Especialidade: Pediatria
Questão: 3

Enunciado da Questão

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

Alternativas

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

Fundamentação do Recurso

Solicito, respeitosamente, a revisão do gabarito da questão, atualmente indicado como alternativa B, considerando as evidências científicas e as recomendações atuais sobre as interfaces utilizadas para administração de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) em recém-nascidos.

A alternativa A, que indica a utilização de prongas binasais curtas e curvas, é a que melhor corresponde às recomendações contemporâneas para suporte respiratório não invasivo neonatal.

A European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome: 2025, referência internacional para o manejo da síndrome do desconforto respiratório neonatal, recomendam expressamente que a interface utilizada para administração de CPAP nasal ou ventilação não invasiva seja constituída por prongas binasais curtas ou máscara nasal, com nível de evidência A2. Essa recomendação também estava presente na atualização de 2022 das mesmas diretrizes.

Por outro lado, a justificativa apresentada na alternativa B — de que a pronga longa promoveria aumento da resistência e, consequentemente, menor incidência de falha terapêutica — não encontra respaldo nas recomendações atuais. O objetivo da interface do CPAP é proporcionar adequada transmissão da pressão positiva, com vedação apropriada e mínima resistência ao fluxo aéreo, e não aumentar deliberadamente a resistência das vias respiratórias.

Portanto, a utilização de prongas binasais curtas ou a máscara nasal constituem a abordagem recomendada pelas diretrizes contemporâneas, enquanto a pronga nasofaríngea longa não representa a interface de escolha preferencial.

Diante do exposto, solicito a alteração do gabarito da alternativa B para a alternativa A, por ser esta a opção mais consistente com as evidências científicas e recomendações atuais para administração de CPAP nasal em recém-nascidos.

Referência bibliográfica

1. Sweet DG, et al. European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome: 2025. Neonatology. 2025.

Especialidade: Pediatria
Questão: 7

Enunciado da Questão

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.

EM RELAÇÃO À CLASSIFICAÇÃO E AO TRATAMENTO DO ACIDENTE ESCORPIONICO, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

Alternativas

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.

Fundamentação do Recurso

RECURSO – QUESTÃO 7

Solicitação: Anulação da questão

Solicito a anulação da questão 7, referente à classificação clínica e ao tratamento do acidente escorpiônico, considerando divergências entre a redação das alternativas e os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Acidentes Escorpiônicos do Ministério da Saúde, aprovado pela Portaria SECTICS/MS nº 59, de 1º de agosto de 2025.

A alternativa B afirma que o quadro deve ser classificado como moderado pela presença de manifestações sistêmicas, estando indicada soroterapia específica associada ao tratamento de suporte.

Entretanto, essa afirmação não contempla integralmente os critérios classificatórios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Segundo o PCDT, a classificação do escorpionismo compreende três categorias:

- **Leve:** dor, eritema, parestesia e sudorese. Ocasionalmente, podem ocorrer náuseas, vômitos, agitação e taquicardia discretas, relacionadas à dor.
- **Moderado:** quadro local associado a manifestações sistêmicas de pequena intensidade, como sudorese, náuseas, alguns episódios de vômitos, alterações da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial e agitação.
- **Grave:** manifestações sistêmicas intensas, incluindo inúmeros episódios de vômitos, sudorese profusa, alterações cardiovasculares, sialorreia, agitação alternada com sonolência, taquidispneia, convulsões, insuficiência cardíaca e edema agudo de pulmão.

Dessa forma, a simples presença de manifestações sistêmicas não é suficiente para determinar a classificação como moderada, sendo fundamental considerar a intensidade, a frequência e a associação dos sintomas.

O próprio protocolo estabelece que manifestações como vômitos ocasionais e discretos podem estar presentes em acidentes leves, enquanto vômitos numerosos e sudorese profusa caracterizam manifestações de gravidade.

Adicionalmente, a alternativa C também apresenta generalização ao associar a presença de vômitos à classificação de acidente leve, sem considerar a frequência, a intensidade e a associação com outras manifestações clínicas.

Portanto, a ausência de caracterização da intensidade das manifestações sistêmicas nas alternativas compromete a precisão da classificação clínica e permite interpretações distintas à luz do protocolo vigente do Ministério da Saúde.

