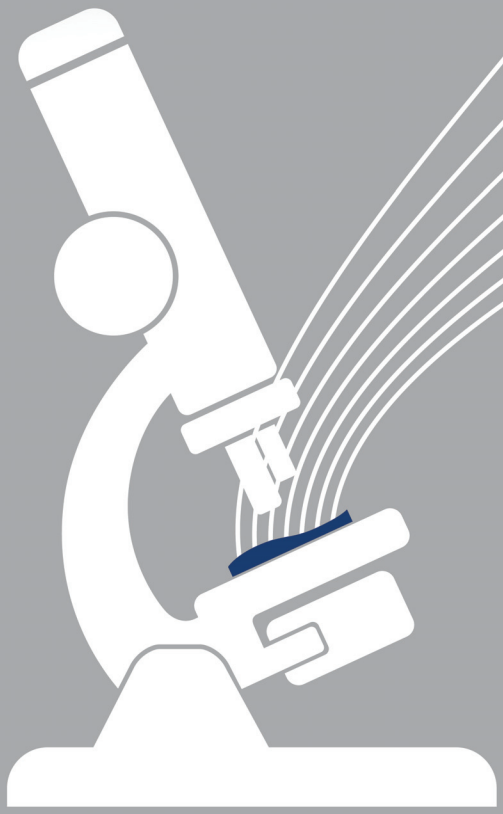
2015
Questões
Comentadas

TEP

Título de Especialista em Pediatria



SBP
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Nestlé
NutritionInstitute

CHEGOU

Nestlé
Nutrition Institute Brasil
Ciência a favor da Nutrição

www.nnibrasil.com.br

Seu parceiro confiável em nutrição, informação e educação.

Fique por dentro das pesquisas mais recentes

Aprendizado e informações práticas para seu dia a dia

500 Fóruns online

3.000 publicações

Acesso gratuito

CONTEÚDO EXCLUSIVO PARA MEMBROS DO NNI

Cadastre-se

2015
Questões
Comentadas

TEP

Título de Especialista em Pediatria

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Nestlé Nutrition Institute

Caros colegas,

á muito a Sociedade Brasileira de Pediatria vem lutando para manter a credibilidade do nosso Título como um elemento que legitime o exercício de Pediatria, mas que também valorize efetivamente a participação nos concursos e processos seletivos de especialidade.

Você está recebendo a publicação comentada da prova do Título de Especialista de Pediatria (TEP 2015), nele consta uma visão do desempenho dos candidatos como um todo e em seu particular, incluindo o percentual de candidatos que optaram por cada alternativa das questões de múltipla escolha.

A Sociedade Brasileira de Pediatria parabeniza-o pelo esforço em conquistar o TEP, hoje em compromisso com a boa prática pediátrica e um elemento importante de valorização profissional.

Cordialmente,

Hélcio Villaça Simões
Coordenador de CEXTEP 2013/2015

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

FILIADA À ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA

Coordenador	Hélcio Villaça Simões
Membros efetivos	Gil Simões Batista Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho Ricardo do Rego Barros Sidnei Ferreira Silvio Rocha Carvalho Vanessa Soares

DIRETORIA EXECUTIVA DA SOCIDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA 2013-2015

Presidente	Eduardo da Silva Vaz
1º Vice-Presidente	Luciana Rodrigues Silva
2º Vice-Presidente	Paulo Tadeu Mattos P. Poggiali
Secretário Geral	Marilene Augusta R. Crispino Santos
Diretoria de Qualificação e Certificação Profissionais	Maria Marluce Vilela

AGRADECIMENTOS

A **CEXTEP** agradece a colaboração dos 25 **Departamentos Científicos da Sociedade Brasileira de Pediatria**, bem como, a **Universidade do Estado do Rio de Janeiro** através do **CEPUERJ**.

PROVA TEÓRICA

1 Escolar de oito anos apresenta exantema em face com lesões maculopapulares que logo confluíram para as regiões malares (aspecto de asa de borboleta). Dois dias depois, o quadro evoluiu com exantema em membros superiores e inferiores de aspecto rendilhado e, passadas duas semanas, ocorreu novo episódio exantemático após atividade física. Em consulta, o paciente está afebril e relata artralgia. A melhor alternativa diagnóstica para o caso é:

(A) roséola
(B) rubéola
(C) eritema infeccioso
(D) mononucleose infecciosa

2 Lactente de sete meses, previamente saudável, apresentou há 15 dias infecção de vias aéreas, tratada com amoxicilina por sete dias. Há seis dias surgiram lesões de coloração vermelha intensa na região perineal, como mostra a figura. Não teve lesões semelhantes anteriormente e apresenta desenvolvimento pôndero-estatural adequado para a idade. Nesse caso, o diagnóstico e a conduta, respectivamente, são:

(A) histiocitose / não tratar até a realização da biópsia
(B) dermatite por irritante primário / usar corticoide tópico
(C) candidíase perineal / usar nistatina creme e limpeza suave
(D) acrodermatite enteropática / usar corticoide tópico e realizar biópsia

3 A conduta que melhora a sobrevivência da criança no tratamento imediato do choque séptico é:

(A) corticoides em bolo IV
(B) fluidoterapia agressiva
(C) dopamina e dobutamina em infusão contínuas IV
(D) antibioticoterapia (quinolonas) em doses dobradas IV

4 O rotavírus é um dos principais agentes etiológicos da diarreia aguda. Após a introdução da vacina no calendário nacional em 2007, observam-se mudanças importantes na sua epidemiologia. Em relação à diarreia por rotavírus, é correto afirmar que:

(A) diarreia aquosa, febre baixa e a completa ausência de vômitos são características da infecção por rotavirus
(B) a doença é mais frequente nos lactentes menores de dois anos e é sempre leve
(C) a infecção em menores de dois meses, na maioria das vezes, é assintomática
(D) a vacina disponível é contraindicada em lactentes menores de seis meses

5 Lactente de 13 meses, branca, é levada ao pronto-socorro por apresentar, há dois dias, manchas roxas pelo corpo, principalmente em membros inferiores, e urina avermelhada há um dia. A mãe nega febre, adinamia ou anorexia, refere contato com varicela há duas semanas e que a menina apresentou, há 30 dias, febre e tosse. Sua vacinação está em dia. Ao exame físico, apresenta petéquias em palato, hematomas em coxas e pernas, petéquias em todo o corpo, hematoma de 5cm de diâmetro em região abdominal; restante do exame físico normal. Os exames laboratoriais revelam hemograma: Hb = 11g/dl, Ht = 33%, reticulócitos = 1%, leucócitos = 6.000/mm^3 (basófilos = 1%, eosinófilos = 1%, segmentados = 31%, linfócitos = 57%, monócitos = 5%, linfócitos atípicos = 5%), plaquetas = 1.000/mm^3, morfologia de hemácias e plaquetas normais, DHL e função renal estão normais. Com base nessas informações, a hipótese diagnóstica mais provável é:

(A) púrpura trombocitopênica imunológica
(B) púrpura trombocitopênica trombótica
(C) leucemia aguda
(D) hemofilia

6 Recém-nascido a termo apresentou icterícia com seis horas de vida. O tipo sanguíneo da sua mãe: grupo O - Rh negativo, com teste de Coombs indireto negativo com 28 semanas de gestação e no momento do parto. Recém-nascido: tipagem: A Rh positivo e teste direto de Coombs no sangue de cordão umbilical positivo. Exame de sangue periférico: reticulocitose intensa e alguns esferócitos. O diagnóstico mais provável para o caso é:

(A) doença hemolítica por incompatibilidade de subgrupo sanguíneo
(B) doença hemolítica por incompatibilidade ABO
(C) doença hemolítica por incompatibilidade Rh
(D) esferocitose congênita

7 Pré-escolar de três anos é levada pela mãe à emergência com quadro de febre elevada há 72 horas. A mãe relata que é a terceira vez, em oito meses, que o quadro se repete apresentando febre acima de 39°C, aftas na boca e dor na barriga, tendo usado diversos antibióticos para sinusite, estomatite e amigdalite. Ao exame físico, a criança apresenta: febre (39,5°C), regular estado geral, lesões ulceradas nos lábios, hiperemia de orofaringe e adenopatia cervical moderada. Com base na hipótese diagnóstica, o tratamento deve ser:

(A) amoxicilina + clavulanato VO
(B) cetoconazol VO
(C) prednisona VO
(D) aciclovir VO

8 Lactente de dois anos, com anemia falciforme, chegou ao pronto-socorro com história de dor em membros inferiores, febre de 38,5°C e tosse há três dias. Ao exame físico está hipocorado ++/4+, eupneico, sem hepatoesplenomegalia, sem edema ou sinais flogísticos em membros inferiores. Raio-X

de tórax normal. A conduta adequada para o caso é:
(A) analgesia – liberar com antibioticoterapia via oral
(B) analgesia – encaminhar para reavaliação ambulatorial
(C) anti-inflamatório – liberar com antibioticoterapia via oral
(D) analgesia – internar com antibioticoterapia via parenteral

9 Dois irmãos procuram o pediatra para saber o motivo de suas alturas serem muito diferentes. A menina (F), de 16 anos, refere menarca há três anos e afirma que parou de crescer há dois anos e está com 162cm. O menino (M), de 17 anos, também parou de crescer há dois anos e está com 175cm. Eles informam que a mãe tem 157cm e o pai 180cm. Considerando o histórico dos irmãos, é correto afirmar que:
(A) a diferença tão grande entre as alturas finais dos irmãos não era esperada
(B) as alturas de M e F foram as esperadas de acordo com a altura dos pais
(C) a altura de M foi abaixo da esperada para a altura dos pais
(D) a altura de F foi acima da esperada para a altura dos pais

10 A mãe de um pré-escolar de dois anos e seis meses procura a unidade básica de saúde, pois reparou aumento peniano e pelos na região genital de seu filho há três meses. Ela nega outras queixas. O exame físico revela pêlos grossos e encaracolados em púbis e bolsa escrotal; pênis com cerca de 7,5cm de comprimento, com aumento do diâmetro; testículos de $2cm^3$ bilateralmente. Esse caso de puberdade precoce tem como possível etiologia o tumor de:
(A) suprarrenal
(B) hipotálamo
(C) testículo
(D) hipófise

11 Mãe relata que seu filho de sete anos apresentou febre alta, calafrios, cefaleia, adinamia e dor de garganta. Dois dias depois, surgiu exantema formado por pápulas eritematosas puntiformes próximas umas das outras, mais intenso em dobras/pregas cutâneas. Percebe-se também um discreto rubor facial, exceto por uma nítida palidez peribucal. Considerando esse quadro, o diagnóstico mais provável é:
(A) eritema infeccioso
(B) mononucleose
(C) escarlatina
(D) rubéola

