INSCRIÇÃO	ESCOLA	SALA	LUGAR NA SALA

NOME

ASSINATURA DO CANDIDATO

ÁREAS DA PEDIATRIA

Instruções para a realização da prova

- Esta prova é composta de 80 questões de **MÚLTIPLA ESCOLHA**. Para cada questão, há 4 alternativas, devendo ser marcada apenas uma.
- Assine a folha de respostas com caneta esferográfica preta e transcreva para essa folha as respostas escolhidas.
- Ao marcar o item correto, preencha completamente o campo correspondente, utilizando caneta esferográfica **PRETA**.
- Não deixe nenhuma das questões em branco na folha de respostas.
- A duração total da prova é de 4 horas. **NÃO** haverá tempo adicional para transcrição de gabarito.
- Você somente poderá deixar a sala após 2h do início da prova, podendo levar consigo o CADERNO DE PROVA e o CONTROLE DE RESPOSTAS.

CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO															
1		11		21		31		41		51		61		71	
2		12		22		32		42		52		62		72	
3		13		23		33		43		53		63		73	
4		14		24		34		44		54		64		74	
5		15		25		35		45		55		65		75	
6		16		26		36		46		56		66		76	
7		17		27		37		47		57		67		77	
8		18		28		38		48		58		68		78	
9		19		29		39		49		59		69		79	
10		20		30		40		50		60		70		80	

RASCUNHO

LISTA DE ABREVIAÇÕES

GH	Hormônio do crescimento
DHR	Di-hiodorrodanina
EEG	Eletroencefalograma
FAN	Fator antinuclear
FiO2	Fração inspirada de oxigênio
KREK	*kappa-deleting recombination circles*
$PaCO_2$	Pressão parcial de dióxido de carbono
PCR	Proteína C reativa
RNI	Razão normalizada internaciona
SpO_2	Saturação de oxigênio
DRGE	Doença do refluxo gastroesofágico
VHS	Velocidade de hemossedimentação

VALOR DE REFERÊNCIA DOS EXAMES LABORATORIAIS

EXAME		VALOR DE REFERÊNCIA
Albumina sérica		3,5-5,2g/dL
Ânion gap		8 -15,4 mmol/L
Bilirrubina direta		Até 0,3mg/dL
Bilirrubina indireta		0,8-0,2mg/dL
Bilirrubina total		0,3-1,2mg/dL
Cálcio iônico		1,05 a 1,30 mmol/L
Cálcio total		8,5 a 10,5 mg/dL)
Creatinina	Recém-nascido 1mês - 1ano 1 - 3anos > 3anos	0,5-1,2mg/dL 0,41-0,64mg/dL 0,42-0,6mg/dL 0,4 a 0,9mg/dL
Creatinina urinária		0 - 10 dias: 4,5 a 9,0 mg/dL 11 dias a 2 anos: 4,5 a 6,7 mg/dL 3 a 12 anos: 4,5 a 5,5 mg/dL Acima de 13 anos e adultos: 2,5 a 4,5 mg/dL
Fosfato sérico		2,5 e 4,5 mg/dL
Gasometria venosa	pH pCo2 pO2 Bicarbonato BE	7,32 a 7,42 38 a 50mmHg 30 a 5mmHg 23 a 27mmol/L -3 a +3mmol/L
Hemograma	Hemoglobina Hematócrito VCM Leucócitos Plaquetas	<2a: 11,5-15,5g/dL <30d: 45 a 65%; <2a: 31 a 39%; >2 a: 34-45% VCM= 80-99fL; HCM= 32-37pg 5.000 a 14.000/mm^3 <2a:200.000-500.000/mm^3; >2a:140.000-400.000/mm^3
IgE sérica para caseína, alfa e betaglobulina		Indetectável: Abaixo de 0,10 kU/L; Baixo: De 0,10 a 0,69 kU/L; Moderado: De 0,70 a 3,50 kU/L; Alto: Superior a 3,50 kU/L.
Lactato sérico		0,5 a 2mmmol/L
LDL colesterol		Menos de 100 mg/dL.
Osmolaridade sérica		285 a 295mOsm/Kg de água
Paratormônio		17,30 a 74,10pg/mL
PCR		<10mg/L
Potássio sérico (por faixa etária)		até 7 dias = 3,2 a 5,7 mEq/L; 8 a 30 dias = 3,4 a 6,2 mEq/L 1 a 6 meses= 3,5 a 5,8mEq/L; 6 meses a 1 ano=3,5 a 6,3 mEq/L acima de 1 ano= 3,5 a 5,1mEq/L
RNI		0,8 a 1,2
Sódio sérico		136 a 145mEq/L
Sódio urinário (amostra)		30 a 90 mEq/L.
Ureia	< 12meses	< 12 meses= 2-34mg/dL; acima de 1 ano= 8-36mg/dL
Urina I	Densidade pH Leucócitos Hemácias	1005 a 1025; pH= 5,5 a 7,0 5,5-7,0 <5/campo <5/campo

RASCUNHO

1. Adolescente, 13a, com diabetes mellitus tipo 1 desde os 7 anos, utiliza sistema de infusão contínua de insulina com algoritmo de liberação automatizada e monitorização contínua da glicose em tempo real. Não apresenta hipoglicemias graves, não há relato de cetoacidose recente e a família demonstra boa capacidade de manejo, embora ainda haja variabilidade glicêmica pós-prandial. Na última avaliação: HbA1c 6,8%, tempo no alvo 70–180 mg/dL de 68%, tempo abaixo de 70 mg/dL de 3%, tempo abaixo de 54 mg/dL de 1% e tempo acima de 180 mg/dL de 28%. **DE ACORDO COM RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS ATUAIS PARA METAS GLICÊMICAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DIABETES, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. A meta de HbA1c deve permanecer universalmente abaixo de 7,0%, pois metas inferiores aumentam o risco de hipoglicemia em adolescentes, mesmo com uso de tecnologias avançadas.
b. A HbA1c isoladamente deve orientar a intensificação terapêutica, pois métricas derivadas do CGM ainda não são recomendadas como ferramentas clínicas em pediatria.
c. Em adolescentes com acesso a CGM e sistemas automatizados de administração de insulina, uma meta de HbA1c ≤6,5% pode ser encorajada quando alcançável com segurança, devendo-se buscar, em geral, tempo no alvo (70–180 mg/dL) >70%, tempo <70 mg/dL <4% e tempo <54 mg/dL <1%.
d. O tempo no alvo adequado em pediatria é definido como >80% entre 70–180 mg/dL, desde que a HbA1c permaneça abaixo de 8,0%, pois o principal objetivo é evitar hipoglicemia.

2: Lactente de 4 meses, nascido a termo, previamente hígido, é levado ao pronto-socorro após episódio ocorrido durante o sono. A mãe relata que a criança apresentou palidez, redução dos movimentos respiratórios e hipotonia, com duração aproximada de 30 segundos. Ao ser colocada no colo, recuperou-se espontaneamente. Não houve necessidade de reanimação. É o primeiro episódio. Não apresenta febre, sintomas respiratórios, engasgos ou dificuldades durante as mamadas. Na avaliação, encontra-se em bom estado geral, assintomático e em seu estado habitual, com sinais vitais e exame físico normais. Não foi identificada causa para o episódio. **COM RELAÇÃO AO EVENTO BREVE, RESOLVIDO E INEXPLICADO (BRUE), ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. O diagnóstico exige a presença simultânea de alteração da cor, respiração, tônus e nível de consciência.
b. Pode ser diagnosticado em crianças de qualquer idade, desde que o episódio tenha duração inferior a um minuto.
c. É definido como evento súbito, breve e resolvido em lactente menor de 1 ano, sem causa identificada após avaliação, associado a pelo menos uma alteração de cor, respiração, tônus ou responsividade.
d. Episódios de cianose associados a engasgo ou regurgitação durante a mamada devem ser classificados como BRUE.

3. QUAL A INTERFACE MAIS UTILIZADA ATUALMENTE NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAIS (UTIN) PARA USO DO CPAP NASAL?

a. Pronga binasal curva e curta, pois são mais anatômicas e potencialmente melhores
b. Pronga binasal longa pois devido aumento de resistência oferecida promove menor incidência de falha da terapia
c. Máscara para uso de BiPAP devido menor lesão de septo
d. Não faz diferença se pronga curva ou longa desde que ela promova um aumento da resistência das vias aéreas superiores aumentando borbulhamento

4. Menino, 3a8m, é encaminhado por baixa estatura. Nasceu a termo, com peso e comprimento ao nascimento abaixo de −2 DP para idade gestacional. Não apresentou recuperação adequada de crescimento nos primeiros anos de vida. Atualmente, apresenta estatura de −2,4 DP, velocidade de crescimento adequada para idade e sexo, IMC adequado (+ 0,3 DP), exame físico sem dismorfismos evidentes, sem sinais de desproporção corporal, sem microcefalia, desenvolvimento neuropsicomotor adequado e exames iniciais sem evidência de hipotireoidismo, doença celíaca, doença renal, hepática ou inflamatória crônica. A altura-alvo familiar situa-se próxima a +1 DP. **COM BASE NO CONSENSO INTERNACIONAL RECENTE SOBRE CRIANÇAS NASCIDAS PEQUENAS PARA A IDADE GESTACIONAL, ASSINALE A ALTERNATIVA MAIS ADEQUADA:**

a. A ausência de recuperação espontânea do crescimento até os 3–4 anos, associada à estatura abaixo de −2 DP, justifica investigação de causas alternativas de baixa estatura e, se estas forem excluídas, pode haver indicação de tratamento com GH recombinante, mesmo sem comprovação de deficiência clássica de GH.
b. Em crianças nascidas pequenas para a idade gestacional, a indicação de GH recombinante deve ser restrita aos casos em que a velocidade de crescimento esteja abaixo de −1 DP e o teste de estímulo confirme deficiência de GH, independentemente da estatura atual.
c. A baixa estatura persistente após nascimento pequeno para a idade gestacional deve ser acompanhada clinicamente até pelo menos 5 anos de idade, salvo se houver velocidade de crescimento francamente reduzida, pois a maioria das crianças ainda apresenta catch-up tardio entre 4 e 5 anos.
d. Em crianças nascidas pequenas para a idade gestacional, a presença de altura-alvo familiar dentro da normalidade exclui indicação de GH, uma vez que a baixa estatura persistente deve ser interpretada prioritariamente como variante familiar do crescimento.

