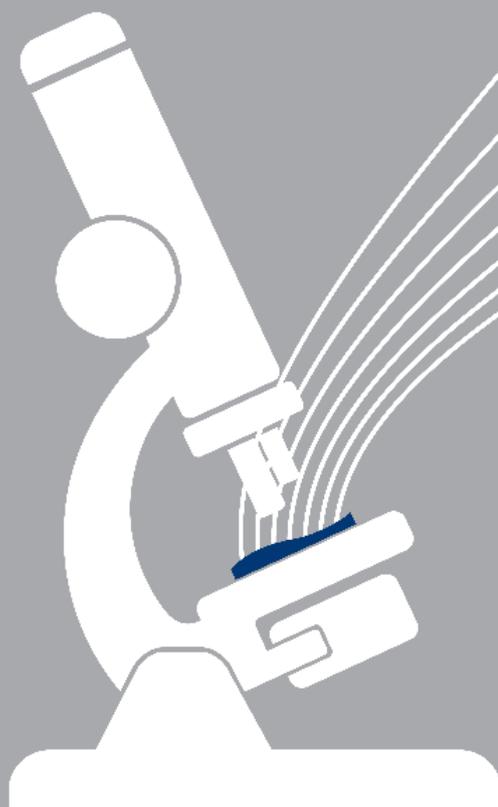


2009
Questões
Comentadas

TEP

**Título de Especialista
em Pediatria**



**Acesse as Provas Anteriores do TEP
no Site de Nestlé Nutrição Infantil
www.nestle.com.br/nutricaoinfantil**

Nestlé Nutrition Melhorando a qualidade de vida

Home > Atualização Profissional > TEP

Atualização Profissional

TEPS DISPONÍVEIS Selecionar

TEPS RESPONDIDOS PARCIALMENTE Selecionar

TEPS NÃO RESPONDIDOS Selecionar

TEP - Título de Especialização em Pediatria

Esta página disponível para profissionais de saúde os provas aplicadas para a obtenção do TEP (Título de Especialização em Pediatria).

Este conteúdo para resolução de provas a partir do ano de 1995. Além das respostas, todos os questões contêm com análises e comentários feitos pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Para resolver as provas de um determinado ano, clique sobre o botão descrito no ícone "Imprimir Questões".

Como tentar novamente, clique no link "Ajuda".

Resumo dos testes

ÚLTIMO RESPONDIDO: 2005	MAIOR DESEMPENHO: TEP de 2022
STATUS: Respondido Parcialmente (50%)	STATUS: Respondido Parcialmente (51%)
DESEMPENHO: (50%) - 0% de acerto.	DESEMPENHO: (51%) - 0% de acerto.

Sua Performance

MAIOR DESEMPENHO: TEP de 2021	STATUS: Respondido Parcialmente (51%)
STATUS: Respondido Parcialmente (51%)	DESEMPENHO: (51%) - 0% de acerto.

Nota importante

Para ler as publicações em PDF é necessário ter instalado o programa Adobe Acrobat Reader. Caso não tenha instalado para fazer o download.

Para salvar o arquivo em PDF em seu computador para visualização na tela de resposta, clique com o botão direito do mouse e escolha "Salvar como...".

REGISTRE-SE

Para Contato | Sobre Política de Privacidade | 2025 | Nestlé Brasil S.A. Todos os direitos reservados | Área de Saúde | Portal Saúde

Seja bem-vindo

Em nosso site você encontrará informações relevantes para a sua prática diária, incluindo tabelas, artigos, publicações da Nestlé Nutrition, calendário de eventos, aulas gravadas e informações técnicas sobre nossos produtos.

2009
Questões
Comentadas

TEP

**Título de Especialista
em Pediatria**





Caros colegas,



concurso do TEP vem se firmando ao longo dos últimos 40 anos, como elemento importante de valorização e qualificação profissional.

De há muito a Sociedade Brasileira de Pediatria tem lutado para manter a credibilidade do nosso Título como um elemento que legitime o exercício da Pediatria, mas que também pese efetivamente nos concursos e processos seletivos da especialidade.

O **TEP comentado** busca atender a necessidade de atualização dos pediatras, na atual versão tomando por base a prova aplicada em 2009.

Cordialmente,

Dr. Hécio Villaça Simões
Coordenador da CEXTEP 2007-2009

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

FILIADA À ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA
(responsável pela elaboração da prova de 2009)

Coordenação: Hécio Villaça Simões

Comissão Executiva: Edson Ferreira Liberal
Hélio Fernandes da Rocha
Luciano de Abreu de Miranda Pinto
Marcio Moacyr de Vasconcelos
Ricardo do Rego Barros
Sidnei Ferreira

DIRETORIA EXECUTIVA (2007-2009)

Presidente: Dioclécio Campos Júnior

1º Vice-Presidente: Fábio Ancona Lopez

2º Vice-Presidente: Eduardo da Silva Vaz

Secretário Geral: Edson Ferreira Liberal

**Diretoria de Qualificação
e Certificação Profissional:** José Hugo Lins Pessoa

AGRADECIMENTOS

A CEXTEP agradece a colaboração dos representantes dos 27 Departamentos Científicos da Sociedade Brasileira de Pediatria, bem como a Universidade do Estado do Rio de Janeiro através do CEPUERJ, na pessoa de Rodrigo Calaça (Coordenador de Processos Seletivos).

1 Pré-escolar de quatro anos é levado a serviço médico com quadro de febre, palidez, dor óssea e tosse seca iniciado há 15 dias. Exame físico: estado geral comprometido, taquidispneico, linfonodomegalias cervicais, submandibulares e supraclaviculares, ingurgitamento jugular bilateral. Exames complementares: hemograma: leucócitos $300.000/\text{mm}^3$ com 80% de células imaturas, Hb: 6,0g/dl, plaquetas: $10.000/\text{mm}^3$. Radiografia de tórax: alargamento do mediastino. Neste caso está indicado o tratamento emergencial da:

- (A) anemia
- (B) trombocitopenia
- (C) sepse bacteriana
- (D) insuficiência cardíaca congestiva
- (E) compressão da veia cava superior

2 Adolescente de 16 anos procurou a unidade de saúde com queixa de secreção vaginal fétida, fina, escassa, de cor acinzentada e aderente à parede vaginal. A paciente tem atividade sexual sem proteção há um ano. O diagnóstico mais provável é:

- (A) candidíase
- (B) trichomoníase
- (C) vaginose bacteriana
- (D) leucorreia gonocócica
- (E) *Chlamydia trachomatis*

3 Adolescente de 12 anos joga futebol todos os dias. Há dois anos apresenta dor no joelho direito. Exame físico: dor à palpação na tuberosidade anterior da tíbia, com aumento de volume. O diagnóstico provável é:

- (A) fibromialgia
- (B) osteocondrose
- (C) doença de Sever
- (D) doença de Osgood- Schlatter
- (E) doença de Legg-Calvé-Perthes

4 Lactente de seis meses, residente em um grande centro urbano, é levada por sua mãe a um pronto-socorro, com história de ter caído do berço ao tentar pular por cima da grade. A menina apresentava hematoma em tronco e fratura em metáfise proximal da tíbia esquerda. A conduta indicada, além dos cuidados referentes às lesões, inclui:

- (A) denunciar a mãe à autoridade policial
- (B) orientar a mãe para que aumente a grade do berço
- (C) notificar ao conselho tutelar suspeita de maus-tratos
- (D) alertar a mãe para que fique mais atenta contra acidentes
- (E) encaminhá-la para exame de corpo de delito com médico legista

