



FACULDADE DE
MEDICINA
DE JUNDIAÍ

Candidato

Nome:
Inscrição: Opção:

Assinatura

**PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2026
MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA E NEONATOLOGIA**

**FASE ÚNICA
PROVA OBJETIVA - 02/02/2026, 9h**

CADERNO DE QUESTÕES

INSTRUÇÕES:

- A prova é composta por 50 (cinquenta) questões objetivas do tipo múltipla escolha;
- Duração de 120 minutos;
- Gabarito preliminar no site www.fmj.br/residencia a partir de 03/02/2026, após às 16 horas.

1. Recém-nascido de 38 semanas, parto vaginal, peso 3.200g. Ao nascer, apresenta tônus flácido e não chora (apneia). O líquido amniótico era meconial. O clampeamento do cordão foi imediato e o RN levado à mesa de reanimação. Após os passos iniciais (aquecer, posicionar, secar), o RN mantém apneia e frequência cardíaca de 80 bpm. Segundo as Diretrizes do Programa de Reanimação Neonatal da SBP, qual a conduta prioritária a ser realizada no "Minuto de Ouro"?
 - a) Iniciar compressões torácicas, pois a FC é menor que 100 bpm.
 - b) Iniciar Ventilação com Pressão Positiva (VPP) com balão e máscara facial em ar ambiente (21%).
 - c) Administrar oxigênio inalatório (fluxo livre) a 100% e observar a resposta por 30 segundos.
 - d) Realizar intubação orotraqueal imediata e aspirar vias aéreas, antes de iniciar a ventilação.
 - e) Iniciar VPP com O₂ a 100% imediatamente.

2. Pré-escolar de 3 anos chega à UPA com história de febre alta há 2 dias e prostração. Ao exame na triagem: Frequência Cardíaca 170 bpm, Frequência Respiratória 40 irpm, extremidades frias e tempo de enchimento capilar de 5 segundos. PA normal para a idade. Qual é a classificação e a primeira medida do pacote de tratamento da sepse?
 - a) Choque Compensado; Obter acesso venoso ou intraósseo e iniciar expansão com cristaloides (10 a 20 ml/kg), coletar culturas e iniciar antibioticoterapia de amplo espectro.
 - b) Sepse; Iniciar antibioticoterapia de amplo espectro, enquanto se aguarda os critérios de Phoenix para decidir sobre drogas vasoativas.
 - c) Choque Séptico Descompensado (Hipotensivo); Iniciar drogas vasoativas periféricas imediatamente.
 - d) Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS); Prescrever antitérmico, antibioticoterapia (IM, se não for possível obter acesso venoso periférico) e expansão volêmica.
 - e) Choque Cardiogênico; Iniciar dobutamina.

3. Menina de 8 anos, 25 kg, é admitida com dor abdominal, vômitos, torporosa. Coletam-se exames: pH 7.20, Bic 10, Glicemia 450. A avaliação clínica encontra-se desidratada (estimada em 7%), mas hemodinamicamente estável. Já recebeu expansão inicial com SF 0,9% (10 ml/kg). Qual é o esquema de reposição volêmica de manutenção e o momento correto de iniciar a insulina, visando prevenir o edema cerebral?
 - a) Hidratação com 4.000 ml/m² nas primeiras 24h; iniciar insulina em bolus (0,1 UI/kg) imediatamente.
 - b) Repor o déficit estimado nas primeiras 6 horas; iniciar insulina subcutânea imediatamente.
 - c) Calcular a manutenção basal + déficit estimado e repor lentamente em 24 a 48 horas; iniciar insulina contínua (0,05 a 0,1 UI/kg/h) somente 1 a 2 horas após o início da hidratação venosa.
 - d) Usar solução hipotônica (NaCl 0,45%) para corrigir a hiperosmolaridade; insulina contínua imediata.
 - e) Manter jejum e hidratação mínima para prevenir edema cerebral; também administrar bicarbonato de sódio para corrigir o pH > 7.20.

4. Pré-escolar de 4 anos é trazido com história de diarreia sanguinolenta há 1 semana (já resolvida), seguida de palidez e redução do volume urinário. Exames: Hemoglobina 7,0 g/dL, Plaquetas 60.000/mm³, Creatinina 1,8 mg/dL. Esfregaço de sangue periférico mostra esquizócitos. Qual o diagnóstico e a conduta terapêutica principal para esta doença?
 - a) Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI); Imunoglobulina venosa e Corticoide.
 - b) Leucemia Linfóide Aguda; Biópsia de medula óssea.
 - c) Síndrome Hemolítico-Urêmica (SHU); Suporte clínico rigoroso (balanço hídrico, diálise se necessário e transfusão de hemácias se instabilidade), evitando antibióticos.
 - d) Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD); Plasma fresco congelado e Heparina.
 - e) Síndrome Hemolítico-Urêmica; Indicar Eculizumabe imediatamente.

5. Lactente de 25 dias apresenta vômitos em jato, não biliosos, pós-prandiais, com avidez alimentar. Ao exame, apresenta-se desidratado e com uma "oliva" palpável no epigástrico, além de ondas de Kussmaul visíveis em epigástrico. A gasometria arterial mostra pH 7.52, pCO₂ 48, Bic 38, BE +10. Qual o distúrbio hidroeletrólítico associado que deve ser obrigatoriamente corrigido no pré-operatório para evitar complicações anestésicas (apneia)?
 - a) Acidose Metabólica Hiperclorêmica e Hipercaleêmica.
 - b) Alcalose Metabólica Hiperclorêmica e Hipercaleêmica.
 - c) Acidose metabólica Hipoclorêmica e Hipocalêmica.
 - d) Alcalose metabólica Hipercaleêmica e Hipofosfatêmica.
 - e) Alcalose Metabólica Hipoclorêmica e Hipocalêmica.