5. Criança, 8a, com diagnóstico prévio de asma, é admitida no Pronto-Socorro com exacerbação grave, apresentando dispneia intensa, fala entrecortada, uso de musculatura acessória e saturação de O_2 de 89% em ar ambiente. Recebe oxigênio, doses repetidas de salbutamol associado a brometo de ipratrópio e corticosteroide sistêmico. Após uma hora de tratamento, mantém importante desconforto respiratório e resposta insatisfatória à terapêutica inicial. **EM RELAÇÃO AO USO DE SULFATO DE MAGNÉSIO NESSE PACIENTE, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. O sulfato de magnésio intravenoso está indicado como terapia adjuvante diante da resposta inadequada ao tratamento inicial da exacerbação grave.
b. O sulfato de magnésio deve substituir o salbutamol quando não houver resposta adequada às primeiras doses do broncodilatador.
c. A via nebulizada é preferível à intravenosa, pois apresenta maior evidência de redução de hospitalização em crianças com exacerbação grave.
d. O sulfato de magnésio deve ser administrado rotineiramente a todas as crianças com exacerbação asmática moderada ou grave, independentemente da resposta ao tratamento inicial.

6. Menino, 2 dias de vida, apresenta hipoglicemia que se repete com 60, 66, e 72 horas de vida, corrigidas com aleitamento materno. Nasceu de parto normal a termo, com peso e comprimento adequados para a gestação. A gestação foi normal sem qualquer intercorrência com prenatal realizado com 10 consultas. No exame físico (sem hipoglicemia) está em bom estado geral, corado, ictérico 2+/5+ até raiz de coxas, acianótico. Coração e pulmões normais. Abdome sem alterações. Tem um pênis com 2 cm de comprimento e testículos palpáveis no canal inguinal baixo. Sem hipospádia. Fez coleta de bilirrubinas que mostraram: Indireta = 3,0; Direta = 4,0. **DIANTE DESSAS INFORMAÇÕES, A ETIOLOGIA MAIS PROVÁVEL DA HIPOGLICEMIA É:**

a. Filho de mãe diabética não diagnosticada na gestação
b. Baixa ingesta de leite materno
c. Erro inato do metabolismo
d. Hipopituitarismo

AS QUESTÕES 7 E 8 A SEGUIR REFEREM-SE AO CASO CLÍNICO ABAIXO:

Criança, 4a, é levada ao pronto-socorro 40 minutos após picada de escorpião no pé direito. Apresenta dor intensa no local, sudorese profusa, náuseas e dois episódios de vômitos. Ao exame, está agitada, taquicárdica, com extremidades quentes e boa perfusão. Não apresenta sinais de insuficiência cardíaca ou edema pulmonar.

7. EM RELAÇÃO À CLASSIFICAÇÃO E AO TRATAMENTO DO ACIDENTE ESCORPIÔNICO, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

a. O quadro é classificado como leve, pois não há comprometimento cardiovascular ou respiratório, sendo indicado apenas tratamento sintomático e observação.
b. O quadro é classificado como moderado pela presença de manifestações sistêmicas, estando indicada soroterapia específica, além do tratamento de suporte.
c. A presença de vômitos determina classificação como acidente leve, sendo orientada observação. independentemente dos demais achados.
d. A soroterapia está indicada apenas nos acidentes graves com manifestações cardiovasculares ou respiratórias, não sendo recomendada nos casos moderados.

8. Durante a observação, a criança evolui com piora clínica, apresentando taquicardia, taquipneia, extremidades frias, tempo de enchimento capilar de 5 segundos, pulsos finos, PAM 70 e estertores pulmonares bilaterais. Ecocardiograma à beira-leito demonstra redução importante da função sistólica do ventrículo esquerdo. **ALÉM DA SOROTERAPIA ESPECÍFICA E DAS MEDIDAS DE SUPORTE, QUAL É A DROGA VASOATIVA MAIS ADEQUADA DIANTE DO QUADRO APRESENTADO?**

a. Noradrenalina, devido ao predomínio de vasodilatação sistêmica no acidente escorpiônico grave.
b. Dobutamina, devido à presença de disfunção miocárdica associada a sinais de baixo débito cardíaco.
c. Vasopressina, por ser o agente de primeira escolha em todos os casos de choque secundário ao envenenamento escorpiônico.
d. Dopamina, por apresentar melhor perfil de segurança e eficácia que os demais inotrópicos na disfunção miocárdica associada ao escorpionismo.

9. Menino, 1a, apresentando quadro de pilificação genital, aumento peniano e ereções há 6 meses. Sem outros dados importantes na história. Gestação e parto normais. Realizou triagem neonatal ampliada que foi normal. Sem antecedentes familiares importantes. Nega consanguinidade. Ao exame: Peso, comprimento e IMC acima de +2 DP de z escore. Pressão arterial normal. Sem outros dados do exame físico, exceto pênis com 6 cm de comprimento, pilificação estadio ¾ de Tanner e testículos com 5 mL bilateralmente. Exames já realizados: LH: 0,2 UI/L; FSH: 1,1 UI/L; testosterona total: 500 mg/dL; 17OH progesterona: 1,5 ng/mL; androstenediona: 0,9 ng/mL. **DIANTE DESSAS INFORMAÇÕES, QUAL A ETIOLOGIA MAIS PROVÁVEL DA PUBERDADE PRECOCE DESSE MENINO?**

a. Puberdade precoce central
b. Hiperplasia Adrenal Congênita
c. Puberdade Precoce Familiar limitada ao sexo masculino
d. Tumor adrenal

O ENUNCIADO ABAIXO REFERE-SE ÀS QUESTÕES 10 E 11:

Criança de 6 anos, portadora de hidrocefalia com derivação ventrículo-peritoneal (DVP), é admitida com febre há 2 dias, vômitos, cefaleia e sonolência. Ao exame, encontra-se febril e prostrada, sem sinais de instabilidade hemodinâmica. A tomografia de crânio não evidencia nova lesão expansiva. Diante da suspeita de infecção relacionada à DVP, é iniciada investigação microbiológica.

10: EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO ANTIMICROBIANO EMPÍRICO DESSE PACIENTE, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

a. Ceftriaxona isoladamente, pois os principais agentes são Streptococcus pneumoniae e Neisseria meningitidis.
b. Vancomicina associada a um antimicrobiano com atividade contra bacilos Gram-negativos, incluindo Pseudomonas aeruginosa, como cefepime, ceftazidima ou meropenem.
c. Ampicilina associada à ceftriaxona, visando principalmente Listeria monocytogenes e pneumococo.
d. Oxacilina isoladamente, pois Staphylococcus aureus sensível à meticilina é o principal agente e não há necessidade de cobertura para Gram-negativos.

11: Na análise do líquido cefalorraquidiano foi observada pleocitose, hipoglicorraquia e hiperproteinorraquia, e a cultura positiva. A criança está recebendo antibioticoterapia intravenosa direcionada conforme o antibiograma e apresenta estabilidade hemodinâmica. **EM RELAÇÃO AO MANEJO DA DERIVAÇÃO VENTRICULOPERITONEAL, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. A DVP deve ser mantida, desde que o antimicrobiano utilizado apresente adequada penetração no sistema nervoso central.
b. A DVP deve ser mantida inicialmente e retirada apenas se as culturas do líquor permanecerem positivas após 72 horas de antibioticoterapia adequada.
c. Recomenda-se a retirada completa da DVP infectada, com colocação de derivação ventricular externa associada à antibioticoterapia intravenosa, seguida de nova derivação após controle da infecção.
d. A retirada da DVP está indicada somente nos casos de infecção por bacilos Gram-negativos, devido à maior capacidade desses microrganismos de formação de biofilme.

12: Menino, 16a, apresenta queixa de micropênis. Sem outros antecedentes pessoais importantes exceto ter tido atraso de fala resolvido com acompanhamento fonaudiológico. Gestação e parto normais. Alimentação saudável. Sem antecedentes familiares dignos de nota. Ao exame físico: P com +1,0 DP, Estatura com +1,5 DP, IMC com 1,2 DP. Exame físico normal, exceto pênis com 4,5 cm de comprimento (-2,7 DP), pilificação em P3 de Tanner e testículos com 2 mL. **DIANTE DESSAS INFORMAÇÕES, QUAL(IS) O(S) EXAMES FUNDAMENTAIS PARA INICIAR A INVESTIGAÇÃO?**

A) LH e FSH
B) Ressonância nuclear magnética de sela túrcica e bulbos olfatórios
C) Cariótipo
D) T4 livre, TSH e prolactina

13. Neonato nascido a termo, adequado para a idade gestacional, filho de pais consanguíneos, com histórico gestacional sem intercorrências, apresentou ao teste de triagem neonatal TSH acima de 20mUI/L. Foi realizada convocação para coleta de exames em sangue periférico com TSH de 28 mUI/L e T4L de 0,6 ng/dL. Na avaliação clínica, o paciente apresentava bócio. **A PROVÁVEL ETIOLOGIA DO HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO E UM EXAME INDICADO PARA A CONFIRMAÇÃO DA SUSPEITA ETIOLÓGICA SÃO:**

a. Hipotireoidismo central e Ressonância nuclear magnética de hipófise.
b. Hipotireoidismo primário por disormonogênese e Cintilografia de tireoide.
c. Hipotireoidismo primário por disgenesia e dosagem de anticorpo anti-tireoglobulina.
d. Hipotireoidismo central e Ultrassom de tireoide.

