

## RESIDÊNCIA MÉDICA IDOR 2025

### PROVA DE PEDIATRIA

15/12/2024

Este caderno, com 24 páginas numeradas, contém 50 questões objetivas de Pediatria. Além deste caderno, você está recebendo um Cartão de Respostas.

Observe as seguintes instruções, antes de iniciar a prova:

- Após a autorização para abrir este caderno, verifique se a impressão, a paginação e a numeração das questões estão corretas. **Caso observe qualquer erro, notifique o fiscal.**
- Verifique, no Cartão de Respostas, se seu nome, número do CPF, número do documento de identidade, data de nascimento, número de inscrição estão corretos. **Se houver erro, notifique o fiscal.**
- Use apenas caneta de corpo transparente, preta ou azul, para assinar o cartão e marcar suas respostas, cobrindo totalmente o espaço que corresponde à letra da alternativa que melhor responde a cada questão.
- Além de sua assinatura, da transcrição da frase e da marcação das respostas, nada mais deve ser escrito ou registrado no Cartão, que não pode ser dobrado, amassado, rasurado ou manchado.

Ao terminar a prova, entregue ao fiscal este caderno e o Cartão de Respostas.

---

### INFORMAÇÕES GERAIS

O tempo disponível para fazer as provas é de três horas. Nada mais poderá ser registrado após esse tempo.

É vedada a possibilidade de copiar suas respostas.

Nas salas de prova, não será permitido portar arma de fogo, fumar, usar relógio ou boné de qualquer tipo e utilizar lápis, lapiseiras, borrachas, corretores ortográficos líquidos ou similares.

Sofrerá eliminação participante que, durante a prova, utilizar qualquer instrumento de cálculo e/ou qualquer meio de obtenção de informações, eletrônicos ou não, tais como calculadoras, agendas, computadores, rádios, telefones, *smartphones*, *tablets*, receptores, livros e anotações manuscritas ou impressas.

Sofrerá eliminação também participante que se ausentar da sala levando consigo qualquer material de prova.

---

BOA PROVA!

## 01

Mãe chega à consulta de primeira vez no ambulatório de Pediatria, trazendo sua filha de 18 meses para acompanhamento. No momento, não há queixas. Na história patológica pregressa, informa que, aos 7 meses, a menina apresentou febre de 39° C, diminuição do apetite para as refeições, embora mantendo boa aceitação do seio materno, 1 episódio de vômito e 5 evacuações diarreicas, sem sangue. Na ocasião, procurou serviço de emergência, onde foi realizado exame simples de urina com saco coletor (pH: 6,0; densidade: 1,010; muco +; piócitos: 6 p/c; hemácias: 3 p/c; nitrito negativo; sem outras alterações). Recebeu o diagnóstico de ITU e prescrição de cefalexina para o tratamento ambulatorial. Evoluiu com o desaparecimento dos sintomas em 48 horas, desde então não apresentando nenhum outro sintoma. Baseado no caso descrito, o correto é:

- (A) Discordar do diagnóstico de ITU e da conduta estabelecida à época.
- (B) Concordar com o diagnóstico e a conduta estabelecidos à época da ITU.
- (C) Concordar com o diagnóstico, mas discordar da conduta estabelecida à época da ITU.
- (D) Discordar do diagnóstico de ITU, mas concordar com a necessidade de antibiótico empírico.

## 02

Escolar de 9 anos vem apresentando cefaleia recorrente há três meses. Relata dor difusa, mais intensa pela manhã, com sensação de pressão na cabeça, havendo piora progressiva. Na última semana, apresentou 3 a 4 episódios de vômitos associados à cefaleia, quase diariamente, além de dificuldade visual, descrita como visão dupla. Na última semana, a avó notou que, ao andar, o menino tende a ir para a direita e que está correndo de um jeito diferente. Nega febre e outros sintomas sistêmicos. A hipótese diagnóstica correta e a conduta indicada para iniciar a investigação diagnóstica são:

- (A) Enxaqueca clássica. Solicitar eletroencefalograma e encaminhar para neurologia pediátrica ambulatorialmente.
- (B) Neurite óptica. Solicitar exame do fundo de olho, punção líquórica, parecer do oftalmologista e internação.
- (C) Esclerose múltipla. Solicitar ressonância magnética de encéfalo, punção líquórica e parecer do neurologista ambulatorialmente.
- (D) Neoplasia do sistema nervoso. Solicitar exame de imagem do crânio (tomografia ou ressonância magnética), parecer da neurologia e neurocirurgia e internação.

## 03

Gestante de 24 anos dá à luz um RN do sexo masculino, através de cesariana, com 4.190 g e estatura de 51 cm, com 40 semanas de gestação. A mãe fez Pré-natal (8 consultas) e seu cartão de pré-natal registra tratamento com penicilina benzatina 2.400.000 UI, em três doses, tendo terminado o tratamento um mês antes do parto. Sorologias registradas: VDRL positivo, com títulos de 1:128 (ao diagnóstico no segundo mês de gestação), 1:16 (3º mês de gestação) e 1:8 (quarto mês de gestação). Na admissão, mãe apresenta teste rápido para HIV negativo e VDRL positivo num título de 1:16. O RN suga bem o seio materno, e tem VDRL positivo em título de 1:8, sendo submetido a tratamento com penicilina cristalina por 10 dias. É realizado hemograma completo, radiografia de ossos longos e fundo de olho, todos sem alterações. É, então, submetido à punção liquórica, que mostra 4 células/mm<sup>3</sup>, glicorraquia de 49 mg/dl e proteinorraquia de 48 mg/dl, com VDRL não reator. Em relação a esse caso, podemos afirmar que:

- (A) Mãe corretamente tratada. Existe cicatriz sorológica e o RN deveria ter feito apenas penicilina benzatina, não havendo necessidade de acompanhar ambulatorialmente as sorologias no seu seguimento.
- (B) Mãe corretamente tratada. Trata-se de reação cruzada. Deveria ter sido repetido VDRL na mãe e no RN após 1 mês; apenas se não tivesse reduzido mais de duas titulações no VDRL, o RN deveria ser internado, sendo realizado tratamento por 10 dias com penicilina cristalina intravenosa.
- (C) Mãe corretamente tratada. Pode ter-se reinfectado no fim da gravidez. O RN foi exposto à sífilis congênita, sendo correto o tratamento recebido e havendo necessidade de se realizar seguimento sorológico de 3 em 3 meses com teste não treponêmico, até ter 2 exames de VDRL não reatores. Se o VDRL for positivo no 6º mês, deve-se realizar nova punção liquórica e realizar retratamento com penicilina cristalina IV.
- (D) Mãe corretamente tratada. Como o recém-nascido tinha VDRL positivo em título não superior ao materno, deveriam ser procuradas alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou liquóricas; caso não houvesse nenhuma alteração clínica, laboratorial ou de imagem, o RN deveria ser liberado para seguimento ambulatorial normal, sem necessidade de novas sorologias.