6. RN a termo, Apgar 2/4/6, pH cordão 6.95, BE -17. Com 4 horas de vida, apresenta letargia, tônus diminuído e pupilas mióticas (Sarnat Estágio II/Moderado).
Quais são os parâmetros alvo (temperatura e duração) para o protocolo de Hipotermia Terapêutica e qual a janela terapêutica máxima para o início do procedimento?
- Temperatura axilar 35-36°C por 24 horas; iniciar em até 12 horas.
 - Temperatura central (esofágica/retal) 33-34°C por 72 horas; iniciar nas primeiras 6 horas de vida.
 - Temperatura central 32-33°C por 48 horas; iniciar nas primeiras 24 horas.
 - Temperatura 34-35°C por 72 horas; iniciar imediatamente na sala de parto.
 - Resfriamento cefálico seletivo apenas, mantendo corpo a 36°C; janela de 6 horas.
7. Menino de 13 anos é levado à consulta por "ser o menor da turma". Ao exame físico: Estatura no Z-score – 2,1, Velocidade de Crescimento de 5,5 cm/ano. Estadiamento de Tanner G1P1. O pai relata que também demorou a crescer e que teve o "estirão" aos 14,5 anos. A Idade Óssea realizada mostra atraso de 2,5 anos em relação à Idade Cronológica. Qual o diagnóstico mais provável e o prognóstico de estatura final?
- Baixa Estatura Familiar; a estatura final será baixa, condizente com o alvo genético.
 - Deficiência de Hormônio do Crescimento (GH); o prognóstico é ruim sem reposição hormonal imediata.
 - Retardo Constitucional do Crescimento e Puberdade (RCCP); a estatura final tende a ser normal, alcançando o canal familiar tardiamente.
 - Hipotireoidismo Adquirido; a estatura final será comprometida pela fusão epifisária precoce.
 - Síndrome de Turner (mosaico em menino); estatura final baixa.
8. Recém-nascido pré-termo tardio (36 semanas), pequeno para a idade gestacional (PIG), apresenta ao nascimento petéquias disseminadas, hepatoesplenomegalia e microcefalia. A tomografia de crânio sem contraste revela calcificações periventriculares. A triagem auditiva falhou em ambas as orelhas. Qual a infecção congênita mais provável e a droga de escolha para o tratamento?
- Toxoplasmose Congênita; Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido Fólico.
 - Sífilis Congênita; Penicilina G Cristalina.
 - Rubéola Congênita; não há tratamento específico antiviral, apenas suporte.
 - Citomegalovirose Congênita; Ganciclovir ou Valganciclovir.
 - Infecção pelo Zika Vírus; apenas suporte e estimulação precoce.
9. Pré-escolar de 3 anos está internado há 4 dias com diagnóstico de pneumonia lobar à esquerda, em uso de Penicilina Cristalina. Evolui com persistência da febre (39°C), taquipneia e queda da saturação. Novo Raio-X mostra velamento de hemitórax esquerdo. A ultrassonografia confirma derrame pleural com septações. Foi realizada toracocentese diagnóstica. Analise os critérios de Light e outros parâmetros do líquido pleural abaixo e assinale a alternativa que indica a necessidade de Drenagem Torácica Fechada Imediata:
- pH 7.35; Glicose 60 mg/dL; LDH 200 UI/L; Ausência de bactérias a bacterioscopia direta.
 - pH 7.05; Glicose 30 mg/dL; Presença de bactérias a bacterioscopia direta (Diplococos gram-positivos).
 - pH 7.25; Glicose 50 mg/dL; Aspecto seroso; Ausência de bactérias a bacterioscopia direta.
 - Proteína pleural/sérica < 0.5; LDH pleural/sérico < 0.6; Citometria com 80% de polimorfonucleares.
 - Aspecto citrino; pH 7.40; Ausência de bactérias a bacterioscopia direta.
10. Um lactente de 2 meses chega à sala de emergência pálido, com má perfusão periférica, mas consciente. O monitor cardíaco mostra uma Frequência Cardíaca de 240 bpm, QRS estreito, intervalo RR regular e ausência de onda P visível. Foi tentada a manobra vagal (gelo na face) sem sucesso. O acesso venoso periférico foi obtido. Qual a conduta de primeira escolha?
- Adenosina 0,1 mg/kg em bolus rápido (técnica de duas seringas), podendo repetir 0,2 mg/kg.
 - Amiodarona 5 mg/kg em infusão lenta (20 a 60 minutos).
 - Cardioversão Elétrica Sincronizada com 2 a 4 J/kg.
 - Verapamil 1 mg/kg IV lento.
 - Lidocaína 1 mg/kg IV em bolus.
11. Menina de 2 anos apresenta diarreia crônica, distensão abdominal, irritabilidade, atrofia glútea e parada de ganho ponderal. A triagem sorológica solicitada revelou Anticorpo Antitransglutaminase tecidual (IgA-tTG) positivo em altos títulos (> 10x o limite superior). O nível de IgA total sérica é normal. Segundo os critérios mais recentes da ESPGHAN (Sociedade Europeia de Gastroenterologia Pediátrica), avalie as afirmativas:
- A biópsia de intestino delgado (duodeno) é obrigatória em todos os casos para confirmar o diagnóstico, independente dos títulos de anticorpos.
 - Se os títulos de Antitransglutaminase forem > 10x o valor de referência e o Anticorpo Antiendomísio (IgA-EmA) for positivo em uma segunda amostra de sangue, o diagnóstico pode ser confirmado sem biópsia.
 - O marcador genético HLA-DQ2/DQ8 é indispensável para o diagnóstico sem biópsia.
 - O tratamento consiste na exclusão de glúten (trigo, centeio, cevada) da dieta por toda a vida.