14: Uma adolescente de 12 anos, previamente hígida, é admitida no Pronto-Socorro com história de poliúria, polidipsia e perda ponderal há três semanas. Nas últimas 24 horas, evoluiu com vômitos, dor abdominal e prostração. Ao exame, apresenta desidratação, taquicardia e respiração profunda e rápida. A glicemia capilar é de 386 mg/dL. **EM RELAÇÃO AOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE CETOACIDOSE DIABÉTICA (CAD) EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. Glicemia >200 mg/dL é suficiente para o diagnóstico de CAD quando associada a sintomas clássicos de diabetes.
b. O diagnóstico de CAD requer hiperglicemia, cetose e acidose metabólica, caracterizada por pH venoso <7,30 ou bicarbonato sérico <18 mmol/L.
c. A presença de hipopotassemia é obrigatória para o diagnóstico, independentemente dos valores de pH e bicarbonato.
d. O diagnóstico de CAD requer glicemia >250 mg/dL, pH arterial <7,20 e bicarbonato <15 mmol/L.

15: DENTRO DAS MEDIDAS PARA CONTROLE DA TERMORREGULAÇÃO PARA OS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS ESTÁ O AJUSTE DA UMIDIFICAÇÃO NA INCUBADORA, QUE NO RECÉM-NASCIDO COM IDADE GESTACIONAL ≤ 30 SEMANAS DEVE SER PROGRAMADA PARA:

a. 40%
b. 60%
c. 90%
d. 70%

16: Menina, 7a, apresenta obesidade e hiperfagia. O acompanhante relata a paciente nem sempre foi obesa. Nos primeiros meses de vida, a paciente tinha dificuldade para mamar e ganhar peso que se resolveu após 1 ano. Após os 2 anos de idade, o ganho de peso começou a aumentar mais rapidamente. A paciente também faz acompanhamento com neurologista por hipotonia no primeiro ano de vida e atraso do neurodesenvolvimento, além de alterações comportamentais. Na avaliação clínica, tinha IMC com z-score +3,2 DP, olhos amendoados, canto da boca inclinado para baixo e mãos e pés pequenos.

CONSIDERANDO A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA PARA ESSA PACIENTE, QUAL O PRIMEIRO EXAME DE ESCOLHA PARA A CONFIRMAÇÃO:

a. Sequenciamento de Sanger
b. Dosagem da leptina
c. Sequenciamento do exoma
d. Análise de metilação do DNA

17: Uma criança de 4 anos apresenta insuficiência respiratória aguda e necessita de intubação orotraqueal. **CONSIDERANDO A ESCOLHA DO TUBO ENDOTRAQUEAL, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. Tubo sem cuff, diâmetro interno 4 mm.
b. Tubo sem cuff, diâmetro interno 5,0 mm.
c. Tubo com cuff, diâmetro interno 4,5 mm.
d. Tubo com cuff, diâmetro interno 6,0 mm.

18: Menina, 10a, vem para consulta pediátrica de rotina, sem queixas. Exame físico: FC=81bpm, PA=105/70mmHg (percentil 50), estadio puberal M1P2. Medidas antropométricas com Z-score de estatura -1.5 DP, de peso +1.0 DP, IMC +2.1 DP. A velocidade de crescimento no período foi de 5 cm/ano. Foram realizados exames: TSH de 7,2 mUI/L e T4L normal. **QUAL A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CONDUTA?**

a. Hipotireoidismo primário e iniciar levotiroxina
b. Hipotireoidismo subclínico e iniciar levotiroxina devido à obesidade
c. Hipotireoidismo subclínico, repetir os exames e solicitar anticorpos antitireoidianos
d. Hipotireoidismo primário e solicitar ultrassom de tireóide

19: Uma criança de 8 anos com choque séptico apresenta hipotensão, extremidades frias, tempo de enchimento capilar de 5 segundos e redução da contratilidade ventricular esquerda à ecocardiografia. Após ressuscitação volêmica criteriosa, inicia-se infusão de epinefrina. Nas duas horas seguintes, observa-se aumento da pressão arterial média, redução do tempo de enchimento capilar para 2 segundos, melhora do estado mental e aumento da diurese. Entretanto, o lactato arterial aumenta de 3,5 para 6,2 mmol/L. **DIANTE DESSE ACHADO, A INTERPRETAÇÃO MAIS ADEQUADA É:**

a. O aumento do lactato demonstra obrigatoriamente piora da oferta sistêmica de oxigênio e indica substituição imediata da epinefrina por norepinefrina.
b. A epinefrina pode aumentar a concentração de lactato pela estimulação β_2-adrenérgica da glicólise aeróbia, de modo que a elevação isolada do lactato não deve ser interpretada necessariamente como piora da perfusão tecidual.
c. A elevação do lactato decorre predominantemente da vasoconstrição α_1-adrenérgica produzida pela epinefrina, sendo indicação para associação de vasopressina.
d. A elevação do lactato indica que a dose de epinefrina é insuficiente, pois o aumento progressivo da dose tende a reduzir a produção de lactato ao predominar seu efeito β_1-adrenérgico.

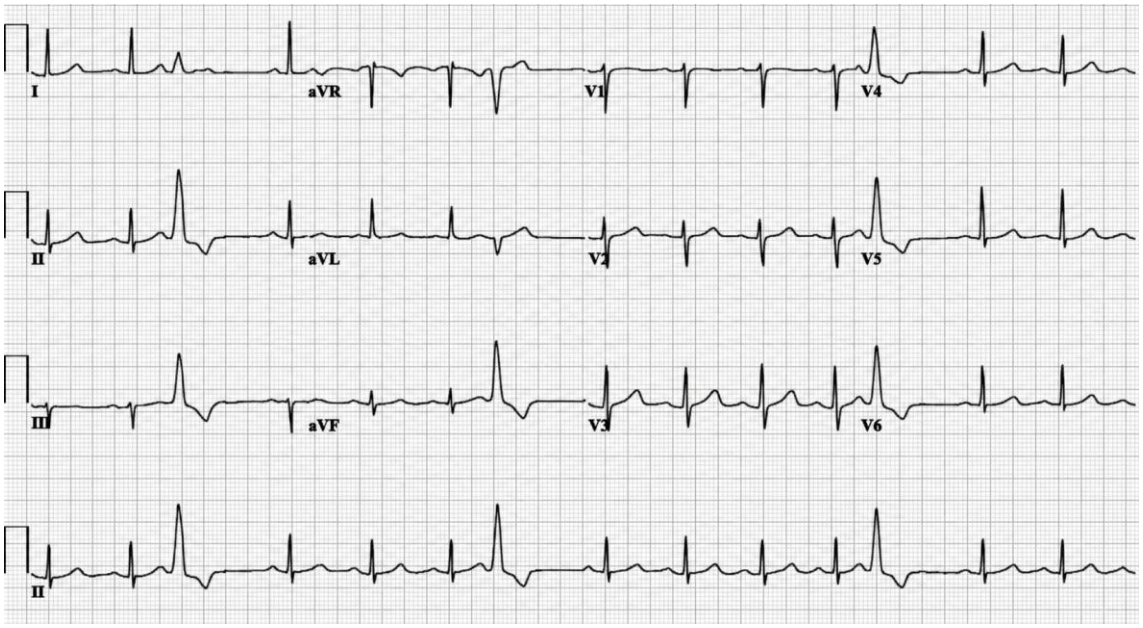
20: Um adolescente de 16 anos é atendido no Pronto-Socorro cerca de 20 horas após uma confraternização, na qual ingeriu bebida destilada de procedência desconhecida. Nas primeiras horas após o consumo, apresentou tontura e náuseas leves, com melhora parcial. No momento da avaliação, refere cefaleia intensa, vômitos, fotofobia e dificuldade para focalizar objetos. Ao exame, está sonolento, porém despertável, e apresenta respiração rápida e profunda. **CONSIDERANDO A EVOLUÇÃO CLÍNICA E A FISIOPATOLOGIA DO QUADRO, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. A instalação tardia das manifestações sugere que a toxicidade decorre predominantemente do acúmulo do álcool original, sendo as alterações visuais consequência da acidose metabólica sistêmica.
b. O intervalo pouco sintomático, seguido de manifestações visuais e respiratórias, é compatível com a formação progressiva de metabólitos tóxicos; o ácido fórmico desempenha papel central nos danos metabólicos e neurológicos.
c. O aparecimento de alterações visuais após um período inicial oligossintomático indica lesão do nervo óptico; porém, a ausência de coma, convulsões ou instabilidade hemodinâmica torna improvável a evolução para intoxicação grave.
d. A respiração rápida e profunda pode indicar acidose metabólica, mas as manifestações oftalmológicas precoces são inespecíficas e, isoladamente, não contribuem para distinguir intoxicação por metanol dos efeitos do etanol.

21: Uma criança de 8 meses, 7 kg, com bronquiolite viral aguda é admitida com desconforto respiratório moderado, frequência respiratória de 62 irpm, retrações subcostais e saturação pulmonar (SpO_2) de 89% em ar ambiente. É iniciado cateter nasal de alto fluxo (CNAF) a 14 L/min, com FiO_2 de 0,35. Após 60 minutos, a SpO_2 aumenta para 95%, porém a criança mantém frequência respiratória de 60 irpm, retrações importantes e apresenta progressiva redução do nível de consciência**. CONSIDERANDO OS PRINCÍPIOS FISIOLÓGICOS E A UTILIZAÇÃO DO CNAF EM PEDIATRIA, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. A melhora da SpO_2 indica resposta adequada ao CNAF, devendo-se manter a terapia independentemente da persistência do esforço respiratório.
b. O principal mecanismo de ação do CNAF é a geração de uma pressão positiva fixa e previsível, semelhante à obtida com CPAP, sendo o fluxo de 2 L/kg/min equivalente a aproximadamente 5 cmH_2O de PEEP.
c. A persistência ou piora do esforço respiratório, especialmente quando associada a alteração do nível de consciência, deve ser interpretada como possível falha do CNAF, mesmo que a oxigenação tenha melhorado.
d. Em lactentes, o aumento progressivo da FiO_2 é preferível ao aumento do fluxo, pois o fluxo exerce pouca influência sobre o trabalho respiratório.

22: Criança de 10 anos compareceu para liberação para atividade física escolar. Apresenta-se assintomático, sendo realizado o Eletrocardiograma (abaixo) e solicitado demais exames complementares para liberação, com os seguintes resultados: Ecocardiograma: anatomia cardíaca normal para idade, função cardíaca preservada. Holter de 24 horas: Ritmo sinusal predominante. Extrassístoles ventriculares monomórficas isoladas, de baixa densidade (2%), sem evidência de taquicardia ventricular. Laboratório: hemograma completo, TSH, enzimas cardíacas normais.