5 Escolar de nove anos, sexo feminino, é levada ao pediatra devido a quadro de dor abdominal esporádica, mensal que a faz ausentar-se da escola. A dor é referida na região periumbilical e dura poucas horas. Não surge durante o sono, não se relaciona com alimentação, atividade física ou posição, e cede espontaneamente. A história progressiva revela cólicas nos primeiros meses de vida, sem outros comemorativos. Seu pediatra já solicitou parasitológico de fezes, pesqui-

sa de sangue oculto nas fezes, pesquisa de elementos anormais e sedimento de urina, urinocultura, hemograma e VHS, além de radiografia e ultrassonografia de abdome, todos normais. O exame físico é normal. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) intolerância à lactose
- (B) divertículo de Meckel
- (C) enxaqueca abdominal
- (D) doença inflamatória intestinal
- (E) dor abdominal recorrente funcional

6 Lactente de cinco meses, em aleitamento materno exclusivo, deu entrada no serviço de pronto-atendimento com quadro de lesões papuloeritematosas difusas pelo corpo e edema periorbitário e labial. A mãe relata que esse quadro se iniciou cerca de dez minutos após oferecer leite de vaca à criança. Exame físico: ativa, hidratada, boa perfusão capilar, placas papuloeritematosas difusas, pálpebras, orelhas e lábios edemaciados, dispneia leve com sibilância, bulhas rítmicas e normofonéticas, abdome sem alterações. Neste caso, indica-se:

- (A) corticoide IV
- (B) adrenalina IM
- (C) lavagem gástrica
- (D) carvão ativado VO
- (E) anti-histamínico VO

7 Pré-escolar de três anos apresenta comportamento repetitivo e estereotipado, tal como balanceio do corpo, não dirige o olhar para o

examinador e, por vezes, se joga ao chão. Os pais relatam que o filho tem crises frequentes de agressividade, não aceita brincar com outras crianças e ainda não fala frases nem expressa verbalmente o que está acontecendo. Exame físico: macrocefalia com o restante do exame neurológico normal. Avaliação audiométrica, cariótipo e exame de imagens sem alterações. A hipótese diagnóstica inicial e a conduta adequada são, respectivamente:

- (A) déficit de comunicação – reavaliar após seis meses
- (B) autismo – iniciar imediatamente tratamento medicamentoso
- (C) retardo mental – encaminhar para escola de ensino especial
- (D) autismo – encaminhar para terapia comportamental intensiva
- (E) déficit de comunicação – encaminhar para tratamento fonoaudiológico

8 Gestante primigesta com 28 semanas de idade gestacional foi admitida na maternidade em período expulsivo com história de fortes contrações uterinas há três horas. Houve ruptura espontânea das membranas por ocasião do exame admissional, evoluindo para parto normal. O recém-nascido pesou 1.180 gramas e seu índice de Apgar foi 4 e 6. Necessitou de ventilação mecânica devido a doença de membrana hialina e recebeu uma dose de surfactante exógeno com uma hora de vida. Evoluiu com pneumotórax, pneumonia e óbito no 10º dia de vida. De acordo com a definição da causa básica de óbito recomendada pela Classi-

ficação Internacional de Doenças – CID – 10, a causa básica desse óbito foi:

- (A) pneumonia
- (B) pneumotórax
- (C) prematuridade
- (D) asfixia neonatal
- (E) doença de membrana hialina

9 Recém-nascido a termo, parto normal, pesando 3.600g. Exame físico: normal. Os exames pré-natais indicaram infecção em atividade pelo citomegalovírus no final da gestação. A recomendação em relação à alimentação é:

- (A) indicar aleitamento materno em regime de livre demanda
- (B) contraindicar a amamentação e prescrever fórmula láctea
- (C) contraindicar a amamentação e prescrever fórmula láctea e aciclovir
- (D) indicar aleitamento materno com leite ordenhado após congelamento
- (E) indicar aleitamento materno com leite ordenhado após pasteurização

10 Pré-escolar de cinco anos é levado ao posto de saúde para aplicação das doses de reforço das vacinas recomendadas para a idade pelo Ministério da Saúde. A mãe informa ao médico que seu filho é portador de asma, fazendo uso contínuo de corticoide inalatório há 30 dias. A conduta em relação às imunizações indicadas é:

- (A) aplicar a tríplice viral, substituindo a tríplice bacteriana pela vacina acelular

- (B) aplicar a tríplice viral e a tríplice bacteriana sem nenhuma precaução adicional
- (C) aplicar apenas a tríplice bacteriana, postergando a tríplice viral até que o corticoide deixe de ser utilizado
- (D) aplicar a tríplice viral e a tríplice bacteriana, recomendando a suspensão do corticoide, por um período de 15 dias
- (E) substituir a tríplice bacteriana pela vacina acelular, postergando a tríplice viral até que o corticoide deixe de ser utilizado

11 Pré-escolar de quatro anos, portador de leucemia linfoblástica aguda, está internado para indução de remissão na enfermaria de pediatria de um hospital de grande porte. Durante a internação, outro paciente, internado na mesma enfermaria, apresenta quadro de doença exantemática compatível com catapora. A conduta indicada, neste momento, para o paciente com leucemia é administrar:

- (A) vacina contra catapora
- (B) imunoglobulina específica
- (C) aciclovir por uma semana
- (D) vacina e imunoglobulina específica
- (E) vacina e aciclovir por uma semana

12 Escolar de nove anos é levado a atendimento médico devido a quadro de febre persistente há quatro semanas. Os pais informam que o menino já foi levado várias vezes ao médico, sem

esclarecimento do diagnóstico e que, em duas ocasiões, foram prescritos antibióticos que não modificaram o curso da doença. Informam ainda que, apesar da febre, o paciente mantém bom estado geral. Exame físico: fígado palpável a 5cm do rebordo costal direito, restante sem alterações. Hemograma: leucócitos: 75.000/mm³ com 87% de eosinófilos. A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) toxocaríase
- (B) ascaridíase
- (C) enterobíase
- (D) metaplasia mioide
- (E) leucemia eosinofílica

13 Escolar de oito anos é levado a consulta de emergência devido a quadro de febre alta (39-39,5°C) e dor de garganta há quatro dias. Os pais informam que o paciente vem recebendo azitromicina há 48 horas sem melhora. Exame físico: exsudato purulento sobre as amígdalas, hiperemia de pilar anterior, petéquias em palato, linfadenomegalia generalizada e ponta de baço palpável. A principal hipótese diagnóstica e a conduta indicada nesse momento são, respectivamente:

- (A) mononucleose infecciosa - suspender azitromicina
- (B) difteria - iniciar soro antidiftérico e manter azitromicina
- (C) amigdalite estreptocócica - manter azitromicina e reavaliar em 48 horas
- (D) difteria - iniciar soro antidiftérico e substituir azitromicina por eritromicina

- (E) amigdalite estreptocócica - suspender azitromicina e aplicar dose única de penicilina benzatina

14 Prematuro com 36 semanas de idade gestacional, PIG, apresenta, aos sete dias de vida, quadro de icterícia e exantema petequial. Exame físico: icterício 3+/4 até zona III de Kramer, petéquias em tronco e membros inferiores, fígado palpável a 4cm do rebordo costal direito, baço palpável a 2cm do rebordo costal esquerdo, leucocoria e sopro sistólico de 4+/6 infraclavicular. Diante deste quadro, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) galactosemia
- (B) sífilis neonatal
- (C) rubéola congênita
- (D) atresia de vias biliares
- (E) púrpura imunológica congênita

15 Recém-nascido a termo, após 30 segundos de assistência adequada na sala de parto, evolui com respiração regular, FC: 110bpm e cianose generalizada (central e periférica). A conduta, neste momento, será indicar:

- (A) estímulo tátil
- (B) oxigênio inalatório
- (C) intubação traqueal
- (D) administração de naloxona
- (E) ventilação com balão e máscara