Assinale a alternativa correta:

- a) I e IV são verdadeiras.
 - b) II e IV são verdadeiras.
 - c) I, III e IV são verdadeiras.
 - d) II, III e IV são verdadeiras.
 - e) Apenas IV é verdadeira.
12. Criança de 5 anos é admitida com febre alta, petéquias e púrpura disseminada (Purpura Fulminans) evoluindo rapidamente para choque refratário a volume e catecolaminas. Exames mostram acidose metabólica grave, hipoglicemia, hiponatremia, hipercalemia e coagulopatia. Além do suporte para sepse e CIVD, qual condição endócrina associada deve ser suspeitada e tratada imediatamente, e qual o epônimo clássico desta síndrome?
- a) Diabetes Insipidus Central; Síndrome de Wolfram.
 - b) Tireotoxicose Aguda; Síndrome de Graves.
 - c) Síndrome de Secreção Inapropriada de ADH (SIADH); Síndrome de Schwartz-Bartter.
 - d) Pancreatite Hemorrágica; Síndrome de Grey-Turner.
 - e) Insuficiência Adrenal Aguda por hemorragia bilateral das adrenais; Síndrome de Waterhouse-Friderichsen.
13. Uma criança de 6 anos foi vítima de atropelamento. Chega à sala de trauma com via aérea pérvia (A), murmúrio vesicular presente bilateralmente (B), mas taquicárdica (150 bpm) e hipotensa (PA 70x40 mmHg). A pelve está instável à compressão. Foi passado lençol pélvico e administrado 20 ml/kg de cristaloides e depois concentrado de hemácias, mas a hipotensão persiste. O FAST (ultrassom) é negativo para líquido livre abdominal e pericárdico. Qual é a provável fonte de sangramento e a conduta prioritária, assumindo que se trata de um centro com recursos avançados?
- a) Sangramento abdominal de víscera maciça não visto no FAST; Laparotomia exploradora imediata.
 - b) Choque neurogênico por trauma raquimedular; iniciar Norepinefrina.
 - c) Tamponamento cardíaco tardio; Janela pericárdica.
 - d) Sangramento retroperitoneal por fratura pélvica complexa; Angiografia para embolização ou tamponamento pré-peritoneal.
 - e) Sangramento intracraniano maciço; Craniotomia descompressiva.
14. Escolar de 8 anos apresenta fraqueza muscular progressiva e ascendente iniciada nas pernas há 3 dias, evoluindo com parestesia e arreflexia global. Hoje, apresenta dificuldade para deglutir e voz anasalada. Nega febre atual. Teve diarreia há 3 semanas. Sobre a propedêutica líquórica e o manejo ventilatório, assinale a alternativa CORRETA:
- a) O líquido na primeira semana mostra pleocitose importante (> 50 células) e proteína normal; a intubação está indicada apenas se Saturação O₂ < 90%.
 - b) O líquido tipicamente mostra Dissociação Proteíno-Citológica (hiperproteínorraquia com celularidade normal), porém pode ser normal na primeira semana; a Capacidade Vital Forçada (CVF) deve ser monitorizada e, se < 20 ml/kg ou houver paralisia bulbar com incapacidade de proteger via aérea, a intubação eletiva está indicada.
 - c) O líquido mostra glicose consumida e proteína alta; o tratamento é apenas com Corticoide em dose alta.
 - d) A ressonância magnética é superior ao líquido e dispensa punção lombar; o suporte ventilatório deve ser sempre não-invasivo (VNI) para evitar pneumonia.
 - e) O diagnóstico é confirmado por eletroneuromiografia mostrando padrão miopático; plasmaférese não tem benefício após 48h.
15. Recém-nascido a termo, com 3 dias de vida, inicia quadro de recusa alimentar, vômitos, letargia que evolui para coma e convulsões. Não há febre. A triagem infecciosa inicial é negativa. Gasometria: Alcalose Respiratória (pH 7.50, pCO₂ 25, Bic 20). Amônia sérica: 800 mcg/dL (VR < 100). Lactato normal. Glicemia normal. Qual o grupo de Erros Inatos do Metabolismo (EIM) mais provável e a fisiopatologia básica?
- a) Acidemia Orgânica (ex: Acidemia Metilmalônica); acúmulo de ácidos orgânicos causa acidose metabólica com Anion Gap elevado e hiperammonemia secundária.
 - b) Defeito do Ciclo da Ureia; bloqueio na conversão de amônia em ureia leva à hiperammonemia grave primária, que estimula o centro respiratório causando alcalose respiratória central.
 - c) Doença da Urina do Xarope de Bordo (MSUD); acúmulo de leucina causa edema cerebral, mas sem hiperammonemia significativa.
 - d) Doença de Depósito Lisossômico; organomegalia e fácies grosseira.
 - e) Defeito da Beta-Oxidação de Ácidos Graxos; hipoglicemia hipocetótica é o marco, com amônia normal.

