

1. Dona Rosa leva seu primogênito de 8 meses de idade, hígido, para consulta de rotina com o pediatra. Ao checar a caderneta da criança, o médico constata que o bebê não recebeu nenhuma dose da vacina contra o vírus SARS-CoV-2. Nesse contexto é correto afirmar que:
 - a a criança perdeu a oportunidade da imunização contra formas graves da COVID-19, não sendo possível iniciar o esquema vacinal na idade atual.
 - b nesta idade o bebê já deveria ter recebido uma dose da vacina contra a COVID-19, devendo iniciar o mais breve possível.
 - c o bebê deve iniciar o esquema com a vacina contra a COVID-19 na idade atual, até completar as 4 doses previstas.
 - d nesta idade o bebê já deveria ter recebido duas doses da vacina contra a COVID-19, devendo iniciar o mais breve possível.
 - e caso o bebê não tenha contraindicação, deve iniciar o esquema vacinal com doses anuais.
2. Menino de 10 anos de idade é levado em consulta pediátrica pois sua mãe percebe que ele é menor que os colegas de turma. Antecedentes pessoais: nasceu a termo, AIG. Mãe nega adoecimentos ou comorbidades. Última consulta, há 1 ano, estatura 125 cm (entre o Zscore -1 e -2). Ao exame físico, bom estado geral, normocorado, sem alterações nas ausculta pulmonar e cardíaca, abdômen sem alterações. Testículos tópicos, 4 cm³. Estatura atual: 131 cm. Nesse contexto, assinale a alternativa que contém a conduta correta.
 - a Solicitar RNM de sela túrcica.
 - b Solicitar cariótipo.
 - c Solicitar teste de estímulo para Gh com clonidina.
 - d Acompanhar e tranquilizar a mãe.
 - e Fazer reposição de cálcio e vitamina D.
3. Em relação à profilaxia da carência de ferro na infância, em lactentes saudáveis e sem fatores de risco, conforme as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, assinale a alternativa correta.
 - a Iniciar suplementação de ferro elementar na dose de 2 mg/kg/dia a partir dos 90 dias de vida até os 24 meses.
 - b Iniciar suplementação de ferro elementar na dose de 1 mg/kg/dia a partir dos 180 dias de vida até os 24 meses.
 - c Iniciar suplementação de ferro elementar na dose de 1 mg/kg/dia a partir dos 12 meses de idade.
 - d Iniciar suplementação de ferro elementar na dose de 3 mg/kg/dia a partir dos 180 dias de vida até os 24 meses.
 - e Iniciar suplementação de ferro elementar na dose de 1 mg/kg/dia a partir dos 30 dias de vida até os 24 meses.
4. Ana, 28 anos, primípara, compareceu à unidade de saúde no decimo dia pós-parto com queixa de dor em quadrante superior da mama direita, febre e mal-estar há 24 horas. Está em aleitamento materno exclusivo e relata diminuição da excreção de leite nesta mama. Ao exame, sinais flogísticos no local da dor, sem flutuação. Com base no caso descrito, a conduta mais adequada é:
 - a suspender o aleitamento materno na mama afetada, iniciar antibiótico oral de amplo espectro.
 - b manter o aleitamento materno, orientar esvaziamento frequente da mama, e iniciar antibiótico com cobertura contra Staphylococcus aureus, além de medidas locais.
 - c suspender o aleitamento materno totalmente e iniciar antibiótico com cobertura contra Staphylococcus aureus, além de medidas locais.
 - d manter o aleitamento materno e iniciar medidas locais e anti-inflamatório não hormonal.
 - e manter o aleitamento materno, prescrever complemento com fórmula, e iniciar antibiótico com cobertura contra Staphylococcus aureus.
5. Menina de 13 anos de idade apresenta, há 2 meses, astenia, febre baixa, artralgia em mãos e joelhos, eritema em região malar e alopecia. Comparece em consulta pediátrica portando os seguintes exames: Hb 9,8 g/dL, leucócitos 3.200/mm², plaquetas 130.000/mm², urina 1 com proteínas 2+, presença de hemácias e 10 piócitos/campo. Com base neste caso, o (s) exame (s) que deve (m) ser solicitado (s) para a triagem inicial da principal hipótese diagnóstica é:
 - a Anti-DNAse B, FAN e anti Sm.
 - b Anticoagulante lúpico e anti cardiolipina.
 - c Anti Sm e anti DNA.
 - d ASLO.
 - e Fator anti núcleo.