16 Adolescente de 17 anos, com 34 semanas de gestação, dá entrada na maternidade em trabalho de parto prematuro. O exame da paciente

indica febre (38,7°C) e seu hemograma, colhido à admissão, revela leucocitose, neutrofilia e desvio para a esquerda. O obstetra de plantão aplica imediatamente uma dose de penicilina parenteral. A gestante dá à luz, depois de três horas, um recém-nascido do sexo feminino em boas condições de vitalidade e sem nenhuma alteração clínica evidente. A conduta imediata, recomendada para o recém-nascido, é:

- (A) hemograma e hemocultura – observação hospitalar por 48 horas
- (B) hemograma e hemocultura – antibioticoterapia com ampicilina e gentamicina
- (C) hemograma, hemocultura e punção lombar – observação hospitalar por 48 horas
- (D) observação hospitalar por 48 horas, sem necessidade de nenhum exame complementar
- (E) hemograma, hemocultura e punção lombar – antibioticoterapia com ampicilina e gentamicina

17

Adolescente de 16 anos, HIV positivo, deu à luz, em parto domiciliar, um recém-nascido do sexo masculino em boas condições de vitalidade. No quarto dia de vida, o recém-nascido foi levado ao hospital devido a quadro de icterícia. Durante a consulta, a mãe informou que não fez acompanhamento pré-natal e que nunca usou antirretrovirais. A conduta adequada neste momento, em relação ao recém-nascido, consiste em:

- (A) iniciar zidovudina, aplicar BCG e vacina contra hepatite B

- (B) iniciar zidovudina, aplicar BCG e solicitar pesquisa de HbSAg
- (C) aplicar BCG e vacina contra hepatite B, não havendo mais indicação de zidovudina
- (D) iniciar zidovudina, aplicar vacina contra hepatite B e postergar a BCG até obter contagem de linfócitos T-CD4+
- (E) solicitar pesquisa de HbSAg e postergar a BCG até obter a contagem de linfócitos TCD4+, não havendo mais indicação de zidovudina

18

Pré-escolar de quatro anos é atendido na emergência com crise grave de asma. Após três doses de β 2-agonista via inalatória por *spray* com espaçador a intervalos de 20 minutos e O₂, apresenta PFE > 70% do predito, diminuição da FR, sem uso da musculatura acessória e SatO₂ de 96% em ar ambiente. A conduta seguinte, adequada ao caso, segundo as IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma, é:

- (A) liberar para o domicílio com prescrição de β 2-agonista via inalatória
- (B) manter esquema inicial até PFE > 80% e adicionar corticosteroide via oral
- (C) liberar para o domicílio com prescrição de β 2-agonista e corticosteroide via inalatória
- (D) aumentar os intervalos da aplicação do β 2-agonista para cada duas horas e observar
- (E) aumentar os intervalos da aplicação do β 2-agonista para cada duas horas, prescrever corticosteroide via oral e observar

19

Escolar de oito anos é atendido na emergência com história de tosse e coriza há 24 horas, que evoluiu para dispneia nas últimas seis horas. Mãe relata que a criança tem asma controlada, não usa corticosteroide inalatório ou oral e nunca necessitou de internação. Exame físico: dispneia, tiragem subcostal, FR: 40irpm, FC: 144bpm, SatO₂ de 89%, PFE<30%, comunicando-se somente com frases curtas. Segundo as IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma, esta crise pode ser classificada como:

- (A) leve
- (B) grave
- (C) moderada
- (D) muito grave
- (E) moderada/grave

20

Escolar de sete anos tem contato por dois dias com tio portador de tuberculose pulmonar em atividade, logo após alta de internação para tratamento de indução de remissão de leucemia linfoblástica aguda. Mãe relata que a criança tem asma controlada, sem crise há mais de um ano, nega pneumonia, mantendo o calendário de vacinações do Ministério da Saúde completo. Exame físico: FR: 25irpm, murmúrio vesicular universalmente distribuído, sem ruídos adventícios. Radiografia de tórax: normal. Teste PPD antes do tratamento de indução: não reator, zero mm. A conduta adequada, de acordo com as II Diretrizes Brasileiras para Tuberculose, é:

- (A) iniciar quimioprofilaxia
- (B) iniciar esquema tríplice

- (C) observar clínica e radiologicamente
- (D) internar para proceder a lavado broncoalveolar
- (E) repetir teste tuberculínico após dois meses, para decidir conduta

21

Escolar de seis anos é internado com suspeita diagnóstica de síndrome de Guillain-Barré. Apresenta, além do quadro neurológico, tosse seca, irritativa, há 15 dias, de dia e de noite, após quadro de faringite. Mãe relata que ela apresentou o mesmo quadro respiratório, que persistiu por quase um mês, cedendo após uso de “muito xarope”. Exame físico: regular estado geral, eupneico, crepitações esparsas em bases pulmonares. A conduta terapêutica para o quadro respiratório é administrar:

- (A) amoxicilina
- (B) eritromicina
- (C) β 2-agonista
- (D) anti-histamínico
- (E) corticosteroide oral

22

Pré-escolar de cinco anos, portador de eczema atópico, asma, rinite e otite média desde lactente, apresenta pirose intensa desde o segundo ano de vida, com dor retroesternal há seis meses e anemia ferropriva refratária à reposição. Dos três aos oito meses de idade, fez uso de omeprazol e domperidona para tratamento de refluxo gastroesofágico. A mãe suspendeu o tratamento, mas os sintomas persistem. O exame indicado neste momento é:

- (A) manometria esofágica
- (B) pHmetria por 24 horas
- (C) seriografia esofagogástrica
- (D) endoscopia esofagogástrica
- (E) teste terapêutico com antiácido

23 Pré-escolar de quatro anos é levado a serviço de emergência com quadro, de início há algumas horas, de dificuldade respiratória intensa, febre alta (40°C), toxemia, dor de garganta, sialorreia e estridor. Dada a gravidade do quadro, o paciente é imediatamente transferido para a unidade de cuidados intensivos. Neste local, a conduta imediata, indicada prioritariamente sobre todas as demais, consiste em:

- (A) obtenção de radiografia anteroposterior de tórax no leito
- (B) coleta de amostra de sangue arterial para avaliação gasométrica
- (C) administração de antibiótico de largo espectro por via intravenosa
- (D) expansão de volume com ringer lactato através de acesso periférico
- (E) realização de intubação traqueal para garantir via aérea permeável

24 Lactente portador de insuficiência cardíaca congestiva, controlada com digital e diurético, apresenta, ao exame, peso abaixo do percentil 3 e, há dois meses, sua curva de ganho ponderal mantém inclinação descendente. Faz uso de fórmula láctea infantil de seguimento e duas refeições salgadas, além de papa de frutas e mingau. Sempre aceita

apenas pequenas quantidades da dieta. O enriquecimento de sua alimentação, passando a ter 1Kcal por grama de dieta, deve ser obtido mudando o perfil de oferta para:

- (A) 50% do VET de gorduras
- (B) 70% do VET de carboidratos complexos
- (C) 25% do VET de proteínas de fácil digestão
- (D) duas vezes a oferta de cálcio e ferro alimentares
- (E) duas vezes a ingestão diária recomendada de vitaminas

25 No primeiro dia de aleitamento, o volume estimado de colostro produzido por uma puérpera em lactação exclusiva ao seio foi de cerca de 40ml. Seu recém-nascido pesou 3.400g com duas horas de vida e 3.280g ao final das primeiras 24 horas. No relato da enfermagem, a criança esteve calma, evacuou duas vezes e urinou uma vez neste período. Com base no exposto, a conclusão é que:

- (A) o recém-nascido sofreu desidratação leve
- (B) os achados deste recém-nascido são compatíveis com a normalidade
- (C) o recém-nascido deve ser reidratado idealmente com água filtrada e fervida
- (D) neste período, o recém-nascido poderia ter perdido 10% de seu peso sem problemas
- (E) o recém-nascido necessita de reposição com fórmula de partida em copinho descartável

