, plaquetas 38.000/mm³. DHL e ácido úrico elevados. O esfregaço periférico não mostra blastos evidentes.

Qual é a conduta mais apropriada diante da principal hipótese diagnóstica?

- A) Com a exclusão da possibilidade de leucemia, pois não há blastos no sangue periférico, direcionar investigação para quadros infecciosos.
- B) Iniciar prednisona por provável artrite idiopática juvenil, antes de investigação hematológica.
- C) Encaminhar com urgência para investigação hematológica com aspirado de medula óssea, imunofenotipagem e medidas iniciais para risco de lise tumoral.
- D) Prescrever ferro terapêutico e repetir hemograma em 60 dias.
- E) Iniciar tratamento para púrpura trombocitopênica imune.

18. Adolescente de 14 anos tem linfonodo cervical esquerdo endurecido, indolor, progressivo há 3 meses, com perda de 8 kg, febre vespertina e sudorese noturna. Radiografia de tórax mostra alargamento mediastinal. Ao deitar, refere tosse e desconforto respiratório. Hemograma sem citopenias. Sorologias para HIV, EBV e CMV não explicam o quadro. Qual é a abordagem diagnóstica mais segura e adequada?

- A) Teste terapêutico com corticoide por 7 dias e biópsia se não houver regressão.
- B) Punção aspirativa por agulha fina como exame definitivo, pois é menos invasiva.
- C) Planejar biópsia excisional ou incisional com preservação de arquitetura, evitando corticoide prévio e avaliando risco anestésico pela massa mediastinal.
- D) Observação por mais 3 meses, pois hemograma normal torna câncer improvável.
- E) Amoxicilina por 14 dias, pois linfonodo cervical persistente é sempre bacteriano.

19. Lactente de 58 dias, nascido a termo, previamente saudável, chega com febre de 38,6 graus há 6 horas. Está ativo, perfundido, sem sinais respiratórios ou neurológicos. Exame físico normal. A família mora a 2 horas do hospital. Ainda não foram coletados exames. Qual é a principal razão para investigação criteriosa nessa faixa etária?

- A) A maioria dos casos nessa idade é causada por pneumonia bacteriana.
- B) A apresentação clínica pode ser pouco específica, e infecção bacteriana invasiva ou urinária pode ocorrer, mesmo em lactente aparentemente bem.
- C) A ausência de foco exclui infecção urinária.
- D) Exame físico normal permite alta sem exames em todos os lactentes menores de 2 meses.
- E) Febre abaixo de 39 graus tem menor relevância nessa idade para o diagnóstico de sepse.

20. Menina de 18 meses apresenta febre de 39 graus há 48 horas sem foco ao exame. Está em bom estado geral. Foi coletada urina por saco coletor em pronto atendimento, com nitrito positivo e leucocitúria. Ainda não recebeu antibiótico. Qual é a melhor conduta para confirmar o diagnóstico antes do tratamento?

- A) Usar o resultado do saco coletor como cultura definitiva e iniciar antibiótico sem nova coleta.
- B) Coletar urina por cateterismo vesical ou punção suprapúbica para urinálise e cultura, e iniciar tratamento conforme quadro clínico.
- C) Solicitar urocultura apenas após 7 dias de febre.
- D) Descartar infecção urinária, pois a criança está em bom estado geral.
- E) Iniciar antifúngico, pois nitrito positivo sugere Candida.

21. Menino de 10 anos, residente em área de maior risco social, teve faringoamigdalite não tratada há 4 semanas. Agora apresenta febre, dor importante em joelho esquerdo e tornozelo direito, PCR elevada e ASLO alto. Não há sopro ao exame, mas ecocardiograma com Doppler mostra regurgitação mitral patológica compatível com cardite subclínica. Qual afirmação é CORRETA pelos critérios de Jones revisados?

- A) A ausência de sopro exclui cardite como critério maior.
- B) Cardite subclínica ao ecocardiograma pode constituir critério maior.
- C) ASLO elevada é critério maior isolado.
- D) PCR elevada substitui a necessidade de evidência de infecção estreptocócica.
- E) Artralgia e artrite têm o mesmo peso em qualquer população.

22. Adolescente de 13 anos apresenta movimentos involuntários, irregulares, assimétricos, piora emocional, queda do rendimento escolar e labilidade afetiva. Teve faringite há cerca de 4 meses. Ecocardiograma é normal e ASLO atual é normal. Não há uso de drogas ou sinais de encefalite. Qual é a interpretação CORRETA?