## 04

Um escolar masculino de 3 anos é consultado. Ao verificar a caderneta de saúde da criança, percebe-se que o Pré-natal foi incompleto, com apenas duas consultas, e que o peso de nascimento foi menor que 2.500 gramas. No exame físico, o IMC é 20,41, estando acima de mais 3 escore Z; E/I entre escore 0 e mais 2 (altura de 100 cm); P/I entre escore Z mais 2 e mais 3. No instrumento de acompanhamento do desenvolvimento, ele apresenta todos os itens para 2 meses, porém, dos 4 itens presentes na caderneta para sua faixa etária, são observados 2 itens (move polegar com a mão fechada e equilibra-se em cada pé por 1 segundo). De acordo com o Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança, presente na Caderneta de Saúde, o escolar deve ser inicialmente classificado como:

- (A) Obeso e em atraso de desenvolvimento.
- (B) Eutrófico e em atraso de desenvolvimento.
- (C) Sobrepeso e com desenvolvimento normal.
- (D) Obeso e em estado de alerta para desenvolvimento.

## 05

Uma escolar de 8 anos dá entrada na unidade de emergência com edema labial e bipalpebral, associado a urticária, estando presentes placas eritematopapulosas ocupando a maior parte dos membros superiores e inferiores. A mãe relata que a menor ingeriu uma barra de granola à base de nozes há cerca de 15 minutos. No setor, ela se queixa de dificuldade para respirar e vomita em grande quantidade. A ausculta pulmonar revela a presença de leve sibilância. O primeiro passo indicado para o tratamento desta reação alérgica é:

- (A) Administrar imediatamente salbutamol por via inalatória.
- (B) Administrar imediatamente adrenalina por via intramuscular.
- (C) Administrar anti-histamínico por via oral e, se os sintomas não se resolverem, administrar adrenalina por via intramuscular.
- (D) Administrar anti-histamínico por via oral e, se os sintomas não resolverem, administrar uma segunda dose do mesmo agente.

## 06

Lactente de 3 meses apresenta tosse há duas semanas, sem melhora. Mãe nega febre ou recusa do seio materno. A criança nasceu de parto transpelviano. Mãe apresentou ITU tratada e leucorreia, não tratada, no seu Pré-natal. Ao exame: crescimento normal, hidratado, com pequena quantidade de secreção ocular bilateral, saturação periférica de O<sub>2</sub> de 96%, FR de 50 irpm, FC de 120 bpm e presença de roncos bilaterais, mas sem outros ruídos adventícios. A radiografia de tórax apresenta infiltrado intersticial. O diagnóstico e o tratamento corretos são:

- (A) Pneumonia viral; internar o lactente para melhor monitorização da evolução inicial.
- (B) Pneumonia por *Chlamydia trachomatis*; instituir tratamento ambulatorial com macrolídeo por via oral, com revisão em 5 dias.
- (C) Pneumonia por *Chlamydia trachomatis*; internação hospitalar para tratamento com macrolídeo por via oral, reavaliando em 48 horas, e, caso melhore, alta com tratamento ambulatorial.
- (D) Pneumonia viral; prescrever sintomáticos e orientar retorno à unidade de emergência caso apresente sinais de gravidade, como respiração muito rápida, com esforço respiratório (orientando os pais como reconhecer batimentos de asa de nariz, retração subcostal), gemência e/ou cianose.

## 07

Adolescente de 17 anos de idade, sexo masculino, comparece ao ambulatório com queixas de coriza hialina e congestão nasal, de natureza contínua, que prejudicam o sono, afetando seu desempenho escolar. Nega outros sinais e sintomas. Para ser caracterizado esse quadro como rinite alérgica, também deverá estar presente:

- (A) Anosmia.
- (B) Prurido nasal.
- (C) Anomalias no septo nasal.
- (D) Necessidade de uso de vasoconstritor tópico.

## 08

Está sendo avaliado um RN masculino, com 35 semanas e 4 dias de idade gestacional, nascido de parto cesáreo por sofrimento fetal agudo. A mãe tem 37 anos, sendo gesta 3 para 2. O Pré-natal teve 4 consultas, tendo como intercorrência diabetes gestacional, que teve controle inadequado. O peso de nascimento foi 4.150 gramas (peso acima do percentil 90 para a idade gestacional), enquanto o APGAR foi 5/8, sendo o RN reanimado com 1 ciclo de ventilação com pressão positiva e ar ambiente. O RN evolui favoravelmente, sendo encaminhado ao alojamento conjunto com sua mãe. A correta classificação desse RN em relação à idade gestacional, peso e adequação do peso à idade gestacional, bem como as intercorrências em que esse RN se encontra sob maior risco de desenvolver no alojamento conjunto e os cuidados a serem prescritos para vigilância clínica do problema são, respectivamente:

- (A) AIG; RN deverá ser vigiado quanto à ocorrência de cianose de extremidades, sendo mantido monitorizado no alojamento conjunto.
- (B) AIG; RN deverá ser vigiado quanto à manifestação de alteração da perfusão periférica, pois, pelas condições de nascimento e poucas consultas no Pré-natal, pode apresentar sepse neonatal precoce.
- (C) GIG; RN deverá ser vigiado quanto à ocorrência de hipoglicemia, hipotonia, abalos e convulsões, devendo inicialmente ser feito controle da glicemia capilar com uma hora de vida e, a seguir, de duas em duas horas, até 12 horas de vida.
- (D) GIG; RN deverá ser vigiado quanto à ocorrência de hipoglicemia, hipotonia, abalos e convulsões, devendo ser colhidas todas as sorologias para toxoplasmose, hepatite B, HIV e sífilis, visando detectar infecção periparto, uma vez que o Pré-natal não foi adequado.