6. Menino de 6 anos de idade, em tratamento para púrpura trombocitopenica imune com prednisona 20 mg/dia, é levado ao pronto atendimento com febre, otalgia bilateral e hipoacusia há 2 dias. Ao exame, bom estado geral, membranas timpânicas abauladas, opacificadas e sem otorreia, bilateralmente. A conduta terapêutica mais adequada é:
- a expectante, com prescrição de analgesia, devendo ser reavaliado em 24 horas visto que na maioria dos casos a condição é autolimitada.
 - b iniciar amoxicilina com clavulanato oral 90 mg/kg/dia a qual deve ser mantida durante 10 dias.
 - c prescrever ceftriaxona intravenosa na dose de 50 mg/kg/dia, por 3 dias, em regime de internação hospitalar.
 - d iniciar amoxicilina oral 90 mg/kg/dia a qual deve ser mantida durante 10 dias e anti-inflamatório não hormonal.
 - e prescrever cefepime em regime de internação hospitalar, inicialmente por 3 dias, com continuidade do tratamento com cefalosporina de segunda geração oral.
7. Criança de 7 anos de idade apresentou quadro de resfriado comum há 5 dias, aparentemente evoluía com melhora dos sintomas de obstrução nasal e tosse, porém a mãe nota retorno destes sintomas hoje, acompanhados de febre moderada e dor na região dos molares superiores a direita. Nesse contexto, a conduta que auxilia no diagnóstico deste paciente é:
- a solicitar tomografia de face
 - b solicitar Rx de face
 - c realizar palpação da face
 - d realizar rinoscopia
 - e solicitar Rx de tórax
8. Recém-nascido pré-termo, 30 semanas de idade gestacional, 1.300 g, em nutrição enteral parcial, evolui com distensão abdominal progressiva, resíduos gástricos biliosos episódios de apneia. Ao exame físico, abdômen distendido, tenso, com alças visíveis e sensibilidade aumentada. RX de abdômen mostra dilatação de alças intestinais, com imagens lineares radiolúcidas paralelas à parede intestinal (pneumatose intestinal) e presença de gás no sistema portal. Nesse contexto, a conduta inicial mais adequada é:
- a manter nutrição enteral com leite materno e iniciar antibiótico de largo espectro.
 - b suspender alimentação enteral, iniciar antibióticos de largo espectro e suporte clínico intensivo.
 - c indicar laparotomia imediata.
 - d iniciar alimentação parenteral e reintroduzir dieta enteral se melhora após 24 horas.
 - e solicitar tomografia de abdômen para confirmação diagnóstica antes de qualquer medida terapêutica.
9. Lactente de 4 meses de idade, previamente saudável, é levado ao pediatra com aumento de volume em hemiescroto direito há 2 semanas, com aumento durante o choro e redução espontânea durante o sono. Ao exame, tumoração elástica e indolor em região inguinoescrotal direita, reduzível à compressão suave, sem sinais flogísticos locais. Transiluminação negativa. Em relação ao caso descrito, a conduta correta é:
- a observar a evolução até o primeiro ano de vida, pois pode haver resolução espontânea.
 - b solicitar ultrassonografia e prescrever analgésicos até a realização do exame.
 - c encaminhar ao cirurgião para correção cirúrgica eletiva.
 - d encaminhar ao pronto atendimento para correção cirúrgica de urgência.
 - e orientar medidas posturais com diminuição da pressão abdominal até resolução espontânea.
10. Durante o exame de triagem neonatal, o pediatra realiza o teste do reflexo vermelho ("teste do olhinho") em um recém-nascido de 2 dias de vida. O teste é feito em ambiente escurecido, utilizando um oftalmoscópio direto, e observa-se reflexo branco unilateral. A conduta imediata correta é:
- a repetir o exame em 30 dias, pois pode ser um achado transitório antes do sétimo dia de vida.
 - b considerar o risco de retinoblastoma e catarata congênita e solicitar avaliação oftalmológica de urgência.
 - c confirmar o achado em ambiente iluminado.
 - d iniciar investigação etiológica com solicitação de sorologias e fazer acompanhamento semanal.
 - e encaminhar para avaliação genética para investigar a causa do achado alterado.
11. Recém-nascido de 30 semanas de idade gestacional nascido de parto vaginal, com respiração espontânea, frequência cardíaca de 110 bpm. Segundo as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, o clampeamento do cordão deve ser:
- a clampeado após 30 segundos, mantendo o RN ao nível da placenta.
 - b clampeado imediatamente.
 - c ordenhado e imediatamente clampeado.
 - d clampeado após 3 minutos.
 - e ordenhado e clampeado entre 30 e 60 segundos.

- 12.** Lactente de 1 ano e 8 meses de idade é atendido na unidade básica de saúde com febre há 2 dias. Ao exame, peso, estatura e IMC abaixo do Z escore -3, ausculta pulmonar com estertores crepitantes finos em terço médio de hemotórax esquerdo, sem sinais de desconforto respiratório. No interrogatório alimentar, desmame aos 3 meses de vida, atualmente alimenta-se de mingau de farinha de mandioca, água, açúcar e uma colher de leite, três vezes ao dia. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que contém a conduta correta.
- Internação hospitalar com dieta hiperproteica e hipercalórica imediata, antiparasitário, suplementação vitamínica e antibioticoterapia.
 - Suplementação de ferro, vitamina D, Vitamina A, complexo B e prescrição de Amoxicilina em regime ambulatorial, com reavaliação em 48 horas.
 - Internação hospitalar, soro isotônico de manutenção, restrição calórica inicial e antibioticoterapia.
 - Tratamento ambulatorial com Amoxicilina com clavulanato e orientação da dieta, com reavaliação em 48 horas.
 - Internação hospitalar com antimicrobiano de amplo espectro, suplementação de vitaminas e dieta inicial com restrição calórica.
- 13.** Criança de 3 anos de idade, previamente hígida, levada ao pediatra por sua mãe com quadro de febre de até 38° C, odinofagia, tosse e coriza há 48 horas. Ao exame, bom estado geral, eupneica, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, orofaringe hiperemiada, mucosa nasal hiperemiada com cornetos hipertrofiados, com secreção hialina. Sobre o caso descrito, assinale a alternativa que contém o diagnóstico e a conduta correta, respectivamente.
- Infecção viral de vias aéreas superiores/antitérmico e lavagem nasal com solução fisiológica.
 - Rinite alérgica/ anti-histamínicos e orientação ambiental.
 - Rinossinusite aguda/ solicitar RX de seios da face.
 - Faringite bacteriana/ penicilina G benzatina em dose única.
 - Infecção de vias aéreas superiores/antitérmico, anti-histamínico e lavagem nasal.
- 14.** Menino de 8 anos de idade, apresenta febre alta e de difícil controle associada a exantema macular disseminado, olhos hiperemiados, fissura labial e dor abdominal de moderada intensidade. Exames complementares: PCR 220 mg/dL, Ferritina 1.200 ng/mL, Hb 10 mg/dL, Leucócitos 17.500, plaquetas 40.000, sorologia para SARS-CoV- 2 IgG positiva, ecocardiograma com disfunção ventricular leve. Com base nos achados, assinale a alternativa que contém a conduta correta.
- Iniciar antibioticoterapia de amplo espectro e suporte hemodinâmico.
 - Prescrever imunoglobulina humana endovenosa e AAS.
 - Iniciar pulsoterapia com metilprednisolona e AAS.
 - Prescrever imunoglobulina humana endovenosa e iniciar corticoterapia.
 - Abrir protocolo para sepsis e solicitar transferência para UTI.
- 15.** Pré-escolar de 5 anos de idade, sexo masculino, é levado a consulta com queixa de prolapso retal recorrente durante as evacuações, associada a perda de peso, evacuação com muco e perda de apetite há várias semanas. Ao exame físico, observado palidez cutaneomucosa. Em relação ao caso, assinale a alternativa que contém o diagnóstico e tratamento corretos.
- Enterobíase/ albendazol 400 mg por 3 dias consecutivos.
 - Doença inflamatória intestinal/ sulfasalazina.
 - Trichuríase/ albendazol 400 mg por 3 dias consecutivos.
 - Prolapso retal primário/ cirurgia corretiva.
 - Amebíase/ metronidazol 30 mg/kg/dia.
- 16.** Paola, 21 anos de idade, leva seu bebê recém-nascido à primeira consulta após a alta da maternidade. O parto foi vaginal, a termo e sem intercorrências. Peso ao nascer 3.200 g, comprimento 50 cm, APGAR 9/9. Há dois dias o RN apresenta cerca de 9 evacuações diárias, com fezes de aspecto pastoso e amarelado, sendo então ofertada água de coco nos intervalos das mamadas. Exame físico sem alterações. Nesse contexto assinale a conduta mais adequada para este caso.
- Suspender a água de coco e prescrever soro de reidratação oral após as evacuações.
 - Prescrever fórmula isenta de lactose e manter até a melhora do quadro.
 - Retirar o leite e derivados do leite da dieta materna e retornar o aleitamento materno.
 - Tranquilizar a família, pois o padrão de evacuações do RN está dentro da normalidade e suspender a água de coco.
 - Solicitar exame de fezes para pesquisa de calprotectina fecal e iniciar soro de reidratação oral profilático.