12 Os pré-requisitos que um recém-nascido pré-termo precisa preencher para poder ter alta hospitalar são:
(A) estabilidade térmica, estabilidade fisiológica e alimentação oral adequada
(B) peso ≥2500 gramas, estabilidade fisiológica e alimentação oral adequada
(C) peso ≥2500 gramas, estabilidade térmica e ganho de peso ≥30 gramas por dia

(D) alimentação oral adequada, ganho de peso ≥30 gramas por dia e estabilidade fisiológica

13 A monitorização da glicemia em recém-nascido de mãe diabética deve ser feita em intervalos de:

(A) 3, 6, 12 e 24 horas
(B) 3, 12, 18 e 24 horas
(C) 3, 6, 12 , 24 e 48 horas
(D) 1, 2, 3, 6, 12 e 24 horas

14 Pré-escolar de quatro anos, sexo masculino, apresentou há 30 dias febre, coriza e dor de garganta, tendo sido levado ao pediatra que receitou amoxicilina. Após três dias sem melhora clínica, voltou ao médico que manteve o diagnóstico de infecção de vias aéreas superiores e iniciou cefalosporina. A criança apresentou melhora da febre, mas a mãe notou descoramento progressivo e claudicação (dor no membro inferior direito) e, por isso, o medicou por conta própria com anti-inflamatório não hormonal, ocasionando o desaparecimento da dor. A criança permaneceu descorada e mais hipoativa e foi novamente levada ao pronto-socorro. Nessa consulta, ao exame físico apresentava-se: hipocorado ++/4+, linfadenopatia cervical bilateral com linfonodos endurecidos, coalescentes, sem sinais flogísticos, comprometendo todas as cadeias cervicais e pequenos nódulos na fossa supraclavicular direita; fígado: 2cm do rebordo costal direito, baço: 4cm do rebordo costal esquerdo. Os exames laboratoriais revelam: Hb = 9,0g/dl, leucócitos = 10.800/mm^3 (neutrófilos = 5%, linfócitos = 90% e monócitos = 5%), plaquetas = 130.000/mm^3; DHL = 860U/L (normal = 240-480U/L), ácido úrico = 4mg/dL. A ultrassonografia abdominal solicitada revelou aumento homogêneo de fígado e baço. A conduta indicada para esse caso é:

(A) encaminhar para investigação da medula óssea; hipótese diagnóstica de leucemia
(B) manter em observação, pois configura quadro viral; repetir hemograma em 48 horas
(C) colher sorologias para toxoplasmose, mononucleose e citomegalovírus; aguardar resultados
(D) internar a criança, pois trata-se de neutropenia febril aguda; tratar com antibióticos de largo espectro

15 Durante plantão na emergência, um pediatra está tratando escolar de oito anos em cetoacidose diabética com infusão contínua de insulina. Os exames laboratoriais de admissão indicaram: glicose sérica = 510mg/dL, pH = 7,25, cetonas = 4+ na urina. Após quatro horas de infusão de soro fisiológico e insulina, a glicose caiu para 215mg/dL e o pH estabilizou em 7,32, embora as cetonas permanecessem elevadas. A conduta, nesse momento, deve ser:

(A) manter infusão de insulina IV + soro fisiológico IV
(B) trocar a insulina IV para insulina de ação prolongada IM + soro fisiológico IV

(C) manter infusão de insulina IV e associar glicose a 5% ao soro fisiológico IV
(D) trocar a insulina IV para insulina de ação prolongada IM + solução de glicose a 5%

16 Adolescente de 14 anos e quatro meses, sexo masculino, procura ambulatório porque acha que não está crescendo igual aos seus colegas. Nada sabe informar sobre o pai biológico. Ao exame físico apresenta peso e altura no percentil 15; Tanner G1P1. O achado físico que configura puberdade atrasada é ausência de:
(A) pêlos pubianos aos 13 anos
(B) aumento do pênis aos 14 anos
(C) aumento testicular aos 14 anos
(D) aumento testicular aos 13 anos

17 Adolescente de 16 anos, sexo masculino, é encaminhado à emergência por apresentar história de dor no testículo direito há 18 horas. Ele refere aumento da frequência urinária e discreta disúria, sem nenhuma secreção uretral, ser sexualmente ativo, com parceiras diferentes e com uso irregular de preservativo. Nega história de trauma ou febre. Ao exame físico, mostra discreto edema da bolsa escrotal, sem sinais de torção testicular e dor à palpação do epidídimo direito. O tratamento indicado é:
(A) ciprofloxacina 1g VO dose única + metronidazol 500mg VO duas vezes ao dia por sete dias
(B) cefixime 200mg VO dose única + metronidazol 500mg duas vezes ao dia por sete dias
(C) ceftriaxone 250mg IM dose única + levofloxacina 400mg VO dose única
(D) ceftriaxone 250mg IM dose única + azitromicina 1g VO dose única

18 Adolescente de 12 anos foi levada por sua mãe ao pediatra por apresentar nos últimos 30 dias aumento de volume, lento e progressivo, na região cervical, sem dor. A mãe relata que notou que a filha estava suando muito à noite e que achava que ela tinha perdido peso, pois suas roupas estavam "sobrando". O exame físico revela conglomerado de linfonodos na região cervical direita, aderidos aos planos profundos, coalescentes entre si; presença de linfonodos na fossa supraclavicular homolateral. Os exames laboratoriais apresentam hemograma: Hb = 11,5g/dL, leucócitos = 10.500/mm^3 (basófilos = 1%, eosinófilos = 1%, neutrófilos = 45%, linfócitos = 45%, monócitos = 8%), PCR = 1,5mg/dL, com bioquímica normal. A ultrassonografia de região cervical mostra conglomerado de linfonodos, múltiplos, com aumento da circulação. Raio-X de tórax normal. A hipótese diagnóstica e a conduta, para esse caso, respectivamente, são:
(A) tuberculose / iniciar esquema tríplice
(B) linfadenopatia bacteriana / introduzir cefalosporinas
(C) processo neoplásico, doença de Hodgkin / programar biópsia
(D) processo infeccioso viral / colher sorologias para citomegalovírus e mononucleose

19 Adolescente de 13 anos, sexo feminino, procura atendimento devido à dor nos joelhos. Ela relata que a dor piora ao subir ou descer escadas e ao praticar atividades físicas leves e nega história de trauma, febre ou qualquer infecção viral. O exame físico mostra ausência de sinais flogísticos, com dor à palpação da patela na região distal do fêmur bilateralmente, que piora com flexão do quadríceps. A hipótese diagnóstica para esse caso é:

(A) doença de Osgood-Schlatter
(B) condromalácia da patela
(C) menisco discoide
(D) doença de Séver

Com base no caso abaixo, responda às questões de números 20, 21 e 22:

Lactente de um mês é levado à segunda consulta de puericultura. Ele nasceu com Apgar 9-10, de parto vaginal, a termo, pesando 3.000g e medindo 48cm. Segundo sua mãe, a criança está sendo amamentada exclusivamente com leite materno, recebeu a primeira dose da vacina contra hepatite B e a vacina BCG no hospital, ao nascer. O exame físico mostra peso = 3.400g, comprimento = 50cm, sem outras alterações clínicas.

20 Nesse caso, deve-se insistir no aleitamento materno:

(A) e agendar um retorno em no máximo 15 dias para controle do ganho de peso
(B) já que a criança teve um crescimento intrauterino retardado
(C) e instituir uma suplementação com fórmula infantil
(D) e prescrever polivitamínicos e ferro

21 Ao examinar a criança, o pediatra nota ausência da cicatriz vacinal da BCG. De acordo com a recomendação proposta pelo Ministério da Saúde:

(A) deve-se solicitar um PPD
(B) não há necessidade de repetir a vacina
(C) a ausência de cicatriz vacinal é certeza que a criança não está imunizada
(D) até o sexto mês de vida, a criança poderá ser revacinada, sem necessidade de PPD anterior

22 O lactente ganhou peso adequadamente com o aleitamento exclusivo até o quarto mês de vida. Nesse período, quando está sendo finalizada a licença maternidade de sua mãe, ele vai para uma creche em período integral. Diante de tal necessidade, a orientação a ser dada à mãe, quanto à alimentação do lactente na creche, é que:

(A) o leite longa vida reduz o risco de infecções
(B) o leite materno deve ser ordenhado e armazenado
(C) a criança deve tomar o leite que a creche oferecer
(D) a atual fórmula da alimentação infantil deve ser modificada

23 É característica da síndrome de Munchausen por procuração:

(A) deixar sequelas físicas e psíquicas, com a criança assumindo o papel de doente, frágil e dependente de seu agressor
(B) agressor com psicopatologia diagnosticada, compulsivo, que utiliza a criança para seus rituais sadomasoquistas
(C) forma de autoagressão, com a simulação de doença para obtenção de vantagens financeiras, como salário por invalidez
(D) classificada como transtorno somatoforme, em que a criança simula a doença para chamar a atenção dos pais e do meio médico

24 Adolescente de 11 anos, sexo masculino, foi internado em unidade de terapia intensiva pediátrica por ter iniciado febre e mal-estar há 24 horas. Nas últimas 12 horas, passou a apresentar lesões purpúricas generalizadas e obnubilação mental, evoluindo com quadro de meningite e choque séptico, falecendo no terceiro dia após o início do quadro. As hemoculturas e a cultura de liquor foram positivas para *Neisseria meningitidis*, sorogrupo B. Na história patológica pregressa, não há relato de nenhum episódio de infecção grave ou necessidade de internação hospitalar. Em relação à história familiar, os pais relataram serem primos em primeiro grau e terem outros filhos: um menino de seis anos e uma menina de quatro anos, sem história de infecções graves. Os irmãos do paciente foram avaliados em serviço especializado de imunologia pediátrica, e foi estabelecido um diagnóstico de imunodeficiência no menino. Um dos tios paternos do paciente teve diagnóstico de artrite gonocócica aos 22 anos. Em relação a esse caso, a imunodeficiência mais provável é:
(A) agamaglobulinemia ligada ao cromossomo X
(B) deficiência de lectina ligante de manose (MBL)
(C) deficiência de componentes do complemento (C5 a C9)
(D) doença granulomatosa crônica, variante ligada ao cromossomo X

25 Pré-escolar de quatro anos foi levado ao pediatra do posto de saúde por apresentar crises de sibilância desde os seis meses de vida. No primeiro episódio, foi internado por cinco dias e fez uso de medicações por via inalatória e intravenosa. Evoluiu com crises de cansaço, falta de ar, tosse seca, chiado no peito e coriza de três em três meses, necessitando de observação clínica em unidades de pronto-atendimento. Atualmente, a mãe observa que ele tosse quando corre e ri e as crises se tornaram mensais. O uso de salbutamol inalatório associado a corticoide sistêmico é frequente. A mãe relata que ela teve crises de bronquite até dez anos de idade e o irmão do paciente, com um ano de idade, apresenta dermatite atópica. O exame físico mostra bom estado geral;