## 09

Pré-escolar de 3 anos, sexo masculino, é levado pelo pai à unidade de emergência com queixa de febre alta, iniciada há cinco dias, aumento de volume na parte lateral do pescoço e olhos avermelhados. Nega contato domiciliar com COVID-19 ou viagens recentes. A mãe não foi à consulta por estar trabalhando. Contudo, o pai disse que ela levou a criança ao pediatra no terceiro dia da febre, tendo o médico prescrito cefalexina para a criança, sem que houvesse melhora do quadro. A febre persistiu alta (39,5 °C) e a criança ficou prostrada. Ao exame físico, é observada adenomegalia cervical posterior de 2 cm, sem outros sinais flogísticos; conjuntivas ainda hiperemiadas, sem secreção local; orofaringe sem exudatos; lábios secos, com fissuras; discreto edema de mãos e pés, sem prurido local. O diagnóstico provável e o tratamento proposto são:

- (A) Escarlatina; amoxicilina por via oral por 10 dias.
- (B) Doença de Lyme; antimicrobiano e antitérmico.
- (C) Síndrome de Kawasaki; imunoglobulina por via intravenosa.
- (D) Mononucleose infecciosa; antitérmico e antiviral por via oral.

## 10

Escolar de 10 anos, obeso, é levado ao pediatra com história de enurese noturna e diarreia crônica. A criança molha a roupa íntima com frequência. Os pais relatam que o menor "vai toda hora ao banheiro" e que já notaram que o menino aperta o pênis quando está apertado para urinar. A história alimentar revela erros alimentares, baixa ingesta hídrica e de fibras. Embora a cueca fique suja com fezes líquidas diariamente, a criança tem relato de evacuações dolorosas, com fezes em cíbalos a cada cinco dias. O diagnóstico correto e a conduta inicial indicada são:

- (A) Disfunção miccional e intestinal; iniciar tratamento com laxativo osmótico e prescrever anticolinérgico.
- (B) Bexiga neurogênica; encaminhar a criança para fisioterapia pélvica e aumentar sua ingesta hídrica diária.
- (C) Disfunção miccional e intestinal; iniciar tratamento laxativo osmótico e fornecer orientações para o manejo da constipação.
- (D) Bexiga hiperativa e doença celíaca; iniciar tratamento com anticolinérgico, encaminhar avaliação urodinâmica invasiva e dosar IgA antitransglutaminase sérica.

## 11

O Transtorno do Espectro do Autismo é um transtorno do desenvolvimento que se manifesta, em geral, em fases precoces da vida e que pode ter seu curso modificado a partir de terapias de estimulação iniciadas precocemente. A identificação de sinais de alerta, com a utilização de instrumentos específicos padronizados e validados, é fundamental, sendo reforçada pela legislação. O instrumento que se aplica à triagem e identificação dos sinais de alerta para o Transtorno do Espectro do Autismo, especificamente em crianças até 30 meses, é:

- (A) Escala AQ-10.
- (B) Escala de Denver.
- (C) Questionário M-CHAT.
- (D) Questionário SNAP IV.

## 12

Menino de 8 anos veio para atendimento porque o tio, que está morando com a família, está bacilífero (BK). O menor não apresenta sinais e sintomas, como perda ponderal, nem apresenta alterações no exame físico (sem febre). Para proceder o rastreio da infecção latente tuberculosa (ILTb), deve-se:

- (A) Realizar radiografia de tórax; se encontrar alterada, deve-se prescrever quimioprofilaxia com isoniazida por 6 meses.
- (B) Solicitar PPD; se for maior que 10 mm, estando normal a radiografia de tórax, está indicada quimioprofilaxia com isoniazida por 6 meses.
- (C) Prescrever imediatamente quimioprofilaxia com isoniazida por 3 meses; depois, testar o PPD, que, se for não reator, permite a suspensão da medicação.
- (D) Solicitar PPD; se for maior que 5 mm, solicitar radiografia de tórax do menor e, caso seja normal, prescrever quimioprofilaxia com isoniazida por 6 meses.

## 13

Sobre a coreia de Sydenham, pode-se afirmar que:

- (A) Os movimentos desaparecem com o sono.
- (B) Os movimentos discinéticos são lentos e voluntários.
- (C) É critério menor de Duckett-Jones da febre reumática.
- (D) O surto costuma ser agudo, mantendo-se por poucos dias.

## 14

Infecções do trato urinário são um importante capítulo da Nefrologia Pediátrica. Existem reconhecidos fatores de risco para o desenvolvimento de cicatrizes renais em crianças com infecção do trato urinário. Abaixo são elencados 4 possíveis fatores de risco:

- I. Refluxo vesicoureteral grau V;
- II. Malformações congênitas com grau obstrutivo;
- III. Infecção do trato urinário recorrente;
- IV. Idade superior a 2 anos.

São verdadeiros fatores de risco para tal ocorrência apenas:

- (A) I, II e III.
- (B) I, II e IV.
- (C) I, III e IV.
- (D) II, III e IV.

## 15

Adolescente feminina, 14 anos, atópica, apresentava história de dor retroesternal, disfagia de condução, com sensação de comida "entalada" (impactação esofágica), vômitos frequentes (nem sempre pós-prandiais) e perda de peso há 6 meses, havendo piora acentuada no último mês. Procurou unidade de emergência, tendo sido medicada com bromoprida e dipirona intramuscular, sendo encaminhada ao gastroenterologista, com o objetivo de investigação de esofagite eosinofílica. À alta da emergência, recebeu prescrição de bromoprida e sais de reidratação oral. Seis horas depois, começou a apresentar irritabilidade, desvio conjugado do olhar, hipertonia cervical e de membros superiores, sendo novamente levada ao serviço de emergência, onde deu entrada em estado geral regular, pálida, com frequência cardíaca de 112 bpm, afebril e com saturação de O<sub>2</sub> de 98%. Ao exame neurológico, mostrava irritabilidade, hipertonia cervical e de membros superiores, desvio lateral do pescoço, opistótono intermitente e desvio conjugado do olhar para cima. Não havia história familiar de epilepsia. O desenvolvimento neurológico da paciente tinha sido normal na infância. O diagnóstico provável do quadro neurológico apresentado é:

- (A) Epilepsia.
- (B) Encefalite por HSV-1.
- (C) Meningite bacteriana.
- (D) Síndrome extrapiramidal pelo uso de bromoprida.