- 17.** Recém-nascido a termo, apresentou icterícia nas primeiras horas de vida, com predomínio de fração direta, associada a hepatoesplenomegalia, perímetro cefálico de 39 cm e crises convulsivas. Mãe não realizou pré-natal. Realizada tomografia computadorizada de crânio do RN que demonstrou a presença de múltiplas calcificações difusas no parênquima cerebral e fundoscopia que evidenciou cório-retinite bilateral. Nesse contexto, assinale a alternativa que contém o diagnóstico mais provável e o tratamento indicado, respectivamente.
- a Zika vírus/ Ganciclovir endovenoso.
 - b Neuro-sífilis/ Penicilina G cristalina.
 - c Toxoplasmose congênita/ Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido fólico.
 - d Citomegalovirus congênito/ Ganciclovir endovenoso.
 - e Toxoplasmose congênita/ Pirazinamida, espiramicina e ácido fólico.
- 18.** Menina de 7 anos de idade, petéquias e púrpuras em membros inferiores, associadas a febre baixa, dor e edema de tornozelos e dor abdominal de leve intensidade, há 2 dias, sem sangramentos ou comprometimento do estado geral. Atendida em pronto socorro, onde realizou os seguintes exames: Hemograma (Hb 11,5 mg/dL/ Ht 35%, Leucócitos 7.000 com 35% de segmentados, 25% de linfócitos, 2% de eosinófilos, Plaquetas 350.000), VHS 55 mm na primeira hora, PCR negativo, Ureia e creatinina normais, Urina 1: presença de 15 hemácias por campo, sem outras alterações. Pressão arterial no p50. Em relação ao caso, assinale a alternativa que contém o diagnóstico mais provável e sua respectiva conduta.
- a Dengue/ hidratação e repouso relativo.
 - b Púrpura Trombocitopênica Imune/ imunoglobulina humana endovenosa.
 - c Meningococemia/ antibioticoterapia e isolamento.
 - d Leucemia/ hidratação venosa, analgesia e transferência para hospital oncológico.
 - e Vasculite por IgA/ prescrever analgésicos e acompanhar evolução.
- 19.** Menino de 8 anos de idade apresenta episódios recorrentes de espirros, prurido nasal, obstrução e coriza hialina, especialmente ao acordar. Ao exame, observa-se mucosa nasal pálida e edemaciada, com presença de olheiras. Mãe tem notado queda no rendimento escolar nos últimos meses. Assinale a alternativa que contém a conduta mais adequada para esse paciente.
- a Iniciar antibioticoterapia e lavagem nasal.
 - b Iniciar anti-histamínico oral de primeira geração associado a descongestionante nasal.
 - c Iniciar corticoide intranasal e orientar controle ambiental dos alérgenos.
 - d Utilizar descongestionante nasal de uso tópico por até 10 dias.
 - e Iniciar imunoterapia específica.
- 20.** Durante um procedimento de punção venosa em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, um recém-nascido prematuro de 30 semanas é avaliado quanto a dor. O plantonista observa careta facial, choro fraco, retração torácica, braços e pernas fletidos estado de agitação. A pontuação na escala NIPS é 6. Considerando as recomendações da SBP 2025 sobre a abordagem da dor no RN, a conduta adequada no caso é:
- a aguardar o término do procedimento sem intervenção pois a escala NIPS tem baixa sensibilidade em RN.
 - b introduzir analgésico não opioide, como a dipirona ou paracetamol.
 - c iniciar imediatamente medidas não farmacológicas e considerar analgesia farmacológica leve.
 - d administrar morfina EV contínua, pois o escore indica dor intensa com necessidade de analgesia potente.
 - e suspender o procedimento e realizar sedação com dexmedetomidina, por tratar-se de prematuro extremo.

21. Quanto ao uso de probióticos na população pediátrica, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a A colonização inicial da microbiota intestinal é fortemente influenciada pelo tipo de parto, pela alimentação (aleitamento materno versus fórmulas), pelo uso de antibióticos e pelo ambiente.
- b O eixo intestino-pele é responsável pelo desenvolvimento da dermatite atópica.
- c Imaturidade imunológica, escolarização precoce e o número de irmãos favorecem o incremento na incidência de infecções de repetição.
- d Os efeitos clínicos dos probióticos independem da cepa utilizada.
- e Os probióticos são geralmente seguros, mas eventos adversos como distensão abdominal ou flatulência leve podem ocorrer. Entretanto, em teoria, são contraindicados em pacientes imunocomprometidos graves ou com cateter venoso central, devido ao risco, ainda que raro, de fungemia ou bacteremia.

22. Quanto ao uso de corticoides sistêmicos na pediatria, é correto afirmar que:

- a apesar da utilização de anticorpos monoclonais para tratamento de pacientes com dermatite atópica, os corticoides sistêmicos ainda são tratamento de primeira escolha em pediatria.
- b o uso prolongado de CS em crianças com asma é contraindicado devido aos seus efeitos adversos, sendo recomendado apenas para exacerbações graves ou casos refratários.
- c o V Consenso Brasileiro sobre Rinites (2024) recomenda o uso de corticoide sistêmico de depósito em rinite alérgica, preferencialmente por via parenteral, para rápido alívio dos sintomas e melhora de padrão respiratório.
- d na síndrome DRESS o corticoide sistêmico está relacionado a síndrome de reconstituição imune inflamatória, sendo portanto, contra indicado o seu uso.
- e no tratamento da anafilaxia, o corticoide é a primeira escolha medicamentosa a fazer, uma vez que evita as reações bifásicas, que são recidivas tardias que podem ocorrer entre 8 e 72 horas após o episódio inicial em até 20% dos casos.