26

Pediatra é chamado ao alojamento conjunto para avaliar, logo após o nascimento, um recém-nascido que apresenta grande salivação e engasgos, seguidos de tosse e apneia. Solicita exame radiográfico, mas este só será realizado pela rotina cerca de oito horas após o parto. Para não expor a criança ao jejum, nem prejudicar o prognóstico, o pediatra deve indicar:

- (A) seio materno imediatamente
- (B) leite materno ordenhado em copinho
- (C) leite ordenhado por sonda orogástrica
- (D) hidratação venosa com soro glicosado
- (E) água filtrada e fervida gotejada com seringa

27

Numa gravidez gemelar, um dos fetos apresentava crescimento intrauterino retardado e sinais de centralização à dopplerfluxometria na 34ª semana. O obstetra prescreveu betametasona por dois dias e interrompeu a gestação logo após. O primeiro gemelar nasceu com 1.150g, ficou sem esforço respiratório em ar ambiente e seus exames complementares revelaram: Ht: 67%, glicemia: 28mg/dl com seis horas de vida. O segundo gemelar nasceu com 1.800g, desenvolveu taquipneia com saturação de O₂ a 88%, que se resolveu com capacete de O₂ a 30%, sendo que seus exames complementares revelaram: Ht: 58%, glicemia: 48mg/dl com seis horas de vida. A conduta indicada para o primeiro e o segundo gemelares é, respectivamente:

- (A) LMO por copinho e seio materno
- (B) LMO por sonda orogástrica e seio materno
- (C) nutrição parenteral total e LMO por sonda orogástrica
- (D) nutrição parenteral total e nutrição parenteral sem lipídios
- (E) fórmula para prematuro por sonda orogástrica e seio materno

28

Adolescente de 14 anos, sexo feminino, comparece a consulta com sua mãe preocupada por não ter apresentado a menarca. Nega antecedentes patológicos. A menarca materna ocorreu aos 12 anos. Exame físico: peso no percentil 50, altura no percentil 25, velocidade de crescimento: 5cm/ano. Tanner: M1P1. A hipótese diagnóstica é:

- (A) síndrome de Turner
- (B) puberdade normal
- (C) anorexia nervosa
- (D) atraso puberal
- (E) bulimia

29

Adolescente de 13 anos, sexo masculino, está preocupado com seu desenvolvimento relacionado aos caracteres sexuais. Exame físico: obeso, pênis infantil, testículo com 4cm³, ausência de pelos axilares e pubianos. A hipótese diagnóstica é:

- (A) síndrome de Klinefelter
- (B) síndrome de Fröhlich
- (C) síndrome do X frágil
- (D) puberdade normal
- (E) atraso puberal

30 Adolescente de 15 anos, sexo feminino, comparece a consulta de rotina. Não apresenta queixas clínicas e o inquérito alimentar indica ser vegetariana estrita há três anos. Exame físico: peso no percentil 25, altura no percentil 50, ciclos menstruais normais. Tanner: M4P4. Nesse caso, a paciente deve ser orientada quanto ao risco de deficiência de vitamina:

- (A) B12
- (B) B1
- (C) A
- (D) C
- (E) E

31 Lactente de três meses tem apresentado choro frequente, irritabilidade e dificuldade para manter o sono. Durante a consulta, o pediatra percebe a dificuldade da mãe em aconchegar a criança ao colo. O pai do lactente informa que a esposa está muito desinteressada de cuidar do bebê; que, quando o bebê chora, a mãe também chora e, por vezes, fica irritada e agressiva. O lactente apresentou exame físico e laboratorial sem alterações. As hipóteses diagnósticas iniciais para o lactente e para a mãe são, respectivamente:

- (A) distúrbio de vinculação da primeira infância e síndrome de inadaptção puerperal
- (B) desenvolvimento afetivo adequado e síndrome de inadaptção puerperal
- (C) distúrbio de vinculação da primeira infância e depressão materna
- (D) desenvolvimento afetivo adequado e psicose puerperal
- (E) autismo e psicose puerperal

32 Escolar de seis anos, sexo masculino, é levado a consulta devido a quadro de claudicação. Mãe relata que seu filho apresentou episódio de resfriado há 10 dias e que não notou nenhuma outra anormalidade. Exame físico: afebril, bom estado geral, dor e limitação de movimentos do quadril direito. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) doença de Legg-Calvé-Perthes
- (B) artrite reumatoide juvenil
- (C) epifisiólise do quadril
- (D) sinovite transitória
- (E) artrite séptica

33 Adolescente de 12 anos, sexo masculino, portador de estenose aórtica congênita leve, vai ser submetido a procedimento dentário invasivo. Neste caso, está indicada a profilaxia com:

- (A) sulfametoxazol-trimetoprim
- (B) ciprofloxacina
- (C) azitromicina
- (D) eritromicina
- (E) amoxicilina

34 Pré-escolar de três anos apresenta febre por cinco dias, acompanhada de fraqueza, mal-estar, dor de garganta, lacrimejamento, eritema das conjuntivas e linfadenopatia cervical e pré-auricular. O provável agente etiológico desse quadro clínico é:

- (A) vírus herpes simples tipo 1
- (B) *Streptococcus pyogenes*
- (C) vírus de Epstein-Barr
- (D) *Bartonella henselae*
- (E) adenovírus do tipo 3

35 Escolar de oito anos queixou-se de inchaço dos olhos e urina de cor escura. A mãe observou redução do débito urinário a partir do segundo dia de doença. No quarto dia, foi levado à emergência após crise epiléptica tônico-clônica prolongada. Exame físico: inconsciente, afebril, FC: 104bpm, FR: 24irpm, PA: 148/96mmHg, RCR2T e ausência de hepatoesplenomegalia. O tratamento farmacológico imediato consiste nas seguintes classes de medicamentos:

- (A) anti-hipertensivos - anticonvulsivantes
- (B) cardiotônicos - anticonvulsivantes
- (C) esteroides - anti-hipertensivos
- (D) cardiotônicos - diuréticos
- (E) esteroides - diuréticos

36 Lactente de 22 meses apresentou crise convulsiva tônico-clônica generalizada, que durou três minutos. Logo após a crise, o paciente ficou sonolento, mas, 30 minutos depois, não apresentava mais nenhuma anormalidade. A mãe relatou coriza e tosse há um dia. Exame físico: t.ax: 39,2°C, FC: 110bpm, FR: 30irpm, PA: 84/48mmHg, eritema acentuado da orofaringe, ausência de rigidez de nuca ou déficits neurológicos focais. A conduta apropriada é:

- (A) orientar os pais acerca da benignidade do quadro
- (B) prescrever fenobarbital como profilático
- (C) realizar punção lombar e hemocultura

- (D) internar para observação rigorosa
- (E) prescrever antibiótico intravenoso

37 Adolescente de 12 anos, sexo masculino, é encaminhado para avaliação de hipertensão arterial. Os pais relatam que a hipertensão foi detectada há três meses. O paciente vem apresentando cefaleia, palpitações, tontura e dor abdominal. Houve um único episódio de vômito. Os pais descrevem um bom apetite, mas o adolescente perdeu três quilos nesse período. Nesta manhã, apresentou episódio súbito de perda de consciência enquanto jogava futebol. Exame físico (uma hora após o episódio): letárgico, t.ax: 37°C, FC: 124bpm, FR: 20irpm, PA: 192/124mmHg, estertores crepitantes nas bases pulmonares e hepatomegalia moderada. Este quadro sugere:

- (A) aldosteronismo primário
- (B) síndrome de Cushing
- (C) coarctação da aorta
- (D) hipertireoidismo
- (E) feocromocitoma