## 16

A relação estatura/idade é um marcador antropométrico que ajuda na avaliação de:

- (A) Desnutrição aguda.
- (B) Desnutrição crônica.
- (C) Massa corporal total.
- (D) Adiposidade e sobrepeso.

## 17

Adolescente masculino de 13 anos procura emergência médica com quadro de febre há 4 dias, associado a odinofagia e dor na garganta, onde há hiperemia, hipertrofia e exsudato de tonsilas. Apresenta também linfadenopatia cervical em cadeias anteriores e posteriores. O baço é palpável a 3 cm do rebordo costal esquerdo. Há relato de ter sido atendido previamente (há 48 horas) em outro serviço, sendo prescrita amoxicilina, sem melhora. Posteriormente a essa avaliação, surgiu exantema evanescente. O hemograma revela linfocitose, com porcentagem significativa de linfócitos atípicos. Diante do quadro acima, a orientação terapêutica correta a ser dada é:

- (A) Associar corticoide via oral ao antibiótico em uso.
- (B) Manter amoxicilina e associar anti-inflamatório não hormonal.
- (C) Suspender amoxicilina, substituindo-a por amoxicilina + clavulanato.
- (D) Suspender amoxicilina, orientando uso de antitérmico, hidratação e observação clínica.

## 18

Pré-escolar de 3 anos é admitida na unidade semi intensiva com esforço respiratório importante, associado a saturação de  $O_2$  de 89% em ar ambiente. Há relato de quadro de rinorreia, espirros e congestão nasal há uma semana. A família havia levado a criança a outro serviço antes, onde foi prescrita amoxicilina, sem que houvesse melhora clínica, mantendo-se febril. Apresentou melhora do quadro catarral nos últimos dias, embora persistisse com tosse seca, em guincho, seguida de cianose labial e de "vômitos" após as crises, manifestações que vêm piorando e se tornando mais frequentes. Cartão de vacina da criança documenta apenas vacinação com BCG, pois a mãe é contra vacinas e mora em área rural longe do Posto de Saúde. Ao atendimento, o exame hematológico evidenciou leucocitose com predomínio de linfócitos, e a radiografia de tórax, infiltrado pulmonar difuso. O diagnóstico correto e o tratamento medicamentoso indicado são, respectivamente:

- (A) Coqueluche; azitromicina.
- (B) Pneumonia atípica; claritromicina.
- (C) Síndrome de crupe; tratamento de suporte.
- (D) Pneumonia bacteriana; amoxicilina + clavulanato.

## 19

Menino de 2 anos dá entrada num serviço de pronto-atendimento com quadro de diarreia aguda, com 5 dias de evolução, em que estão presentes fezes aquosas em grande volume, 5 a 6 episódios ao dia. Há, ainda, histórico de ter apresentado febre nos 2 primeiros dias do quadro diarreico. A mãe informa que houve quadro semelhante em toda a família. Ao exame, o menino encontra-se hipocorado (+/4+), anictérico, acianótico, afebril e com mucosas secas, estando sedento, taquicárdico (FC: 120 bpm) e com FR de 30 irpm; exame abdominal não detecta visceromegalias, nem massas palpáveis, sendo indolor e com ruídos hidroaéreos presentes. Diante desse quadro clínico, a avaliação correta é que:

- (A) O paciente se encontra desidratado, com necessidade de terapia de reidratação oral no serviço de saúde sob vigilância clínica.
- (B) O paciente se encontra desidratado, com necessidade de internação hospitalar para hidratação venosa e antibioticoterapia intravenosa.
- (C) Independentemente do estado de hidratação, deve ser prescrito antibiótico por via oral, pois o quadro parece ser bacteriano, devendo-se também instituir dieta isenta de lactose.
- (D) O paciente se encontra desidratado, mas pode ser orientado tratamento domiciliar com o uso de 100 a 200 ml de soro de reidratação oral após cada evacuação e uso de zinco oral por 10 dias.

## 20

O uso inadequado de redes sociais e aplicativos de mensagens por crianças e adolescentes pode ter impactos negativos em seu bem-estar emocional e social. Segundo orientações da Sociedade Brasileira de Pediatria, no documento “Menos telas mais saúde” (2019), é importante adotar medidas para mitigar esses riscos. Uma recomendação correta nesses termos é:

- (A) Consentir que crianças entre 6 e 10 anos de idade utilizem redes sociais, desde que o conteúdo seja monitorado por aplicativos de controle parental.
- (B) Permitir que crianças menores de 10 anos usem redes sociais livremente, desde que com anuência dos pais e contanto que eles saibam a senha da conta.
- (C) Permitir que apenas adolescentes com mais de 13 anos compartilhem livremente suas fotos e informações pessoais nas redes sociais, sem ser necessário a supervisão dos pais/cuidadores, pois já têm maturidade para decidir o que é seguro.
- (D) Criar regras seguras de utilização de telas com filtros, senhas e mediação do conteúdo digital principalmente nas menores faixas etárias, não ultrapassando uma a duas horas por dia, bem como restringir o uso de dispositivos eletrônicos durante as refeições e momentos familiares, incentivando a interação presencial.

## 21

A síndrome nefrótica é caracterizada por proteinúria maciça, hipoalbuminemia, edema e hiperlipidemia, ocorrendo pelo aumento da permeabilidade da membrana basal glomerular às proteínas plasmáticas. Sobre essa doença, podemos afirmar que:

- (A) A principal causa (80%) é lesão mínima e 95% dos casos respondem à corticoterapia.
- (B) A presença de hipertensão arterial sistêmica é comum nas crianças afetadas.
- (C) A hiperlipidemia é facilmente controlável pela dieta hipolipemiante.
- (D) Ocorre principalmente em crianças após os 6 anos de idade.