16. Escolar de 9 anos chega à UPA com queixa de febre alta há 3 dias, mialgia intensa e exantema. Nega sangramentos espontâneos. Ao exame físico, está hidratado, corado, PA normal para a idade e prova do laço positiva. Durante a avaliação, a criança queixa-se de dor abdominal contínua e intensa. Qual o estadiamento clínico e a conduta imediata segundo o Manual de Manejo Clínico da Dengue do Ministério da Saúde (2024)?
- Grupo A; Dengue sem sinais de alarme. Alta com orientação de hidratação oral (60-80 ml/kg/dia) e retorno se piora.
 - Grupo B; Dengue com sangramento induzido (prova do laço). Manter em observação, solicitar hemograma e iniciar hidratação oral supervisionada até sair o resultado.
 - Grupo C; Dengue com sinais de alarme (dor abdominal intensa e contínua). Iniciar hidratação venosa imediata com 10 ml/kg de SF 0,9% ou Ringer Lactato na primeira hora.
 - Grupo D; Dengue grave. Encaminhar para UTI e iniciar expansão com 20 ml/kg em 20 minutos.
 - Grupo B; Dengue com comorbidade. Solicitar hemograma e transaminases, prescrever sintomáticos.
17. Menino de 6 anos apresenta quadro de dor abdominal em cólica, artrite em tornozelos e joelhos e lesões cutâneas purpúricas palpáveis em nádegas e membros inferiores. O hemograma mostra plaquetas de 350.000/mm³. O exame de urina I revela hematúria microscópica e proteinúria leve (1+). Sobre esta patologia, assinale a alternativa CORRETA:
- Trata-se de Púrpura Trombocitopênica Imune (PTI); o tratamento é com corticoide em dose imunossupressora.
 - A biópsia de pele é obrigatória para o diagnóstico, devendo mostrar depósitos de IgG.
 - O quadro é sugestivo de Meningococemia; iniciar isolamento e Ceftriaxona.
 - É uma vasculite de pequenos vasos mediada por imunocomplexos de IgA; o prognóstico geralmente é benigno e o tratamento é de suporte (analgesia/hidratação), reservando-se o corticoide para casos de dor abdominal grave ou nefrite significativa.
 - A complicação mais temida a curto prazo é a evolução para insuficiência renal crônica terminal, que ocorre em 50% dos casos.
18. Um recém-nascido pré-termo de 29 semanas, peso 1.100g, nasce de parto cesárea sem trabalho de parto prévio. Apresenta desconforto respiratório precoce na sala de parto (gemência, retração), necessitando de CPAP nasal. O Raio-X de tórax mostra infiltrado reticulogranular difuso ("vidro moído") e broncogramas aéreos. Sobre o manejo do surfactante exógeno neste caso, assinale a estratégia mais recomendada atualmente para evitar a ventilação mecânica invasiva prolongada:
- Intubação imediata para administração de surfactante profilático antes de 15 minutos de vida, seguido de ventilação mecânica.
 - Estratégia INSURE (INTubate, SURfactant, Extubate): intubar para administrar o surfactante e extubar rapidamente para CPAP se houver drive respiratório.
 - Manter apenas em CPAP nasal com pressão de 8-10 cmH₂O e administrar surfactante apenas se FiO₂ > 60%.
 - Administração de surfactante por método menos invasivo (LISA/MIST) se houver necessidade de FiO₂ > 30-40% em CPAP, mantendo o RN em respiração espontânea.
 - O uso de surfactante está contraindicado após 2 horas de vida.
19. Lactente de 11 meses estava brincando no chão e subitamente apresentou tosse, engasgo e cianose transitória. Chega ao PS 2 horas depois, assintomático, eupneico e corado. A ausculta pulmonar revela sibilos localizados em base direita e murmúrio vesicular discretamente diminuído no mesmo local. O Raio-X de tórax em inspiração é normal. Qual a conduta correta?
- Alta com orientações, pois o paciente está assintomático e o RX é normal.
 - Solicitar Tomografia de Tórax para confirmar a presença do corpo estranho.
 - Broncoscopia Rígida diagnóstica e terapêutica, baseada na história clínica e exame físico sugestivos (fase assintomática).
 - Prescrever corticoide e broncodilatador e reavaliar em 24h.
 - Realizar manobra de Heimlich imediatamente.
20. Uma criança de 8 anos sofreu queda de altura com Trauma Cranioencefálico (TCE) grave (Glasgow 7). Foi intubada e sedada. Durante o transporte, apresenta anisocoria (pupila direita midriática) e postura de descerebração. PA 130x80 mmHg, FC 60 bpm. Sobre o uso da Hiperventilação neste cenário de herniação transtentorial iminente, assinale a conduta CORRETA segundo a Brain Trauma Foundation:
- A hiperventilação profilática (PaCO₂ < 30 mmHg) deve ser mantida nas primeiras 24h para prevenir picos de PIC.
 - A hiperventilação transitória e otimizada (alvo de PaCO₂ 30-35 mmHg) está indicada como medida de resgate temporária ("ponte") enquanto se administra terapia hiperosmolar ou se encaminha para cirurgia.
 - A hiperventilação está contraindicada em qualquer cenário devido ao risco de isquemia cerebral por vasoconstrição.
 - Deve-se manter normocapnia estrita (PaCO₂ 35-45 mmHg) mesmo durante a herniação.
 - A hiperventilação deve ser agressiva (PaCO₂ < 25 mmHg) para reduzir o volume sanguíneo cerebral ao máximo.