QUAL A RECOMENDAÇÃO COM RELAÇÃO A ATIVIDADE FÍSICA PARA ESTE PACIENTE?

a. Liberar para atividade física sem restrição.
b. Liberar para atividade física leve e moderada, porém contraindicar atividades competitivas.
c. Liberar apenas para atividade física recreativa.
d. Não liberar para nenhum tipo de atividade física.

23: Uma criança de 10 anos, previamente saudável, é admitida com poliúria, polidipsia, perda ponderal, vômitos e respiração de Kussmaul. Os exames iniciais mostram: glicemia=486mg/dL, pH=7,08, bicarbonato =7mmol/L, β-hidroxibutirato-6,2mmol/L, sódio=133 mmol/L e potássio=2,7 mmol/L. Após avaliação inicial, é iniciada reposição volêmica com solução cristaloide isotônica**. EM RELAÇÃO À SEQUÊNCIA DO TRATAMENTO, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. A infusão contínua de insulina deve ser iniciada imediatamente, pois a correção da acidose promove elevação do potássio sérico.
b. A insulina deve ser iniciada imediatamente em dose reduzida, de 0,05 U/kg/h, simultaneamente à reposição de potássio.
c. A reposição de potássio deve ser iniciada antes da insulinoterapia, postergando-se a insulina até que o potássio sérico esteja acima de 3,0 mmol/L.
d. Deve-se administrar bicarbonato de sódio antes da insulina, pois a acidose grave é a principal responsável pela hipocalemia neste momento.

24: Recém-nascido, 7 dias, procura atendimento na urgência com história de cansaço para mamar, sudorese e extremidades frias. Ao exame físico foi observado taquipneia, taquicardia, discreta tiragem subcostal, sopro sistólico +/4+ em rebordo infraclavicular esquerdo, ausculta pulmonar sem ruídos adventícios, fígado palpável há 2 cm do rebordo, pulsos globalmente reduzidos e perfusão lentificada. O teste de triagem para cardiopatia crítica na maternidade foi normal. **QUAL DAS SEGUINTES CARDIOPATIAS CONGÊNITAS É MAIS COMPATÍVEL COM O QUADRO CLÍNICO APRESENTADO?**

a. Coarctação de aorta
b. Transposição das grandes artérias
c. Atresia Pulmonar com septo integro
d. Comunicação interventricular ampla

25: Menina, 5a, previamente hígida, internada com pneumonia aspirativa, apresenta história de cinco meses de fraqueza muscular progressiva, inicialmente de cansaço e quedas frequentes, evoluindo para incapacidade de deambular. Há um mês, passou a apresentar engasgos frequentes durante a alimentação. Ao exame físico, apresenta fraqueza muscular simétrica, predominantemente proximal e axial, além de eritema violáceo periorbitário e pápulas eritematodescamativas sobre as articulações metacarpofalangianas e interfalangianas. Os reflexos tendíneos profundos estão preservados. Tem dosagem de CK de 98 U/L e hemograma com Hb 11,0 g/dL, Leucócitos 12.520 cel/mm^3 (Segmentados 54%, Linfócitos 34%, Monócitos 8%, Eosinófilos 4%). **CONSIDERANDO O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL E A GRAVIDADE DO ACOMETIMENTO MUSCULAR E BULBAR, ALÉM DA ANTIBIOTICOTERAPIA, A TERAPÊUTICA INICIAL MAIS ADEQUADA É:**

a. Micofenolato mofetil via oral, 600mg/m^2 por 4 semanas
b. Adalimumabe via subcutânea, 40mg a cada 7 dias
c. Imunoglobulina via endovenosa, 2g/kg em 24h
d. Corticoterapia endovenosa, 30mg/kg/dia, por 3 dias

26: Lactente, 3 meses, portador de Síndrome de Down com diagnóstico de cardiopatia congênita (Defeito do septo Atrioventricular Total) comparece para consulta pediátrica de rotina em uso de furosemide (2mg/kg/dia). O menor encontra-se em aleitamento materno exclusivo e acompanhante refere dispnéia para mamar e cianose perioral ao choro. Ao exame físico foi observado ganho de peso de 5 gramas/dia, peso abaixo do escore z -2 para curva de trissomia 21, FR de 50 mrm, FC de 150 bpm, saturimetria de 96%, sopro sistólico 3+ em borda esternal, e fígado palpável a 3 centímetros do rebordo costal. **A CONDUTA MAIS ADEQUADA É:**

a. Iniciar inibidor de ECA e encaminhar para tratamento cirúrgico.
b. Iniciar digoxina e espironolactone e indicar passagem de sonda nasoenteral.
c. Iniciar beta bloqueador e solicitar triagem para hipotireoidismo congênito.
d. Iniciar dieta enteral, mantendo tratamento clinico e postergar a correção cirúrgica até o 1º ano de vida.

27: Menino, 13a, foi admitido na Unidade de Emergência Pediátrica com insuficiência respiratória aguda. Há 10 dias vem apresentando 2 a 3 picos febris diários de 38 a 39ºC, associados a dor e edema no joelho direito, em uso regular de diclofenaco. Nos últimos 2 dias, apresentou inapetência, piora do estado geral e, nas últimas 24h, dispnéia, dor torácica ventilatório-dependente e confusão mental. Exame físico: regular estado geral, com rubor facial e tempo de enchimento capilar menor que 1segundo. PA=70x40mmHg, FC=158bpm, saturação de O2 de 88% com máscara não-reinalante, temperatura axilar= 40,5ºC. O joelho direito apresenta edema, eritema e bloqueio articular. As duas hemoculturas coletadas à admissão mostraram-se positivas para cocos gram+ agrupados após 1h de incubação, estando ainda em identificação e sem antibiograma disponível no momento. Considerando a elevada prevalência de bactérias multirresitentes na região atendida pela Unidade de Emergência, **DEFINA O ESQUEMA EMPÍRICO DE ANTIBIOTICOTERAPIA QUE DEVE SER PRESCRITO ATÉ OBTER-SE OS RESULTADOS DAS HEMOCULTURAS.**

a. Oxacilina+Gentamicina, via endovenosa
b. Vancomicina+Clindamicina, via endovenosa
c. Piperacilina-Tazobactan, via endovenosa
d. Meropenem, via endovenosa

28: Criança de 2 anos foi diagnosticada com anemia ferropriva após apresentar hemoglobina (HB) de 9,2 g/dL, volume corpuscular médio (VCM) de 67 fL e ferritina de 8 ng/mL. Foi iniciado tratamento com sulfato ferroso, dose de 5 mg/kg/dia de ferro elementar. A mãe relata administração diária da medicação conforme orientação. Após 60 dias, a criança encontra-se assintomática e apresenta os seguintes exames laboratoriais: Hemoglobina=9,8g/dL; VCM=65fL; RDW=12%; Contagem de hemácias=5,4milhões/mm³; Reticulócitos=1,1%; Ferritina=48ng/mL (normal); ferro sérico=85µg/dL (normal); Capacidade total de ligação do ferro=320µg/dL (normal); Saturação de transferrina=25% (normal). **O DIAGNÓSTICO ASSOCIADO MAIS PROVÁVEL É:**

a. Anemia de doença crônica
b. Perda sanguínea crônica
c. Talassemia menor
d. Deficiência de vitamina B12

29: Menino, 7a, natural e procedente de Araxá-MG, apresenta, há seis meses, febre vespertina diária, hipoatividade e palidez progressivas, além de perda ponderal de 12% no período. Evoluiu com linfonodomegalia generalizada, com conglomerados cervicais de até 7cm, endurecidos, aderidos a planos profundos e alguns fistulizados. A secreção é espessa, esbranquiçada, sem odor, com bacterioscopia negativa e citologia sem células malignas. Apresenta, ainda, pápulas eritematosas não pruriginosas, algumas umbilicadas, na face e no tronco. Ao exame, encontra-se emagrecido e hipocorado 3+/4+, com fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito e baço a 7 cm do rebordo costal esquerdo. Exames

laboratoriais: hemoglobina=7,2g/dL, leucócitos=34.000/mm³ (35% neutrófilos, 15% linfócitos, 40% eosinófilos e 10% monócitos), plaquetas=256.000/mm³, sem blastos. Eletroforese de proteínas: albumina=2,8g/dL e gamaglobulina=3,78g/dL**. O TRATAMENTO ESPECÍFICO DE PRIMEIRA ESCOLHA PARA ESSE PACIENTE É:**

a. Sulfametoxazol-trimetoprima, por 18 a 24 meses.
b. Rituximabe, vincristina e prednisolona, em ciclos de 21 dias.
c. Antimoniato de N-metilglucamina, por 21 dias.
d. Amoxicilina-clavulanato, por 14 a 21 dias.

30: Recém-nascido do sexo masculino, nascido com 36 semanas de idade gestacional e peso de 2.700 g, encontra-se clinicamente estável e em programação de alta hospitalar em setembro, no estado de São Paulo. A mãe recebeu vacina contra o vírus sincicial respiratório (VSR) durante a gestação. O recém-nascido não apresenta outras comorbidades além da prematuridade**. DE ACORDO COM AS RECOMENDAÇÕES VIGENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, A CONDUTA MAIS ADEQUADA É:**

a. Não administrar nirsevimabe, pois a mãe já foi vacinada durante a gestação.
b. Administrar nirsevimabe 50 mg, por via intramuscular, em dose única.
c. Administrar nirsevimabe 50 mg, por via intramuscular, em dose única, em fevereiro.
d. Iniciar ciclo de palivizumabe 15 mg/kg, por via intramuscular, a partir de fevereiro.