FR = 28 irpm, eupneico, oximetria de pulso = 98%; sem outras alterações. Baseado nestes dados, o pediatra deve orientar como tratamento profilático inicial o uso diário de:

(A) corticoide inalatório associado a beta 2 inalatório de ação prolongada
(B) beta 2 agonista inalatório de ação curta
(C) corticoide sistêmico
(D) corticoide inalatório

26 Fazem parte dos critérios diagnósticos da linfo-histiocitose hematofagocítica febre, esplenomegalia e as seguintes alterações laboratoriais:

(A) ferro baixo, ferritina baixa, leucocitose, proteínas totais diminuídas, PCR aumentada
(B) ferritina aumentada, reticulocitose, Coombs negativo, leucocitose, fibrinogênio diminuído
(C) VHS aumentada, ferritina aumentada, Coombs positivo, hemoglobina diminuída, reticulocitose
(D) triglicerídeos altos, fibrinogênio diminuído, ferritina aumentada, leucopenia, hemoglobina diminuída

27 Na conduta inicial da abordagem em um paciente com suspeita diagnóstica de abscesso cerebral, deve-se iniciar:

(A) abordagem com prescrição de anticonvulsivante, uma vez que ataxia e convulsão focal são manifestações que se fazem presentes na fase inicial da doença
(B) tratamento com vancomicina associada a uma cefalosporina de terceira geração e ao metronidazol quando a etiologia é desconhecida
(C) antibioticoterapia após realizar uma punção lombar, visando preservar as alterações características encontradas no LCR
(D) droga antifúngica associada ao esquema terapêutico inicial, independente do *status* imunológico do paciente

28 Lactente de um ano é levado à emergência com relato de febre e placas no corpo, com dois dias de evolução, sem outras queixas. O exame físico mostra bom estado geral; edema +/4+, indolor, localizado em dorso das mãos e dos pés; pápulas purpúricas (algumas lembrando a figura de um medalhão) localizadas na face e nas extremidades, poupando o tórax; restante do exame físico normal. Considerando esse quadro, o provável diagnóstico é de:

(A) eritema infeccioso
(B) doença de Kawasaki
(C) edema hemorrágico da infância
(D) púrpura de Henoch-Schöenlein

29 Mãe leva seu filho, lactente de 18 meses, à emergência e refere sonolência, vômito várias vezes nas últimas 24 horas, sem história de febre ou diarreia e uso de ondansetron. Exame físico: pálido; sonolento, porém despertável; TAx = 37°C; FC = 130bpm; FR = 24irpm; PA = 90 x 60mmHg; pupilas isocóricas e reativas;

ACV e AR sem anormalidades; abdome algo doloroso, levemente distendido, com ruídos hidroaéreos diminuídos. Durante o exame, o paciente apresentou um episódio de vômito bilioso. Com base nesses dados, a hipótese diagnóstica e a conduta, respectivamente, são:

(A) intoxicação por ondansetron / lavagem gástrica e prometazina IM
(B) invaginação intestinal / toque retal e ultrassom de abdome
(C) sepsis / hemocultura e antibioticoterapia de largo espectro
(D) meningite / punção lombar e ceftriaxone IV

30 Relação às manifestações clínicas da estenose hipertrófica do piloro (EHP), é correto afirmar que:

(A) vômito bilioso é o sintoma inicial mais comum
(B) classicamente têm início na quinta semana de vida
(C) icterícia com predomínio de bilirrubina direta é comum
(D) insuficiência adrenal pode simular o quadro clínico da EHP

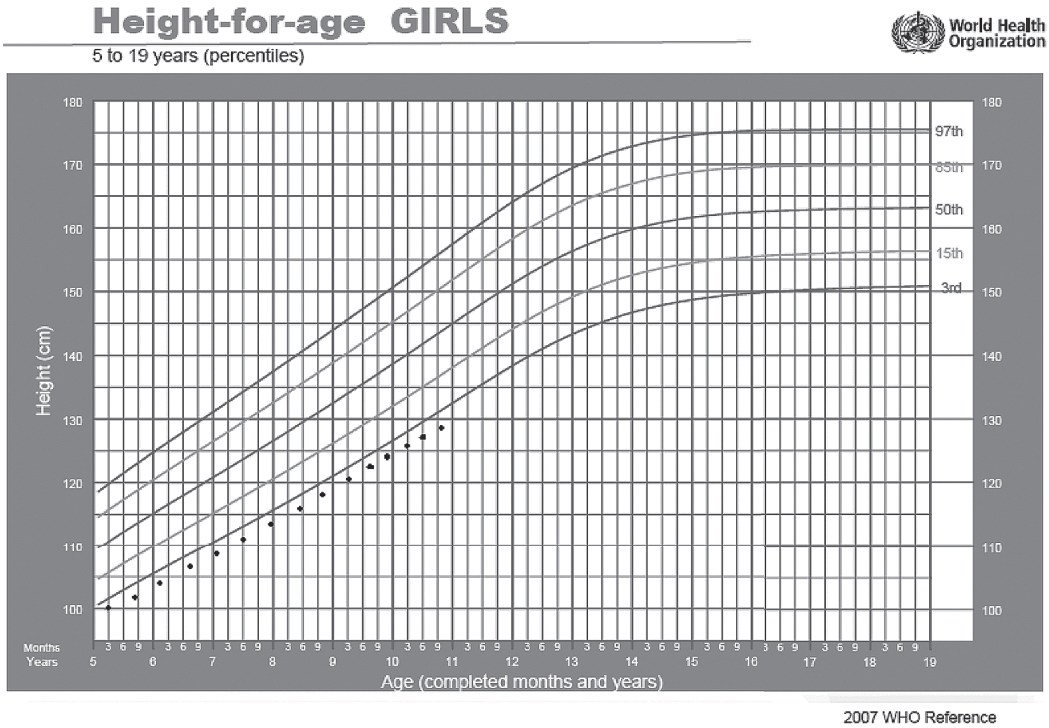
31 Escolar de seis anos é levado à emergência devido à queixa de "pés e olhos inchados" há 48 horas. HPP: piodermite há três semanas. O exame físico revela bom estado geral; edema palpebral bilateral e de membros inferiores ++/4+; ACV, AR e abdome sem alterações; PA sistólica entre os percentis 95 e 99. Os resultados dos exames laboratoriais são: exame de urina: hematúria e proteinúria; ureia e creatinina séricas normais; anemia normocítica leve; proteínas totais e frações normais; colesterol normal; ASO não reator; C3 diminuído. Em relação a esse quadro, é correto afirmar que:

(A) no caso relatado está indicada a inclusão de penicilina ao esquema terapêutico inicial
(B) ASO negativa afasta a possibilidade de glomerulonefrite pós-infecção estreptocócica
(C) as culturas da pele e da orofaringe são fundamentais para confirmação do diagnóstico
(D) hematúria, anemia normocítica, ASO negativo e PA normal caracterizam a síndrome hemolítico urêmica atípica.

32 Em relação a situações em que há restrição ao aleitamento materno, é correto afirmar que:

(A) se a mãe apresentar vesículas de varicela até dois dias após o parto, recomenda-se o afastamento do bebê até as lesões adquirirem forma de crosta
(B) mães com hanseníase não devem fazer o aleitamento ao seio porque a transmissão da doença para o bebê depende do contato prolongado entre eles
(C) o aleitamento ao seio está contraindicado no caso de infecção materna por herpes simples, mesmo sem lesões herpéticas ativas nos seios
(D) a infecção pelo vírus da hepatite C contraindica o aleitamento ao seio pela possibilidade de contaminação via sangue materno

33 Escolar de dez anos e dez meses, sexo feminino, apresenta condições socioeconômicas e alimentar adequadas. Ao exame físico: normal, Tanner M1P1. Sua mãe tem 153cm e seu pai 170cm. No gráfico de estatura (sem dados disponíveis de idade anterior) observa-se o seguinte registro:



Considerando as causas mais prevalentes de baixa estatura, é provável tratar-se de um caso:

(A) familiar, não necessitando exames complementares
(B) constitucional, devendo ser avaliada radiologicamente
(C) congênito, devendo ser realizado genótipo e TORCH
(D) de doença orgânica, necessitando investigação laboratorial

34 Adolescente de dez anos, sexo feminino, apresenta hepatomegalia, icterícia e colúria. Os exames laboratoriais revelam ALT = 132U/L, AST = 102U/L, γGT = 43U/L, BT = 5,1mg/dl e BD = 4,8mg/dl; TAP = 63s (controle 81s); INR = 1,4. Após reposição adequada de vitaminas lipossolúveis, não houve alteração do INR que se justifica pela:

(A) severidade no curso da doença
(B) perda excessiva de gordura fecal
(C) ingestão insuficiente pela inapetência
(D) diminuição intestinal de ácidos biliares

35 Lactente de 23 meses, sexo feminino, com história de prematuridade e enterocolite necrotizante, foi submetida

à ressecção intestinal, permanecendo com 30cm de intestino delgado e sem válvula ileocecal. Desde que se iniciou a alimentação oral, foram necessários alguns ciclos de sete a quatorze dias de metronidazol ou ciprofloxacina para melhora da diarreia e distensão abdominal. Nesse tipo de complicação, a medida dietética que pode ser benéfica consiste em:

(A) retirar alimentos ricos em fibras solúveis
(B) suplementar com altas doses de vitamina E
(C) oferecer doses crescentes de micronutrientes
(D) usar dieta rica em gorduras e pobre em carboidratos

36 Durante a consulta de uma pré-escolar de quatro anos, seus pais se queixam que ela está sempre com a calcinha molhada e que nunca alcançou a continência. Durante o dia, a menina refere desejo miccional e urina no vaso sanitário normalmente, sem apresentar urgência ou manobras de contenção, apesar de perder urina sem sentir, molhando a calcinha entre as micções. A mãe fala que "parece uma torneirinha com defeito", pois ela pinga urina o dia inteiro. À noite, também perde urina em pequena quantidade, o suficiente para molhar a roupa íntima, mas não urina na cama. A causa mais provável dessa incontinência urinária é:

(A) "pirraça" (comportamental)
(B) escapes urinários normais
(C) bexiga hiperativa
(D) ureter ectópico

37 Pré-escolar de cinco anos, do sexo feminino, é atendida com história de infecção urinária recorrente, iniciada após a retirada da fralda. A mãe refere que a menina apresenta urgência miccional, molha a calcinha de duas a três vezes ao dia, se queixa de dor ao evacuar e faz manobra de retenção fecal. As fezes são volumosas e endurecidas. O exame simples de urina e urinocultura recente apresentaram resultado negativo. No tratamento inicial dessa paciente, o medicamento que deve ser utilizado é:

(A) lactulona
(B) oxibutinina
(C) imipramina
(D) nitrofurantoína

38 De dez anos, com diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda, apresenta sufusões hemorrágicas e hepatoesplenomegalia. Os exames laboratoriais apresentam hemograma = 110.000 leucócitos/mm^3 e predomínio de blastos; hemoglobina = 7g/dl; plaquetas = 20.000/mm^3. Após iniciada quimioterapia, as alterações esperadas para esse paciente são:

(A) hipercalcemia, hipofosfatemia, hiperuricemia
(B) hipercalemia, hiperfosfatemia, hiperuricemia
(C) hipernatremia, hipercalemia, hiperfosfatemia
(D) hipernatremia, hipercalcemia, hiperuricemia

39 Adolescente de 13 anos, com menarca aos 12 anos e sem relato de atividade sexual, tem ciclos regulares há seis meses, quando começou a apresentar dor de forte intensidade em baixo ventre, acompanhada de náuseas e vômitos desde o primeiro dia da menstruação e durando até dois dias. Exame clínico normal. O diagnóstico e conduta iniciais para esse caso, respectivamente, são:

(A) dismenorreia secundária / iniciar contraceptivos que contenham etinil estradiol e drospirenona
(B) dismenorreia primária / iniciar contraceptivos que contenham etinil estradiol e drospirenona
(C) dismenorreia primária / prescrever anti-inflamatórios não hormonais e observar a resposta
(D) dismenorreia secundária / realizar investigação complementar com tomografia de abdome

40 Adolescente de 13 anos, sexo masculino, Tanner G3P3, apresenta-se com adinamia, indisposição e inapetência. Hemograma: hemoglobina = 12g/dl; hematócrito = 35%; VCM = <75fl; CHCM = <26,5g/dl. Baseando-se nesses dados, é correto afirmar que:

(A) trata-se de um quadro de anemia megaloblástica de grau leve e, portanto, deve-se fazer apenas correção dietética
(B) deve-se investigar outras causas que justifiquem as queixas do paciente, uma vez que não apresenta anemia
(C) o diagnóstico é de anemia, sugerindo como causa a deficiência de ferro e, portanto, deverá ser tratado com correção dietética e administração de sulfato ferroso
(D) o adolescente em questão não apresenta anemia, mas os resultados de seus exames e sintomatologia sugerem deficiência de ferro que deve ser corrigida com dieta adequada e administração de sulfato ferroso

41 Lactente de dez meses apresenta quadro intermitente de distensão abdominal e vômitos biliosos associados a retardo no crescimento. Na história neonatal, apresentou retardo na eliminação de mecônio, evoluindo com constipação crônica. O diagnóstico mais provável para esse caso é:

(A) atresia de ânus
(B) má rotação intestinal
(C) constipação funcional
(D) doença de Hirschsprung

42 Médico atendeu uma adolescente de 17 anos no pronto-socorro com história de sangramento vaginal há cerca de seis horas. Durante o atendimento, ele constatou tratar-se de complicação de aborto. A adolescente confirmou ter realizado aborto em uma clínica no dia anterior, sem declinar o nome e endereço do local. Após realizar os exames e procedimentos para resolver a urgência, o médico internou a adolescente e comunicou aos seus pais e à polícia o

caso de aborto. Segundo o Código de Ética Médica (CEM), esse médico:
(A) não infringiu o CEM, pois em caso de quadro grave não há que manter o sigilo médico
(B) infringiu o CEM, pois não deveria ter quebrado o sigilo médico, comunicando à polícia
(C) infringiu o CEM, pois não deveria ter quebrado o sigilo médico, comunicando aos pais
(D) não infringiu o CEM, pois o aborto é crime por quem executa e por quem permite

43 Casal que está em tratamento para tuberculose pulmonar há 30 dias leva ao posto de saúde seu filho de cinco anos para investigação. O menino tem a marca vacinal da BCG, está assintomático, sua radiografia de tórax apresenta resultado normal e teste tuberculínico de 5mm. Baseando-se no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, do Ministério da Saúde, em relação ao menino, deve-se:
(A) tratá-lo com rifampicina durante seis meses
(B) tratá-lo com isoniazida durante seis meses
(C) repetir prova tuberculínica em oito semanas
(D) observar clinicamente e revê-lo em oito semanas

44 No tratamento da febre reumática, o antibiótico de primeira linha para a erradicação do estreptococo beta hemolítico (grupo A) da orofaringe é:
(A) cefalexina
(B) amoxicilina
(C) eritromicina
(D) penicilina benzatina

45 Pré-escolar de cinco anos é levado à unidade de pronto-atendimento pela mãe que relatou quadro de febre, tosse e cansaço há 48 horas. O exame físico revela ausculta pulmonar com estertoração localizada à direita. Raio-X de tórax: hipotransparência em hemitórax direito. Nos últimos seis meses, é a terceira vez que apresenta os mesmos sintomas e imagem pulmonar no mesmo local. A mãe referiu que a criança sempre foi saudável. Na família, só a criança tem apresentado esses sintomas. O diagnóstico mais provável para esse caso é:
(A) síndrome de Loeffler
(B) tumor endobrônquico
(C) tuberculose pulmonar
(D) aspiração de corpo estranho

46 É a primeira vez que uma mãe vai sair sozinha de automóvel com seu bebê. O lactente de oito meses foi colocado na cadeira de transporte para bebê que, no carro, deve ficar no banco:
(A) do carona, voltada para a frente
(B) de trás, voltada para a frente
(C) do carona, voltada para trás
(D) de trás, voltada para trás

47 Pré-escolar de três anos é levado à consulta por apresentar quadro de diarreia com fezes que "boiam" no vaso, muito

mal-cheirosas. HPP: presença de pólipos nasais. O exame físico revela hepatomegalia, com fígado de consistência aumentada, e sem outras alterações. Baseando-se nesse quadro, o exame mais importante a ser solicitado é:
(A) eletrólitos no suor
(B) radiografia de tórax
(C) biópsia de intestino delgado
(D) anticorpo antitransglutaminase IgA

48 Lactente de seis meses é levado ao pediatra pela primeira vez. Nunca realizou exames e sua vacinação está atrasada. Sua mãe informa que ele ficou um pouco "amarelinho" até quase dois meses de idade, tem muita dificuldade para mamar, se engasgando com frequência, e passa muitos dias sem evacuar. O exame físico mostra fontanela bregmática ampla, hipotonia, macroglossia, hérnia umbilical e pele seca. Desenvolvimento neuropsicomotor: não sustenta a cabeça, não pega objetos e não sorri quando estimulado. Diante desse caso, a patologia que deve ser imediatamente investigada é:
(A) fenilcetonúria
(B) hipotireoidismo
(C) infecção congênita
(D) deficiência de cortisol

49 Lactente de dois meses e 15 dias, nascido de parto normal, demorou um pouco a chorar, ficou quatro horas no berçário em observação e, em seguida, foi para junto de sua mãe. Em sua primeira consulta, o pediatra observou que a criança não olhava a mãe enquanto mamava e não acompanhava com o olhar um objeto colocado cerca de 30cm de seus olhos. Diante desse quadro, deve-se considerar que esse lactente:
(A) está com um possível atraso no seu desenvolvimento, devendo ser melhor avaliado
(B) apresenta problema auditivo e precisa ser encaminhado imediatamente ao otorrinolaringologista
(C) está iniciando um processo autista, por isso não se comunica com as pessoas e o meio ambiente
(D) apresenta uma reação normal para sua idade, pois as crianças começam a enxergar a partir dos três meses

50 Lactente de um ano e dois meses engatinha e anda com apoio, consegue apanhar objetos, reconhece a mãe, aponta o que quer e imita gestos, como bater palmas e dar tchau. Entretanto, ainda não fala palavra alguma nem mantém jargão (fala com emissão de sons com entonação e sem significado). Esse lactente tem:
(A) desenvolvimento normal para sua idade
(B) autismo, pois já deveria estar falando algumas palavras
(C) possível atraso no desenvolvimento, pois ainda não anda
(D) atraso na aquisição da linguagem, sendo necessária investigação

PROVA TEÓRICO-PRÁTICA

Questão 1

Adolescente de 18 anos, grávida, dá entrada na emergência da obstetrícia em franco trabalho de parto. A anamnese indica: GII/PI/AI; com aproximadamente 35 semanas de gestação pela data da última menstruação (DUM); usuária de drogas; pré-natal realizado com duas consultas; HIV positivo, em uso irregular de terapia antirretroviral (TARV) há dois anos. Os exames da última consulta, realizada há dois meses, revelam: carga viral (CV) = 5.000cópias/ml, LT-CD4+ = 300céls/mm^3, VDRL = 1:2, não tratado; citomegalovírus = IgG+ e IgM-; toxoplasmose = IgG+ e IgM-; herpes = IgG+ e IgM-. Foi indicado parto cesáreo e iniciada terapia com zidovudina (AZT) intravenoso na mãe.

Com base nessas informações:

A) Determine os diagnósticos presentes nesse recém-nascido.

B) Descreva a conduta imediata após nascimento da criança.

Questão 2

A vacina contra hepatite A foi introduzida no calendário vacinal do Ministério da Saúde do Brasil em 2014.

Considerando essa política pública:

A) Justifique a introdução dessa vacina no esquema vacinal brasileiro.

B) Indique a faixa etária a ser vacinada, justificando essa determinação.

C) Explique o esquema vacinal em dose única.

Questão 3

Pais de lactente de cinco meses o levam para emergência, com quadro de nível de consciência deprimido (escala de coma de Glasgow = 7) e previamente hígido. Como estão muito nervosos, eles não conseguem dar informações precisas, referindo apenas que ele chorou sem parar durante duas horas e que caiu do carrinho de bebê, ficando desacordado após a queda. Negam história de febre, alterações neurológicas prévias, lesões em pele ou outros sintomas. O paciente foi intubado na emergência, acoplado à ventilação mecânica e, enquanto aguardava vaga na UTI pediátrica, foi solicitado parecer da neurologia. A fundoscopia realizada revelou hemorragia retiniana bilateral.

Baseando-se no caso apresentado:

A) Indique a hipótese diagnóstica mais provável.

B) Cite os principais exames laboratoriais e de imagem que devem ser solicitados, levando-se em consideração o quadro clínico atual e a hipótese diagnóstica dada no subitem anterior.

C) Justifique a indicação de intubação orotraqueal para esse paciente.

D) Determine a conduta a ser tomada no manejo inicial e durante a internação do paciente.

Questão 4

Lactente de dois anos é trazida pela mãe à emergência pediátrica, com história

de mais de 15 episódios de diarreia e vômitos nas últimas 24 horas. Ao exame físico, apresenta-se inconsciente e irresponsiva; hipotérmica; cianótica; em apneia; sem pulsos palpáveis. Foi iniciada a ressuscitação cardiopulmonar e obtido de imediato o seguinte traçado eletrocardiográfico (vide abaixo):

Com relação a esse caso:

A) Identifique o estado fisiológico e o diagnóstico, justificando esse quadro.