21. Escolar de 8 anos apresenta edema, hipertensão e hematúria macroscópica 10 dias após uma piodermite. O C3 está consumido (baixo) e o C4 normal. ASLO negativo. Anti-DNAse B positivo. Sobre a Glomerulonefrite Difusa Aguda (GNDA) Pós-Estreptocócica, assinale a alternativa verdadeira sobre o prognóstico e acompanhamento:
- O complemento C3 deve normalizar em até 8 semanas; se permanecer baixo após esse período, deve-se suspeitar de Glomerulonefrite Membranoproliferativa e indicar biópsia.
 - A hematúria microscópica deve desaparecer em 2 semanas; sua persistência indica biópsia renal.
 - A proteinúria nefrótica é comum e indica tratamento com corticoide.
 - O risco de recorrência é alto, sendo indicada profilaxia com Penicilina Benzatina mensal até a idade adulta.
 - A hipertensão arterial costuma ser permanente, necessitando de IECA por toda a vida.
22. Durante a consulta de rotina de um lactente de 9 meses, o pediatra realiza a avaliação do desenvolvimento. A criança senta-se sem apoio, transfere objetos de uma mão para a outra e balbucia dissílabos ("ma-ma", "da-da") inespecíficos. A mãe relata que ele ainda não engatinha e não faz movimento de pinça (pegar pequenos objetos com polegar e indicador). Considerando os marcos do desenvolvimento (Denver II / Caderneta da Criança), qual a interpretação correta?
- Atraso global do desenvolvimento; a criança já deveria estar engatinhando e fazendo pinça madura desde os 6 meses.
 - Sinal de alerta para Paralisia Cerebral; a ausência de engatinhar aos 9 meses é patológica.
 - Atraso na linguagem; dissílabos deveriam ser específicos (chamar a mãe) aos 9 meses.
 - Atraso motor fino; a transferência de objetos só é esperada aos 12 meses.
 - Desenvolvimento adequado para a idade; a pinça polegar-indicador (madura) e o engatinhar costumam surgir entre 9 e 10 meses, não sendo sinais de alarme neste momento.
23. Uma criança de 5 anos, imunocompetente, é atendida na UBS com exantema vesicular polimórfico (máculas, pápulas, vesículas e crostas) pruriginoso e febre baixa, iniciado há 24 horas. O cartão vacinal mostra apenas uma dose de Varicela aos 15 meses. Qual a conduta terapêutica e de isolamento recomendada?
- Iniciar Aciclovir oral imediatamente para reduzir a gravidade e isolamento de contato e aerossóis até que todas as lesões estejam na fase de crosta.
 - Iniciar Antibiótico tóxico nas lesões para prevenir infecção secundária e permitir retorno escolar imediato.
 - Apenas tratamento sintomático (antitérmico e anti-histamínico); isolamento domiciliar (afastamento da escola) até que todas as lesões sejam crostas.
 - Iniciar Aciclovir venoso e internação, pois trata-se de falha vacinal.
 - Administrar Imunoglobulina Humana Antivaricela-Zoster (IGHVZ) para atenuar a doença.
24. Adolescente de 14 anos, sexo feminino, consulta por atraso puberal (M1) e baixa estatura acentuada (abaixo do Z-3). Ao exame: pescoço alado, tórax largo com mamilos espaçados e cúbito valgo. Além do cariótipo, quais exames de triagem de comorbidades são mandatórios no momento do diagnóstico?
- Ressonância de Crânio (risco de adenoma hipofisário) e Cintilografia óssea.
 - Ecocardiograma (risco de Coarctação de Aorta e Válvula Aórtica Bicúspide) e USG Renal (risco de Rim em Ferradura).
 - Tomografia de Tórax (risco de timoma) e Espirometria.
 - Cariótipo de medula óssea (risco de Leucemia) e Colonoscopia (risco de pólipos).
 - Dosagem de anticorpos para Lúpus e Artrite Reumatoide.
25. Menino de 4 anos apresenta febre diária (picos > 39°C, geralmente vespertinos) há 3 semanas, associada a rash macular cor-de-salmão que aparece na febre e desaparece quando a temperatura cai. Exame físico: hepatosplenomegalia, linfadenopatia generalizada e artrite em joelhos e punhos. Exames: Leucocitose (30.000) com desvio à esquerda, Plaquetas 600.000, Ferritina > 1.000 ng/mL. FAN e Fator Reumatoide negativos. Qual o diagnóstico e a complicação potencialmente fatais associada?
- AIJ Oligoarticular; Uveíte Anterior Crônica (risco de cegueira).
 - AIJ Poliarticular Fator Reumatoide Positivo; Nódulos Reumatoides.
 - AIJ Sistêmica (Doença de Still); Síndrome de Ativação Macrofágica (SAM).
 - Artrite Relacionada à Entesite; Espondilite Anquilosante.
 - Lúpus Eritematoso Sistêmico; Nefrite Lúpica.
26. Recém-nascido com 15 dias, sexo masculino, chega em choque hipovolêmico grave, hiponatrêmico (Na 120) e hipercaleêmico (K 7.5). Genitália externa aparentemente masculina normal (sem criptorquidia). Qual o diagnóstico mais provável e a fisiopatologia da crise de perda de sal?
- Estenose Hipertrofica de Píloro; perda de ácido clorídrico.
 - Sepse Neonatal Tardia; disfunção de múltiplos órgãos.
 - Hiperplasia Adrenal Congênita (Deficiência de 11-beta-hidroxilase); acúmulo de mineralocorticoides causa hipertensão e hipocalemia.
 - Insensibilidade Androgênica Completa.
 - Hiperplasia Adrenal Congênita (Deficiência de 21-hidroxilase) forma Perdedora de Sal; a deficiência de Aldosterona impede a reabsorção de sódio e a excreção de potássio no túbulo distal, levando à desidratação grave e choque.