- A) Febre reumática deve ser descartada pela ASLO normal.
- B) Coreia de Sydenham isolada pode estabelecer o diagnóstico de febre reumática, mesmo com longa latência e marcadores estreptocócicos já negativos.
- C) O diagnóstico exige cardite associada.
- D) Profilaxia secundária não é necessária quando o ecocardiograma é normal.
- E) A longa latência favorece exclusivamente transtorno funcional.

23. Menino de 4 anos, morador do interior de Pernambuco, tem febre diária há 6 semanas, perda ponderal, palidez e aumento abdominal. Exame: baço palpável a 10 cm do rebordo costal, fígado a 4 cm, sem linfonodomegalias volumosas. Hemograma: Hb 7,1 g por dL, leucócitos 2.100 por mm³, plaquetas 72.000 por mm³. Albumina baixa e globulinas elevadas.

Qual conjunto de dados mais favorece leishmaniose visceral em relação à leucemia como primeira hipótese?

- A) Febre prolongada isolada.
- B) Esplenomegalia volumosa associada a pancitopenia, hipergamaglobulinemia e contexto epidemiológico endêmico.
- C) Dor óssea noturna progressiva e hiperuricemia importante.
- D) Blastos circulantes em esfregaço periférico.
- E) Linfadenopatia mediastinal com síndrome de veia cava superior.

24. Criança de 5 anos com febre prolongada, hepatoesplenomegalia e pancitopenia viveu em área endêmica para leishmaniose visceral. Mielograma mostra hiperplasia do sistema mononuclear fagocitário e ausência de blastos. O teste rápido sorológico é reagente, mas a equipe busca confirmação etiológica antes de classificar definitivamente o caso em estudo clínico. Qual achado tem maior especificidade para confirmação parasitológica?

- A) Proteína C reativa elevada.
- B) Ferritina elevada.
- C) Identificação de formas amastigotas em aspirado de medula óssea ou outro material apropriado.
- D) Leucopenia persistente.
- E) Baixa albumina sérica.

25. Menino de 8 anos apresenta febre há 5 semanas, perda de peso, palidez e hepatoesplenomegalia. Hemograma: Hb 8,4 g por dL, leucócitos 17.800 por mm³, plaquetas 58.000 por mm³. A família vive em área com transmissão de leishmaniose visceral. O examinador deseja escolher o dado que mais desloca a probabilidade para leucemia aguda, mesmo antes do mielograma. Qual achado adicional seria mais útil para favorecer leucemia em relação a calazar?

- A) Baço palpável a 8 cm do rebordo costal.
 - B) Febre diária e perda ponderal.
 - C) Dor óssea noturna progressiva, claudicação e ácido úrico muito elevado.
 - D) Pancitopenia isolada.
 - E) Residência em área endêmica.
-

26. Em relação à síndrome de enterocolite induzida por proteínas alimentares (do inglês Food Protein Induced Enterocolitis Syndrome - FPIES), qual alternativa NÃO corresponde a um critério diagnóstico para o fenótipo agudo desta síndrome?

- A) Vômitos no período de 1 a 4 horas após a ingestão do alimento suspeito
- B) Urticária e/ ou sibilância
- C) Diarreia em 24 h (geralmente 5-10 h)
- D) Letargia extrema
- E) Hipotensão.

27. Menino de 4 anos e 4 meses, hígido, sem comorbidades, com cartão vacinal completo pelo PNI. Recebeu VPC10 aos 2 e 4 meses, reforço aos 12 meses, meningocócica C aos 3 e 5 meses e reforço com meningocócica ACWY aos 12 meses. Não recebeu vacinas fora da rede pública. Os pais perguntam se, apesar de o cartão estar completo no PNI 2026, haveria diferenças se fosse seguido o calendário da SBP 2025/2026. Qual é a melhor orientação?

- A) Não há diferença relevante, pois criança hígida com PNI completo não tem qualquer benefício potencial com vacinas adicionais recomendadas pela SBP.
- B) Deve receber apenas VPP23, pois toda criança que recebeu VPC10 no primeiro ano deve receber pneumocócica polissacarídica aos 4 anos, independentemente de risco clínico.
- C) Pela SBP, pode ser considerada dose adicional com vacina pneumocócica conjugada de maior valência, como VPC13, VPC15 ou VPC20, até os 5 anos em criança que completou VPC10; também há recomendação de reforço de meningocócica ACWY entre 4 e 6 anos e possibilidade de iniciar meningocócica B em duas doses
- D) Pelo PNI 2026, a criança deveria receber obrigatoriamente VPC20 aos 4 anos, pois a VPC10 foi retirada do calendário infantil.
- E) Pela SBP, a meningocócica ACWY só deve ser administrada na adolescência; portanto, não há reforço previsto entre 4 e 6 anos.