23. São características das crianças com condições crônicas complexas, **EXCETO**:

- a duração mínima de 6 meses (exceto se a morte for o desfecho anterior).
- b acometimento com disfunção de um órgão ou sistema, ou de apenas um órgão de forma grave.
- c necessitam de acompanhamento especializado e provavelmente um período de internação em hospital terciário, com necessidades intensivas dos serviços de saúde.
- d limitação funcional significativa, muitas vezes dependente de traqueostomia e gastrostomia.
- e transporte de pacientes com CCC, que muitas vezes estão acamados e cujos familiares não têm condições de levá-los sozinhos aos serviços de referência é um dos obstáculos enfrentados pelos cuidadores de crianças com condições crônicas complexas.

24. Sobre o adequado manejo da dor em pediatria, é correto afirmar que:

- I. O uso de escalas analgésicas de acordo com a faixa etária devem ser utilizadas para o adequado manejo da dor.
- II. O uso de codeína é uma recomendação forte para o manejo de dor de crianças em qualquer faixa etária.
- III. Deve-se preferir o uso de analgésicos via oral, sempre que possível.
- IV. O adequado manejo da dor pediátrica deve ser feito de horário, exceto quando se utilizar uma medicação que tenha efeito analgésico e antitérmico, devendo-se a dose ser omitida em caso de ausência de febre.
- V. A morfina em pediatria está associada a delirium e constipação intestinal severa, sendo contraindicada na população pediátrica.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a I e III
- b II e IV
- c I, III e V
- d II, III e IV
- e I, II e III

25. Quanto a imunização com BCG, é correto afirmar que:

- I. Deve ser aplicada em dose única o mais precocemente possível, ainda na maternidade ou na primeira visita à Unidade de Saúde.
- II. Não se recomenda mais a revacinação de crianças que não apresentem cicatriz no local da aplicação após 6 meses.
- III. Comunicantes domiciliares de hanseníase, independente da forma clínica, podem receber uma segunda dose da vacina BCG.
- IV. Em recém-nascidos filhos de mães que utilizaram imunossupressores na gestação, ou com história familiar de imunossupressão, a vacinação deverá ser adiada, pelo menos até os 6 meses de idade, ou contraindicada, dependendo da situação.
- V. Pode ser aplicada em bebês a partir de 1500g.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** I e III
- b** II e IV
- c** I, III e V
- d** I, II, III e IV
- e** II, III, IV e V

26. Adolescente de 15 anos chega ao pronto socorro com relato de Náuseas e vômitos + Dor abdominal difusa+ Cefaleia + Tontura e Fraqueza. Relata que há 4 horas ingeriu bebida alcoólica e percebe piora progressiva do quadro. Após 12h da admissão, relata visão turva, seguida de crise convulsiva. Exames de laboratório evidenciam acidose metabólica com GAP aniônico elevado, aumento de escórias nitrogenadas e discreta elevação de transaminases. Ante o exposto, assinale a hipótese diagnóstica e tratamento.

- a** insuficiência renal => correção de acidose
- b** intoxicação por metanol => etanol + hemodiálise
- c** pancreatite => jejum e medidas de suporte
- d** arritmias => cardioversão elétrica
- e** sepse => antibioticoterapia

27. Sobre a melatonina analise as afirmativas abaixo e assinale a correta.

- I. A melatonina é transferida para o recém-nascido através do leite materno até a 12ª e 20ª semanas de vida, seguindo o ritmo circadiano.
- II. A partir dos três meses de idade, os lactentes começam a produzir melatonina, sendo o leite materno importante para consolidar o ritmo sono-vigília dos bebês até que seu próprio sistema circadiano amadureça.
- III. A exposição prolongada à luz azul emitida pelos dispositivos eletrônicos, pode prejudicar a produção da melatonina, levando a distúrbios do ritmo circadiano e alterando não apenas o sono, mas também outros processos fisiológicos como puberdade, ganho de peso, desenvolvimento da linguagem e da comunicação.
- IV. Apenas cinco minutos de exposição à luz azul durante à noite são capazes de bloquear a produção de melatonina, enquanto a recuperação de sua produção pode demandar horas.
- V. Os sintomas mais comuns da hipermelatoninemia são: sonolência diurna, tontura, hipotonia, alteração do nível de consciência e crises de síncope com sudorese e hipotermia (temperatura entre 33 e 34°C).

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** I e III
- b** II e IV
- c** I, III e V
- d** I, II, III e IV
- e** I, II, III, IV e V