38 Escolar de nove anos, sexo feminino, apresenta queixa de baixa estatura. A estatura é de 123cm (percentil 5) e seu alvo genético situa-se no percentil 50. Exame físico: bócio difuso, nodular, firme e indolor à palpação. Exames complementares: hemograma, eletrólitos séricos, funções hepática e renal normais; idade óssea de 6,5 anos; TSH: 8,5mUI/ml (normal 0,6-6,3); T4: 9,0µg/dl (normal 6,4-13,3);

T4 livre: 1,1ng/dl (normal 0,7-1,7); anticorpo antiperoxidase positivo; anticorpo antireoglobulina negativo. O diagnóstico mais provável é:

- (A) hipotireoidismo congênito
- (B) baixa estatura familiar
- (C) disgenesia tireoidiana
- (D) doença de Graves
- (E) tireoidite linfocítica

39 Adolescente de 12 anos, sexo feminino, é trazida a consulta por apresentar dificuldade para andar há dois dias. Mãe refere que a adolescente apresentou quadro de “gripe” há seis dias, com febre baixa, coriza e tosse leve, tendo usado sintomáticos. Exame físico: dor à palpação das panturrilhas, moderada dificuldade para deambular sem apoio. Exames complementares: creatinoquinase (CK) e desidrogenase láctica (LDH) discretamente aumentadas. A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) doença mista do tecido conjuntivo
- (B) lúpus eritematoso sistêmico
- (C) dermatomiosite juvenil
- (D) esclerose sistêmica
- (E) miosite pós-viral

40 Adolescente de 12 anos, sexo feminino, apresentou febre, que durou seis dias, associada a artralgia em punhos e coluna cervical. O quadro articular evoluiu com edema e dor em joelhos, progredindo para limitação dolorosa de tornozelos no decorrer de duas semanas. Foi medicada com

analgésicos, persistindo a dor, claudicação e limitação intermitente para deambulação e atividades diárias. No momento do exame físico, estava afebril e, além da artrite, foi observado sopro sistólico em foco mitral de 3+/6, FC: 120bpm. Negava história pregressa de amigdalite. Exames complementares: EAS: normal, VHS: 58mm/1^a hora, proteína C reativa: 15,8mg/dl, hemograma: Hb: 10,3g/dl, leucócitos: 18.400/mm³ (segmentados: 88,9%, linfócitos: 6,8%), plaquetas: 415.000/mm³, antiestreptolisina O: 1.220UI/dl; hemocultura: negativa, cultura de orofaringe: negativa; ECG: normal. Considerando a hipótese diagnóstica de febre reumática, pode-se afirmar que:

- (A) o diagnóstico de febre reumática se impõe apesar da ausência de evidência de estreptococcia prévia
- (B) o diagnóstico de febre reumática é improvável pela ausência de evidência de estreptococcia prévia
- (C) o diagnóstico de febre reumática somente poderá ser confirmado após o ecocardiograma
- (D) o paciente preenche os critérios para o diagnóstico de febre reumática
- (E) não há critérios para o diagnóstico de febre reumática

41 Lactente de 10 meses é levado a unidade de saúde devido a quadro de diarreia, com fezes líquidas, amareladas, várias vezes por dia, anorexia, vômitos e febre não aferida, há três dias. Exame físico: irritado, inquieto, olhos fundos e sinal da prega com desaparecimento lento, bebendo avidamente a água oferecida.

Considerando as informações acima e as recomendações do Ministério da Saúde, o diagnóstico e a conduta corretos neste caso são, respectivamente:

- (A) desidratação grave – iniciar hidratação venosa e, se após 4-6 horas ainda estiver desidratado, indicar hospitalização
- (B) desidratação – liberar com prescrição de sais de reidratação oral, alimentação habitual e oferta de líquidos abundante
- (C) desidratação – iniciar hidratação com sais de reidratação oral na unidade de emergência
- (D) desidratação – internar e iniciar hidratação com sais de reidratação oral
- (E) desidratação grave – internar e iniciar hidratação venosa

42 Lactente de quatro meses apresentou febre, irritabilidade e choro frequente após infecção respiratória alta. A otoscopia revelou hiperemia e abaulamento da membrana timpânica esquerda. Foi tratado com amoxicilina por uma semana com melhora clínica. Nas duas consultas subsequentes, a membrana permanecia opaca com bolhas de ar visíveis na secreção do ouvido médio. Na consulta de oito meses, ainda se observavam as mesmas alterações. O diagnóstico provável é:

- (A) efusão persistente do ouvido médio
- (B) otomastoidite subaguda
- (C) otite colesteatomatosa
- (D) otosclerose crônica
- (E) otite média aguda

43 O exame de VDRL realizado numa puérpera revelou positividade de 1/2. O mesmo exame, realizado no final do terceiro trimestre de gestação, havia sido negativo, como foi negativo no sangue do cordão do nascituro. A conduta adequada para o recém-nascido é:

- (A) alta sem tratamento para acompanhamento ambulatorial
- (B) suspender o aleitamento e tratar somente a puérpera
- (C) não tratar e repetir o exame após três meses
- (D) tratar com penicilina cristalina por dez dias
- (E) aplicar dose única de penicilina procaína

44 Lactente de oito meses apresentou diarreia sanguinolenta desde que foi alimentado aos quatro meses com fórmula láctea de partida. Ocorreram três episódios de diarreia aguda nesse período e todos levaram à desidratação grave, com hiponatremia inferior a 125mEq/l, hipocalemia inferior a 2mEq/l, hipocloremia inferior a 90mEq/l e alcalose metabólica grave. Diante deste quadro, além de intolerância à proteína do leite de vaca, deverá ser investigado, nos próximos episódios agudos:

- (A) intolerância cruzada de proteínas heterólogas
- (B) aspecto histopatológico da mucosa intestinal
- (C) concentração de eletrólitos no suor
- (D) perda fecal de cloreto
- (E) imunidade celular

45 A mãe de um recém-nascido de sete dias, parto normal após 38 semanas de gestação, Apgar 8/9, AIG, observou redução dos movimentos da face do seu filho. Exame físico: sinais vitais normais, pupilas com 4mm de diâmetro e reativas à luz, movimentos extraoculares íntegros, ausência de ptose palpebral, fundoscopia normal e sulcos nasolabiais praticamente simétricos. Quando a criança chora, a face se torna assimétrica e a boca desvia claramente para a direita. O diagnóstico mais provável é:

- (A) ausência do músculo depressor do ângulo da boca
- (B) neuropatia inflamatória do trigêmeo
- (C) paralisia facial traumática
- (D) paralisia facial de Bell
- (E) síndrome de Möbius

46 Escolar de oito anos, sexo masculino, é levado a consulta pediátrica de rotina. Exame físico: peso: 35kg (percentil 95), estatura: 128cm (percentil 50), t. ax: 36,1°C, FC: 92bpm, FR: 18irpm, PA: 114/76mmHg. A aferição da pressão arterial em duas outras ocasiões fornece valores praticamente idênticos. Consultando a tabela abaixo, pode-se afirmar que sua condição clínica é caracterizada como:

- (A) hipertensão estágio 1
- (B) hipertensão estágio 2
- (C) hipertensão grave
- (D) pré-hipertensão
- (E) normotensão

Tabela da questão 46

Percentil da PA	Níveis da PA sistólica e diastólica para meninos de 8 anos													
	PA sistólica							PA diastólica						
	Percentil da estatura							Percentil da estatura						
	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
50	94	95	97	99	100	102	102	56	57	58	59	60	60	61
90	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
99	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88

47 Pré-escolar de cinco anos, sexo feminino, apresentou febre de 38,1°C, letargia, cefaleia, ataxia e, no quarto dia, entrou em coma.