## 22

Lactente de 9 meses interna por taquipneia. A criança não apresenta sinais de esforço respiratório ou retrações subcostais e intercostais, tendo tosse seca esporádica, com o diagnóstico presuntivo de bronquiolite. Na enfermaria, embora mantenha taquipneia (64 irpm), não apresenta sibilos, roncos ou tempo expiratório prolongado, mantendo boa ingesta alimentar e estado geral. Ausculta cardíaca revela sopro sistólico discreto (3+/6+), que a mãe diz que já foi classificado como sopro inocente. O fígado é palpável a 3 cm do RCD. A mãe relata que ela é "cansadinha" desde o nascimento e tem frequentemente o diagnóstico de bronquiolite, ficando já internada por 3 vezes anteriormente. Diante disso, o principal diagnóstico diferencial e a conduta indicada em termos de exames complementares são, respectivamente:

- (A) Imunodeficiência primária com infecções respiratórias de repetição; solicitar dosagem de imunoglobulina IgG (total e subclasses), IgA, IgD e IgE, bem como CH 50, C1q e sorologias para TORCHS.
- (B) Eutrofia e lactente saudável, apenas muito ativo; não há necessidade de exames.
- (C) Aspiração de corpo estranho; solicitação de radiografia de tórax em AP e perfil.
- (D) Miocardite viral; realização de ecocardiograma.

## 23

Pré-escolar de 8 anos de idade é atendida no ambulatório de Pediatria, em função de edema, diminuição da diurese, urina escura (às vezes), desânimo e inapetência há uma semana. A mãe nega a presença de febre, vômitos, diarreia, disúria ou polaciúria em sua filha. A criança vinha previamente hígida até 3 semanas antes, quando apresentou lesões nas pernas, inicialmente pruriginosas, que evoluíram para crostas e cicatrizaram espontaneamente. O exame físico revela os seguintes resultados: peso: 30 kg (ganho de 3,5 kg em 1 mês); estatura: 1,26 m; FR: 35 irpm; FC: 110 bpm; temperatura axilar: 36,2 °C; PA: 125 x 80 mmHg (confirmada em 2 momentos da consulta). A criança está em regular estado geral, acianótica, anictérica, com mucosas úmidas e hipocoradas (1+/4+), pele com turgor e elasticidade preservados, enchimento capilar de 2 segundos, pulsos periféricos bem palpáveis e simétricos, com a presença de edema (2+/4+) e lesões cicatriciais em membros inferiores. Sua ausculta cardíaca está normal. A ausculta respiratória apresenta estertores crepitantes em bases pulmonares. Abdome globoso, discretamente distendido, com edema leve na parede abdominal, indolor à palpação, com fígado palpável a 4 cm do rebordo costal direito. A hipótese diagnóstica correta é:

- (A) Nefropatia por IgA.
- (B) Sepses de foco cutâneo e pulmonar.
- (C) Síndrome nefrótica por glomerulonefrite de lesões mínimas.
- (D) Síndrome nefrítica por glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica.

## 24

Menino de 5 anos de idade comparece a consulta de puericultura na Unidade Básica de Saúde. A mãe e o menino não apresentam queixas. No prontuário, está registrado que o paciente não apresenta antecedentes neonatais e patológicos importantes, porém encontra-se com diagnóstico nutricional de obesidade (peso: 24 Kg; altura: 112 cm; e IMC: 19,93 Kg/m<sup>2</sup>), não havendo relato de aferição da pressão arterial em consultas anteriores. São confirmados os dados da antropometria e é aferida a pressão arterial do paciente por 3 vezes, sendo a média das aferições de PA de 107 X 65 mmHg; restante do exame físico sem alterações. Utilizando a tabela de pressão arterial por idade, sexo e estatura (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019), foi verificado PA maior ou igual ao percentil 90 e menor que o percentil 95 para idade, sexo e altura. Diante disso, a classificação desse paciente quanto aos níveis de pressão arterial e a conduta inicial indicada são, respectivamente:

- (A) Hipertensão arterial estágio 2; encaminhamento para especialista avaliar melhor conduta diagnóstica e tratamento medicamentoso.
- (B) Hipertensão arterial estágio 1; Alimentação adequada e controle de peso, prática de atividade física e iniciar inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA).
- (C) Pressão arterial normal alta; alimentação adequada, controle de peso, estímulo à redução de práticas sedentárias, com realização de atividade física, e reavaliações periódicas.
- (D) Pressão arterial elevada; alimentação adequada, controle de peso, estímulo à redução de práticas sedentárias, com realização de atividade física, e reavaliações periódicas.

## 25

Na pneumonia adquirida na comunidade (PAC) em crianças e adolescentes, é correto afirmar que:

- (A) A presença de derrame pleural na PAC leva à internação hospitalar na maioria dos casos.
- (B) As bactérias são responsáveis por mais de setenta por cento das pneumonias no primeiro ano de vida.
- (C) O *Haemophilus influenzae* é o principal agente etiológico bacteriano da PAC em crianças e adolescentes.
- (D) Em crianças acima de 6 meses de idade, com febre alta, curso insidioso, tosse irritativa e prostração, o principal agente é a *Chlamydia trachomatis*, devendo-se usar macrolídeos.

**Responda às questões 26 e 27 com base no caso clínico abaixo.**

Paciente de 4 anos, sexo feminino, é levada pelos pais a consulta de Pediatria devido a quadro de diarreia, dor e distensão abdominal de início há cerca de dois meses. Os pais relatam que a criança já foi levada inúmeras vezes à unidade de emergência, onde os sinais e sintomas sempre são atribuídos a quadro infeccioso, porém sem melhora. Apresenta história familiar de DM1 (irmã) e tireoidite de Hashimoto (mãe). Ao exame físico, chama a atenção do médico assistente a presença de lesões aftosas em cavidade oral e a lesão cutânea abaixo demonstrada. Após avaliação clínica, é observada perda ponderal e exames laboratoriais realizados na emergência demonstram anemia normocítica e normocrômica.



Disponível em: [www.dermacenterav.com.br](http://www.dermacenterav.com.br).

## 26

Com base no caso clínico, devem ser solicitados os seguintes exames diagnósticos:

- (A) Dosagem de IgA e anti-transglutaminase tecidual.
- (B) Exame parasitológico de fezes.
- (C) Pesquisa de ANCA.
- (D) Coprocultura.

## 27

Com base no caso clínico descrito, após confirmado o diagnóstico, a conduta terapêutica inicial seria a prescrição de:

- (A) Albendazol.
- (B) Metronidazol.
- (C) Corticoide sistêmico.
- (D) Dieta isenta de glúten.