B) Descreva a conduta nesse momento e a sequência dos procedimentos a serem realizados.

Questão 5

Escolar de seis anos é levada à emergência por apresentar febre há um dia. A mãe refere que a temperatura se mantém em média em 39°C, diminuindo para 38°C no período de ação da medicação e não há presença de outros sintomas. Ao exame físico está febril; TAx = 38°C, peso = 20kg; sem outras alterações. A mãe foi orientada a usar dipirona (20 gotas), alternando com ibuprofeno (200mg) a cada quatro horas.

A respeito do caso apresentado:

A) Indique se o uso alternado de medicamentos antitérmicos é cientificamente comprovado ou não, justificando sua resposta.

B) Considerando o uso adequado dos medicamentos prescritos para essa paciente, indique se as doses estão corretas ou não, justificando sua resposta.

Questão 4 - eletrocardiográfico

Respostas das Questões 1 a 50

01. Resposta correta: C

A = 15,35%
B = 4,96%
C = 74,45%
D = 5,06%

Comentários: O exantema dessa criança é muito típico de eritema infeccioso e que habitualmente ocorre em 3 estágios: 1- acometimento das bochechas ("face esbofeteada"), 2- progressão para o tronco e membros com clareamento central das máculas dando o aspecto rendilhado, e 3-recidiva entre 10- 20 dias após exposição solar, estresse, calor e atividade física.

02. Resposta correta: C

A = 0,64%
B = 18,01%
C = 78,31%
D = 2,94%

Comentários: O caso demonstra uma história típica de candidíase, pois o uso prévio de antibiótico oral é fator desencadeante frequentemente descrito. A lesão perineal apresentada na imagem, com coloração vermelha intensa e presença de lesões satélites, é característica da dermatose. Além disto, a idade do caso descrito é típica, pois esta infecção fúngica é mais frequente nos lactentes e o tratamento é realizado com nistatina, portanto a alternativa C é a correta. A alternativa A é incorreta pois na histiocitose a lesão de pele tem aspecto purpúrico quando presente na região perineal, além disto é de evolução crônica, diferente do descrito no enunciado. A alternativa B não é correta pois na dermatite por irritante primário a lesão não apresenta pápulas satélites, acomete regiões convexas e poupa as pregas, dado não observado na imagem apresentada. Na acrodermatite enteropática a lesão perineal apresenta descamação e não tem papulas satélites e existe acometimento de região perioral além de mãos e pés, portanto a alternativa D está incorreta.

03. Resposta correta: B

A = 2,57%
B = 91,36%
C = 1,84%
D = 3,95%

Comentários: A fluidoterapia agressiva no choque séptico melhora a sobrevivência.

04. Resposta correta: C

A = 35,29%
B = 12,68%
C = 42,56%
D = 9,38%

Comentários: A vacina contra o rota virús deve ser feita a partir do 2º mês de vida, já que o mesmo é um dos principais agentes etiológicos da diarreia aguda, levando muitas vezes a internação (diarreia / internação) de lactentes menores de dois anos.

05. Resposta correta: A

A = 88,79%
B = 9,47%
C = 0,92%
D = 0,55%

Comentários: Revisão de literatura mostrou que na púrpura trombocitopênica imunológica (PTI) a etiologia imune é bem conhecida e nem todos os pacientes sangram, sugerindo que os termos "idiopática" e "púrpura" sejam evitados. Assim adotou-se o nome de trombocitopenia imune primária para a PTI. A sigla PTI foi mantida por ser universalmente conhecida. A PTI é um dos distúrbios hemorrágicos mais comuns na criança e caracteriza-se por trombocitopenia isolada menor do que 100.000/mm^3 na ausência de outras causas de plaquetopenia. A faixa etária de maior incidência da PTI situa-se entre 2 a 6 anos, mas pode ocorrer em lactentes e em adolescentes. O paciente está em bom estado geral, é previamente saudável, tem antecedente recente de infecção viral ou vacinação com vírus vivo atenuado, subitamente apresenta sinais de sangramentos (equimoses, petéquias e hematomas, às vezes epistaxes e gengivorragia). No hemograma observa-se apenas trombocitopenia, que frequentemente encontra-se abaixo de 10.000/mm^3. O achado de trombocitopenia isolada (com hemoglobina, índices eritrocitários, leucometria e diferencial normais) e exame físico apenas com sinais de sangramentos reduz as possibilidades de outras etiologias no diagnóstico diferencial.

Em relação ao tratamento da PTI, na vigência de sangramentos, pode-se utilizar imunoglobulina intravenosa (IgGIV), corticosteroides ou imunoglobulina anti-D (IgG anti-D) para os pacientes Rh+ e não esplenectomizados. Sempre que o corticóide for indicado, deve-se fazer a coleta do mielograma.

Na leucemia aguda, apesar de incomum, pode-se ter trombocitopenia isolada, porém existem sintomas associados como febre, dor óssea ou articular, linfoadenopatia, hepatomegalia ou esplenomegalia.

A púrpura trombocitopênica trombótica (PTT) é rara em pediatria. Os achados mais comuns são febre, plaquetopenia, anemia hemolítica microangiopática (esquizócitos, aumento de DHL), alterações neurológicas e disfunção renal.

Na hemofilia não ocorre plaquetopenia. O sangramento é por deficiência do fator de coagulação VIII (hemofilia A) ou IX (hrmofilia B) e ocorre principalmente em articulações.

Na síndrome de Wiskott-Aldrich, as plaquetas são pequenas (volume plaquetário médio diminuído = VPM < 5 fL), geralmente < 20.000/mm^3 e o quadro clínico associa-se à imunodeficiência e à presença de eczemas.

06. Resposta correta: B

A = 3,31%
B = 27,94%
C = 56,43%
D = 12,32%

Comentários: Icterícia precoce em recém-nascido cuja mãe é O negativo

não sensibilizada por RH, uma vez que os testes de Coombs eram negativos, e recém-nascido A positivo com Coombs positivo caracteriza doença hemolítica por incompatibilidade ABO. Alguns esferócitos no sangue periférico são um achado comum em incompatibilidade ABO e reticulocitose caracteriza a hemólise.

07. Resposta correta: C

A = 10,29%
B = 1,38%
C = 51,65%
D = 36,67%

Comentários: A febre periódica associada à estomatite aftosa (e não caso único), faringite e adenite cervical (PFAPA) é uma doença crônica de etiologia desconhecida. Pode ser acompanhada de dor abdominal, cefaléia e artralgia, pertence ao grupo de síndromes de febre recorrente idiopática junto com artrite juvenil sistêmica e doença de Still. Os corticoides são eficazes com resolução completa da febre.

08. Resposta correta: D

A = 17,74%
B = 25,00%
C = 0,83%
D = 50,34%

Comentários: Todos os pacientes com anemia falciforme, menores de 3 anos e com temperatura superior a 38,3° C devem ser internados. Considerando que esses pacientes apresentam elevado risco de bacteremia pelo *Streptococcus pneumoniae* e pelos organismos que não podem ser prevenidos pela imunização, como *Salmonella, Escherichia coli* e *Staphylococcus aureus*, a antibioticoterapia deve ser prontamente administrada por via parenteral já na sala de emergência, mesmo antes dos exames laboratoriais e de imagem estarem prontos. O antibiótico de escolha é o ceftriaxone, por via parenteral na dose de 50-75 mg/kg/dia.

09. Resposta correta: B

A = 1,1%
B = 94,76%
C = 2,21%
D = 1,93%

Comentários: Os homens são em média 12 a 13 cm mais altos que as mulheres na altura final. Para se calcular a altura esperada, utiliza-se a altura dos pais e corrige-se para o sexo. A altura esperada para o menino seria a altura do pai (175 cm) somada a altura da mãe masculinizada (162 cm + 13 cm = 175 cm) dividida por dois [(175 + 175)/2 = 175 cm]. A altura esperada para a menina seria a altura da mãe (162 cm) somada a altura do pai feminilizada (175 - 13 cm = 162 cm) dividida por dois [(162 + 162)/2 = 162 cm].

10. Resposta correta: A

A = 71,69%
B = 3,58%
C = 3,40%
D = 21,32%

Comentários: Meninos com puberdade precoce (presença de pêlos pubianos, aumento peniano e/ou aumento testicular antes dos 9 anos de idade) apresentam grande chance de terem um tumor (cerca de 50 a 70% dos casos). Sinais de puberdade precoce em meninos (presença de pelos pubianos e aumento peniano) sem aumento testicular (volume testicular esperado para início de puberdade deve ser maior ou igual a 4 cm^3) indica doença suprarrenal. Por isso a hipótese principal é a de tumor supra-renal. Os tumores hipotalâmicos ou hipofisários seriam acompanhados de aumento testicular bilateral, e o tumor testicular de aumento testicular unilateral.

11. Resposta correta: C

A = 6,43%
B = 2,11%
C = 89,43%
D = 1,84%

Comentários: Quadro febril com enantema faríngeo (faringite) e um exantema eritematoso micropapular (puntiforme) exacerbado nas pregas cutâneas (linhas de Pastia) e palidez peribucal (sinal de Filatov) caracterizam um quadro típico de escarlatina.

12. Resposta correta: A

A = 49,72%
B = 17,19%
C = 6,07%
D = 26,93%

Comentários: para que um pré-termo possa ter alta necessita estar se alimentando adequadamente, possa manter a temperatura fora da incubadora e não apresente nenhum problema cárdio-respiratório.

13. Resposta correta: D

A = 12,41%
B = 0,92%
C = 16,73%
D = 69,76%

Comentários: O filho da diabética tem hiperinsulinismo transitório e por isto deve ser monitorizado com frequência nas primeiras horas de vida. A monitorização da glicemia deve ser feita com 1, 2. 3, 6, 12 e 24 horas.

14. Resposta correta: A

A = 60,02%
B = 2,67%
C = 20,59%
D = 16,73%

Comentários: A leucemia aguda representa 25-30% dos casos de câncer em pediatria. A leucemia linfoblástica aguda corresponde a cerca de 80% dos casos. O quadro clínico depende do grau de infiltração da medula óssea e da extensão da doença extra-medular. Geralmente resulta na presença de anemia, plaquetopenia e neutropenia. A linfonodomegalia está presente em cerca de 50% dos casos de leucemia linfoblástica aguda. Pode cursar ainda com hepatoesplenomegalia, anorexia,

dor óssea e febre. Aproximadamente 75% das crianças cursam com menos que 100.000 plaquetas/mm^3 e cerca de 50% dos casos possuem leucometria < 10.000/mm^3, geralmente associada a neutropenia ao diagnóstico.