Apresentou episódio de resfriado comum duas semanas antes. Tomografia computadorizada de crânio sem contraste: normal. Punção lombar: pressão de abertura de 22cmH₂O; celularidade: 78/mm³ com 96% de linfomononucleares; proteína: 75mg/dl; glicose: 64mg/dl. Hemograma: Ht: 35,4%, Hb: 12g/dl, leucócitos: 10.400/mm³ (0-3-0-0-2-38-40-15-2); plaquetas: 432.000/mm³. Ressonância magnética de crânio: múltiplas áreas de sinal hiperintenso em T2, captação de contraste na substância branca subcortical nos dois hemisférios cerebrais e aumento da intensidade do sinal nos núcleos da base. O tratamento de escolha é:

- (A) metilprednisolona - 30 mg/kg/dia durante 3 a 5 dias
- (B) claritromicina - 15 mg/kg/dia durante 10 dias
- (C) ceftriaxona - 100 mg/kg/dia durante 14 dias
- (D) ganciclovir - 5 mg/kg/dia durante 21 dias
- (E) aciclovir - 30 mg/kg/dia durante 21 dias

48 Médico é chamado, com sua equipe, a realizar, no hospital público em que trabalha, aborto em adolescente grávida vítima de estupro. O médico se recusa a atuar no caso por motivos religiosos e indica a equipe de outro colega, que aceita a incumbência e a realiza. O chefe do

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia não concorda com os fatos, critica ambos os médicos e os denuncia ao Conselho Regional de Medicina. Do ponto de vista do Código de Ética Médica, é correto afirmar que:

- (A) errou o médico da primeira equipe, que teria a obrigação de realizar o aborto, já que fora convocado, era funcionário do hospital e a lei assim o permite
- (B) agiu corretamente o chefe do serviço de Ginecologia e Obstetrícia, já que o aborto não encontra respaldo no Código de Ética Médica
- (C) errou o médico que realizou o aborto, já que não deveria ter substituído o colega escalado para tal trabalho
- (D) errou o chefe do serviço de Ginecologia e Obstetrícia, já que ambos os médicos agiram corretamente
- (E) errou o chefe do serviço de Ginecologia e Obstetrícia ao incluir na denúncia ambos os médicos

49 Pediatra prescreveu para lactente de 18 meses medicamento intercrise para asma persistente leve. Após uma semana de uso, a criança apresentou crise moderada de asma, permanecendo internada por 48 horas no pronto-socorro. Os pais denunciaram o médico na delegacia de polícia local, pois leram na internet que este fármaco somente é liberado para crianças após os quatro anos de idade, informação corroborada por Resolução da ANVISA. O médico alegou, em sua defesa, que tem experiência com o me-

dicamento nesta faixa etária, não tendo observado efeitos adversos importantes, e que a internação não ocorreu devido ao seu uso. Mostrou ainda, com documentação pertinente, que, no Canadá e nos EUA, o mesmo medicamento é liberado a partir dos 18 meses de idade. Levando em consideração o Código de Ética Médica (CEM), o pediatra:

- (A) transgrediu o CEM, já que deveria ter alertado aos pais que prescrevera um medicamento seguro, mas que, no Brasil, ainda não era liberado para esta faixa etária
- (B) transgrediu o CEM já que no Brasil a faixa mínima de uso do fármaco é de quatro anos, não importando, neste caso, a faixa de liberação de outros países
- (C) agiu corretamente, já que o médico pode realizar qualquer procedimento, desde que esteja capacitado para tal e assuma a responsabilidade pelo ato
- (D) agiu corretamente, pois apresentou respaldo científico de dois países credenciados pelas suas pesquisas e publicações sobre o tema
- (E) agiu corretamente, já que asma persistente necessita de tratamento intercrise e só este fato justifica o uso do medicamento prescrito

50 Lactente de seis meses tem diagnóstico firmado de cardiopatia congênita complexa, devendo aguardar cerca de um mês por cirurgia. Além dos pais, residem com a criança dois irmãos, um com seis anos e outro com 10 anos. Com relação à prevenção da infecção pelo vírus influenza com a vacina específica, a melhor conduta é vacinar:

- (A) o lactente com duas doses da vacina: uma dose agora e outra com intervalo de um mês, mantendo uma dose anual; para seu irmão de seis anos, uma dose agora e uma dose anual; para o irmão de 10 anos, somente uma dose agora
- (B) o lactente e o irmão de seis anos com duas doses da vacina: uma dose agora e outra com intervalo de um mês, mantendo ambos com uma dose anual; para o irmão de 10 anos, uma dose agora e uma anual
- (C) o lactente com duas doses da vacina: uma dose agora e outra com intervalo de um mês, mantendo uma dose anual; os outros dois irmãos deverão receber uma dose agora e uma dose anual
- (D) o lactente com uma dose agora e uma dose anual da vacina; para os irmãos, somente uma dose agora
- (E) os três irmãos com uma dose agora e uma dose anual da vacina

Questão 1

Adolescente, 16 anos, sexo feminino procura sistema de saúde por apresentar dor abdominal e disúria há três dias. Anamnese: relações sexuais sem preservativos, última menstruação há 10 dias. Exame físico: febril (39°C), prostrada, abdômen doloroso à palpação, principalmente em hipogástrio esquerdo. Exame pélvico: descarga vaginal mucopurulenta, sensibilidade ao exame da cérvix e do colo uterino.

ITEM A – Cite a principal hipótese diagnóstica, justificando-a sucintamente

ITEM B – Cite 4 exames complementares indispensáveis para a completa investigação do caso

ITEM C – Cite a droga ou a associação de droga (s) indicada (s) para o tratamento

Questão 2

Ao avaliar a alimentação de um pré-escolar de dois anos o Pediatra ouviu a seguinte história quanto à introdução de alimentos: Foi amamentado ao seio materno exclusivamente até o terceiro mês de vida quando foi introduzido suco de frutas frescas. No quarto mês uma refeição de mingau de leite de vaca com cereais ou uma papa de frutas. No quinto mês, no almoço, foi introduzida a primeira sopa de legumes na qual a carne era cozida e retirada. No sexto mês uma segunda refeição salgada com molho de carne passou a ser oferecida com a recomendação de que todas as refeições tivessem horários rígidos. No

sétimo mês foi introduzido feijão, ocasião em que o aleitamento foi totalmente suspenso e substituído por duas mamadeiras de leite de vaca engrossado ao despertar e ao dormir a noite, com a recomendação de não dar nada de madrugada para “não acostumar mal”. Aos 12 meses a maioria das refeições salgadas era a da família em pequenos pedaços ou liquidificadas. Na época da consulta a criança recebia um jejum de achocolatados com biscoitos, duas refeições de sal (que ela recusava parcialmente) melhorando a aceitação quando eram liquidificadas e acompanhadas de refrigerantes. No lanche da tarde se incluíam queijos “petit suisse”, mingaus de cereais, biscoitos salgados ou recheados, batatas fritas industrializadas e refrigerantes.

ITEM A – À luz dos dez passos da alimentação saudável adotada pela OMS e pelo Departamento de Nutrologia da SBP cite o principal erro identificado na conduta até os seis meses

ITEM B – Cite quatro erros entre os seis e doze meses

ITEM C – E atualmente tres erros alimentares mais importantes

Questão 3

Lactente de 13 meses, morador de João Pessoa, é levado ao posto de saúde para consulta devido a quadro de febre e tosse que se iniciou há dois dias. Durante a consulta, o médico verifica que as últimas vacinas foram aplicadas aos quatro meses e que desde então não há registro da apli-

cação de nenhuma vacina. Quando questionada sobre os motivos que a levaram a interromper as imunizações de seu filho, a mãe informa que ficou muito preocupada após a aplicação das vacinas dos quatro meses, pois naquela ocasião o lactente apresentou febre muito alta. A mãe informa ainda que está novamente grávida, com oito semanas de gestação, e que já iniciou o acompanhamento pré-natal. Ao examinar o paciente você identifica um lactente em bom estado geral, afebril, com desnutrição leve, FR de 32 irpm, roncosp difusos à ausculta pulmonar e sem cicatriz vacinal no braço direito.