## 28

Menino de 6 anos é levado a consulta de pediatria pela sua mãe devido a episódios de dor torácica. Ao exame físico, é auscultado sopro sistólico em foco aórtico, além de ser detectada elevação dos níveis tensionais. O médico opta pela aferição da pressão arterial nos 4 membros, sendo evidente a diferença pressórica entre os membros superiores e os inferiores. Com base no caso descrito, a hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) Insuficiência aórtica.
- (B) Coarctação de aorta.
- (C) Comunicação interatrial.
- (D) Estenose aórtica subvalvar.

**Responda às perguntas 29 e 30 com base no caso clínico abaixo.**

Menino de 2 anos é levado a uma unidade de emergência pelos seus pais após ele evoluir com aparecimento de lesões cutâneas nos membros inferiores. Os pais negam outros sinais e/ou sintomas, apenas descrevendo quadro viral há cerca de 15 dias. Ao exame físico, o médico plantonista observa a presença de petéquias e equimoses em membros inferiores. Laboratorialmente, apresenta plaquetopenia de  $52.000/\text{mm}^3$ , porém sem outras alterações.

## 29

O provável diagnóstico do caso é:

- (A) Leucemia.
- (B) Hemofilia tipo A.
- (C) Vasculite por IgA.
- (D) Púrpura trombocitopênica idiopática.

## 30

Com base no quadro clínico descrito, a conduta correta seria:

- (A) Prescrever corticoide sistêmico.
- (B) Realizar transfusão de plasma fresco congelado.
- (C) Manter observação clínica, com orientações sobre cuidados.
- (D) Providenciar biópsia de medula óssea para início de quimioterapia.

## 31

Menino de 3 anos é encaminhado à Hematologia Pediátrica após apresentar bicitopenia em exame laboratorial (anemia macrocítica e neutropenia). O paciente já vinha em investigação em decorrência de esteatorreia, retardo do crescimento, anormalidades esqueléticas (membros superiores e inferiores curtos e região distal do polegar duplicada bilateralmente) e infecções respiratórias de repetição. A principal hipótese diagnóstica para o caso em questão é:

- (A) Anemia de Fanconi.
- (B) Deficiência de GATA2.
- (C) Anemia de Diamond-Blackfan.
- (D) Síndrome de Shwachman-Diamond.

## 32

Menino de 2 anos é trazido a consulta pediátrica pelos seus progenitores, que referem preocupação com o peso e a estatura do filho, já que, durante a gestação, apresentara quadro de crescimento intrauterino restrito (CIUR) e, atualmente, apresenta dificuldade para se alimentar. Ao exame físico, a criança apresenta peso de 7,4 kg e estatura de 70 cm (ganho de 1 kg e 8 cm em 1 ano), face triangular, hemi-hipertrofia corpórea (membros superior e inferior esquerdos hipertrofiados). A principal hipótese diagnóstica para o caso descrito é síndrome de:

- (A) Noonan.
- (B) Prader-Willi.
- (C) Silver-Russel.
- (D) Hermansky-Pudlak.

**Responda às questões 33 e 34 com base no caso clínico abaixo descrito.**

Menina de 14 anos, com história de amigdalites de repetição, é trazida a consulta pediátrica pela sua mãe, que relata que a filha iniciou, há cerca de 2 semanas, quadro de dor nas articulações, lesões cutâneas e febre. Inicialmente, a adolescente apresentara dor e edema no joelho direito, evoluindo com melhora, quando passou a apresentar quadro algico em outra articulação. Atualmente, a dor se encontra no cotovelo esquerdo. Ao exame físico, além da alteração articular descrita, apresenta nos membros superiores a lesão cutânea abaixo demonstrada. Exame laboratorial evidencia aumentos da proteína C reativa e da velocidade de hemossedimentação.



Disponível em: [www.mddk.com](http://www.mddk.com).

## 33

Diante do caso exposto, o provável diagnóstico é:

- (A) Febre Reumática.
- (B) Doença de Kawasaki.
- (C) Síndrome do X Frágil.
- (D) Febre Familiar do Mediterrâneo.

## 34

A melhor conduta terapêutica para o caso clínico em questão é:

- (A) Recomendação de repouso absoluto no leito, prescrição de colchicina, corticoterapia e sintomáticos.
- (B) Internação hospitalar, providenciar biópsia da lesão cutânea e prescrever corticoterapia, sintomáticos e fisioterapia.
- (C) Recomendação de repouso relativo no leito, administração de penicilina G benzatina para erradicação do estreptococo e sintomáticos.
- (D) Internação hospitalar para repouso absoluto no leito, sintomáticos e realização de ecocardiograma para pesquisa de aneurisma de coronária.

## 35

Menino de 5 anos, previamente hígido, é trazido à unidade de emergência pelos seus progenitores em decorrência do aparecimento de lesões cutâneas em membros inferiores (MMII), artralgias e dor abdominal. Há cerca de duas semanas, apresentou quadro gripal com melhora espontânea. Ao exame físico, é observada púrpura palpável nos MMII, não havendo sinais inflamatórios nas articulações. Laboratorialmente, apresenta contagem plaquetária dentro da normalidade. O diagnóstico mais provável do caso é:

- (A) Vasculite por IgA.
- (B) Doença de Kawasaki.
- (C) Leucemia mieloide aguda.
- (D) Púrpura trombocitopênica idiopática.

## 36

Menino de 4 anos é trazido ao departamento de emergência pediátrica pelo seu pai em decorrência de quadro de anasarca. Quando questionado ativamente, o progenitor refere que a urina da criança se encontra espumosa. Ao exame físico, além da anasarca, não apresenta outras alterações dignas de nota. Exame laboratorial realizado na emergência demonstra hipoalbuminemia e função renal preservada. Exame de urina tipo 1 (EAS) evidencia 4+ de proteína. A relação proteína/creatinina urinária em amostra isolada (spot urinário) é de 8. Com base no caso em questão, o diagnóstico sindrômico e sua mais provável etiologia são:

- (A) Síndrome nefrótica; nefrite lúpica.
- (B) Síndrome nefrítica; síndrome de Fanconi.
- (C) Síndrome nefrótica; doença por lesão mínima.
- (D) Síndrome nefrítica; glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica.