15. Resposta correta: C

A = 6,99%
B = 10,66%
C = 64,15%
D = 18,20%

Comentários: A cetoacidose é causada por insulinopenia e leva a 3 eventos:

1. Aumento de processo catabólico levando a perdas celulares de sódio, potássio e fosfatos.
2. Aumento da liberação de ácidos graxos.
3. Aumento da produção de glicose com diminuição de sua utilização.

No tratamento da cetoacidose diabética deve ser mantida a infusão de insulina até o desaparecimento das cetonas e quando a glicose chega a níveis inferiores a 250mg/dL, deve-se adicionar glicose a 5% à solução salina.

16. Resposta correta: C

A = 10,85%
B = 1,93%
C = 62,68%
D = 24,54%

Comentários: Os meninos entram em puberdade entre 9 e 14 anos (aumento testicular) configurando o estágio Tanner G_2.

17. Resposta correta: D

A = 36,95%
B = 0,74%
C = 4,04%
D = 58,27%

Comentários: Nos casos de suspeita de epididimite por Neisserie devemos investigar outras patologias como sífilis, HIV, hepatite B e clamídia *(Chlamydia trachomats)*. Empiricamente devemos tratar gonoréia e chlamydia. Como terapia inicial em qualquer idade é recomendado o uso de ceftriaxone associado a doxiciclina 100 mG via oral por 7 dias ou azitromicina 1g VO dose única.

18. Resposta correta: C

A = 14,52%
B = 0,46%
C = 80,70%
D = 4,23%

Comentários: Os pacientes com doença de Hodgkin geralmente apresentam ao diagnóstico adenomegalia cervical, supraclavicular ou mediatinal. Os glânglios, em geral, tem consistência firme, de crescimento progressivo. Sintomas sistêmicos incluem fadiga, anorexia, dor óssea, perda de peso, febre, sudorese noturna. Prurido também pode estar presente, usualmente em doença avançada. Os achados hematológicos e laboratoriais são inespecíficos, mas podem correlacionar-se com a extensão clínica da doença.

19. Resposta correta: B

A = 48,99%
B = 35,11%
C = 5,51%
D = 10,39%

Comentários: A condromalacia da patela é extremamente frequente em meninas ocorrendo pelo contato da patela com o femur distal O tratamento indicado é o fortalecimentio muscular do quadríceps. A doença de Osggod Schlatter ocorre no terço superior da tíbia, sendo mais uma fratura de stress/ apofisite.

20. Resposta correta: A

A = 95,13%
B = 0,28%
C = 0,92%
D = 3,58%

Comentários: Uma boa atuação no sentido de promover, proteger e apoiar a amamentação requer não apenas conhecimentos sobre aleitamento materno, mas também habilidades clínicas e de aconselhamento. O aconselhamento em amamentação implica em ajudar a mulher a tomar decisões de forma empática, saber ouvir e aprender, desenvolver a confiança e dar apoio. É importante que as mães sintam o interesse do médico para adquirirem confiança e se sentirem apoiadas. Agendar um retorno e mostrar uma atitude proativa para amamentação dão um reforço positivo à amamentação.

21. Resposta correta: B

A = 9,28%
B = 11,12%
C = 6,43%
D = 72,79%

Comentários: A vacinação com BCG deixa uma cicatriz típica no local da vacinação, sendo considerada um bom indicador de vacinação passada com BCG, entretanto, alguns estudos revelam que entre 17 e 25% das crianças anteriormente vacinadas com BCG não possuem cicatriz. A presença de cicatriz vacinal representa passado de vacinação com BCG, não havendo evidências na literatura de associação entre presença de cicatriz e proteção ou imunidade contra TB. Apesar disso, o Ministério da Saúde (MS), através do Programa Nacional de Imunizações, orienta a vacinação de crianças que não apresentem cicatriz vacinal, mesmo que possuam história positiva de vacinação com BCG (após o 6° mês), pela possibilidade teórica de que unidades não viáveis da vacina tenham sido aplicadas, motivando a ausência da resposta cutânea.

22. Resposta correta: B

A = 0,09%
B = 96,6%
C = 0,37%
D = 2,94%

Comentários: Ao final da licença-maternidade, a mãe deve deixar leite armazenado para quando estiver fora

de casa. O alimento deve ser colocado num frasco de vidro esterilizado e com tampa de plástico. Ele tem validade de 12 horas na geladeira e até duas semanas no congelador. Já quem for ofertar o leite deve dar preferência a colher ou copinho descartável. Isso porque o bico da mamadeira pode dificultar a pegada correta do peito da mãe no futuro.

23. Resposta correta: A

A = 79,32%
B = 6,62%
C = 3,22%
D = 10,85%

Comentários: A segunda apresentação da síndrome, Münchausen por Procuração, descrita em 1977 pelo médico pediatra Roy Meadow, diz respeito ao universo infanto juvenil, como forma de violência imposta por um adulto responsável ou cuidador, de difícil diagnóstico. Na maioria dos casos a mãe ou quem exerce a função de cuidador(a), inventa ou fabrica sinais e sintomas de doenças na criança ou adolescente, em graus variados de severidade, os colocando na posição de doentes frágeis e dependentes, podendo levá-los à morte. Na SMPP, o agressor inventa ou produz os sintomas no outro, habitualmente a mãe em seu filho, tendo conhecimento pleno do que faz. É preciso avaliar o que está por trás deste uso perverso do corpo e mente da criança ou adolescente com o qual deveria se ter o laço do cuidar e proteger.

24. Resposta correta: C

A = 54,41%
B = 5,61%
C = 26,29%
D = 13,69%

Comentários: Mais da metade dos indivíduos descritos com deficiência de C5 a C8 apresentaram meningite meningocócica ou infecção gonocócica extragenital. Pacientes com deficiência de C9, embora não tenham redução tão significativa da atividade do complemento, também apresentam risco aumentado para doença por *Neisseria*. O mecanismo desta associação não está bem esclarecido. Provavelmente a capacidade bacteriolítica sérica é crítica na defesa contra *Neisseria*. É importante destacar que alguns indivíduos com deficiência de C5 a C9 não apresentam doenças graves durante seu ciclo vital.

25. Resposta correta: D

A = 40,62%
B = 3,58%
C = 0,37%
D = 55,24%

Comentários: O diagnóstico de asma em crianças até 5 anos de idade é baseado principalmente em aspectos clínicos devido as dificuldades de se obter medidas objetivas. A história pessoal e familiar são fundamentais para o diagnóstico: sibilância recorrente, tosse ou sibilos provocados pelo riso e pelo ato de correr, atopia pessoal e/ou familiar, boa resposta clinica aos beta

2 agonistas inalatórios associados ou não a corticoides orais ou sistêmicos. A asma é avaliada de acordo com a gravidade e frequência dos sintomas. O caso apresentado espelha um paciente que necessita da profilaxia anti-inflamatória através do uso do corticoide inalatório, a terapia de primeira escolha para todas as idades, na doença persistente.

26. Resposta correta: D

A = 5,97%
B = 19,49%
C = 43,93%
D = 30,51%

Comentários: Para o diagnóstico da linfohistiocitose hematofagocítica usamos um conjunto de exames laboratoriais listados abaixo:
Critérios diagnósticos
A presença de cinco destes oito critérios clínicos é suficiente para o diagnóstico.
1. Febre >= 38,5 graus.
2. Esplenomegalia.
3. Citopenia de 2 ou mais linhagens: Hemoglobina < 9 g/L, or plaquetas < 100.000 cels/mm^3, ou leucócitos < 3000 cels/mm^3 ou neutrófilos < 1000 cels/mm^3.
4. Hipertrigliceridemia ou hipofibrinogenemia: Triglicérides em jejum > 3.0 mmol/L ou 265 mg/dl, ou fibrinogênio < 1.5 g/L ou 150 mg/dl.
5. Hemofagocitose demonstrada na medula óssea, baço, fígado ou linfonodos.
6. Baixa ou ausente atividade de células NK.
7. Ferritina sérica acima de 500 µg/L (alguns autores usam ponto de corte mais restritos de 3000 µg/L).
8. CD 25 solúvel (soluble interleukin-2 receptor) > 2,400 U/mL. Ou acima de dois desvios padrões no ensaio laboratorial utilizado.

A resposta que preenche os requisitos laboratoriais para o diagnóstico é a letra d
(D) triglicerídeos altos, fibrinogênio diminuído, ferritina aumentada, leucopenia, hemoglobina diminuída.

27. Resposta correta: B

A = 14,61%
B = 53,03%
C = 21,14%
D = 11,21%

Comentários: Abscesso cerebral pode ocorrer em qualquer idade, porém é mais comum em crianças entre quatro e oito anos assim como em recém-nascidos.
As causas do abscesso cerebral incluem embolização devido à cardiopatia congênita (especialmente tetralogia de Fallot), meningite, otite média crônica, sinusite, infecção na face ou couro cabeludo, celulite pós-septal, infecção dentária, lesão penetrante no crânio, imunodeficiências e shunt ventrículo-peritoneal.
A abordagem inicial do abscesso cerebral inclui um diagnóstico rápido e a instituição de tratamento com antibióticos, baseado na provável patogênese e no possível agente.
Quando a causa é desconhecida uma associação de vancomicina com uma

cefalosporina de terceira geração e metronidazol é empregada.
No caso de a meningite por *Citrobacter* (geralmente em neonatos) levar a formação de abscesso, usam uma associação de cefalosporina de terceira geração com aminoglicosídeo.
Em neonatos a *Listeria monocytogenes* pode ser o agente do abscesso, existindo esta suspeita a ampicilina deve ser associada à cefalosporina. Em pacientes imunodeprimidos deve ser considerada a associação de anfotericina B ao esquema de antibióticos.

28. Resposta correta: C

A = 11,21%
B = 15,44%
C = 29,04%
D = 44,21%

Comentários: O edema hemorrágico da infância é uma vasculite leucocitoclástica. As lesões cutâneas características são purpuras palpáveis, que se localizam em face, orelhas e extremidades e lembram a figura de um medalhão, o tronco é poupado. É uma vasculite de pequenos vasos, característica de crianças menores de dois anos.
O edema hemorrágico da infância cursa também com febre e edema de face, mãos e pés.
Na maioria das vezes, apesar da aparência das lesões, tem curso autolimitado e benigno. O laboratório é normal. A baixa idade, a natureza das lesões e a ausência do envolvimento de outros órgãos auxiliam no diagnóstico.