ITEM A – Indique as vacinas que deverão ser aplicadas neste momento de acordo com o Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde

ITEM B – Dentre as vacinas indicadas pelo Programa Nacional de Imunizações para o primeiro ano de vida, indique aquela que está contraindicada nesse momento. Justifique sucintamente.

ITEM C – Cite a vacina que deveria ser acrescentada ao esquema caso o menor e sua família fossem moradores da Região Centro-Oeste. Justifique sucintamente.

ITEM D – Considerando o calendário vacinal recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, cite as outras vacinas que estariam indicadas para este paciente neste momento.

Questão 4

Lactente de nove meses é admitido na emergência depois de dois dias de vômitos e diarreia intensos, sem história de febre. Exame físico: letárgico, mucosas secas, turgor de pele diminuído, pulsos finos e fracamente palpáveis, extremidades frias, tempo de enchimento capilar de quatro segundos; FC: 175 bpm, FR: 60 irpm, PA: 60/30 mm Hg. As vias aéreas estão pérvias, é administrado O₂ a 100% e iniciada reposição volêmica com solução cristalóide em infusão rápida. Após uma hora, e já tendo recebido três infusões de cristalóide, associa-se infusão venosa de epinefrina, mas subitamente apresenta parada cardiorrespiratória, irreversível, sendo constatado o óbito. Preencha o item VI da declaração de óbito desse paciente segundo o Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito, do Ministério da Saúde

Questão 4 - item VI da Declaração de Óbito

49 CAUSAS DA MORTE
PARTE I

Anote somente um diagnóstico por linha

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

a _____
devido ou com conseqüência de _____

CAUSAS ANTECEDENTES

Estados mórbidos que produziram a causa acima registrada, sendo a última a causa básica

b _____
devido ou como conseqüência de _____

c _____
devido ou como conseqüência de _____

Respostas das Questões 1 a 50

1. Resposta correta: E

- A = 11,21%
- B = 10,83%
- C = 12,22%
- D = 18,26%
- E = 47,36%

Comentários: A síndrome da veia cava superior decorre de qualquer condição que leve à obstrução do fluxo sanguíneo através da cava. A obstrução pode ser causada pela invasão ou compressão da veia por processos mórbidos adjacentes que envolvam o pulmão direito, linfonodos ou outras estruturas do mediastino. Conforme o fluxo através da cava se torna progressivamente obstruído, ocorre o desenvolvimento de circulação colateral, permitindo o estabelecimento de vias alternativas de retorno venoso para o átrio direito. Entretanto, nos pacientes com processos tumorais de rápido crescimento, os sinais e sintomas de síndrome da cava superior podem se desenvolver em semanas ou meses, pois o rápido aumento da massa tumoral impede o desenvolvimento a tempo de fluxo colateral. Nesses casos, o edema intersticial em cabeça e pescoço, por aumento da pressão hidrostática capilar, pode obstruir a luz das vias aéreas superiores comprometendo a ventilação pulmonar e manifestando-se sob a forma de taquidispnéia, estridor, tosse, disфонia e disfagia. Além disso, o edema cerebral decorrente do aumento

da pressão venosa central pode levar a isquemia, herniação cerebral e morte. De acordo com um dos sistemas de avaliação de gravidade para a síndrome da veia cava superior, um paciente como o da questão, que apresente um grau de obstrução das vias aéreas suficiente para provocar taquidispnéia, deve ser considerado como pertencendo à categoria 4, que inclui os casos com risco de vida imediato, e deve ser tratado de forma emergencial.

2. Resposta correta: C

- A = 3,02%
- B = 41,94%
- C = 28,21%
- D = 9,19%
- E = 17,63%

Comentários: A vaginose bacteriana é decorrente do sinergismo entre a *Gardnerella vaginalis* e outros anaeróbios, causando corrimento vaginal homogêneo branco-acinzentado e com odor fétido. O diagnóstico é confirmado com exame a fresco ou corado pelo Gram e o tratamento é realizado com metronidazol, tinidazol, secnidazol ou tianfenicol. A trichomoníase é o principal agente das vulvovaginites e deve ser investigada, já que o corrimento é amarelado ou acinzentado, às vezes com odor fétido em função de muitas vezes ocorrer contaminação por *Gardnerella vaginalis*.

3. Resposta correta: D

- A = 0,76%
- B = 35,52%
- C = 3,78%

D = 51,76%

E = 8,06%

Comentários: A doença de Osgood-Schlatter é uma apofisite de tração (atualmente já se pensa que possa ser uma microfratura de estresse) da tuberosidade anterior da tíbia, local de inserção dos tendões patelares e do quadríceps. É a causa mais comum de dor nos joelhos em crianças e adolescentes, quase sempre associada à prática esportiva e é geralmente benigna. O exame físico pode revelar aumento de volume local e às vezes, hiperemia ou edema. O tratamento sintomático consiste de gelo local, repouso e eventualmente, imobilização e fisioterapia.

4. Resposta correta: C

A = 0,88%

B = 0,63%

C = 92,95%

D = 1,51%

E = 4,03%

Comentários: Um lactente de seis meses não tem habilidade motora para pular a grade de um berço. A história materna incompatível com o desenvolvimento motor da criança, corroborada pelo tipo de fratura, em metáfise óssea, deve levantar a suspeita de maus-tratos. A conduta segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente é a notificação ao Conselho Tutelar da suspeita levantada, o que não depende de exame de corpo de delito com médico legista. Não cabe portanto, a hipótese de acidente.

5. Resposta correta: E

A = 0,38%

B = 2,14%

C = 11,21%

D = 0,88%

E = 85,26%

Comentários: A dor abdominal é um dos sintomas mais freqüentes e de mais difícil diagnóstico por abrigar tanto doenças graves e agudas quanto doenças psicossomáticas e de ocorrência crônica. O caráter benigno é destacado pelo fato de não comprometer fisicamente o paciente, não interferir com o seu crescimento e desenvolvimento somático, não ter nenhuma evidencia de doença por exames especializados e não interferir com o sono.

6. Resposta correta: B

A = 34,76%

B = 50,63%

C = 0,25%

D = 0,00%

E = 14,36%

Comentários: A adrenalina é o medicamento de escolha no tratamento agudo da anafilaxia. Um lactente de 5 meses que já apresenta edemas periféricos e possivelmente edema de mucosa brônquica encontra-se num estado, cuja evolução, sugere que em breve estará em grave dificuldade respiratória. As outras medidas sugeridas pelas respostas podem ter ação complementar, mas neste momento a melhor escolha é a adrenalina por via intramuscular.

7. Resposta correta: D

- A = 0,63%
- B = 12,34%
- C = 1,64%
- D = 83,75%
- E = 1,64%

Comentários: A tríade de atraso da linguagem, dificuldades de interação social e movimentos estereotipados é típica de autismo. Irritabilidade e crises de agressividade são frequentes quando a rotina da criança autista é alterada. O achado isolado de macrocefalia também é comum. As melhores evidências sugerem que a criança autista se beneficia de terapia comportamental intensiva iniciada precocemente.

8. Resposta correta: C

- A = 18,26%
- B = 1,89%
- C = 62,34%
- D = 1,89%
- E = 15,62%

Comentários: A causa básica de morte constitui-se no aspecto mais importante das estatísticas de mortalidade. A mesma pode ser definida como a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que levou diretamente a morte.