31: Menina, 4a, sem antecedentes patológicos prévios, foi internada pela quinta vez nos últimos três meses, por episódios de febre, tosse e insuficiência respiratória, associadas a hipoxemia. Nas internações anteriores, apresentou melhora clínica parcial após antibioticoterapia com ampicilina e fisioterapia respiratória, seguida de recorrência dos sintomas poucos dias após a alta hospitalar. Na internação atual, apresenta taquipneia, estertores difusos, sibilância discreta, SpO_2 de 85% em ar ambiente e 97% com O_2 a 1L/minuto e radiografia de tórax com opacidades heterogêneas peri-hilares bilateralmente e atelectasia de lobo médio. A família relata que a avó materna, tabagista de dois maços/dia e residente em outra casa no mesmo terreno onde moram, faleceu recentemente após meses de tosse e emagrecimento, atribuídos pela família ao tabagismo. **CONSIDERANDO OS DADOS APRESENTADOS E A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, QUAL ESQUEMA TERAPÊUTICO DEVE SER INTRODUZIDO INICIALMENTE?**

a. Piperacilina-tazobactam, por via endovenosa.
b. Metilprednisolona, 30mg/kg/dia, por via intravenosa.
c. Sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico, por via oral.
d. Rifampicina, isoniazida e pirazinamida, por via oral.

32: Menino, 7a, é levado ao Pronto Atendimento com febre há três dias, cefaleia, mialgia, náuseas e prostração. Há oito dias, participou de passeio em área rural com presença de capivaras. A mãe não observou picada de carrapato. Ao exame, encontra-se febril, hemodinamicamente estável e sem exantema ou sinais meníngeos. **DIANTE DA PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, A CONDUTA MAIS ADEQUADA É:**

a. Solicitar sorologia para febre maculosa e iniciar doxiciclina se o resultado for positivo.
b. Iniciar doxiciclina e solicitar sorologia para febre maculosa.
c. Prescrever antitérmicos, orientar sinais de alarme e reavaliar em 48 horas.
d. Aguardar o aparecimento de exantema antes de iniciar tratamento específico.

33: NA ANEMIA FALCIFORME, A MEDIDA QUE MELHOR PROPORCIONA A REDUÇÃO DAS CRISES DE FALCIZAÇÃO E SUAS SEQUELAS É:

a. Transfusão de troca a cada 28 dias.
b. Uso regular de hidroxiureia.
c. transplante de medula óssea antes de 5 anos de idade.
d. Uso racional de derivados opióides

34: Criança, 4a, branca, previamente hígida e iniciando período escolar. Após duas semanas de episódio de infecção de vias aéreas superiores não complicado faz exames de rotina após consulta com pediatra, que não detectou alterações ao exame físico. Apresenta o seguinte hemograma: hemoglobina=12.5g/dl, VCM=78fL; HCM=27; leucócitos=5.500/mm^3 (neutrófilos=900/mm^3; linfócitos=2100/mm^3; eosinófilos=200/mm^3; monócitos=400/mm^3); plaquetas 400.000/mm^3. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. Neutropenia grave. Provável aplasia de medula. Biopsia de Medula óssea
b. Neutropenia leve. Provável deficiência de oligoelementos. Repor vitamina B12 e ácido fólico.
c. Neutropenia moderada. Repetir hemograma em 2 a 4 semanas.
d. Neutropenia moderada. Quadro constitucional. Seguir puericultura normalmente.

35. DENTRE AS MEDIDAS DE TRIAGEM PARA NEOPLASIAS, QUAIS DAS ABAIXO SÃO VALIDADAS PARA A POPULAÇÃO PEDIÁTRICA:

a. Teste reflexo olho vermelho e avaliação oftalmológica nas crianças até 1 ano de idade
b. Hemograma, DHL, ácido úrico semestral a partir de 2 anos de idade.
c. Colonoscopia em pacientes com histórico familiar positivo para carcinoma de colón a partir dos 5 anos de idade.
d. Ultrassom de abdome trimestral a em crianças menores de 4 anos de idade

36: Menina 5 anos, branca, procura Pronto Atendimento com quadro de febre entre 38 e 38,5oC, diária há 10 dias, sem outro comemorativos. Ao exame físico percebe-se regular estado geral, palidez, prostração, estabilidade hemodinâmica, algumas equimoses e petéquias e hepatoesplenomegalia. Sem alterações adicionais ao exame físico. Hemograma com os seguintes parâmetros: Hb 8.5g/dL VCM e HCM dentro dos valores de normalidade; Leucocitos 2400/mm3 (Neutrofilos 900/mm3 Linfócitos 1200/mm3 Monocitos 300/mm3) Plaquetas 90.000/mm3. É correto afirmar:

a. Realizar sorologia para mononucleose por pancitopenia secundário processo viral; manter paciente em regime ambulatorial e aguardar resolução quadro febril.
b. Hipofibrogenemia e hipertrigliceridemia adicionais ao hemograma e exame físico permitem estabelecer o diagnóstico de linfohistiocitose hemofagocítica. Não é necessário mielograma.
c. Internação com cefalosporina de terceira geração e repete hemograma em 48 horas pois trata-se de processo bacteriano.
d. Não é possível afastar leucose aguda. Mielograma está indicado.

Questão 37: Paciente com 8 anos de idade, apresenta vômitos persistentes e dor abdominal há 4 dias. Exame físico com desidratação em algum grau, dor à palpação mais localizada em fossa ilíaca. Ultrassom de abdome com sinal do alvo e linfonodos aumentados em região fossa ilíaca e mesentério. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. Apendicite aguda com abscesso; cirurgia; antibiótico de largo espectro
b. Intussuscepção idiopática; enema baritado para reversão; antinflamatório
c. Gastroenterocolite aguda; hidratação e suporte antiemético e analgésico
d. Linfoma não Hodgkin/Burkitt; biopsia/cirurgia; triar lise tumoral.

38: Um dos princípios do Método Canguru, no Brasil, afirma que a atenção e o cuidado ao recém-nascido (RN) na unidade neonatal devem ser humanizados e individualizados. Assim, as rotinas do serviço que atendem a este RN, nas unidades neonatais, buscam a melhor qualidade em seu cuidado, acrescentando às preocupações com controle de suas funções fisiológicas, proteção e prevenção em áreas do desenvolvimento neuropsicomotor. **SÃO ALGUMAS RECOMENDAÇÕES DESTE MÉTODO:**

a. A permanência dos pais junto ao RN, nas unidades neonatais, dependendo da rotina de cada serviço e deve ser desestimulada quando o quadro clínico do RN é grave ou mesmo enquanto ele não atingir o peso mínimo de 1500 gramas, quando passará a ser um candidato à unidade Canguru.
b. Para a terceira etapa, deve-se ter a realização de consultas sempre no ambulatório da maternidade especializada até que o peso do RN seja de 3000 gramas.
c. Os cuidados com o RN na segunda etapa do Método Canguru devem ser realizados em conjunto com a mãe, que aprenderá com a equipe de saúde os sinais de alerta e as respostas que o RN pode apresentar. Tal cuidado compartilhado faz com que os pais sejam capacitados progressivamente para os cuidados no domicílio.

d. Os cuidados de rotina devem ser organizados de acordo com os horários estabelecidos pela equipe do hospital, de tal forma que os cuidados do recém-nascido internados na UTI tenham horários fixos e não devem sofrer alterações em decorrência de eventos externos, como visitas de familiares. Isso significa realizar todos os cuidados conforme os horários previamente estabelecidos, o que é comprovadamente imprescindível para reduzir morbimortalidade neonatal.

39: Uma criança de 8 anos será submetida a procedimento odontológico com manipulação gengival. Possui antecedente de cardiopatia congênita. **EM QUAL DAS SITUAÇÕES ABAIXO ESTÁ INDICADA A PROFILAXIA PARA ENDOCARDITE INFECCIOSA?**

a. Criança portadora de cardiopatia congênita, independentemente do tipo de cardiopatia.
b. Comunicação interventricular pequena, sem tratamento cirúrgico prévio.
c. Comunicação interventricular corrigida cirurgicamente, sem presença de defeito residual.
d. Comunicação interventricular corrigida cirurgicamente com utilização de material protético, apresentando pequeno defeito residual adjacente ao material utilizado.

40: Um adolescente apresenta valores persistentemente elevados de pressão arterial em medidas realizadas adequadamente no consultório. Não apresenta sintomas ou evidências clínicas de lesão de órgão-alvo. Considerando a investigação diagnóstica da hipertensão arterial nessa faixa etária**, QUAL É A PRINCIPAL FINALIDADE DA SOLICITAÇÃO DA MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)?**

a. Confirmar o diagnóstico após uma única medida elevada de pressão arterial.
b. Detectar precocemente lesão de órgão-alvo cardiovascular.
c. Diferenciar hipertensão arterial sustentada de hipertensão do avental branco.
d. Determinar a etiologia primária ou secundária da hipertensão arterial.

41: Durante uma consulta de puericultura, o pediatra avalia quatro crianças assintomáticas. Considerando as recomendações brasileiras para triagem de dislipidemias na infância, em qual situação está indicada a realização de triagem lipídica antes da faixa etária recomendada para a triagem universal?

a. Criança de 7 anos, eutrófica, cujo pai apresentou infarto agudo do miocárdio aos 62 anos.
b. Criança de 5 anos, com IMC no percentil 90 para idade e sexo.
c. Criança de 4 anos, eutrófica, cujo pai apresentou infarto agudo do miocárdio aos 45 anos e faz uso contínuo de medicação para redução do colesterol.
d. Criança de 6 anos, eutrófica, cuja mãe apresentou infarto agudo do miocárdio aos 67 anos e apresenta hipertensão arterial controlada.

42: Menino, 8a, permanece cerca de 4 horas por dia em jogos e vídeos, inclusive durante as refeições e até o horário de dormir. A mãe relata dificuldade para estabelecer limites, não utiliza recursos de supervisão parental e acredita que a própria criança deve aprender a controlar o tempo de uso. **CONSIDERANDO AS RECOMENDAÇÕES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA E O ESTATUTO DIGITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, QUAL É A ORIENTAÇÃO MAIS ADEQUADA?**

a. Permitir o tempo atual de uso, desde que os conteúdos sejam adequados à faixa etária.
b. Limitar o tempo de telas a 1–2 horas por dia, estabelecer períodos sem telas e utilizar supervisão parental adequada à idade.
c. Suspender completamente o acesso às telas, pois o tempo de uso apresentado caracteriza dependência digital.
d. Manter o tempo de uso e orientar a desativação de notificações e outros recursos que estimulem o uso prolongado.