Diante do exposto, considerando a necessidade de precisão dos critérios diagnósticos e terapêuticos em uma questão de prova de residência médica, solicito a **ANULAÇÃO DA QUESTÃO 7**, por não apresentar alternativa que contemple de maneira inequívoca os critérios classificatórios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Referência bibliográfica:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 59, de 1º de agosto de 2025. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Acidentes Escorpiônicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

Especialidade: Pediatria
Questão: 15

Enunciado da Questão

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:

Alternativas

A. 40%
B. 60%
C. 90%
D. 70%

Fundamentação do Recurso

Resumo da atividade: Mudança de gabarito para D

À Banca Examinadora,

Solicitamos a revisão do gabarito oficial da presente questão, que indica 90% (alternativa C) como umidade relativa para incubadora de recém-nascido prematuro com idade gestacional ≤ 30 semanas. A literatura médica de referência estabelece valores substancialmente inferiores ao gabarito oficial.

O *Nelson Tratado de Pediatria*, 21ª edição, obra clássica em pediatria reconhecida internacionalmente e frequentemente utilizada como referência em provas de residência médica, recomenda umidade relativa entre 40% e 60% para recém-nascidos prematuros extremos. Esta recomendação fundamenta-se na necessidade de reduzir perdas insensíveis de água pela pele imatura, sem criar ambiente propício para proliferação bacteriana ou comprometer a integridade cutânea. A alternativa C (90%) excede significativamente o limite superior preconizado pela fonte de referência, enquanto a alternativa D (70%) representa valor intermediário que, embora acima do recomendado, aproxima-se mais do intervalo terapêutico estabelecido.

A discrepância entre o gabarito oficial (90%) e a recomendação técnica consolidada (40-60%) compromete a validade técnico-científica da resposta apontada como correta. Valores de umidade relativa superiores a 70% aumentam o risco de contaminação microbiana no ambiente da incubadora e podem dificultar o controle térmico adequado, sem benefício adicional comprovado na prevenção de perdas hídricas.

Diante do exposto, solicitamos a mudança do gabarito oficial da alternativa C para a alternativa D, por representar valor mais próximo das recomendações técnicas disponíveis na literatura pediátrica de referência.

Referências:

Especialidade: Pediatria
Questão: 29

Enunciado da Questão

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

Alternativas

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.

Fundamentação do Recurso

RECURSO – QUESTÃO 29

Solicitação: Anulação da questão

Solicito a anulação da questão 29, referente ao tratamento da paracoccidioidomicose em paciente pediátrico, considerando as recomendações do II Consenso Brasileiro de Paracoccidioidomicose (2017) e as orientações do Ministério da Saúde.

O caso clínico descreve uma criança de 7 anos, com quadro compatível com a forma aguda/subaguda (juvenil) da paracoccidioidomicose, caracterizada por febre prolongada, linfonodomegalias generalizadas, hepatoesplenomegalia e lesões cutâneas disseminadas.

O tratamento dessa apresentação deve considerar a extensão da doença, a repercussão sistêmica e as condições clínicas do paciente.

O II Consenso Brasileiro de Paracoccidioidomicose reconhece o sulfametoxazol-trimetoprima como uma opção terapêutica amplamente utilizada na população pediátrica, destacando a experiência de

uso dessa associação em crianças. Por outro lado, a anfotericina B é recomendada para formas graves, geralmente por duas a quatro semanas, seguida de tratamento oral após estabilização clínica.

Um aspecto particularmente relevante diz respeito aos critérios de classificação de gravidade. O II Consenso Brasileiro descreve a perda ponderal superior a 10% do peso habitual entre os critérios de gravidade da forma crônica do adulto. A transposição automática desse parâmetro para a forma aguda/subaguda juvenil, que apresenta características clínicas e epidemiológicas distintas, pode induzir a uma interpretação inadequada da gravidade da doença pediátrica.

Embora o paciente apresente doença disseminada, com linfonodomegalias volumosas, hepatoesplenomegalia, lesões cutâneas e anemia importante, o enunciado não apresenta informações suficientes sobre a repercussão funcional dos órgãos acometidos, estado nutricional detalhado ou comprometimento respiratório, adrenal, neurológico ou hemodinâmico.