28. Considere uma criança de 4 anos, 18 quilos, já diagnosticada com asma e que está em acompanhamento pediátrico. Encontra-se em tratamento diário adequado, classificada neste momento no Step 2. Em relação à condição clínica descrita acima, tomando como referência o GINA 2026, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Menor deve estar fazendo uso diário de corticoide inalatório em dose média, e não em dose alta.
- B) Caso a criança não responda adequadamente ao tratamento proposto no Step 2 em três meses, a próxima conduta deve incluir LABA (formoterol) em dose baixa associado a mesma dose do corticoide inalatório já em uso.
- C) Caso a criança tenha uma resposta inadequada ao tratamento atual após 2-3 meses, a associação de LAMA (tiotropio) é uma excelente opção terapêutica.
- D) Se esta criança apresentar uma exacerbação classificada como moderada, o pediatra de plantão deverá fazer SABA numa dosagem máxima de 100 mcg a cada 20 minutos.
- E) Diante de um cenário de exacerbação grave, após a primeira hora do tratamento adequado, o médico poderá considerar o uso de sulfato de magnésio endovenoso para esta criança.

29. Qual das medicações listadas abaixo NÃO é mais recomendada pelo GINA (2026) no tratamento da asma, seja na exacerbação ou na manutenção, em uma criança com idade de 8 anos?

- A) Budesonida nebulizada.
- B) Brometo de tiotrópio.
- C) Salbutamol oral.
- D) Brometo de ipratrópio.
- E) Beclometasona inalada.

30. RNT masculino, nascido de parto vaginal em boas condições clínicas, apresentou febre com 11 dias de vida. Genitora relatou que além da febre, menor está irritado e com recusa do leite materno nas últimas 12 horas. Pediatra de plantão solicitou hemograma e outros exames. Alguns dados do hemograma encontram-se abaixo:

Leucócitos: 30.000/mm³
 Bastões = 10%
 Segmentados = 50%
 Plaquetas = 120.000/mm³

Diante do exposto acima, assinale a alternativa CORRETA:

- A) A contagem de plaquetas não faz parte do Escore de Rodwell; portanto, a discreta plaquetopenia deste RN não está correlacionada a um processo infeccioso.
- B) Por se tratar de uma sepse tardia, Penicilina Cristalina não deve ser uma boa escolha; neste caso, deve-se dar prioridade à cefalosporina de terceira geração, como o Cefepime.
- C) O índice neutrofílico (IN) corresponde a uma razão na qual o numerador contém o total de segmentados; neste caso, o IN é igual a 5,0.
- D) Neutrofilia em RN com mais de 48 h de vida somente é considerada, se estiver acima de 21.000/mm³, portanto, não é o caso deste paciente.
- E) A cobertura com antibióticos para este RN deve atuar tanto sobre microrganismos Gram negativos e quando Gram positivos.

31. Em relação ao caso anterior, o sumário de urina do RN evidenciou:

Leucócitos 5 x o valor de referência
Hemácias 3 x o valor de referência
Nitrito positivo

Análise as assertivas abaixo:

- I.** Por se tratar de uma provável infecção urinária, o principal agente etiológico neste caso é o *Proteus mirabilis*.
- II.** O melhor esquema de antibióticos na suspeita de uma infecção urinária em RN deve conter um aminoglicosídeo associado a uma cefalosporina de terceira geração.
- III.** Se a urocultura positivar, uma ultrassonografia (USG) de vias urinárias deve ser realizado; se na USG for evidenciada apenas uma hidronefrose à esquerda, a principal hipótese é de válvula de uretra posterior.

Podemos afirmar que

- A) todas as assertivas estão corretas.
- B) todas as assertivas estão incorretas.
- C) apenas a assertiva I está correta.
- D) apenas a assertiva II está correta.
- E) apenas a assertiva III está correta.

32. RN nascido a termo, com 23 dias de vida, encontra-se icterico. Genitora relata que percebeu os olhos amarelados na primeira semana de vida, porém, não buscou ajuda pois foi orientada pela vizinha a dar banho de sol. Há dois dias, percebeu que as fezes do filho estavam “pálidas”. Ao exame clínico, RN encontra-se com aspecto saudável, icterico em Zona III, sem outros achados relevantes. Menor nasceu com 3 kg, e o peso atual é de 3,5 quilos.