43: Um adolescente de 17 anos com histórico de uso diário e prolongado de cannabis (18 meses) apresenta episódios estereotipados de náusea grave e vômitos repetitivos por vários dias, assemelhando-se à Síndrome dos Vômitos Cíclicos. **PARA A CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA DA SÍNDROME DE HIPERÊMESE POR CANABINOIDES (CHS) SEGUNDO O ROMA V, QUAL CRITÉRIO É MANDATÓRIO?**

a. Presença do comportamento compulsivo de banhos quentes prolongados
b. Teste sérico ou urinário positivo para tetrahidrocanabinol ($\Delta - 9 - \mathrm{THC}$)
c. Resolução dos episódios de vômito após a cessação sustentada da cannabis por pelo menos 6 meses
d. Confirmação de retardo grave no esvaziamento gástrico por cintilografia

44: Menina, 4a, é trazida à consulta porque, há dois meses, apresenta pequenas quantidades de fezes na roupa íntima algumas vezes por semana, e a mãe acredita que a criança possa estar com vermes. Desde a retirada das fraldas, há 6 meses, passou a evacuar cerca de duas vezes por semana, com fezes endurecidas e volumosas, por vezes acompanhadas de dor. Antes desse período, apresentava hábito intestinal regular. A criança apresenta crescimento adequado, desenvolvimento neuropsicomotor normal e eliminou mecônio nas primeiras 48 horas de vida. Não há outras queixas. Ao exame físico, apresenta massa palpável em hipogástrio, sem outras alterações**. A CONDUTA INICIAL MAIS ADEQUADA É:**

a. Iniciar polietilenoglicol em dose de manutenção, associado a medidas dietéticas e treinamento intestinal.
b. Solicitar radiografia de abdome e investigação laboratorial para hipotireoidismo e doença celíaca antes de iniciar o tratamento.
c. Orientar aumento da ingestão de fibras e líquidos e reavaliar antes de considerar tratamento farmacológico.
d. Realizar desimpactação com polietilenoglicol, seguida de tratamento com polietilenoglicol em dose de manutenção, associado a medidas dietéticas e treinamento intestinal.

45: Escolar, 9a, com dor retroesternal persistente. A endoscopia digestiva alta é normal e sem alterações histológicas. A pH-impedanciometria esofágica prolongada revela tempo de exposição ácida normal e ausência de correlação temporal (associação sintomática negativa) entre as dores relatadas e os eventos de refluxo líquido ou gasoso. **DE ACORDO COM O ALGORITMO DO ROMA V, O DIAGNÓSTICO É:**

a. Dor Esofágica Não Relacionada ao Refluxo
b. Hipersensibilidade ao Refluxo
c. Doença do Refluxo Não Erosiva
d. Esofagite de Refluxo Grau A

46: Paciente de 3 anos, com suspeita de infecção, apresenta plaquetas <100.000/µL, INR >1,3, D-dímero >2 mg/L FEU e fibrinogênio <100 mg/dL. **DE ACORDO COM O ESCORE DE SEPSE DE PHOENIX (PHOENIX SEPSIS SCORE), QUANTOS PONTOS DEVEM SER ATRIBUÍDOS AO COMPONENTE COAGULAÇÃO?**

a. 1 ponto
b. 2 pontos
c. 3 pontos
d. 4 pontos

47: Lactente, 2 meses, em aleitamento materno exclusivo, é levado à consulta devido ao surgimento de estrias de sangue nas fezes (hematoquezia) há três dias. O lactente apresenta bom ganho ponderal, exame físico sem alterações e ausência de outros sinais sistemáticos de alarme. **A CONDUTA INICIAL MAIS ADEQUADA É:**

a. Substituir imediatamente o aleitamento materno por fórmula à base de aminoácidos.
b. Adotar conduta expectante (*"watch and wait"*) por 1 mês, mantendo a amamentação sem restrição alimentar materna inicial, visto que a hematoquezia pode desaparecer espontaneamente.
c. Iniciar dieta de exclusão de leite de vaca para a mãe por pelo menos 6 meses antes de qualquer tentativa de reintrodução.
d. Submeter o lactente a um teste de provocação oral (TPO) hospitalar imediato para confirmar a anafilaxia alimentada por IgE.

48: Segundo o Escore de Sepse de Phoenix (Phoenix Sepsis Score), **QUAIS ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS CORRESPONDEM, RESPECTIVAMENTE, A 1 E 2 PONTOS?**

a. Sonolência e pupilas bilateralmente fixas
b. Escala de Coma de Glasgow ≤ 10 e pupilas anisocórica
c. Sonolência e pupilas anisocóricas
d. Escala de Coma de Glasgow ≤ 10 e pupilas bilateralmente fixas

49: Mãe de um lactente com APLV IgE-mediada questiona o pediatra sobre a necessidade de retirar carne bovina da alimentação do filho ao iniciar a introdução alimentar, pois leu em fóruns virtuais que proteínas bovinas devem ser totalmente abolidas. **QUAL ORIENTAÇÃO O MÉDICO DEVE FORNECER?**

a. A carne bovina deve ser totalmente eliminada, pois mais de 80% das crianças com APLV apresentam reação alérgica cruzada grave à carne bovina.
b. Menos de 20% das crianças com APLV mediada por IgE têm alergia à carne bovina; como o principal alérgeno (albumina sérica bovina) é sensível ao calor e à digestão, a carne bem cozida ou assada é bem tolerada.
c. A carne bovina deve ser substituída pela carne de cordeiro, pois não existe nenhuma reatividade cruzada descrita entre proteínas de ovinos e bovinos.
d. Nesses casos está indicado, além da fórmula de aminoácidos, a mamadeira de frango ou de rã, proteínas que diferem estruturalmente da carne bovina

50: Segundo o Surviving Sepsis Campaign de 2026, **A ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA DEVE SER INICIADA IDEALMENTE EM ATÉ QUANTO TEMPO APÓS O RECONHECIMENTO DE SEPSE PROVÁVEL SEM CHOQUE E DE SUSPEITA DE CHOQUE SÉPTICO, RESPECTIVAMENTE?**

a. 1 hora e 2 horas
b. 2 horas e 1 hora
c. 3 horas e 1 hora
d. 4 horas e 2 horas

51: Menino, 6a, é acompanhado devido a quadro de constipação intestinal funcional. A família indaga sobre a adição de probióticos ao tratamento laxativo. **QUAL CONDUTA A EQUIPE MÉDICA DEVE ADOTAR?**

a. Não recomendar o uso de probióticos como terapia única ou adjuvante para o tratamento da constipação funcional em crianças, devido à falta de eficácia.
b. Recomendar *Lactobacillus casei rhamnosus* Lcr35 como primeira linha em substituição aos laxantes osmóticos.
c. Prescrever *Limosilactobacillus reuteri* DSM 17938 devido ao aumento comprovado do sucesso terapêutico global nas metanálises.
d. Indicar uma combinação multiespécies adjuvante com recomendação forte para elevar a frequência de evacuações.

52: Recém-nascido com peso de 825 gramas, idade gestacional de 28 semanas e 2 dias, com cateter venoso umbilical de localização central, hemodinamicamente estável e sem droga vasoativa. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. Iniciar a alimentação enteral mínima nas primeiras 24 horas de vida com volume de 10ml/kg/dia
b. Iniciar a alimentação enteral mínima a partir de 48 horas de vida com volume de 10ml/kg/dia
c. Iniciar a alimentação enteral mínima nas primeiras 24 horas de vida com volume de 30ml/kg/dia
d. Iniciar a alimentação enteral mínima a partir de 48 horas de vida com volume de 30ml/kg/dia

53: Menino, 7a, com comprometimento grave do sistema nervoso central (SNC) e dependência de gastrostomia apresenta episódios recorrentes de dores abdominais e náuseas especificamente desencadeados durante e logo após as infusões da dieta por gastrostomia. Avaliações prévias afastaram obstrução mecânica e constipação. O paciente também expressa desconforto durante a eliminação de gases e evacuações. **QUAL MECANISMO FISIOPATOLÓGICO DECORRENTE DA ALTERAÇÃO DO SISTEMA NERVOSO JUSTIFICA ADEQUADAMENTE A GÊNESE DESSES SINTOMAS E A TOLERÂNCIA ALIMENTAR REDUZIDA?**

a. Hiperalgesia visceral e dor neuropática central, que promovem redução do limiar de volume gástrico para deflagração de sintomas e distensão intestinal/colônica.
b. Síndrome da artéria mesentérica superior com compressão extrínseca do duodeno, exigindo conversão cirúrgica de urgência.
c. Paralisia isolada do centro do vômito na ponte, tratável exclusivamente com altas doses de procinéticos dopaminérgicos.
d. Alergia alimentar mediada por IgE às proteínas da fórmula enteral, com indicação de corticoterapia sistêmica de manutenção.

54: Uma criança com traumatismo cranioencefálico grave, com Escala de Coma de Glasgow igual a 6, encontra-se intubada e em ventilação mecânica. **EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS INICIAIS PARA PREVENÇÃO DE LESÃO CEREBRAL SECUNDÁRIA, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. Manter a cabeça em posição neutra, analgesia e sedação adequadas, evitar hiperventilação profilática e manter a $PaCO_2$ em faixa de normocapnia.
b. Manter a cabeça em posição neutra, evitar sedação para facilitar a avaliação neurológica e manter a $PaCO_2 \leq 30$ mmHg.
c. Manter a cabeça em posição neutra, analgesia e sedação adequadas e manter a $PaCO_2 \leq 30$ mmHg.
d. Manter a cabeça em posição neutra, evitar sedação para facilitar a avaliação neurológica, evitar hiperventilação profilática e manter a $PaCO_2$ em faixa de normocapnia.