27. Lactente de 3 meses é avaliado por hipotonia global severa ("bebê de pano"), arreflexia tendinosa profunda e respiração paradoxal (uso de diafragma, tórax em sino). A face é expressiva e o contato visual é preservado. Não há déficit cognitivo aparente. Há fasciculações na língua. CPK é normal. Qual o diagnóstico molecular provável e o tratamento modificador da doença disponível atualmente?
- Botulismo Infantil; Imunoglobulina antitotulínica (BabyBIG).
 - Atrofia Muscular Espinhal (AME) Tipo 1 (Werdnig-Hoffmann); Terapia de reposição gênica (Onasemnogene abeparvovec - comercializado como Zolgensma) ou oligonucleotídeo antisense (Nusinersena - comercializado como Spinraza) para aumentar a proteína SMN.
 - Distrofia Muscular de Duchenne; Corticoides.
 - Miopatia Nemaalínica; Suporte ventilatório apenas.
 - Síndrome de Guillain-Barré; Imunoglobulina venosa.
28. Um menino de 4 anos é encaminhado ao reumatologista por suspeita de Artrite Idiopática Juvenil (AIJ). Apresenta dor em membros inferiores há 1 mês, claudicação intermitente e febre baixa ocasional. Ao exame físico, apresenta palidez cutânea leve, hepatomegalia (3 cm do RCD) e dor à palpação profunda das metáfises tibiais, mas sem artrite franca (sem edema ou calor articular evidente). O hemograma revela: Hb 9,5 g/dL, Leucócitos 4.500/mm³ (Neutrófilos 1.200, Linfócitos 3.000) e Plaquetas 90.000/mm³. Qual o diagnóstico mais provável que deve ser descartado obrigatoriamente antes de iniciar corticoides?
- Artrite Séptica de Quadril; solicitar USG de quadril.
 - Lúpus Eritematoso Sistêmico; solicitar FAN e Anti-DNA.
 - Osteomielite Multifocal Crônica; solicitar Cintilografia Óssea.
 - Febre Reumática; solicitar Ecocardiograma.
 - Leucemia Linfóide Aguda (LLA); solicitar Mielograma.
29. Recém-nascido a termo, nasce com desconforto respiratório grave e cianose. Abdome escavado. Qual a sequência de conduta imediata na Sala de Parto para minimizar a lesão pulmonar e a hipertensão pulmonar?
- Ventilação com Balão e Máscara facial para expandir o pulmão hipoplásico rapidamente, seguida de intubação.
 - Intubação imediata e hiperventilação agressiva (pH > 7.55) para induzir alcalose respiratória e vasodilatação pulmonar.
 - Intubação Orotraqueal imediata (sem ventilar com máscara), inserção de sonda orogástrica para decompressão estomacal e ventilação gentil (permissiva para hipercapnia e SatO₂ pré-ductal alvo 85-95%).
 - Iniciar Óxido Nítrico inalatório (iNO) imediatamente via máscara facial antes da intubação.
 - Clampamento tardio do cordão umbilical para garantir maior aporte sanguíneo e estabilização hemodinâmica natural.
30. Criança de 3 anos é encontrada na lavanderia da fazenda, ao lado de frascos de inseticida agrícola ("chumbinho"). Chega ao PS com miose puntiforme, sialorreia abundante, broncorreia (estertores difusos), fasciculações musculares e bradicardia. Qual é a síndrome tóxica, o mecanismo de ação do tóxico e o antídoto prioritário para reverter a ameaça à vida (secreção respiratória)?
- Síndrome Anticolinérgica; Bloqueio da Acetilcolina; Fisostigmina.
 - Síndrome Colinérgica (Muscarínica e Nicotínica); Inibição da Acetilcolinesterase; Atropina.
 - Síndrome Opióide; Estímulo de receptores Mu; Naloxona.
 - Síndrome Colinérgica; Inibição da Acetilcolinesterase; Pralidoxima apenas.
 - Síndrome Simpaticomimética; Estímulo Adrenérgico; Benzodiazepínico.
31. Um menino de 12 anos, assintomático, tem PA aferida em consulta de rotina: 140x90 mmHg (> p95 + 12 mmHg). A medição é confirmada em 3 visitas. Exame físico: Pulsos femorais palpáveis e simétricos, IMC p85. Ausculta abdominal revela sopro sistodiastólico em flanco direito. Qual a etiologia secundária mais provável e o exame de imagem padrão-ouro para investigação?
- Coarctação de Aorta; Angiotomografia de Tórax.
 - Feocromocitoma; Cintilografia com MIBG.
 - Hipertensão Renovascular (Estenose de Artéria Renal por Displasia Fibromuscular); Angiografia Digital (Arteriografia) ou Angio-TC/Ressonância.
 - Glomerulonefrite Crônica; Biópsia Renal.
 - Hipertensão Essencial; Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA).
32. Lactente de 2 meses chega com história de tosse há 10 dias, que evoluiu para paroxismos de tosse intensa, seguidos de guincho inspiratório e cianose facial. Não tem febre. O hemograma mostra Leucocitose acentuada (40.000/mm³) com linfocitose absoluta (70% linfócitos). Qual o diagnóstico e o tratamento de escolha (para o paciente e profilaxia de contactantes)?
- Bronquiolite Viral Aguda; Suporte e Oseltamivir.
 - Pneumonia por Chlamydia trachomatis; Azitromicina.
 - Coqueluche (Bordetella pertussis); Azitromicina para o paciente e todos os contactantes domiciliares (independente da vacinação).
 - Tuberculose Pulmonar; Esquema RIPE.
 - Crupe Viral; Nebulização com Adrenalina.

33. Paciente de 12 anos teve diagnóstico confirmado de Febre Reumática Aguda com Cardite leve (regurgitação mitral leve no ECO), que regrediu completamente (cura clínica e ecocardiográfica) após o tratamento agudo. Não há sequela valvar residual. Segundo as Diretrizes Brasileiras, até quando deve ser mantida a profilaxia secundária com Penicilina G Benzatina a cada 21 dias?
- Até os 18 anos de idade ou 5 anos após o último surto (o que cobrir maior tempo).
 - Até os 21 anos de idade ou 5 anos após o último surto (o que cobrir maior tempo).
 - Até os 25 anos de idade ou 10 anos após o último surto (o que cobrir maior tempo).
 - Por toda a vida (profilaxia ad aeternum).
 - A profilaxia pode ser suspensa imediatamente, pois não há lesão residual.
34. Lactente de 21 meses apresenta crise convulsiva tônico-clônica generalizada durante pico febril (39°C) de otite média. A crise durou 5 minutos e cedeu espontaneamente. A criança recuperou a consciência rapidamente, sem déficit motor focal (pós-ictal breve). Não tem antecedentes neurológicos. Classifique a crise e indique a conduta.
- Crise Febril Simples; orientar os pais sobre benignidade, tratar a febre e o foco infeccioso; não há indicação de anticonvulsivante contínuo nem exames de neuroimagem.
 - Crise Febril Complexa; indicação de Eletroencefalograma (EEG) e Ressonância Magnética.
 - Epilepsia focal; iniciar Valproato de Sódio.
 - Meningite Bacteriana provável; realizar punção lombar obrigatória.
 - Crise Febril Simples; iniciar Fenobarbital profilático por 2 anos.
35. Adolescente de 15 anos com diagnóstico de Anorexia Nervosa restritiva grave é admitida para realimentação. IMC: 13 kg/m². Encontra-se bradicárdica e hipotensa. No 3º dia de realimentação enteral, a paciente desenvolve insuficiência cardíaca, edema periférico e confusão mental. Os exames laboratoriais provavelmente revelarão qual distúrbio eletrolítico grave, característico da Síndrome de Realimentação?
- Hipercalemia.
 - Hipofosfatemia grave.
 - Hipermagnesemia.
 - Hipoglicemia.
 - Hipernatremia.
36. Em uma consulta de pré-natal pediátrico, os pais perguntam sobre como preparar o berço e o ambiente de sono para prevenir a morte súbita. Baseado nas recomendações da American Academy of Pediatrics (AAP) e SBP, qual é a orientação fundamental (Nível A de evidência) para a redução do risco de SMSL?
- O bebê deve dormir de lado (decúbito lateral) para evitar a aspiração em caso de vômito/regurgitação.
 - O bebê deve dormir sempre em decúbito dorsal (barriga para cima), em superfície firme, sem travesseiros, protetores de berço ou bichos de pelúcia.
 - O uso de monitores de apneia domiciliares é recomendado para todos os recém-nascidos.
 - O compartilhamento de cama (bed-sharing) com os pais é recomendado para facilitar a amamentação e a vigilância, reduzindo o risco de morte.
 - O bebê deve dormir em decúbito ventral (barriga para baixo) apenas se tiver refluxo gastroesofágico grave confirmado.
37. Criança de 5 anos com Síndrome Nefrótica em atividade está em uso de Prednisona 2 mg/kg/dia há 4 semanas. A mãe traz a carteira de vacinação e questiona sobre as vacinas pendentes. Qual das condutas abaixo é CORRETA em relação à vacinação deste paciente neste momento?
- Pode receber a vacina Influenza (Gripe) inativada e a Pneumocócica, mas as vacinas de vírus vivos (como Varicela, Tríplice Viral e Febre Amarela) estão contraindicadas até que a corticoterapia seja suspensa ou reduzida para doses não imunossupressoras.
 - Todas as vacinas estão contraindicadas durante o uso de corticoide em qualquer dose.
 - Pode receber a vacina de Varicela se tiver contato com caso suspeito, para prevenir a forma grave.
 - Deve receber reforço de BCG para estimular a imunidade celular inata.
 - As vacinas de vírus vivos podem ser aplicadas se os linfócitos totais estiverem normais no hemograma.
38. Lactente de 45 dias de vida é encaminhado por icterícia persistente. A mãe relata que a urina é escura (colúria) e as fezes são "brancas como massa de vidraceiro" (acolia) há 2 semanas. Ao exame: ictérico +++/4+, fígado palpável a 4 cm do RCD, endurecido. Bilirrubina Total 12 mg/dL (Direta 9,5 mg/dL). GGT elevada. Qual a principal hipótese diagnóstica e a importância do tempo para a conduta cirúrgica?
- Hepatite Neonatal Idiopática; conduta expectante pois resolve espontaneamente.
 - Deficiência de Alfa-1-Antitripsina; transplante hepático imediato.
 - Atresia de Vias Biliares Extra-Hepática; a portoenterostomia de Kasai deve ser realizada idealmente antes dos 60 dias de vida para garantir drenagem biliar e adiar a necessidade de transplante.
 - Síndrome de Alagille; tratamento medicamentoso com ácido ursodesoxicólico apenas.
 - Cisto de Colédoco; drenagem percutânea guiada por USG.