- 28.** A pneumonia necrosante, descrita em crianças desde 1994, é uma forma grave de pneumonia adquirida na comunidade, presente em até 7% dos casos pediátricos. Seu aumento não é completamente explicado pelos avanços diagnósticos, e sua fisiopatologia ainda é pouco compreendida, havendo suspeita de influência genética. Com base nesse contexto, assinale a alternativa correta.
- a** A consolidação com necrose caracteriza o estágio final da pneumonia necrosante.
 - b** A necrose evolui rapidamente para cavitação (pneumatocele), geralmente periférica e multilobar. As cavidades podem coalescer, formando lesões maiores, fístulas broncopleurais e pneumotórax.
 - c** Os principais agentes etiológicos são *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* e o vírus sincicial respiratório.
 - d** A pneumonia necrosante localiza-se em um espectro clínico entre o abscesso pulmonar e a gangrena pulmonar.
 - e** Estudos recentes não identificaram cepas de *Staphylococcus aureus* produtoras de leucocidina de Panton-Valentine (PVL), toxina associada a formas graves de pneumonia necrosante em crianças e adultos previamente saudáveis.
- 29.** Lactente do sexo feminino, 8 meses de idade, foi levada ao pronto-atendimento com febre e vômitos há dois dias, sendo inicialmente liberada com orientações e sintomáticos. Retornou no dia seguinte devido à persistência da febre. No exame físico, apresentava-se em mau estado geral, gemente, com taquipneia (76 irpm), tiragens subcostais e intercostais, retração de fúrcula, batimento de asa de nariz e rebaixamento do nível de consciência. A percussão torácica revelou submacicez no terço superior do hemitórax direito. Radiografia de tórax mostrou hipotransparência difusa no hemitórax direito e presença de pneumatoceles no lobo superior direito. Tomografia computadorizada sem contraste evidenciou áreas de necrose pulmonar. Diante desse quadro, a melhor conduta antimicrobiana inicial é:
- a** Amoxicilina oral, associada a cuidados domiciliares e reavaliação ambulatorial.
 - b** Oxacilina intravenosa associada a gentamicina, em enfermaria pediátrica.
 - c** Ceftriaxona intravenosa, mantendo observação hospitalar.
 - d** Vancomicina associada a cefepime, com suporte avançado de vida, internação em UTI e intubação orotraqueal, se necessário.
 - e** Azitromicina oral associada a antipiréticos e vigilância clínica em casa.
- 30.** De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), alguns sinais indicam a necessidade de reavaliação médica imediata em casos de diarreia, especialmente na população pediátrica. Esses sinais de alerta ajudam a identificar quadros potencialmente graves que exigem intervenções precoces para evitar complicações como desidratação severa, sepse ou desnutrição aguda. Com base nas recomendações da OMS, assinale a alternativa que apresenta um sinal de alerta em crianças com diarreia aguda.
- a** Melhora progressiva do apetite e redução das evacuações.
 - b** Diarreia com duração de 2 dias, sem vômitos ou febre.
 - c** Vômitos repetidos e presença de sangue nas fezes.
 - d** Frequência urinária preservada e boa aceitação de líquidos.
 - e** Diarreia autolimitada com duração inferior a 48 horas.
- 31.** Lactente do sexo masculino, 6 meses de idade, com diagnóstico confirmado de agamaglobulinemia ligada ao X, apresenta diarreia aquosa há cinco dias, associada a vômitos, febre persistente e anúria há 12 horas. Houve perda ponderal de 1,2 kg (peso habitual: 7,5 kg). Ao exame físico, encontra-se letárgico, prostrado, incapaz de se alimentar ou ingerir líquidos, com mucosas secas, olhos encovados, turgor diminuído, pulsos periféricos fracos, enchimento capilar > 3 segundos e extremidades frias. Com base nas Diretrizes do Ministério da Saúde para o manejo da diarreia aguda em crianças, assinale a conduta inicial mais adequada.
- a** Internação, reidratação venosa com 30 mL/kg na 1ª hora, antibiótico oral com azitromicina.
 - b** Internação, reidratação venosa com 30 mL/kg na 1ª hora, antibiótico intravenoso com ceftriaxona.
 - c** Internação, reidratação venosa com 30 mL/kg em 30 minutos, antibiótico intravenoso com metronidazol.
 - d** Internação, reidratação venosa com 30 mL/kg na 1ª hora, antibiótico oral com ciprofloxacino.
 - e** Internação, reidratação venosa com 30 mL/kg em 30 minutos, antibiótico intravenoso com ampicilina + gentamicina.

- 32.** Escolar de 7 anos, previamente saudável, dá entrada no pronto-socorro com febre alta, vômitos, cefaleia intensa e sonolência progressiva há 24 horas. Ao exame físico, apresenta rigidez de nuca, paresia em hemicorpo direito, resposta verbal apenas à dor e teve um episódio de convulsão focal há menos de duas horas. Diante do quadro clínico, assinale a alternativa que apresenta a conduta inicial mais adequada.
- a** Iniciar ceftriaxona (100 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia) IV imediatamente, solicitar tomografia de crânio e realizar punção lombar após a imagem.
 - b** Iniciar gentamicina (300 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia) IV imediatamente, solicitar tomografia de crânio e realizar punção lombar após a imagem.
 - c** Iniciar ampicilina (200 mg/kg/dia) + gentamicina (5 mg/kg/dia) IV, solicitar tomografia de crânio e punção lombar após imagem.
 - d** Solicitar tomografia de crânio, aguardar resultado e só então iniciar antibióticos conforme cultura de líquido.
 - e** Realizar punção lombar imediata para coleta de líquido, iniciar antibióticos conforme resultado.
- 33.** Criança de 4 anos, com histórico de contato domiciliar com caso de tuberculose pulmonar bacilífera, é internada com quadro de febre prolongada, vômitos, irritabilidade e sonolência progressiva. Evolui com rigidez de nuca, convulsões e paresia de membros inferiores. A ressonância magnética de crânio com contraste revelou realce leptomeníngeo nodular nas cisternas da base e hidrocefalia comunicante. Foi realizada punção lombar para análise do líquido. Com base no quadro clínico e radiológico, assinale a alternativa que representa o perfil liquorico mais compatível com o diagnóstico provável.
- a** Líquor de aspecto citrino, com 800 células/mm³ (85% neutrófilos), proteínas de 80 mg/dL, glicose de 12 mg/dL e diplococos gram-positivos à bacterioscopia.
 - b** Líquor claro, com 15 células/mm³ (90% eosinófilos), proteínas de 30 mg/dL, glicose de 65 mg/dL e ausência de alterações relevantes.
 - c** Líquor xantocrômico, com 120 células/mm³ (80% linfócitos), proteínas de 200 mg/dL, glicose de 30 mg/dL e formação de retículo fibrinoso ("teia de aranha") após repouso.
 - d** Líquor claro, com 80 células/mm³ (95% linfócitos), proteínas de 55 mg/dL, glicose de 60 mg/dL e PCR positivo para enterovírus.
 - e** Líquor claro, com 10 células/mm³ (linfomononucleares), proteínas de 35 mg/dL, glicose de 70 mg/dL, ausência de agentes infecciosos e presença de anticorpos anti-receptor NMDA.
- 34.** De acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, a aferição da Pressão Arterial (PA) deve ser realizada de forma rotineira a partir dos 3 anos de idade. No entanto, existem condições clínicas específicas que justificam a realização da medida antes dessa faixa etária. Com base nessa diretriz, assinale a alternativa correta quanto às indicações para aferição da pressão arterial em crianças menores de 3 anos.
- a** Crianças menores de 3 anos devem ter a PA aferida apenas se apresentarem febre persistente, histórico de cólicas intensas ou dificuldade alimentar na primeira infância.
 - b** A medida da PA antes dos 3 anos está indicada em todos os lactentes com infecção viral de vias aéreas superiores associada a rinorreia persistente.
 - c** A presença de dermatite atópica, bronquiolite recorrente ou intolerância à lactose justifica a aferição de PA antes dos 3 anos.
 - d** Apenas crianças com antecedentes familiares diretos de hipertensão arterial devem ter a PA medida antes dos 3 anos.
 - e** Crianças menores de 3 anos com histórico de prematuridade, cardiopatia congênita, doença renal conhecida, transplante, uso de medicações que elevam a PA ou doenças como neurofibromatose ou anemia falciforme devem ter a pressão arterial aferida precocemente.
- 35.** Adolescente de 13 anos, previamente saudável, é levado ao pronto-socorro com quadro de cefaleia intensa, vômitos, visão borrada e rebaixamento do nível de consciência. Ao exame, apresenta-se confuso, com pressão arterial de 190/130 mmHg (acima do percentil 99 + 5 mmHg para a idade), bradicardia e pupilas isorreflexas. A fundoscopia revela edema de papila bilateral. Exames laboratoriais mostram proteinúria e elevação de ureia e creatinina. Diante do quadro de emergência hipertensiva com provável encefalopatia hipertensiva, a conduta terapêutica mais adequada, considerando o fármaco de escolha, dose, via de administração e meta terapêutica é:
- a** iniciar enalapril oral, 0,1 mg/kg/dose, a cada 12 horas, visando reduzir 30% da PA nas primeiras 2 horas.
 - b** iniciar hidralazina intravenosa, 0,1 mg/kg/dose em bolus, com meta de normalização imediata da PA em até 1 hora.
 - c** iniciar captopril sublingual, 0,5 mg/kg/dose, a cada 8 horas, com objetivo de queda gradual da PA ao longo de 48 horas.
 - d** iniciar nitroprussiato de sódio intravenoso, em infusão contínua (0,3–8 mcg/kg/min), com meta de redução de até 25% da PA nas primeiras 6 a 8 horas.
 - e** iniciar furosemida intravenosa, 1 mg/kg/dose, com meta de redução rápida da PA até níveis normais em 2 horas.