Assim, diante da ausência de critérios clínicos objetivos que caracterizem a gravidade da doença, não há elementos suficientes no enunciado para justificar a indicação obrigatória de anfotericina B como tratamento inicial.

Considerando a existência de diferentes estratégias terapêuticas para a paracoccidioidomicose pediátrica, a ausência de caracterização objetiva da gravidade e a necessidade de distinguir os critérios utilizados na forma crônica do adulto daqueles aplicáveis à apresentação juvenil, solicita-se a **ANULAÇÃO DA QUESTÃO 29**, por insuficiência de informações clínicas para determinar inequivocamente a escolha terapêutica inicial.

Referências bibliográficas:

1. SHIKANAI-YASUDA MA, et al. II Consenso Brasileiro em Paracoccidioidomicose. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2018;27(spe). DOI: 10.5123/S1679-49742018000500001.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Paracoccidioidomicose. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a/p/pcm/paracoccidioidomicose.

Especialidade: Pediatria
Questão: 39

Enunciado da Questão

Uma criança, 8a, 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?

Alternativas

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.

Fundamentação do Recurso

À Banca Examinadora,

Pedido: anulação da questão.

A questão apresenta uma criança de 8 anos com cardiopatia congênita que vai passar por procedimento odontológico com manipulação gengival e pede que o candidato identifique a situação em que a profilaxia para endocardite infecciosa está indicada. O gabarito oficial é a alternativa D, que descreve comunicação interventricular corrigida cirurgicamente com material protético e pequeno defeito residual adjacente ao material.

Não se contesta que a alternativa D descreve uma situação de alto risco. O problema está na alternativa C (“comunicação interventricular corrigida cirurgicamente, sem presença de defeito residual”), cuja redação não permite concluir com segurança que a profilaxia não esteja indicada.

A Diretriz Brasileira de Valvopatias 2026 da Sociedade Brasileira de Cardiologia indica antibioticoprofilaxia antes de procedimentos odontológicos com manipulação gengival ou da região periapical nos pacientes de alto risco para endocardite infecciosa, com recomendação forte e certeza moderada. Entre as cardiopatias congênitas, a diretriz considera de alto risco as formas cianóticas não tratadas e aquelas submetidas a cirurgia com uso de material protético, tubos ou shunts sistêmicos ou pulmonares. A mesma diretriz considera que dispositivos de oclusão septal interatrial, enxertos vasculares e outros materiais protéticos não valvares conferem alto risco nos primeiros 6 meses após o implante. A American Heart Association (Wilson et al., 2021) também classifica como de alto risco a cardiopatia congênita completamente corrigida com material ou dispositivo protético, durante os primeiros 6 meses após o procedimento.

Portanto, segundo as referências oficiais, uma comunicação interventricular corrigida cirurgicamente, mesmo sem defeito residual, pode ser condição de alto risco, a depender de dois dados:

1. Se a correção foi feita com material protético. O fechamento cirúrgico da comunicação interventricular é feito, na maioria das vezes, com patch de pericárdio ou de material sintético, e o fechamento por sutura direta fica restrito a defeitos pequenos e selecionados. Assim, a presença de material protético é o cenário mais provável na prática clínica.
2. Há quanto tempo a correção foi feita. Se ocorreu nos últimos 6 meses, o paciente se enquadra no grupo de alto risco, mesmo sem defeito residual, porque a endotelização do material ainda não se completou.

A alternativa C não informa se houve uso de material protético nem quanto tempo se passou desde a cirurgia. O enunciado diz apenas que a criança tem 8 anos e "antecedente de cardiopatia congênita", sem nenhum dado sobre a época da correção. Sem essas informações, não é possível afirmar com segurança que a situação descrita na alternativa C dispensa a profilaxia. A depender dos dados omitidos, a alternativa poderia corresponder a uma indicação de profilaxia segundo as próprias diretrizes que embasam a questão.

Uma questão objetiva deve permitir ao candidato chegar a uma única resposta com base nas informações fornecidas. Neste caso, a omissão de dados essenciais na alternativa C torna sua avaliação ambígua e admite mais de uma interpretação tecnicamente fundamentada. Isso compromete a validade da questão como instrumento de avaliação.