39. Paciente de 14 anos com Fibrose Cística apresenta exacerbação pulmonar aguda (aumento da tosse, escarro purulento, queda do VEF1). A cultura de escarro prévia revela colonização crônica por *Pseudomonas aeruginosa* mucóide. Qual o esquema antibiótico empírico inicial recomendado para internação hospitalar?
- Monoterapia com Ceftriaxona ou Ampicilina-Sulbactam.
 - Terapia combinada com dois antibióticos antipseudomonas de classes diferentes (ex: Beta-lactâmico antipseudomonas + Aminoglicosídeo) para evitar resistência e buscar sinergismo (ex: Ceftazidima + Tobramicina).
 - Azitromicina em dose alta como monoterapia bactericida.
 - Vancomicina + Clindamicina para cobrir MRSA.
 - Ciprofloxacino oral, evitando internamento.
40. Menino de 2 anos, que está começando a correr, apresenta aumento de volume doloroso e calor no joelho direito após queda leve. Não há história de sangramento anterior. Tio materno tem problema de coagulação. Exames: Plaquetas 350.000/mm³ (normal), Tempo de Protrombina (TP/INR) normal, Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) alargado (2,5x o controle). Qual o diagnóstico mais provável e a fisiopatologia?
- Doença de von Willebrand; defeito na adesão plaquetária.
 - Púrpura Trombocitopênica Imune.
 - Hemofilia A (Deficiência de Fator VIII) ou B (Fator IX); defeito na via intrínseca da coagulação causando hemartrose.
 - Deficiência de Vitamina K; defeito nos fatores II, VII, IX e X.
 - Trombastenia de Glanzmann.
41. Paciente de 7 anos em quimioterapia para Leucemia Linfóide Aguda chega ao PS com febre de 38,5°C. O hemograma mostra 200 neutrófilos/mm³. O paciente está hipotenso, com tempo de enchimento capilar lento e taquicárdico. Possui cateter venoso central totalmente implantado (Port-a-Cath). Qual a conduta imediata (primeira hora) quanto à antibioticoterapia?
- Coletar culturas e aguardar resultado para iniciar antibiótico guiado.
 - Iniciar Ceftriaxona, pois cobre os Gram-negativos comunitários.
 - Iniciar Fluconazol profilático.
 - Iniciar Cefepime (ou Piperacilina-Tazobactam) + Vancomicina (devido à instabilidade e presença de cateter) imediatamente após coleta de culturas, sem aguardar resultados.
 - Remover o cateter Port-a-Cath imediatamente, antes de qualquer medicação, encaminhando a ponta para cultura.
42. Na triagem neonatal de um RN com 30 horas de vida, a oximetria de pulso revelou:
- Mão Direita (pré-ductal): 96%
 - Pé Direito (pós-ductal): 91% O RN está assintomático, eupneico. Qual a interpretação e a conduta correta segundo o protocolo do Ministério da Saúde/SBP?
- Teste Normal; a saturação na mão é > 95%, o que exclui cardiopatia.
 - Teste Anormal imediato; solicitar Ecocardiograma antes da alta, pois a diferença entre os membros é 3%, sugerindo cardiopatia crítica.
 - Erro de técnica; a saturação no pé nunca deve ser menor que na mão.
 - Teste Duvidoso; repetir em 1 hora. Se a diferença persistir > 3%, solicitar Ecocardiograma.
 - Teste Anormal; transferir imediatamente para UTI e iniciar Prostaglandina.
43. Escolar de 8 anos alérgico a amendoim ingere acidentalmente um biscoito contendo traços do alimento. Minutos depois, apresenta urticária generalizada, edema labial, estridor inspiratório e hipotensão. Qual a medicação de primeira linha que deve ser administrada imediatamente?
- Prometazina.
 - Metilprednisolona.
 - Adrenalina (Epinefrina) na face anterolateral da coxa.
 - Salbutamol inalatório.
 - Difenidramina.
44. Lactente de 5 meses é trazido à consulta com história de "sustos" repetidos. A mãe descreve episódios de flexão súbita da cabeça e adução dos braços ("abraço"), que ocorrem em salvas, principalmente ao despertar. O desenvolvimento neuropsicomotor, que era normal, parece ter estagnado. O Eletroencefalograma (EEG) revela hipsarritmia (caos de alta voltagem e ondas lentas multifocais). Qual o diagnóstico e a terapia hormonal de primeira linha recomendada?
- Epilepsia Rolândica Benigna; Carbamazepina.
 - Síndrome de West (Espasmos Infantis); Hormônio Adrenocorticotrófico (ACTH) ou Prednisolona em altas doses.
 - Síndrome de Lennox-Gastaut; Ácido Valproico.
 - Crise de Ausência; Etossuximida.
 - Mioclonia Benigna do Sono; Apenas observação.