- 36.** De acordo com as diretrizes atualizadas do GINA 2025 (Global Initiative for Asthma), o diagnóstico de asma em crianças menores de 5 anos pode ser feito com base na história clínica e na resposta ao tratamento, uma vez que os testes espirométricos não são viáveis nessa faixa etária. Com base nessas recomendações, assinale a alternativa correta.
- a** O diagnóstico de asma em menores de 5 anos deve ser adiado até que se possa realizar espirometria aos 6 anos.
 - b** A presença de sibilância isolada, mesmo recorrente, não permite diagnóstico de asma se a criança tiver menos de 5 anos.
 - c** Para crianças com sintomas intermitentes frequentes, o GINA recomenda tratamento apenas com salbutamol sob demanda, sem uso de corticosteroide.
 - d** Crianças menores de 5 anos com episódios recorrentes de sibilância, sem causa alternativa e com boa resposta ao tratamento podem ser diagnosticadas com asma.
 - e** O uso diário de corticoide inalatório é obrigatório em toda criança com sibilância, independentemente da frequência dos sintomas.
- 37.** Criança do sexo masculino, 7 anos de idade, é levada ao pronto-socorro com quadro de asma grave refratária, sem resposta clínica após múltiplas nebulizações com beta-agonistas de curta duração (SABA), brometo de ipratrópio e corticosteroide sistêmico. Encontra-se em taquipneia intensa, com uso de musculatura acessória, hipoxemia moderada e dificuldade para falar frases completas. Não há sinais de pneumotórax ou infecção associada. A criança está sendo monitorada em ambiente de emergência, com acesso venoso e oxigenoterapia suplementar. Considerando essa situação clínica, a conduta mais adequada em relação ao uso de magnésio intravenoso (MgSO_4) é:
- a** o magnésio IV é contraindicado em crianças asmáticas com hipoxemia, pois aumenta o risco de broncoespasmo paradoxal e hipotensão severa.
 - b** o uso de magnésio IV não está indicado na asma crítica pediátrica, sendo reservado apenas para pacientes com hipomagnesemia comprovada laboratorialmente.
 - c** o magnésio IV pode ser utilizado como adjuvante na asma crítica pediátrica, com administração intermitente (25–100 mg/kg em 20–35 min) ou infusão contínua (20 mg/kg/h), tendo como efeitos esperados a broncodilatação, potencialização dos beta-agonistas e redução da inflamação, com baixo risco de efeitos adversos.
 - d** o magnésio IV deve ser sempre evitado em ambiente de pronto-socorro por risco de colapso circulatório e requer UTI para monitoramento contínuo.
 - e** o uso de magnésio IV não reduz intubação nem melhora desfechos clínicos, sendo considerado ineficaz conforme estudos randomizados controlados.
- 38.** Criança de 10 anos, com diagnóstico prévio de diabetes mellitus tipo 1, foi admitida na unidade de terapia intensiva com Cetoacidose Diabética (CAD), apresentando os seguintes parâmetros: glicemia de 460 mg/dL, pH venoso 7,12, bicarbonato 8 mEq/L, anion GAP 22 mEq/L e cetonúria 3+ (valor de referência: ausente). Foi iniciado o tratamento conforme protocolo clínico, com reposição volêmica, correção dos distúrbios hidroeletrólíticos e infusão contínua de insulina regular intravenosa (0,1 U/kg/h). Após 36 horas de tratamento, a paciente evoluiu com melhora clínica, encontrando-se lúcida, hemodinamicamente estável e aceitando dieta oral. Os exames laboratoriais mostraram: glicemia de 180 mg/dL, pH 7,34, bicarbonato 20 mEq/L, anion GAP 10 mEq/L e cetonúria 2+. Diante do quadro descrito, a conduta mais apropriada em relação à insulino terapia neste momento é:
- a** suspender a insulina intravenosa imediatamente e iniciar hipoglicemiante oral após a próxima refeição.
 - b** manter a infusão de insulina intravenosa até a cetonúria negativar completamente, mesmo com os demais critérios laboratoriais resolvidos.
 - c** reduzir a insulina intravenosa para 0,01 U/kg/h e mantê-la até que a glicemia esteja abaixo de 120 mg/dL.
 - d** iniciar insulino terapia subcutânea com insulina basal (NPH ou análogo de ação prolongada), associada a insulina de ação rápida antes das refeições, e suspender a insulina intravenosa de 30 a 60 minutos após a primeira aplicação subcutânea.
 - e** interromper a insulina intravenosa e manter apenas solução glicosada a 5% com correção eletrólítica por 24 horas.