Diante do exposto, solicita-se a anulação da questão.

Referências:

Tarasoutchi F, Montera MW, Ramos AIO, et al. Diretriz Brasileira de Valvopatias – 2026. Arq Bras Cardiol. 2026;123(10):e20260796.

Wilson WR, Gewitz M, Lockhart PB, et al. Prevention of viridans group streptococcal infective endocarditis: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2021;143(20):e963-e978.

Especialidade: Pediatria
Questão: 57

Enunciado da Questão

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:

Alternativas

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

Fundamentação do Recurso

Solicita-se a anulação da questão, tendo em vista a insuficiência de informações clínicas no enunciado para determinar uma única velocidade de progressão da dieta enteral em recém-nascido prematuro de 29 semanas.

A progressão da alimentação enteral em recém-nascidos prematuros deve considerar não apenas a idade gestacional, mas também o peso ao nascimento, a adequação do peso para a idade gestacional, as condições clínicas e o risco individual de intolerância alimentar. Diferentes protocolos neonatais estabelecem velocidades distintas de progressão conforme essas características.

O posicionamento da ESPGHAN (*Enteral Nutrition in Preterm Infants*, 2022) recomenda incrementos diários de 18–30 mL/kg/dia para prematuros clinicamente estáveis, quando considerada apropriada a progressão da dieta. Tal intervalo não corresponde integralmente a nenhuma das alternativas apresentadas: a alternativa C contempla apenas valores de 15–25 mL/kg/dia, enquanto a alternativa B contempla valores de 30–40 mL/kg/dia, incluindo incrementos superiores aos recomendados nessa diretriz.

Portanto, considerando a variabilidade das recomendações científicas, a ausência de informações clínicas relevantes para a individualização da conduta e a inexistência de uma alternativa que contemple integralmente as recomendações de referência, entende-se que a questão não apresenta elementos suficientes para estabelecer uma única resposta tecnicamente incontestável.

Diante do exposto, solicita-se a anulação da questão, em respeito à precisão técnico-científica e à objetividade exigidas na elaboração de avaliações médicas.

Especialidade: Pediatria
Questão: 61

Enunciado da Questão

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:

Alternativas

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.

Fundamentação do Recurso

Diante de qualquer criança com baixa estatura, precisamos pensar em um espectro de possibilidades: **variantes da normalidade** (baixa estatura familiar, retardo constitucional), *causas endócrinas* (hipotireoidismo, deficiência de GH), *doenças sistêmicas* (doença celíaca, doença renal crônica), e *causas genéticas*. Mas em meninas, há uma causa que não podemos deixar passar: a **Síndrome de Turner**.