### Responda às questões 37 e 38 com base no caso clínico a seguir.

Menino de 3 anos, portador de síndrome de Down, é levado à unidade de emergência em decorrência de febre, dor abdominal e palidez cutaneomucosa. Ao exame físico, se encontra hipocorado (2+/4+), com petéquias em membros inferiores e superiores, linfonodos palpáveis em região supraclavicular bilateralmente e hepatoesplenomegalia. Laboratorialmente, apresenta anemia e plaquetopenia.

## 37

Sobre o caso em questão, a principal suspeita clínica é:

- (A) Anemia falciforme.
- (B) Mononucleose infecciosa.
- (C) Leucemia mieloide aguda.
- (D) Leucemia linfocítica aguda.

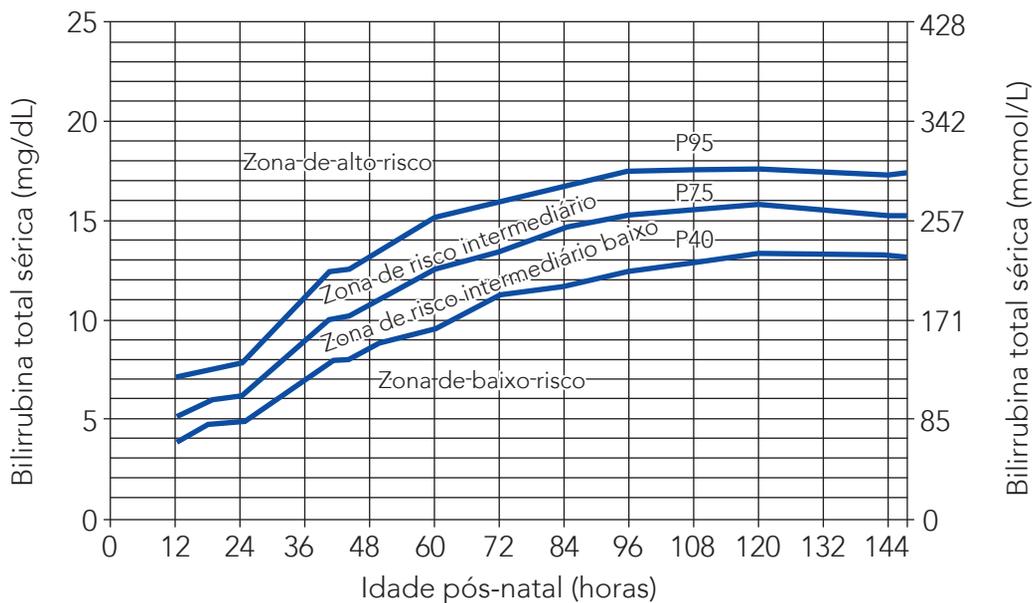
## 38

Com base na principal suspeita clínica, a melhor propedêutica diagnóstica é:

- (A) Sorologia do vírus Epstein-Barr.
- (B) Hematoscopia e eletroforese de hemoglobina.
- (C) Biópsia de linfonodo e tomografia computadorizada de tórax.
- (D) Esfregaço de sangue periférico, aspirado e biópsia de medula óssea.

## 39

RN, 48 horas de vida, nascido de cesariana por iteratividade, com 39 semanas de gestação, evolui há 12 horas com icterícia zona II de Kramer. O laboratório evidencia bilirrubina total de 8,5 mg/dl, sendo a fração direta de 1 mg/dl e a indireta de 7,5 mg/dl.



Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/23176c- MO\\_Hiperbilirrubinemia\\_indireta\\_periodo\\_neo.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23176c- MO_Hiperbilirrubinemia_indireta_periodo_neo.pdf).

A melhor conduta nesse caso é:

- (A) Realizar exsanguineotransfusão.
- (B) Indicar a realização de fototerapia com proteção ocular.
- (C) Proceder aos cuidados e orientações de alta hospitalar, solicitando retorno para reavaliação.
- (D) Orientar retorno em 24 horas para internação, caso não tenha sido reduzido valor de bilirrubina total a 3.

## 40

RN com 15 dias de vida veio para primeira consulta de puericultura. Ele está em amamentação exclusiva em seio materno sob livre demanda. Nasceu de parto vaginal, com 40 semanas de gestação, pesando 3.200 g e medindo 49 cm; peso à alta igual a 3.075 g. Hoje, pesa 3.320 g. Mãe questiona sobre a necessidade de realização de suplementação com sulfato ferroso.

A orientação que deve ser dada a mãe é:

- (A) Iniciar imediatamente 1 mg de ferro elementar por kg de peso corporal uma vez ao dia.
- (B) Após 3 meses completos, iniciar 1 mg de ferro elementar por kg de peso corporal uma vez ao dia.
- (C) Após 6 meses completos, iniciar 2 mg de ferro elementar por kg de peso corporal uma vez ao dia.
- (D) Após 3 meses completos, iniciar 1 mg de ferro elementar por kg de peso corporal duas vezes ao dia.

## 41

Lactente com 3 meses de vida, em amamentação exclusiva em seio materno sob livre demanda, apresenta sangue vivo nas fezes e dermatite perianal.

A melhor indicação a ser dada à mãe é:

- (A) Solicitar realização de teste de intolerância à lactose no lactente.
- (B) Interromper a amamentação em seio materno, iniciando fórmula infantil AR.
- (C) Suspender amamentação em seio materno e indicar uso de fórmula infantil padrão.
- (D) Excluir leite e derivados do leite de vaca da alimentação da mãe, mantendo aleitamento materno.

## 42

Lactente com 1 ano e 7 meses apresenta tosse seca há 7 dias, febre (38,5 °C) e coriza, tendo evoluído, há 24 horas, com tosse descrita pela mãe como "tosse de cachorro" e dispneia. Desde o segundo dia de início da tosse, não apresenta mais febre. Ao exame físico, foi percebida frequência respiratória de 58 irpm e murmúrio vesicular universalmente audível, com estridor inspiratório leve que piora com o choro.