- 39.** Menina de 8 anos, com diagnóstico de Cetoacidose Diabética (CAD), iniciou tratamento com hidratação venosa (solução cristalóide), correção eletrolítica (potássio sérico normalizado – valor de referência: 3,5–5,0 mEq/L) e infusão contínua de insulina regular na dose de 0,1 U/kg/h. Após 2 horas de infusão, a glicemia capilar reduziu de 390 mg/dL para 180 mg/dL (VR: 70–99 mg/dL), indicando uma queda superior a 100 mg/dL em curto intervalo de tempo. Com base nesse cenário, a conduta mais adequada quanto ao aporte venoso de glicose e ao ajuste da insulino terapia é:
- suspender a insulina intravenosa e iniciar glicose a 10% até estabilizar glicemia acima de 200 mg/dL.
 - manter a infusão de insulina na mesma dose e não adicionar glicose, pois a queda indica resposta terapêutica adequada.
 - considerar essa queda esperada e manter apenas monitorização clínica e glicêmica a cada 2 horas.
 - manter a insulina intravenosa e adicionar solução com glicose a 5% (ou 10%, conforme protocolo e valor glicêmico), reduzindo a insulina para 0,05 U/kg/h, permitindo a continuidade do tratamento da acidose com segurança.
 - reduzir a insulina intravenosa pela metade e aguardar a glicemia atingir valores inferiores a 120 mg/dL antes de nova intervenção.
- 40.** Criança de 4 anos, previamente saudável, evolui com parada cardiorrespiratória durante atendimento de emergência. O ritmo inicial identificado no monitor é assistolia, e a equipe inicia imediatamente compressões torácicas de alta qualidade associadas à ventilação com bolsa-válvula-máscara. Com base nas diretrizes atualizadas do PALS (Suporte Avançado de Vida em Pediatria) – AHA 2025, a conduta mais adequada em relação à administração de adrenalina durante a RCP é:
- administrar 0,02 mg/kg de adrenalina IV diluída 1:1.000 (1 mg/mL) com elevação do membro, preferencialmente até o 5º minuto de RCP.
 - administrar 0,01 mg/kg de adrenalina IV diluída 1:10.000 (0,1 mg/mL) preferencialmente até o 5º minuto de RCP.
 - administrar 0,01 mg/kg de adrenalina IV diluída 1:1.000 (1 mg/mL) com elevação do membro, preferencialmente até o 5º minuto de RCP.
 - aguardar pelo menos 10 minutos de RCP antes da primeira dose de adrenalina IV, para evitar vasoconstrição precoce.
 - administrar 0,03 mg/kg de adrenalina IV diluída 1:5.000, dentro dos primeiros 5 minutos de RCP, para otimizar o efeito vasoconstritor.
- 41.** Lactente do sexo feminino, 6 meses de idade, portadora da síndrome de Pierre Robin, foi admitida no pronto-socorro com quadro de crupe viral grave, apresentando estridor intenso, desconforto respiratório progressivo e rebaixamento do nível de consciência. A saturação de oxigênio em ar ambiente era de 86%, sem melhora após administração de adrenalina inalatória. Após duas tentativas mal sucedidas de intubação orotraqueal e falha na ventilação com bolsa-máscara, a paciente permanece em dessaturação grave. Diante desse cenário de via aérea difícil em pediatria, a conduta mais adequada no momento é:
- realizar nova tentativa de intubação com lâmina curva e pressão cricoide.
 - manter ventilação com bolsa-máscara conectada ao oxigênio suplementar.
 - administrar propofol e bloqueador neuromuscular para nova tentativa de intubação direta.
 - inserir dispositivo supraglótico de segunda geração (máscara laríngea); se houver estabilização, planejar intubação guiada por broncoscópio.
 - interromper manobras de via aérea e permitir o despertar espontâneo.
- 42.** Adolescente de 15 anos é admitido no pronto-socorro após acidente automobilístico, apresentando rebaixamento do nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow = 6), anisocoria, vômitos e bradicardia. A tomografia de crânio revela lesão axonal difusa. Há sinais clínicos compatíveis com hipertensão intracraniana grave. A equipe médica decide realizar Sequência Rápida de Intubação (SRI). A conduta farmacológica inicial mais adequada para esse cenário é:
- etomidato 0,3 mg/kg EV associado a rocurônio 1,0–1,2 mg/kg EV, após pré-oxigenação e pré-otimização hemodinâmica.
 - administrar apenas cetamina como sedativo (1–2 mg/kg EV), sem necessidade de bloqueador neuromuscular.
 - evitar o uso de qualquer sedativo ou bloqueador, pois o paciente está em coma e a intubação pode ser feita diretamente.
 - utilizar propofol 2 mg/kg EV seguido de cisatracúrio 0,4 mg/kg EV, independentemente do estado hemodinâmico.
 - iniciar apenas com bloqueador neuromuscular (rocurônio 1 mg/kg), elevando os membros inferiores após a intubação para melhorar retorno venoso cerebral.

43. Lactente com 14 meses de idade, apresenta acesso de tosse após ingestão de amendoim, seguida de perda de consciência. Ante o exposto, assinale a melhor conduta a ser tomada.

- a** Para bebês com OVACE grave, devem ser executados ciclos repetidos de 5 golpes nas costas alternados com 5 compressões torácicas até que o objeto seja expelido ou o bebê fique inconsciente, quando deve-se iniciar RCP.
- b** Para bebês com OVACE grave, devem ser executados ciclos repetidos de 5 golpes nas costas alternados com 5 compressões abdominais vigorosas até que o objeto seja expelido ou o bebê fique inconsciente, quando deve-se iniciar RCP.
- c** deve-se estimular a tosse e vasculhar o corpo estranho com os dedos, fazendo varredura, seguida de retirada do mesmo.
- d** pela diminuta via aérea, deve -se sedar e realizar broncoscopia imediatamente, para retirada do Corpo estranho.
- e** deve-se fazer ventilação de resgate imediatamente, boca a boca, até que o socorro especializado chegue.