29. Resposta correta: B

A = 18,11%
B = 71,23%
C = 4,32%
D = 6,16%

Comentários: Invaginação ocorre quando existe a migração de um segmento intestinal para o lúmen intestinal adjacente. É a causa mais comum de obstrução intestinal entre 3 meses e 6 anos de idade e a emergência abdominal mais comum em crianças <2 anos. Sessenta por cento dos pacientes são <1 ano de idade, e 80% dos casos ocorre antes da idade de 24 meses; é raro em recém-nascidos. A incidência varia de 1 a 4 / 1.000 nascidos vivos. A relação homem: mulher é de 3: 1. Algumas invaginações se reduzem espontaneamente, mas se não for tratada a maioria evolui para infarto intestinal, perfuração, peritonite e morte.Nos casos típicos há início súbito, em uma criança previamente bem, de cólica paroxística grave que se repete em intervalos freqüentes e é acompanhada por flexão de pernas e joelhos e choro A criança pode, inicialmente, ficar confortável entre os paroxismos de dor; mas se a intussuscepção não for reduzida, a criança se torna progressivamente mais fraca e letárgica. Às vezes, a letargia é desproporcional aos sinais abdominais. Vômitos ocorrem na maioria dos casos e são mais frequentes na fase inicial. Em uma fase posterior o vômito torna-se bilioso. Nas primeiras horas da doença as fezes podem ser normais. Após algumas horas, diminui

o volume das fezes ou há parada das evacuações e de eliminação de flatos. Sangue nas fezes surge geralmente nas primeiras 12 horas de doença; 60% das crianças apresentam fezes contendo sangue e muco vermelho, as "fezes em geléia de morango". A tríade clássica de dor, massa abdominal palpável em forma de salsicha, e fezes com sangue ou "geléia de morango" é vista em <15% dos pacientes com invaginação. Palpação do abdomem geralmente revela uma massa em forma de salsicha, por vezes mal definida, que pode aumentar de tamanho e de consistência durante um paroxismo de dor e é mais freqüente no abdômen superior direito.Cerca de 30% dos pacientes não têm uma massa palpável. A presença de muco e sangue no exame retal sustenta o diagnóstico de invaginação.
Quando a história e o exame físico sugerem um quadro de invaginação intestinal uma ultrassonografia de abdomem deve ser realizada

30. Resposta correta: D

A = 21,05%
B = 37,96%
C = 6,89%
D = 34,10%

Comentários: A estenose hipertrófica do piloro é a principal causa de vômitos não biliosos no período neonatal. Meninos são afetados 4-6 vezes mais do que as meninas. O quadro classicamente tem início na terceira semana de vida com vômitos. Após os vômitos o lactente está novamente faminto. Com a persistência do quadro, acontece progressiva perda de líquidos associada à perda de íons hidrogênio e cloro, levando a uma alcalose metabólica hipoclorêmica. A associação clínica com icterícia acontece frequentemente, com o predomínio de bilirrubina indireta. O diagnóstico é tradicionalmente feito com a palpação de uma massa - oliva pilórica. Após a alimentação uma onda peristáltica gástrica pode ser vista. A ultrassonografia geralmente confirma o diagnóstico, (sensibilidade é de 95%).
A doença do refluxo gastroesofágico, a insuficiência adrenal, as doenças metabólicas e a gastroenterite estão entre os possíveis diagnósticos diferenciais. A insuficiência adrenal cursa com vômitos e desidratação, porém os resultados de laboratório- acidose metabólica, hiperkalemia e hiponatremia - são o inverso dos encontrados na EHP.

31. Resposta correta: A

A = 70,96%
B = 7,26%
C = 13,79%
D = 7,90%

Comentários: A glomerulonefrite pós estreptocóccica é uma complicação pós-infecciosa caracterizada por início súbito de hematúria, hipertensão arterial, edema e insuficiência renal.
Acontece após infecção das amígdalas ou da pele causadas por cepas nefritogênicas do Streptococcus pyogenes. Estudos morfológicos e a diminuição dos níveis do complemento sérico (C3)

indicam que a doença é causada por imunocomplexos.
A doença é comum entre crianças de 5 – 12 anos e rara antes dos 3 anos de vida.
Nas formas clássicas a nefrite acontece de 1-2 semanas após a faringite e de 3 – 6 semanas após a piodermite. Exame de urina revela hematúria geralmente associada com proteinúria e piúria. O complemento sérico C3 esta reduzido em 90% dos casos e retorna a valores normais em 6-8 semanas.
A confirmação diagnóstica requer a clara evidencia de infecção estreptocócica prévia. O título da anti-estreptolisina O é comumente elevada após faringite estreptocócica, porém raramente aumenta após piodermite. O melhor anticorpo para documentar infecção cutânea estreptocócica é a antidesoxiribonuclease B.
O tratamento é direcionado para os efeitos agudos da insuficiência renal e da hipertensão arterial.
Embora seja recomendado o emprego de penicilina, para limitar a disseminação de cepa nefritogênica do estreptococo, seu uso não modificará o curso natural da nefrite aguda.

32. Resposta correta: A

A = 71,05%
B = 10,11%
C = 0,55%
D = 18,20%

Comentários: Quando a mãe apresentar vesiculas de varicela na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto recomenda-se isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta; O recém-nascido deve receber Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster (Ighavz) que deve ser administrada até 96 horas do nascimento, aplicado o mais precocemente possível.
Na infecção herpética quando há vesículas localizadas na pele da mama contraindica-se a amamentação nesta mama, estando liberada aquela sem lesões.
Na hanseníase por se tratar de doença cuja transmissão depende de contato prolongado da criança com a mãe sem tratamento, e considerando que a primeira dose de rifampicina é suficiente para que a mãe não seja mais bacilífera, deve-se manter a amamentação e iniciar o tratamento da mãe.
Na hepatite C a prevenção de fissuras mamilares em lactantes HCV positivas é importante, uma vez que não se sabe se o contato da criança com o sangue materno favorece a transmissão da doença.

33. Resposta correta: B

A = 28,12%
B = 58,00%
C = 6,34%
D = 7,44%

Comentários: A causa mais comum de déficit de estatura no Brasil são as condições sócio-econômicas precárias (como dieta deficiente e infecções de repetição). Como o enunciado da questão afasta estas causas, e a anam-

nese é fundamental para o diagnóstico destas causas, a ordem de frequência das causas mais prevalentes, como solicitado na questão, coloca a baixa estatura constitucional como a hipótese principal para o caso, já que é a primeira nesta lista. Além disso, o retardo constitucional se inicia perto do final da primeira infância, mantendo a curva de estatura paralela à normal até a aceleração do crescimento no final da adolescência, terminando o crescimento com estatura.

Como não se têm dados antes dos cinco anos e a criança ainda não entrou na puberdade (Tanner M1 P1) a hipótese de ser constitucional ainda é a mais provável pela ordem de frequência. O exame radiológico mostraria a compatibilidade entre a idade óssea e a estatura.

Na baixa estatura familiar o crescimento se mantém dentro do alvo genético o que não ocorre neste caso.

As doenças orgânicas e as doenças congênitas são causas possíveis para baixa estatura e devem ser investigadas com exames laboratoriais, mas a questão se refere a causa mais prevalente, sendo estas a quarta causa em frequência depois das causas sócio-econômicas.

34. Resposta correta: A

A = 22,70%
B = 14,52%
C = 2,76%
D = 59,83%

Comentários: A severidade da doença leva ao alargamento do INR ou do tempo de protrombina por deficiência da produção de fatores da coagulação e não por deficiência de vitamina K, considerando que a reposição de vitamina K foi feita de forma adequada e não se obteve melhora do INR. Se o mecanismo de alargamento do INR se devesse a problemas na absorção (pool de sais biliares em quantidade adequada para absorção de gorduras e vitaminas lipossolúveis) ou à baixa ingestão de vitamina K (inapetência ou erro alimentar), a reposição feita de forma adequada desta vitamina faria com o INR retomasse os valores normais o que não aconteceu.

35. Resposta correta: D

A = 31,43%
B = 9,38%
C = 37,87%
D = 21,32%

Comentários: Neste caso trata-se de lactente que foi submetido à ressecção de grande porção do intestino delgado com retirada da válvula ileocecal e o sobrecrescimento bacteriano é uma complicação frequente.

O uso de ciclos de antibióticos, dentre eles o ciprofloxacino e o metronidazol, é o pilar do tratamento nestes casos, como se percebe no enunciado da questão. Em casos assim, o uso de dieta rica em gorduras e pobre em carboidratos pode ser útil na diminuição do sobrecescimento bacteriano. Da mesma forma o uso de fibras solúveis pode ser útil em pacientes com grande volume de perda fecal, não justificando sua retirada.

Altas dose de vitamina E assim com o uso de micronutrientes não têm função especifica em relação à melhora clínica em casos de sobrecrescimento bacteriano.

36. Resposta correta: D

A = 0,64%
B = 22,33%
C = 57,63%
D = 19,39%

Comentários: A incontinência urinária causada pela ectopia ureteral em meninas caracteriza-se por gotejamento constante de urina, durante o dia e a noite, em adição a um padrão miccional normal. O orifício ureteral ectópico é usualmente difícil de visualizar, estando muitas vezes implantado na vagina.

37. Resposta correta: A

A = 90,62%
B = 4,50%
C = 2,85%
D = 1,93%

Comentários: O tratamento da constipação (com Lactulona) reduz em até 80% a chance de recorrência da infecção urinária. A urgência e a incontinência urinária também melhoram após o tratamento da constipação O uso de oxibutinina, se indicado, deve ser iniciado após a correção da constipação intestinal.

38. Resposta correta: B

A = 20,68%
B = 64,71%
C = 6,71%
D = 7,81%

Comentários: Trata-se de um caso de Sindrome da Lise Tumoral que cursa com hipercalemia, hiperfosfatemia e hiperuricemia, que ocorre após o uso de quimioterapia em doenças com grande lise celular, como a do caso em tela (Leucemia linfoblástica aguda).

39. Resposta correta: C

A = 4,41%
B = 10,39%
C = 80,06%
D = 4,78%

Comentários: A dismenorreia primária geralmente aparece em algumas adolescentes quando os ciclos se tornam regulares (ciclos ovulatórios), o que ocorre entre 1 e 2 anos após a menarca e costuma durar no máximo 2 dias. Com essas características e exame clínico normal, a conduta inicial é utilizar antiinflamatórios não hormonais baseada em estudos randomizados bem controlados. Caso a resposta não seja adequada ou a paciente necessite de contracepção a conduta seguinte seria usar contraceptivos.
Na dismenorreia secundária não há resposta aos tratamentos e necessidade de investigação com ultrassonografia abdominal e se tiver atividade sexual, cultura cervical vaginal.
A tensão pré-menstrual não tem essas características pois os sintomas aparecem de 7 a 10 dias antes da menstruação.

40. Resposta correta: D

A = 3,40%
B = 18,38%
C = 34,01%
D = 44,21%

Comentários: Adolescente encontra-se em G3P3, indicando estar no estirão pubertário. Nesse período esses dados laboratoriais indicam deficiência de ferro que deve ser corrigida com dieta adequada e administração de sulfato ferroso. Os valores de referência da normalidade de hemoglobina são diferentes quando o adolescente estiver dentro ou fora do estirão pubertário (hemoglobina = 12g/dl como no enunciado da questão não indica anemia).