55: Menino, 6a, com comprometimento neurológico grave esteve em uso contínuo de inibidor de bomba de prótons (IBP) por 14 meses devido a diagnóstico presuntivo de DRGE. A equipe médica opta por descontinuar o IBP devido aos riscos associados ao uso prolongado. **QUAIS SÃO OS RISCOS CLÍNICOS DO USO CRÔNICO DE IBPS NESSA POPULAÇÃO E COMO DEVE SER FEITO O MANEJO IMEDIATO DA SUSPENSÃO DO FÁRMACO?**

a. Insuficiência renal aguda e hipercalemia; geridos com hidratação venosa contínua.
b. Infecção por *Clostridium difficile*, supercrescimento bacteriano do intestino delgado, pneumonia, fraturas ósseas e hipomagnesemia; descontinuação gerida com antiácidos de curto prazo ou bloqueadores H-2 para conter o rebote de acidez gástrica.
c. Diabetes insípido central e hiponatremia; descontinuação abrupta sem necessidade de transição.
d. Encefalopatia hepática e trombocitopenia; manejo com suspensão gradual associada a metoclopramida.

56: Menina, 12a, apresenta histórico de episódios recorrentes de vômitos incapacitantes e náuseas graves. A mãe e a avó materna possuem diagnóstico de enxaqueca. A paciente encontra-se nas primeiras horas do início dos sintomas de uma nova crise. **QUAL É A RECOMENDAÇÃO PARA O TRATAMENTO ABORTIVO AGUDO NESSA PACIENTE?**

a. Iniciar profilaxia com topiramato imediatamente nas primeiras 2 horas de sintomas.
b. Utilizar anti-inflamatórios não esteroides e/ou triptanos, administrados o mais precocemente possível.
c. Prescrever exclusivamente aprepitanto oral por 30 dias ininterruptos.
d. Manter apenas conduta de observação ("esperar para ver") nas primeiras 24 horas antes de administrar qualquer medicação.

57: Após a fase da alimentação enteral mínima, **A PROGRAMAÇÃO DA TRANSIÇÃO DA DIETA PARENTERAL PARA ENTERAL DE UM RECÉM-NASCIDO DE 29 SEMANAS, SEM SINAIS DE INTOLERÂNCIA ALIMENTAR, É DE:**

a. Aumento do volume de alimentação enteral em taxas superiores a 40 ml/kg/d
b. Aumento do volume de alimentação enteral em taxas de 30 a 40 ml/kg/d
c. Aumento do volume de alimentação enteral em taxas de 15 a 25 ml/kg/d
d. Aumento do volume de alimentação enteral em taxas menores a 15 ml/kg/dia

58: Menina de 9 meses apresenta terceira crise hemiclônica prolongada associada a febre. A primeira ocorreu aos 5 meses após a vacinação. O desenvolvimento era normal antes do início das crises. EEG interictal e RM cerebral são normais. **QUAL ACHADO ADICIONAL AUMENTA A SUSPEITA DE SÍNDROME DE DRAVET NESTE MOMENTO?**

a. Espasmos em clusters ao despertar
b. Crises hemiclônicas alternando o lado entre episódio
c. Descargas multifocais no EEG
d. Presença de atraso do neurodesenvolvimento

59: Menina, 14a, 41 kg, apresenta história de febre intermitente há 2 meses, astenia e artralgia nos cotovelos, ombros e mãos. Nas últimas dias semanas, evoluiu com atrite das articulações supracitadas e também dos joelhos. Refere palidez progressiva ao longo do período. Ao exame, apresenta eritema facial e lesões eritematosas arredondadas nos membros. A radiografia de tórax mostra pequeno derrame pleural bilateral e aumento da área cardíaca. Exames laboratoriais hemoglobina=9,2g/dL, VCM=97fL, HCM=31 pg, leucócitos=2.900/mm^3 (segmentados=1.930/mm^3, linfócitos=740/mm^3, monócitos=230/mm^3), plaquetas=93.000/mm^3, FAN=reagente 1:1280; relação albumina/creatnina em exame de urina=3529 mg/g. Realizado aspirado de medula óssea, evidenciando série eritróide levemente hipercelular com megaloblastose discreta, série megacariocítica levemente hipercelular com maturação preservada, série granulocítica normocelular com 12% de promielócitos, 11% de mielócitos, 12% metamielócitos, 27% de bastonetes, 2% de segmentados e 1% de eosinófilos, além de série linfoplasmocitária com presença de 5% de linfócitos maduros e raros plasmócitos. **CONSIDERANDO A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICO, FAZ PARTE DO TRATAMENTO INICIAL DESSA PACIENTE:**

a. Pulsoterapia com metilprednisolona
b. Quimioterapia sistêmica
c. Antibioticoterapia de amplo espectro
d. Anti-inflamatório sistêmico

60: Menino, 8a, permanece em crise tônico-clônica após duas doses adequadas de benzodiazepínico. Acesso venoso está disponível. **ENTRE AS ALTERNATIVAS ABAIXO, QUAL PRINCÍPIO É CORRETO?**

a. Deve-se realizar pelo menos três doses de benzodiazepínico antes da segunda linha
b. Fenitoína é comprovadamente superior ao levetiracetam em crianças
c. Levetiracetam e fenitoína são opções aceitáveis de segunda linha
d. Medicação sedativa deve ser utilizada imediatamente

61: Menina, 8a, com fenótipo normal, portadora de Baixa Estatura pós natal, ainda não tendo iniciado seu desenvolvimento puberal (M1P1), não apresentou ainda menarca, com velocidade de crescimento de 6,2cm/ano, e é adotada (sem conhecimento da altura dos pais biológicos). **OS EXAMES INDICADOS SÃO:**

a. Radiografia de punho e mão esquerda para idade óssea e cariótipo com contagem de 50 células.
b. Radiografia de punho e mão esquerdo para idade óssea e função tireoideana.
c. Radiografia de punho e mão esquerdo para idade óssea, não sendo necessário o cariótipo pois tem fenótipo normal
d. Radiografia de punho e mão esquerdo para idade óssea, cariótipo com contagem de 50 células e teste de estimulo com clonidina para afastar deficiência de hormônio de crescimento.

62: Menino, 8a, encaminhado do ambulatório de gastroenterologia pediátrica para internação em enfermaria de pediatria com história de diarreia crônica nos últimos 6 meses, se apresentando com IMC < -2 DP e perda de peso de 15% do peso corporal nos últimos 30 dias. **EM RELAÇÃO À TERAPIA NUTRICIONAL, A PRESCRIÇÃO INICIAL DESSE PACIENTE DEVE CONTER:**

a. Oferta calórica de 20 a 30% da meta estabelecida e sulfato ferroso
b. Oferta calórica de 40 a 50% da meta estabelecida, polivitamínico completo para idade e tiamina
c. Oferta calórica de 40 a 50% da meta estabelecida, vitamina D e tiamina
d. Oferta calórica de 20 a 30% da meta estabelecida, sulfato ferroso, tiamina e vitamina B12

63: Lactente de 3 meses é internado por infecção respiratória. Apresenta hipotonia axial, fraqueza proximal, arreflexia e fasciculações de língua, com movimentos oculares preservados. **O EXAME QUE CONFIRMA DIRETAMENTE A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

a. Biópsia muscular aberta do músculo quadríceps para avaliação histopatológica
b. Dosagem sérica da enzima creatinoquinase (CK) para investigação de doença muscular
c. Pesquisa molecular de deleção homozigótica do éxon 7 do gene *SMN1*
d. Sequenciamento de nova geração com análise do exoma para investigação de doenças neuromusculares

64: Menina, 2 meses, 3500g, gemelar, internada em enfermaria de pediatria para tratamento de infecção do trato urinário febril. Apesar de atualmente estar em aleitamento materno exclusivo, durante internação ficará acompanhada apenas do pai pois a mãe permanecerá em casa prestando cuidados ao outro gemelar. **CALCULE A META CALÓRICA PELA FÓRMULA DE HOLIDAY-SEGAR E A QUANTIDADE DE FÓRMULA INFANTIL DE PARTIDA A SER OFERTADA EM 24 HORAS PARA ATINGIR A META ESTABELECIDA, CONSIDERANDO DENSIDADE CALÓRICA DE 70KCAL/100ML DE FÓRMULA:**

a. 350 kcal e 500 ml de fórmula infantil de partida
b. 350 kcal e 350 ml de fórmula infantil de partida
c. 200 kcal e 500 ml de fórmula infantil de partida
d. 200 kcal e 350 ml de fórmula infantil de partida

65: Menino com Distrofia Muscular de Duchenne tem uma irmã assintomática de 15 anos. A mãe pergunta se a filha precisa de avaliação. **A MELHOR RESPOSTA É:**

a. Mulheres não apresentam manifestações relacionadas à DMD
b. A dosagem de creatinoquinase (CK) é suficiente para excluir o estado de portadora
c. Deve-se esclarecer o status de portadora e, se positivo, considerar seguimento cardíaco
d. Apenas avaliação ortopédica é necessária

66: Menina, 13a, com diagnóstico de anorexia nervosa é admitida em enfermaria de pediatria encaminhada do ambulatório de psiquiatria com IMC < -3 DP, para terapia nutricional. **ASSINALE A ALTERNATIVA QUE APRESENTA TRÊS EXAMES INDISPENSÁVEIS ANTES DO INÍCIO DA TERAPIA NUTRICIONAL:**

a. Cálcio, fósforo e vitamina D
b. Perfil de ferro, ureia, creatinina, sódio e potássio
c. Fósforo, magnésio e potássio
d. Cálcio, fósforo, potássio e perfil de ferro

67: QUAL O MELHOR TESTE PARA DIAGNÓSTICO DAS MANIFESTAÇÕES GASTRINTESTINAIS POR ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA E QUAL A FAIXA ETÁRIA MAIS FREQUENTE DE APARECIMENTO DESSES SINTOMAS?

a. Teste de enfrentamento aberto / antes dos seis meses de vida
b. Prick test (teste de puntura) / entre o segundo e terceiro ano de vida
c. IgE específica sérica / antes dos seis meses de vida
d. Teste de contato / entre o segundo e terceiro ano de vida

68: Com relação à doença de Crohn pediátrica, **É CORRETO AFIRMAR:**

a. Dosagem de calprotectina fecal define o diagnóstico
b. Dieta enteral exclusiva é útil para induzir a remissão
c. Prednisona é terapia de escolha na manutenção da remissão
d. Velocidade de hemossedimentação é um biomarcador específico

69: AO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA DE INÍCIO MUITO PRECOCE (QUANDO A APRESENTAÇÃO CLÍNICA SE INICIA ATÉ OS SEIS ANOS DE IDADE), É NECESSÁRIO INVESTIGAR:

a. Osteopenia/osteoporose
b. Erros inatos da imunidade
c. Tendência a coagulopatia
d. Glomerulopatias

70: Lactente de 8 meses, previamente hígido, apresenta, poucos minutos após ingerir fórmula contendo proteína do leite de vaca, urticaria generalizada, edema labial, vômitos repetidos e sibilância. Ao exame, apresenta taquicardia, extremidades frias e pulsos periféricos de baixa amplitude. **CONSIDERANDO A FISIOPATOLOGIA DESSE QUADRO E SEU TRATAMENTO, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. A histamina causa vasoconstrição sistêmica, revertida pelo efeito β2-adrenergico da adrenalina.
b. A ativação de mastócitos mediada por IgE causa vasodilatação, aumento da permeabilidade vascular e broncoconstrição.
c. A ativação da via clássica do complemento e o principal mecanismo da reação sistêmica imediata.
d. A hipotensão decorre principalmente de depressão miocárdica, sendo o broncodilatador a terapia inicial.