Exames laboratoriais evidenciaram:

BT= 14,5 mg/dL
BI= 9,5 mg/dL

Sobre este caso clínico, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Por não termos o valor da bilirrubina direta, não podemos afirmar que se trata de uma Síndrome Colestática.
- B) Pelo bom estado geral, atresia de vias biliares é uma hipótese diagnóstica improvável.
- C) Um ultrassom abdominal deve ser solicitado para confirmar ou afastar atresia de vias biliares extra-hepática.
- D) A Síndrome de Gilbert não é uma causa a ser considerada para esse paciente.
- E) Para este caso em específico, a função tireoidiana não deverá fazer parte dos exames laboratoriais iniciais.

33. A partir de qual idade, é disponibilizada a vacina que protege contra as doenças meningocócicas pelos meningococos do tipo A, C, W e Y?

- A) 3 meses
- B) 5 meses
- C) 12 meses
- D) 4-6 anos
- E) maiores de 9 anos

34. Em relação à vacinação de adolescentes, qual das vacinas abaixo uma menina com 13 anos, que perdeu sua carteira de vacinação, NÃO irá receber?

- A) HPV2
- B) Hepatite B
- C) Meningocócica ACWY
- D) dT
- E) Tríplice viral

35. “SUS passa a oferecer imunobiológico para proteger bebês e crianças com comorbidades contra a bronquiolite”.

Publicado em 05/02/2026, em Gov.br

De acordo com a publicação acima, o SUS iniciou a ofertar o nirsevimabe, anticorpo que garante proteção imediata contra o vírus sincicial respiratório a recém-nascidos prematuros, a partir de qual idade gestacional?

- A) Todos aqueles menores que 37 semanas, apenas com comorbidade
- B) Todos aquelas menores que 37 semanas
- C) Todos aqueles menores de 34 semanas
- D) Todos aqueles menores de 32 semanas
- E) Apenas recém-nascidos e crianças com comorbidades com idade menor que 12 meses

36. Lactente masculino com 39 dias de vida, apresentando tosse há cerca de 12 dias. Mãe refere que nas últimas 12 horas menor apresentou dois episódios de cianose após os acessos de tosse.

Na emergência pediátrica, médico de plantão após examinar o lactente, solicitou um hemograma, o qual evidenciou:

Leucócitos: 25.000/mm ³
Segmentados: 35%
Linfócitos: 52%
Eosinófilos: 03%
Monócitos: 10%

Em função do quadro clínico associado ao exame laboratorial acima, considerando a principal hipótese diagnóstica, o antibiótico a ser iniciado deverá ser

- A) ampicilina com gentamicina.
- B) apenas ampicilina.
- C) amoxicilina.
- D) cefotaxima.
- E) azitromicina.

37. De acordo com a Pirâmide Alimentar da SBP, assinale a alternativa em que os alimentos listados NÃO pertencem ao mesmo nível da pirâmide.

- A) Macaxeira e batata.
- B) Óleo de soja e manteiga.
- C) Fórmula infantil e aveia em flocos.
- D) Ovos e feijão.
- E) Pêssego e alface.

38. De acordo com as recomendações do Departamento de Reumatologia da SBP, o tratamento farmacológico da Coréia de Sydenham poderá ser feito com todas as medicações listadas abaixo, EXCETO:

- A) Levetiracetam.
- B) Ácido valproico.
- C) Fenobarbital.
- D) Carbamazepina.
- E) Haloperidol.

39. Diante de um pré-escolar com diagnóstico de uma pneumonia adquirida na comunidade complicada (PACC) e que esteja muito grave, com choque, necessidade de ventilação assistida e admissão em UTI, recomenda-se terapia antimicrobiana ampla.

Qual dos antibióticos abaixo NÃO deve ser utilizado no contexto acima de acordo com a SBP?

- A) Ampicilina-sulbactam.
- B) Cefotaxima.
- C) Vancomicina.
- D) Azitromicina.
- E) Ceftriaxona.

40. Qual dos mecanismos fisiopatológico listados abaixo NÃO é característico da glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica?

- A) Redução da taxa de filtração glomerular.
- B) Processo inflamatório glomerular com alteração do sedimento urinário.
- C) Azotemia e/ ou uremia.
- D) Redução de reabsorção tubular de sódio e água.
- E) Redução do coeficiente de ultrafiltração glomerular.