44. De acordo com as novas diretrizes de RCP da AHA 2025, analise as afirmativas abaixo.

- I. Para bebês e crianças em PCR, é necessário minimizar as interrupções na RCP, e as pausas nas compressões torácicas devem ser inferiores a 10 segundos.
- II. Para bebês em PCR, os socorristas devem comprimir o esterno com a base de uma das mãos ou usando a técnica dos 2 polegares-mãos circundando o tórax. Se o socorrista não conseguir envolver fisicamente o tórax, recomenda-se comprimi-lo com a base de uma das mãos.
- III. Para crianças com Obstrução de Via Aérea por Corpo Estranho (OVACE) grave, devem ser realizados ciclos repetidos de 5 golpes nas costas alternados com 5 compressões abdominais até que o objeto seja expelido ou a criança fique inconsciente.
- IV. Para bebês com OVACE grave, devem ser executados ciclos repetidos de 5 golpes nas costas alternados com 5 compressões torácicas até que o objeto seja expelido ou o bebê fique inconsciente.
- V. Em recém-nascidos com 34 semanas completas ou mais de idade gestacional, é aceitável usar uma máscara laríngea como interface primária para administrar ventilações, em vez da máscara facial.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** I, III e V
- b** II e IV
- c** I,II,III e IV
- d** I,II,IV e V
- e** I,II, III, IV e V

45. Menor com 5 anos de idade, chega ao ambulatório com queixa de Dor no peito, Dor nas pernas ao caminhar (claudicação), Dores de cabeça, Pés frios, Fraqueza muscular nas pernas. Ao exame físico, identifica - se: sopro cardíaco, diferença de pressão arterial: pressão mais alta nos braços do que nas pernas, pulso femoral fraco. Ante o quadro clínico exposto, assinale a alternativa mais condizente ao diagnóstico provável.

- a** tetralogia de Fallot
- b** transposição das grandes artérias
- c** coarctação da aorta
- d** persistência do canal arterial
- e** defeito do septo atrioventricular

46. Paciente de 8 anos de idade, chega a urgência pediátrica inconsciente, pálido, sem movimentos respiratórios. Mãe refere que estava jogando futebol e teve um mal súbito. Não identificados pulsos centrais, sendo iniciada imediatamente manobras de RCP. Após checagem de ritmo, foi identificado o ritmo de parada abaixo:



Ante o exposto, assinale a alternativa referente ao diagnóstico e conduta adequadas neste caso.

- a** Assitolia . Compressão torácica + ventilação + epimefrina.
- b** AESP . Compressão torácica + ventilação + epimefrina.
- c** Taquicardia supra ventricular. Cardioversão elétrica.
- d** Taquicardia ventricular . Desfibrilação química.
- e** Fibrilação ventricular . Desfibrilação elétrica.

- 47.** Lactente de 2 anos de idade apresenta quadro de diarreia e vômitos há 48 h. Sem diurese há 12 h. Letárgico. Não aceita beber nem comer nada. Mãe traz a criança para atendimento na urgência pediátrica. Ao exame físico, o mesmo encontra - se arresposivo cianótico, sem movimentos respiratórios, sendo prontamente iniciadas manobras de RCP. Durante monitorização cardíaca, identifica - se o seguinte ritmo abaixo.



Ante o exposto, assinale a alternativa que expresse o diagnóstico provável desse paciente.

- ☐ a AESP
 - ☐ b Assitolia
 - ☐ c Taquicardia Supra Ventricular
 - ☐ d Taquicardia ventricular
 - ☐ e Fibrilação ventricular
- 48.** Bebê de 2 meses de idade é trazido à urgência pediátrica com relato de vômito em jato, logo após as mamadas. Apesar de apetite voraz, está desidratado e com perda de 25% do peso de nascimento. Exame físico evidencia massa palpável e hiperperistalse. Ante o exposto, assinale a alternativa mais adequada quanto ao diagnóstico neste caso.
- ☐ a Atresia de vias biliares
 - ☐ b Estenose Hipertrófica de piloro
 - ☐ c Megacolon congênito
 - ☐ d DRGE
 - ☐ e Atresia de esôfago

- 49.** Quanto a reanimação neonatal, é correto afirmar que:

- I. A cadeia de cuidados com o recém-nascido começa com o pré-natal e se estende até a recuperação e o acompanhamento adequado no período pós-natal.
- II. A ressuscitação do recém-nascido exige antecipação e preparo dos profissionais de saúde, que treinam individualmente e em equipe.
- III. A maioria dos recém-nascidos pode ser avaliada e monitorada durante o clampeamento tardio do cordão umbilical por 60 segundos ou mais e pode manter o contato pele a pele com um dos pais após o nascimento.
- IV. A ventilação eficaz dos pulmões é a prioridade em recém-nascidos que precisam de ressuscitação.
- V. As etapas corretivas de ventilação, que incluem o uso de uma via aérea alternativa, como máscara laríngea ou tubo endotraqueal, podem ser necessárias se a frequência cardíaca não aumentar com a ventilação por máscara facial.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- ☐ a I, III e V
- ☐ b II e IV
- ☐ c I,II,III e IV
- ☐ d I,II,IV e V
- ☐ e I,II, III, IV e V

- 50.** Quanto a atresia de via biliar, é correto afirmar que:

- I. Todas as crianças com atresia biliar apresentam icterícia (conjuntival e em pele) desde o nascimento, com colúria e acolia fecal.
- II. Nos primeiros dias (máximo 7 a 15 dias) as fezes podem ser hipocólicas e depois sempre ficarão acólicas.
- III. Hepatomegalia está sempre presente, podendo variar a consistência de normal a endurecida. Pode ser observada esplenomegalia desde os primeiros dias de vida (já é sinal de hipertensão portal).
- IV. O desenvolvimento pônbero-estatural na grande maioria das vezes é normal.
- V. Pode haver associações com outras malformações como polisplenia; alteração de lateralidade; cardiopatias congênitas; situs inversus; má rotação intestinal; interrupção da veia cava inferior, veia porta pré duodenal.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- ☐ a I e III
- ☐ b II e IV
- ☐ c I, III e V
- ☐ d I, II , III e IV
- ☐ e I, II, III, IV e V



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2026
Grupo E Pré-Requisito: Pediatria

Especialidades: Cardiologia Pediátrica, Medicina Intensiva Pediátrica, Nefrologia Pediátrica, Neonatologia

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, SOMENTE, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	