71: Menina, 14a, apresenta dor musculoesquelética difusa há 8 meses, associada a fadiga, sono não reparador, cefaleia e dificuldade de concentração. Refere piora com estresse. Nega febre ou perda ponderal. Ao exame, não há artrite, fraqueza muscular ou alterações cutâneas, mas há hipersensibilidade difusa à palpação. Hemograma, velocidade de hemossedimentação, proteína C-reativa, creatinoquinase e função tireoidiana são normais. Fator antinuclear negativo. **A CONDUTA FRENTE A ESTA PACIENTE É:**

a. Solicitar perfil de antígenos nucleares extraíveis (ENA) e ressonância nuclear magnética das áreas acometidas
b. Prescrever de antinflamatórios não esteroides ou corticosteroides para controle da dor
c. Propor abordagem multimodal: educação em saúde, atividade física, rotina de sono, psicointervenção
d. Instituir primariamente tratamento farmacológico com inibidores seletivos da recaptação de serotonina

72: Adolescente, 12a, com lúpus eritematoso sistêmico juvenil (LESj) em acompanhamento há 2 anos. Histórico de nefrite lúpica tratada e atualmente com bom controle da doença. Faz uso de micofenolato, hidroxicloroquina e corticosteroide em baixa dose. Tem apresentado desaceleração da curva de estatura e incremento na de IMC. Tanner M2P2. Ao exame, não há sinais de atividade renal ou neurológica. Avaliação de fundo de olho e densitometria óssea anuais. **CONSIDERANDO O TRATAMENTO E A PREVENÇÃO DE DANOS NO LESJ, A CONDUTA É:**

a. Manter cloroquina e corticoide, visando manter doença controlada durante o período crítico da puberdade
b. Manter cloroquina e suspender gradualmente corticoide, visando redução de danos ao crescimento e saúde óssea
c. Suspender gradualmente cloroquina e manter corticoide, visando diminuir toxicidade ocular e manter controle de doença
d. Suspender gradualmente cloroquina e corticoide, visando diminuir toxicidade ocular e danos ao crescimento e saúde óssea

73: Menino, 8a, em acompanhamento no Ambulatório de Reumatologia Pediátrica com diagnóstico de febre reumática. A família pergunta por que é necessário manter a aplicação periódica de penicilina benzatina a cada 21 dias mesmo após a resolução dos sintomas. **O PRINCIPAL OBJETIVO DA PROFILAXIA SECUNDÁRIA É:**

a. Reverter as lesões cardíacas decorrentes do episódio agudo.
b. Prevenir recorrências de febre reumática após infecções estreptocócicas.
c. Prevenir especificamente a recorrência das manifestações articulares.
d. Reduzir a duração e a intensidade da Coreia de Sydenham.

74: Menina, 6a, apresenta dois episódios diários de febre há três semanas, acompanhados de dor e aumento de volume nos joelhos e tornozelos. Durante os episódios de febre, apresenta exantema maculopapular evanescente, predominantemente no tronco. Ao exame, observa-se linfonodomegalia e hepatoesplenomegalia. Hemograma mostra leucocitose com neutrofilia, anemia e plaquetose; VHS e PCR estão elevados. **CONSIDERANDO O DIAGNÓSTICO DE ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ), ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. O fator reumatoide positivo é necessário para confirmar o diagnóstico de AIJ poliarticular.
b. Na AIJ oligoarticular FAN positivo a febre geralmente é baixa e contínua.
c. Febre, exantema evanescente e artrite, associadas a manifestações sistêmicas, são características da AIJ sistêmica.
d. A presença de hepatoesplenomegalia, febre e exantema, são características da AIJ relacionada à entesite.

75: Lactente de 6 meses apresenta prurido intenso, xerose e placas eczematosas recorrentes em face e superfícies extensoras. Não há sinais clínicos de infecção. Considerando alterações da filagrina e a frequente colonização da pele por Staphylococcus aureus na dermatite atópica, **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. A redução da filagrina aumenta a hidratação do estrato córneo e dificulta a colonização bacteriana.
b. A disfunção da filagrina compromete a barreira cutânea, favorecendo perda de água, entrada de alérgenos e colonização por S. aureus.
c. A colonização por S. aureus ocorre apenas nas lesões com infecção clínica e não interfere na inflamação cutânea.
d. A presença de S. aureus indica antibioticoterapia sistêmica, mesmo na ausência de sinais de infecção.

76: Recém-nascido assintomático apresenta, na triagem neonatal ampliada pelo teste do pezinho, TREC muito reduzido e KREC preservado. O resultado é confirmado em nova amostra. **CONSIDERANDO O SIGNIFICADO DESSES MARCADORES E OS ERROS INATOS DA IMUNIDADE, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. O resultado sugere agamaglobulinemia ligada ao X; deve-se iniciar reposição de imunoglobulina.
b. O TREC reduzido indica linfopenia de células T e exige investigação imediata para imunodeficiência combinada grave.
c. O KREC normal exclui imunodeficiência combinada grave e permite manter normalmente as vacinas vivas.
d. O TREC reduzido confirma imunodeficiência combinada grave e indica transplante imediato, sem exames adicionais.

77: Menino, 3a, com dermatite atópica, apresenta sensibilização ao ovo identificada durante investigação alergológica. Consome pequenas quantidades de preparações contendo ovo assado sem apresentar urticária, angioedema, vômitos, sibilância ou outros sintomas imediatos. Nunca apresentou anafilaxia. A investigação demonstra IgE específica elevada para ovalbumina e ovomucoide. A criança deverá receber as vacinas contra influenza e febre amarela. **CONSIDERANDO A INTERPRETAÇÃO DOS EXAMES E A CONDUTA VACINAL, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. A IgE para ovomucoide confirma alergia ao ovo e contraindica ambas as vacinas.
b. A ausência de anafilaxia permite administrar ambas as vacinas sem considerar sensibilização ao ovo.
c. A sensibilização isolada não contraindica influenza; para febre amarela, a história clínica deve orientar a avaliação do risco.
d. A positividade para ovalbumina exige teste cutâneo prévio com ambas as vacinas.

78: Uma mãe relata receio de vacinar seu filho adolescente contra a COVID-19 porque ouviu falar de casos de miocardite após a vacinação. **QUAL INFORMAÇÃO CARACTERIZA MELHOR UMA COMUNICAÇÃO EQUILIBRADA E BASEADA EM EVIDÊNCIAS?**

a. A vacina contra COVID-19 não está associada a miocardite ou pericardite em crianças e adolescentes
b. Tanto a infecção quanto a vacinação apresentam o mesmo risco de miocardite ou de pericardite.
c. Existe aumento raro e de curto prazo do risco de miocardite ou pericardite após a vacinação, porém o risco observado após a vacinação é substancialmente menor do que o associado à infecção por SARS-CoV-2.
d. Como há possibilidade de miocardite após a vacinação, a decisão deve ser baseada exclusivamente na preferência dos pais, sem recomendação médica.

79: QUAL DAS ALTERNATIVAS DESCREVE MELHOR UMA ABORDAGEM MAIS APROPRIADA PARA UM ADOLESCENTE QUE FAZ USO DE CIGARRO ELETRÔNICO (VAPE) COM OS AMIGOS 1 VEZ POR SEMANA?

a. Mandar parar o uso imediatamente.
b. Como ele faz uso apenas com os amigos, o uso é de baixo risco, mas deve-se realizar acompanhamento.
c. Como o uso se encaixa na experimentação, não é preciso intervir.
d. Aconselhamento breve e acompanhamento.

80: Uma adolescente de 13 anos procura atendimento por atraso menstrual. O teste de gravidez é positivo. Durante a consulta individual, ela demonstra grande ansiedade e, inicialmente, não deseja que os pais sejam informados. Não esclarece adequadamente as circunstâncias da concepção e responde de forma evasiva quando questionada sobre o parceiro. **CONSIDERANDO CONJUNTAMENTE, OS PRINCÍPIOS DE CONFIDENCIALIDADE, PROTEÇÃO INTEGRAL E ABORDAGEM DA GRAVIDEZ EM MENORES DE 14 ANOS, QUAL É A CONDUTA MAIS ADEQUADA?**

a. Preservar obrigatoriamente o sigilo em relação à família, pois a gravidez constitui informação pertencente exclusivamente à esfera dos direitos reprodutivos da adolescente.
b. Limitar inicialmente a investigação aos aspectos obstétricos, evitando questionamentos sobre o parceiro para não produzir revitimização; a investigação de violência compete exclusivamente ao Conselho Tutelar.
c. Realizar uma abordagem acolhedora e sem julgamento, avaliar cuidadosamente as circunstâncias da gestação e eventuais situações de violência ou de vulnerabilidade, explicar à adolescente os limites da confidencialidade, documentar adequadamente os achados e adotar as medidas de proteção e de notificação pertinentes.
d. Informar imediatamente os responsáveis antes de prosseguir com a entrevista, pois a gravidez elimina o direito do menor de idade à privacidade durante a consulta médica.