41. A deficiência de biotinidase é um erro inato do metabolismo, detectado no Teste do Pezinho em Pernambuco. Uma vez identificada tal deficiência, o tratamento consiste na administração oral da seguinte vitamina:

- A) B1
- B) Ácido fólico
- C) B2
- D) B6
- E) B7

42. Qual das drogas abaixo tem um importante efeito antiproteinúrico e está indicada no controle da proteinúria, em crianças com Síndrome Nefrótica, se não houver hiperpotassemia ou injúria renal aguda?

- A) Propranolol.
- B) Losartan.
- C) Anlodipino.
- D) Clonidina.
- E) Hidroclorotiazida.

43. “Estima-se que ao nascimento a prevalência de toxoplasmose congênita (TC) em populações brasileiras seja de 1-3/1.000 nascidos vivos. É majoritariamente resultante da infestação pelo *T. gondii* durante a gestação em mulheres soronegativas” (Tratado de Pediatria/ SBP).

O tratamento da Toxoplasmose Congênita em recém-nascidos com retinocoroidite deve ser feita com todas as medicações abaixo, EXCETO:

- A) Sulfadiazina.
- B) Espiramicina.
- C) Ácido folínico.
- D) Pirimetamina.
- E) Prednisolona.

44. O diagnóstico laboratorial diante de uma forte suspeita de tuberculose pulmonar em crianças continua sendo um grande desafio nos tempos atuais. No entanto, a reação em cadeia de polimerase em tempo real é capaz de detectar o DNA de *M. tuberculosis*, podendo ser realizado em vários espécimes clínicos. O referido teste é denominado de

- A) Técnica de Lowenstein-Jensen.
- B) IGRA.
- C) Teste do NBT.
- D) Xpert Ultra.
- E) Teste de Dihidrorodamina (DHR).

45. O *Strongyloides stercoralis* é capaz de ocasionar a síndrome de hiperinfestação e disseminação, principalmente em pessoas imunodeficientes, seja pelo uso crônico de corticoides, ou em crianças desnutridas ou portadoras de HIV. Qual dos antiparasitários abaixo NÃO tem ação sobre *Strongyloides stercoralis*?

- A) Tinidazol.
- B) Tiabendazol.
- C) Ivermectina.
- D) Nitazoxanida.
- E) Albendazol.

46. Em uma criança com linfo-histiocitose- hemofagocítica, são todos possíveis achados laboratoriais característicos desta doença, EXCETO:

- A) Citopenias
- B) Hiperfibrinogonemia
- C) Hiperferritinemia
- D) Hipertrigliceridemia
- E) Achados de hemofagocitose no baço ou no fígado

47. Considere um RN internado em UTI neonatal, em ventilação mecânica, com diagnóstico de hipoplasia do ventrículo esquerdo. O ecocardiograma pós-natal evidenciou um forame oval patente, além de uma CIA, ambos com shunt esquerda-direita.

Os principais objetivos do tratamento inicial desta patologia estão listados abaixo, EXCETO:

- A) ventilação com PEEP mais elevada (por exemplo, +7).
- B) manter a fração inspirada de oxigênio em torno de 21%.
- C) promover hiperventilação para evitar a Hipercapnia (manter a PaCO₂ menor que 35 mmHg).
- D) manter o canal arterial abeto por meio da infusão contínua de Prostaglandina E1 (PGE1).
- E) não ser permissivo com acidose metabólica, portanto, na existência desta, tratar com bicarbonato de sódio.

48. O diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é uma doença crônica autoimune, caracterizada pela destruição das células beta pancreáticas, levando a uma deficiência progressiva na produção de insulina.

Qual dos autoanticorpos listados abaixo está diretamente associado à fisiopatologia do DM1?

- A) Anti-descarboxilase do ácido glutâmico
 - B) Anti-peroxidase
 - C) Anti-peptídeo citrulinado cíclico
 - D) Anti-transglutaminase tecidual
 - E) Anti-cardiolipina
-

49. Diante de um recém-nascido com diagnóstico de hiperplasia adrenal congênita, com deficiência grave de 21-hidroxilase (inferior a 3%), todos os achados laboratoriais estão de acordo com esta situação clínica, EXCETO:

- A) renina plasmática reduzida.
 - B) acidose metabólica.
 - C) níveis elevados de ACTH.
 - D) testosterona sérica elevada.
 - E) distúrbios eletrolíticos, marcadamente hiponatremia e hipercalemia.
-

50. Sobre a terapia de manutenção de acordo com Holliday-Segar, quantos mEq de sódio uma criança de 10 quilos estará recebendo em 24 horas?

- A) 10
 - B) 40
 - C) 70
 - D) 100
 - E) 150
-

GRUPO 04
ESPECIALIDADES COM PRÉ-REQUISITO EM PEDIATRIA