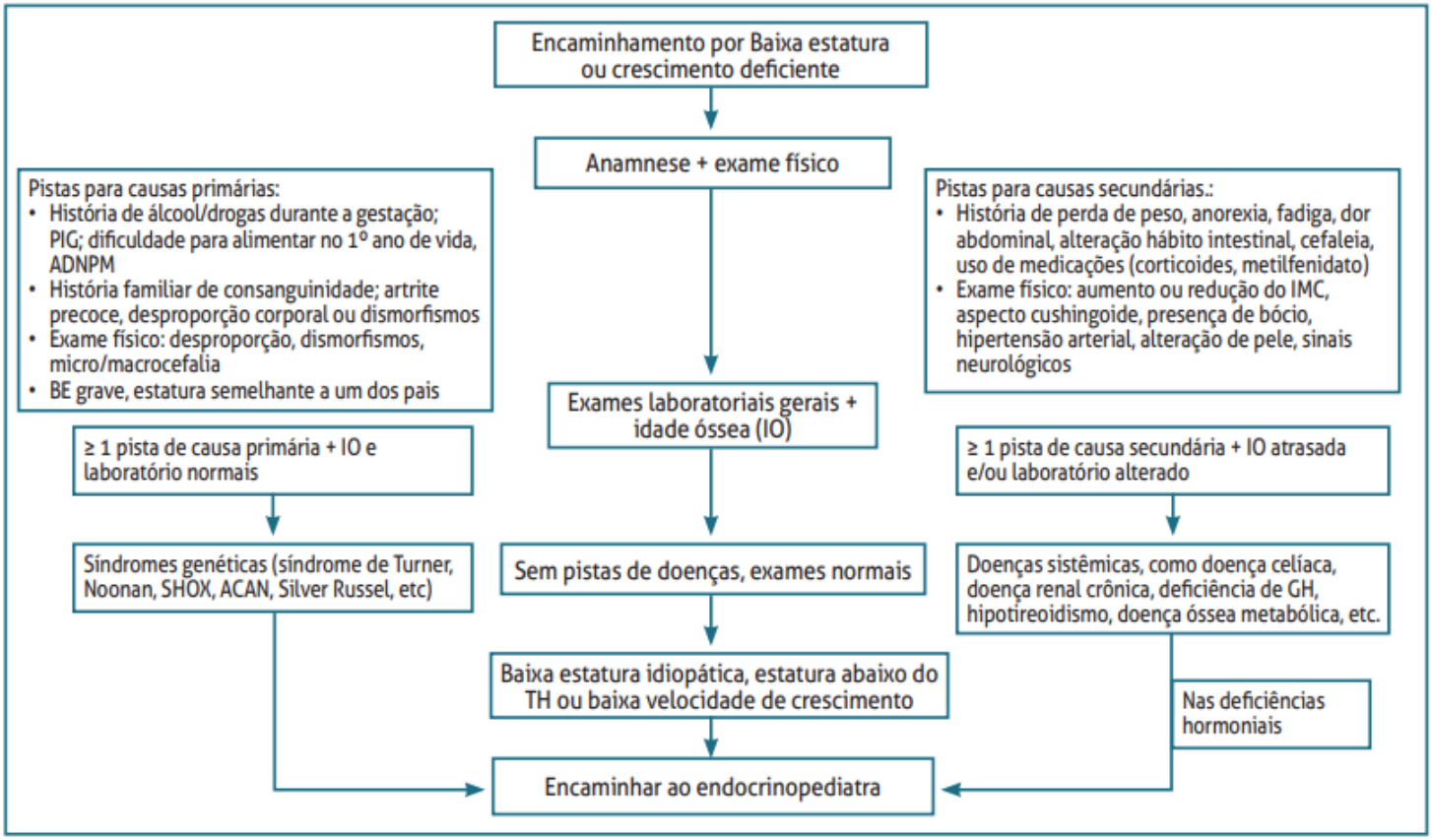
A **alternativa B também apresenta exames adequados para a investigação inicial da baixa estatura**, logo, considerando que não foi realizada uma triagem mais ampla com exames laboratoriais gerais para BAIXA ESTATURA, não há alternativa correta!

Quadro 6 Exames complementares utilizados na investigação da baixa estatura

- Hemograma completo.
- VHS.
- Glicemia de jejum.
- Lipidograma completo.
- Proteína total e frações.
- TGO e TGP.
- Cálcio e fósforo.
- Fosfatase alcalina.
- Ureia e creatinina.
- EAS de urina.
- Parasitológico de fezes.
- T4L e TSH.
- IGF-1 e IGFBP-3.
- Provas de secreção de GH.
- Anticorpos antiendomísio e antitransglutaminase tecidual.
- Cariótipo.
- Idade óssea
- Radiografia de esqueleto.
- RM ou TC de crânio e sela.

VHS: velocidade de hemossedimentação; TGO: transaminase oxalacética; TGP: transaminase glutâmico-pirúvica; EAS: elementos anormais do sedimento; IGF-1: fator de crescimento tipo insulina I; IGFBP-3: proteína ligadora IGF-I tipo 3; GH: hormônio do crescimento; RM: ressonância magnética; TC: tomografia computadorizada.

Figura 1. Fluxograma para abordagem diagnóstica de crianças encaminhadas por baixa estatura[9].



ADNPM: atraso de desenvolvimento neuropsicomotor; **BE** = baixa estatura grave; **TH** = estatura alvo; **IMC** = índice de massa corporal; **IO** = idade óssea

Referências bibliográficas:

· Baixa estatura: quando encaminhar ao especialista? SBP 2023.
· Tratado de Pediatria da SBP - 6ª edição, 2025.