41. Resposta correta: D

A = 0,74%
B = 6,99%
C = 1,10%
D = 91,18%

Comentários: A doença de Hirschsprung se caracteriza por constipação crônica e retardo na eliminação de mecônio. Sempre deve ser investigada na presença desses dados. A constipação funcional, a mal rotação e o hipoteireoidismo não costumam se acompanhar de retardo na eliminação de mecônio. A atresia de ânus apresenta um quadro mais grave.

42. Resposta correta: B

A = 20,40%
B = 27,39%
C = 5,70%
D = 46,42%

Comentários: Conforme o Artigo 28 do Código de Ética Médica (CEM) deve-se denunciar à autoridade competente (Conselho Tutelar) e não a polícia.

43. Resposta correta: B

A = 4,14%
B = 46,42%
C = 26,38%
D = 23,07%

Comentários: O tratamento da ILTB com isoniazida (H) reduz em 60% a 90% o risco de adoecimento. Esta variação se deve à duração e à adesão ao tratamento.

- Fármaco utilizado: Isoniazida – na dose de 5mg/kg a 10 mg/kg de peso até a dose máxima de 300mg/dia.
- Tempo de tratamento: Deve ser realizado por um período mínimo de seis meses.
- Indicações: Além do resultado do PT, a indicação do uso da H para tratamento da ILTB depende de três fatores: a idade, a probabilidade de ILTB e o risco de adoecimento.

Os grupos com indicação de tratamento são:

1. Crianças contatos de casos bacilíferos:
   - PT igual ou superior a 5mm – em crianças não vacinadas com BCG, crianças vacinadas há mais de dois anos ou qualquer condição imunossupressora.
   - PT igual ou superior a 10mm em crianças vacinadas com BCG há menos de dois anos.

2. Crianças que adquiriram ILTB até os 5 anos – grupo prioritário para tratamento de ILTB.

44. Resposta correta: D

A = 0,09%
B = 2,21%
C = 0,28%
D = 97,43%

Comentários: A erradicação se faz com penicilina benzatina intra- muscular na dose de 600.000 U para pacientes com menos de 20 kg e 1.200.000 U para aqueles com peso superior

45. Resposta correta: D

A = 10,94%
B = 8,64%
C = 6,07%
D = 74,26%

Comentários: as manifestações de aspiração de corpo estranho podem ser tardias, demorando meses para se caracterizarem. A recidiva no mesmo local, sem história de asma na família ou na criança direcionam para a suspeita de corpo estranho. Esta indicada a broncoscopia.

46. Resposta correta: D

A = 0,55%
B = 28,58%
C = 1,38%
D = 69,39%

Comentários: menores de dez anos devem ser transportados nos bancos traseiros, usando individual mente um dispositivo de retenção apropriado para a sua idade. A cadeira para a criança menor de 12 meses deve ser certificada pelo imetro, ela esta adequada até 13kg, deve ficar no banco de trás e voltada para trás do carro. Isso garante maior estabilidade do eixo axial do bebe (coluna), melhorando a proteção para trauma dessa área do corpo.

47. Resposta correta: A

A = 52,39%
B = 1,38%
C = 18,75%
D = 27,30%

Comentários: A associação de esteatorreia, hepatomegalia e pólipos nasais sugerem a suspeita diagnóstica de fibrose cística. Neste caso o exame a ser pedido para confirmar o diagnóstico é a dosagem de eletrólitos no suor.

48. Resposta correta: B

A = 6,34%
B = 87,96%
C = 4,50%
D = 0,92%

Comentários: O hipotireoidismo congênito é o distúrbio endócrino congênito mais frequente, com incidência variando de 1:2:000 a 1:4:000 crianças nascidas vivas e uma das principais causas de retardo mental, que pode ser prevenida. As crianças afetadas (> 95%) geralmente não apresentam sintomas da doença ao nascimento. Evoluem com icterícia neonatal prolongada, choro

rouco, letargia, movimentos lentos, constipação, macroglossia, hérnia umbilical, fontanelas amplas, hipotonia, pele seca e atraso no desenvolvimento psicomotor se não diagnosticado e tratado precocemente.

49. Resposta correta: A

A = 73,99%
B = 0,83%
C = 10,39%
D = 14,80%

Comentários: A visão está presente ao nascimento, no entanto, os aspectos fisiológicos, anatômicos e neurológicos da visão, ainda não se encontram plenamente desenvolvidos, portanto, ainda imaturos. Parte desse desenvolvimento ocorre de modo acelerado, e justamente nos primeiros meses de vida, quando a criança passa por importantes modificações de comportamento visual, que é influenciado por fatores de maturação neurológica e de experiências ambientais pelo qual a criança passa. Pesquisas têm demonstrado que em relação ao contato de olho com as pessoas, está presente também na grande maioria dos lactentes (97,62%) até os 45 dias de vida. Já em relação à função oculomotora, depende das conexões sinápticas no córtex visual, que vão aumentando rapidamente no lactente, repercutindo em uma maior coordenação dos segmentos visuais, fazendo com que até aos 75 dias a totalidade dos lactentes sadios façam o acompanhamento dos objetos colocados em movimento a uns 30 cm do seus olhos. Se um lactente não cumprir com estas etapas deve ser investigado, está com seu desenvolvimento atrasado, podendo ser por uma questão de lesão neurológica ou comprometimento visual.

50. Resposta correta: D

A = 28,22%
B = 1,75%
C = 2,94%
D = 67,00%

Comentários: Nas principais escalas de avaliação das etapas do desenvolvimento da criança é demonstrado que um lactente pode começar a andar até aos 15 meses sem que isto signifique um atraso no seu desenvolvimento. Entretanto em relação à linguagem com um ano de idade as crianças já falam alguma palavra e mantêm uma fala com emissões de sons, mesmo que ainda sem significados, com entonação (jargão) tentando se comunicar com as pessoas. Já o autista, além de não falar não tenta se comunicar, não aponta ou imita gestos, a não ser após terapia apropriada.

Comentário dos Casos: (questões dissertativas)

Questão 1

ITEM A – Exposição perinatal ao HIV (não é infecção)
Sífilis congênita

ITEM B – Não amamentar
Iniciar zidovudina(AZT) nas primeiras 2 horas de vida
Tratar sífilis com penicilina cristalina

Questão 2

ITEM A – Para proteção das crianças contra as formas graves de hepatite (acima de 5 anos de idade).

ITEM B – Entre 12meses e 2 anos (>90% de viragem sorológica na primeira dose).

ITEM C – Considera-se que uma dose oferece mais de 90% de conversão sorológica, suficiente para eliminar a doença.

Questão 3

ITEM A – Síndrome do Bebe Sacudido

ITEM B – Exames laboratoriais: hemograma, gasometria, bioquímica sérica.
Exames de imagem: tomografia de crânio, radiografia de tórax, radiografia de ossos longos.

ITEM C – Escala de Coma de Glasgow <= 8

ITEM D – Estabilização do paciente
Em caso de hipertensão intracraniana tomar medidas de *proteção cerebral - Sedação, pcO_2 normal (35-40 mmHg), cabeceira elevada 30° e centrada, $satO_2$ > 95%.
Contactar conselho tutelar

Questão 4

ITEM A – Atividade elétrica sem pulso
Parada cardiorrespiratória (PCR) sem pulsos palpáveis

ITEM B – Continuar com a Ressuscitação cardiopulmonar (RCP)
Ventilação
Massagem cardíaca externa
Adrenalina

Questão 5

ITEM A – Não há evidências científicas para o uso alternado de antitérmicos. (Esta prática aumenta o risco de efeitos adversos).

ITEM B – No caso do ibuprofeno a dose está correta (entre 5 e 10mg/kg a cada 4 a 6 horas) No caso da dipirona a dose está elevada; 10 a 15 mg/kg/dose a cada 4 a 6 horas

GLOSSÁRIO

ACV – Aparelho cardiovascular
AR – Aparelho respiratório
ALT – Alanino aminotransferase (TGP)
AST – Aspartato aminotransferase (TGO)
ASO – Antiestreptolisina O
CHCM – Concentração de hemoglobina corpuscular média
DHL – Desidrogenase lática
γGT – Gama glutamil transpeptidase
HPP – História patológica pregressa
INR – Protrombina / Relação padrão internacional
LCR – Líquido cefalorraquidiano
PCR – Proteína Creativa
TAP – Tempo e atividade de protrombina
VCM – Volume corpuscular médio
VHS – Velocidade de hemossedimentação

Não fique só. Fique sócio.
Vamos crescer juntos.
Venha para a Sociedade Brasileira de Pediatria.

SOCIEDADE BRASILEIRA
DE PEDIATRIA

Rua Santa Clara, 292
Copacabana - Rio de Janeiro - RJ
CEP 22041-012
Tel.: (21) 2548-1999
Fax.: (21) 2547-3567
E-mail: sbp@sbp.com.br

www.sbp.com.br

Nestlé Nutrition Institute

Nota importante:

O aleitamento materno é a melhor opção para a alimentação do lactente proporcionando não somente benefícios nutricionais e de proteção como também afetivos, demonstrando sua superioridade quando comparado aos seus substitutos. É fundamental que a gestante e a nutriz tenham uma alimentação equilibrada durante a gestação e amamentação. O aleitamento materno deve ser exclusivo até o sexto mês e a partir desse momento deve-se iniciar a alimentação complementar mantendo o aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais. O uso de mamadeiras, bicos e chupetas deve ser desencorajado, pois pode prejudicar o aleitamento materno e dificultar o retorno à amamentação. No caso de utilização de outros alimentos ou substitutos do leite materno, devem seguir rigorosamente as instruções de preparo para garantir a adequada higienização de utensílios e objetos utilizados pelo lactente, para evitar prejuízos à saúde. A mãe deve estar ciente das implicações econômicas e sociais do não aleitamento ao seio. Para uma alimentação exclusiva com mamadeira será necessária mais de uma lata de produto por semana, aumentando os custos no orçamento familiar. Deve-se lembrar à mãe que o leite materno não é somente o melhor, mas também o mais econômico alimento para o bebê. A saúde do lactente pode ser prejudicada quando alimentos artificiais são utilizados desnecessária ou inadequadamente. É importante que a família tenha uma alimentação equilibrada e que, no momento da introdução de alimentos complementares na dieta da criança ou do lactente, respeitem-se os hábitos culturais e que a criança seja orientada a ter escolhas alimentares saudáveis.
Em conformidade com o Decreto nº 8.552/15; a Lei 11265/06; Resolução Anvisa nº 222/02; OMS – Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (Resolução WHA 34:22, maio de 1981): e Portaria M.S nº 2051 de 08 de novembro de 2001.

**MATERIAL DESTINADO EXCLUSIVAMENTE AO PROFISSIONAL DE SAÚDE.
PROIBIDA A DISTRIBUIÇÃO AOS CONSUMIDORES. IMPRESSO NO BRASIL.**