45. Recém-nascido pré-termo de 27 semanas, peso de nascimento 900g, permaneceu em ventilação mecânica e oxigenoterapia por 4 semanas. Recebeu alta da UTI estável.
Segundo as Diretrizes Brasileiras e da AAO, quando deve ser realizado o primeiro exame de fundo de olho para rastreio de ROP?
- Imediatamente após a alta hospitalar.
 - Com 6 meses de vida, para avaliar estrabismo e refração.
 - Entre a 4ª e a 6ª semana de vida (ou 31 a 33 semanas de idade pós-menstrual corrigida), o que ocorrer primeiro.
 - Apenas se houver sinais clínicos de leucocoria.
 - Na primeira semana de vida, para detectar catarata congênita.
46. Escolar de 8 anos é internado com febre alta há 4 dias, dor abdominal, vômitos, diarreia e exantema polimorfo. Evolui com choque hipotensivo (PA 70x40 mmHg) e disfunção miocárdica grave (Fração de Ejeção 35%). Marcadores inflamatórios (PCR, Ferritina, Dímero-D) extremamente elevados. Sorologia IgG para SARS-CoV-2 positiva (história de COVID leve na família há 4 semanas).
Qual o diagnóstico e a base do tratamento imunomodulador?
- Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (MIS-C); Imunoglobulina Humana Endovenosa (2 g/kg) associada a Corticoide sistêmico (Metilprednisolona).
 - Sepse bacteriana por *Staphylococcus aureus*; Antibióticos e noradrenalina.
 - Doença de Kawasaki Clássica; Imunoglobulina venosa apenas.
 - Miocardite Viral Aguda por Enterovírus; Suporte hemodinâmico e Milrinona.
 - Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil; Pulsoterapia com Ciclofosfamida.
47. Lactente de 8 meses, sexo masculino, apresenta episódios de choro intenso e intermitente, com encolhimento de pernas, alternados com períodos de letargia. Após 6 horas, apresentou evacuação com sangue e muco ("geleia de framboesa"). Ao exame, nota-se massa palpável em salsicha no quadrante superior direito.
Qual o exame de imagem de escolha para diagnóstico e qual o achado patognomônico?
- Radiografia de abdome; níveis hidroaéreos.
 - Tomografia computadorizada; sinal do grão de café.
 - Trânsito intestinal baritado; sinal da maçã mordida.
 - Ultrassonografia de abdome; imagem em "alvo" ou "pseudorrim".
 - Colonoscopia; visualização direta do pólip.
48. Um bebê de 4 meses é trazido ao pronto-socorro pelos pais com história de "queda do berço". Ao exame físico, apresenta hematoma periorbitário e irritabilidade. O Raio-X de esqueleto (inventário ósseo) revela fraturas de arcos costais posteriores em diferentes estágios de consolidação e uma fratura metafisária em "canto" (bucket-handle) na tíbia distal.
Qual a conclusão diagnóstica?
- Osteogênese Imperfeita; solicitar densitometria óssea e teste genético.
 - Raquitismo Hipofosfatêmico; solicitar cálcio, fósforo e fosfatase alcalina.
 - Síndrome da Criança Espancada (Maus Tratos Físicos); as lesões são patognomônicas de abuso (mecanismo de compressão torácica e tração/torção de membros) e incompatíveis com a história de queda simples.
 - Escorbuto; dosar vitamina C.
 - Síndrome de Ehlers-Danlos; avaliar hiper mobilidade.
49. Lactente de 13 meses, que toma 1 litro de leite de vaca integral por dia na mamadeira e come pouca comida sólida, apresenta palidez cutânea. Hemograma: Hb 8,5 g/dL, VCM 68 fL (microcítica), HCM 22 pg, RDW 18% (elevado). Ferritina baixa.
Iniciado tratamento com Sulfato Ferroso (3 a 5 mg/kg/dia de ferro elementar).
Qual é o primeiro parâmetro laboratorial a se alterar, indicando resposta terapêutica positiva?
- Normalização da Hemoglobina em 1 semana.
 - Aumento da Ferritina em 5 dias.
 - Reticulocitose (pico de reticulócitos) entre o 5º e o 10º dia de tratamento.
 - Normalização do VCM em 2 semanas.
 - Queda do RDW em 3 dias.
50. Lactente de 18 meses apresenta massa abdominal palpável, fixa e endurecida, que ultrapassa a linha média. Apresenta também equimoses periorbitárias bilaterais ("olhos de guaxinim"), febre intermitente e irritabilidade. A PA está elevada. Qual o diagnóstico mais provável e o marcador urinário associado?
- Tumor de Wilms (Nefroblastoma); Hematúria microscópica.
 - Neuroblastoma; Ácido Vanilmandélico (VMA) e Homovanílico (HVA) elevados na urina.
 - Hepatoblastoma; Alfa-fetoproteína elevada.
 - Linfoma de Burkitt; Ácido úrico elevado.
 - Teratoma Sacrococcígeo; Beta-HCG.