Com base na hipótese diagnóstica principal, a conduta é:

- (A) Por se tratar de um quadro leve, prescrever corticoide oral para tratamento domiciliar.
- (B) Por se tratar de um quadro leve, prescrever dexametasona intramuscular e dar alta da unidade de emergência.
- (C) Por se tratar de um quadro moderado, prescrever nebulização com adrenalina, administrar dexametasona e manter em observação.
- (D) Por se tratar de um quadro grave, solicitar vaga em UTI e prescrever dexametasona em alta dose e nebulização com adrenalina.

## 43

Escolar de 7 anos de idade apresenta tosse produtiva com expectoração amarelada, prostração e febre baixa (38 °C). Seu exame físico evidencia, à ausculta pulmonar, murmúrio vesicular universalmente audível, com estertores leves em bases. A saturação de O<sub>2</sub> é de 95%, sem esforço respiratório. É solicitada radiografia de tórax, que apresenta o seguinte padrão:



Disponível em: <https://pediatriavirtual.com/pneumonia/rx-pneumonia-atipica-1/>.

Assinale a alternativa que apresenta o agente etiológico provavelmente envolvido e a conduta que deve ser adotada.

- (A) Influenza - prescrever Oseltamivir.
- (B) *Mycoplasma pneumoniae* - prescrever azitromicina.
- (C) *Streptococcus pneumoniae* - prescrever penicilina cristalina.
- (D) *Staphylococcus aureus* - prescrever ampicilina + gentamicina.

## 44

Lactente de 4 meses, portador de APLV, com diagnóstico aos 2 meses, é mantido em amamentação exclusiva em seio materno após orientação de mudança alimentar materna. Mãe deseja interromper amamentação, pois retornará ao trabalho e não consegue retirar leite em quantidade suficiente para manter estoque.

A orientação que deve ser dada à mãe é:

- (A) Utilizar fórmula infantil hidrolisada.
- (B) Utilizar fórmula infantil padrão de primeira fase.
- (C) Introduzir alimentação e associar fórmula infantil padrão.
- (D) Introduzir alimentação e, aos poucos, interromper a amamentação.

## 45

Escolar de 5 anos é trazida ao PS pela mãe, queixando-se de manchas pelo corpo há 1 dia associadas a febre e odinofagia. Refere que as manchas se iniciaram na cabeça, evoluindo para o tronco e membros superiores.

Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, febril com 38 graus Celsius, apresentando exantema maculopapular em face e corpo. São detectadas linfonodomegalias retroauriculares e occipitais, enquanto a orofaringe exibe hiperemia de pilares amigdalinos.

O diagnóstico mais provável é:

- (A) Rubéola.
- (B) Sarampo.
- (C) Exantema súbito.
- (D) Eritema infeccioso.

## 46

Escolar de 8 anos, com diagnóstico prévio de asma, veio trazido pelo pai ao PS com quadro de dispneia. Apresentou quadro gripal recentemente, tendo evoluído com crise de asma. Ao exame físico, apresenta murmúrio vesicular universalmente audível, com sibilos difusos bilateralmente, e saturação periférica de O<sub>2</sub> de 95%, havendo esforço respiratório leve a moderado; frequência respiratória de 18 irpm.

A abordagem inicial deve ser:

- (A) Indicar prednisolona oral, com liberação para tratamento em domicílio.
- (B) Iniciar 2 *puffs* de salbutamol 100 mcg associado a máscara de O<sub>2</sub> 5 L/min.
- (C) Iniciar 10 *puffs* de Beclometasona 50 mcg de 20 em 20 minutos por uma hora, totalizando 3 doses.
- (D) Iniciar 5 *puffs* de salbutamol 100 mcg de 20 em 20 minutos por uma hora, totalizando 3 doses, associado a corticosteroide.

## 47

Lactente de 9 meses é trazido ao PS pela mãe com relato de coriza e dificuldade para mamar por cansaço. Ao exame físico, percebe-se desconforto respiratório com tiragens intercostais e retração de fúrcula esternal, sendo a saturação periférica de O<sub>2</sub> de 89% e a frequência respiratória, 57 irpm. Ausculta pulmonar evidencia sibilos difusos.

O diagnóstico mais provável é:

- (A) Asma.
- (B) Pneumonia atípica.
- (C) Pneumonia comunitária.
- (D) Bronquiolite viral aguda.

## 48

RN com 20 dias de vida, pesando 3.200 g, nasceu de parto vaginal com 39 semanas de gestação, tendo peso de nascimento de 2.900 g. Recebeu alta com perda de peso de aproximadamente 2% em 48 horas. O RN segue em amamentação exclusiva em seio materno sob livre demanda.

A conduta correta do(a) pediatra durante a primeira consulta de puericultura é:

- (A) Informar que a amamentação está sendo eficaz e o RN está apresentando ótimo ganho ponderal.
- (B) Fornecer informações acerca da significativa perda de peso e iniciar fórmula infantil 120 ml, 3 vezes ao dia.
- (C) Introduzir complemento com fórmula infantil 90 ml de 3 em 3 horas, visando melhor evolução de ganho ponderal.
- (D) Orientar manutenção da amamentação em seio materno e retirada de alimentos derivados do leite de vaca da alimentação materna.

## 49

Lactente de 6 meses, 7 kg de peso, é trazida pela avó com relato de cansaço. A lactente é criada pela avó desde o nascimento, pois sua mãe faleceu no parto. Avó é tabagista. Ao exame físico, a lactente apresenta desconforto respiratório leve, sem tiragem intercostal; frequência respiratória de 50 irpm, saturação de O<sub>2</sub> de 98% e presença de sibilos esparsos à ausculta pulmonar.

O diagnóstico mais provável e a abordagem correta são:

- (A) Pneumonia comunitária; prescrever amoxicilina por via oral domiciliar.
- (B) Asma; prescrever oxigenioterapia em máscara a 5 L/min e administrar adrenalina intramuscular.
- (C) Pneumonia comunitária; prescrever ampicilina intravenosa e oxigenioterapia em máscara a 4 L/min.
- (D) Bronquiolite viral aguda; administrar salbutamol 100 mcg 2 puffs de 20 em 20 minutos por uma hora, totalizando 3 doses.

## 50

Existem poucas contraindicações absolutas ao aleitamento em seio materno. Assinale a alternativa que apresenta uma delas.

- (A) Infecção por HTLV1.
- (B) Herpes zoster torácica.
- (C) Sífilis secundária em tratamento.
- (D) Infecção aguda por SARS-CoV-2 (COVID-19).