No caso em tela, com os dados apresentados e frente as alternativas propostas, a causa básica do óbito foi a prematuridade e a prevenção básica estaria no pré-natal (prevenção do trabalho de parto prematuro).

Não é raro ocorrerem erros na declaração da causa básica de óbito, pois muitos médicos não preenchem de maneira correta o atestado de óbito, que prejudica sobre maneira as políticas de saúde pública do País.

9. Resposta correta: A

- A = 88,29%
- B = 3,15%
- C = 2,14%
- D = 0,88%
- E = 5,54%

Comentários: A amamentação é permitida e encorajada no caso de recém nascidos a termo filho de mães soropositivas para o citomegalovírus. Infecções sintomáticas ou seqüelas tardias não tem sido observadas nos lactentes que nascem a termo, provavelmente pela passagem de anticorpos maternos específicos transferidos de forma passiva para o recém nascido, protegendo o mesmo contra a doença sistêmica.

Em recém nascidos de mães soronegativas para o CMV que soroconvergem durante a lactação e em recém nascidos prematuros com concentrações baixas de anticorpos maternos transferidos por via transplacentária contra o CMV, a amamentação estaria contra indicada pois os mesmos podem desenvolver doença sintomática com seqüelas por adquirirem o CMV através o leite humano.

10. Resposta correta: B

- A = 5,79%
- B = 77,58%

C = 4,28%

D = 3,15%

E = 9,19%

Comentários: As vacinas produzidas com agentes vivos atenuados, como a tríplice viral, são formalmente contraindicadas para imunodeprimidos e grávidas. Desta forma, o uso de corticóide oral em dose imunossupressora ($\geq 2\text{mg/kg/dia}$ de prednisona ou dose equivalente de outro corticóide) contraindica a aplicação da tríplice viral. Entretanto, no caso em questão, o paciente não pode ser considerado imunodeprimido uma vez que está em uso de corticoide inalatório. Assim sendo, não está contraindicada a aplicação da tríplice viral para este paciente. Da mesma forma, a tríplice bacteriana pode ser aplicada sem qualquer cuidado adicional, pois não está presente nenhum fator que contraindique o seu uso.

11. Resposta correta: B

A = 2,27%

B = 78,84%

C = 2,90%

D = 15,24%

E = 0,76%

Comentários: A catapora costuma ser uma doença extremamente grave nos imunodeprimidos, particularmente naqueles que têm comprometimento da imunidade celular. Em contactantes susceptíveis de varicela, a conduta recomendada é a aplicação da vacina contra o varicela-zoster até cinco dias, de preferência até o terceiro dia, após a exposição. Como

esta vacina é composta de vírus vivo atenuado, seu uso em imunodeprimidos está formalmente contraindicado. Assim sendo, para proteger pacientes imunodeprimidos como o da questão, a profilaxia pós-exposição se faz com a imunoglobulina específica (varicela-zoster imunoglobulina) que deve ser aplicada até o quarto dia após a exposição.

12. Resposta correta: A

A = 67,76%

B = 1,76%

C = 0,76%

D = 1,89%

E = 27,83%

Comentários: A principal hipótese diagnóstica a ser considerada num paciente com febre de origem indeterminada e visceromegalia, acompanhadas de eosinofilia tão intensa quanto a do paciente em questão, é a toxocaríase. A toxocaríase, também conhecida como larva migrans visceral, é uma doença causada pela infecção pelo *Toxocara canis* ou, menos frequentemente, pelo *Toxocara cati*. A infecção pode ser subclínica ou se apresentar com uma forma ocular ou visceral, como a do caso em questão. O diagnóstico definitivo requer a identificação da larva em biópsia de tecido, entretanto isto raramente é necessário na prática clínica. Na presença de quadro clínico-laboratorial sugestivo, a confirmação diagnóstica pode ser feita através de um teste ELISA de alta sensibilidade e especificidade. O tratamento, quando necessário, consiste na administração oral de mebendazol ou albendazol.

13. Resposta correta: A

- A = 78,09%
- B = 0,63%
- C = 3,15%
- D = 3,90%
- E = 14,23%

Comentários: O diagnóstico diferencial das faringoamigdalites pultáceas incluem tanto a clássica doença estreptocócica, como, pelo menos, duas doenças virais, a mononucleose infecciosa causada, na maioria dos casos, pelo vírus de Epstein-Barr e a febre faringoconjuntival causada pelo adenovírus. A presença de linfadenomegalia generalizada, hepatoesplenomegalia, aparecimento de exantema maculopapular após a administração de ampicilina ou amoxicilina e um padrão de linfocitose com numerosos linfócitos atípicos no hemograma é altamente sugestiva de mononucleose infecciosa. Na febre faringoconjuntival, como o próprio nome sugere, é evidente o comprometimento ocular. Na difteria, a febre em geral é baixa, apesar do grande comprometimento do estado geral, e não há pus nas amígdalas. Nesta enfermidade, a característica principal é a presença de uma membrana acinzentada na orofaringe decorrente de necrose da mucosa pela ação da toxina bacteriana.

14. Resposta correta: C

- A = 3,78%
- B = 16,88%
- C = 70,40%
- D = 2,77%
- E = 6,05%

Comentários: A principal hipótese a ser considerada diante de um recém-nascido prematuro, PIG, com icterícia, visceromegalia, exantema petequisal e leucocoria é a possibilidade de infecção congênita. A presença de sopro sistólico infraclavicular, compatível com o diagnóstico de persistência do canal arterial, é muito sugestivo de síndrome da rubéola congênita, infecção congênita que se caracteriza pela tríade composta por surdez, catarata (responsável pela leucocoria) e cardiopatia congênita. As cardiopatias mais encontradas na rubéola congênita incluem a persistência do canal arterial e a estenose de artéria pulmonar. Dentre as outras doenças citadas nas demais opções, muito embora a galactosemia possa cursar com colestase e catarata, não há comprometimento cardíaco nesta moléstia.

15. Resposta correta: B

- A = 3,27%
- B = 77,71%
- C = 1,89%
- D = 1,13%
- E = 15,99%

Comentários: Aquele recém-nascido que, após as medidas iniciais de assistência na sala de parto, mantém cianose generalizada, mas tem respiração efetiva e frequência cardíaca acima de 100bpm, tem indicação da administração de oxigênio inalatório. Se, após 30 segundos de oxigenoterapia, a cianose generalizada persistir, estará indicada ventilação por pressão positiva com balão autoinflável e máscara.

16. Resposta correta: A

- A = 36,78%
- B = 22,80%
- C = 6,55%
- D = 9,57%
- E = 24,18%

Comentários: A questão indaga sobre a profilaxia intraparto contra a infecção estreptocócica. Cerca de 1% da prole de mulheres colonizadas, no final da gestação, pelo estreptococo do grupo B terão infecção estreptocócica no período neonatal. A infecção estreptocócica neonatal costuma se apresentar precocemente sob a forma de doença pulmonar grave, com risco de evolução fulminante. No caso descrito na questão, muito embora não esteja documentada a colonização da mãe, está indicada a profilaxia intraparto devido à presença de dois fatores de risco, trabalho de parto prematuro e febre materna. Desta forma, o médico optou, corretamente, pela administração de dose de ataque de penicilina, droga de escolha para a profilaxia intraparto, e teria aplicada nova dose de 4/4h até o nascimento da criança. Após o nascimento, como o recém-nascido está assintomático, a conduta indicada, nas crianças com menos de 35 semanas de idade gestacional ao nascimento, é a coleta de hemograma, hemocultura e a observação clínica por 48 horas. Não há necessidade inicial nem da administração de antibióticos nem da realização de punção lombar.

17. Resposta correta: C

- A = 30,35%
- B = 3,15%

- C = 31,11%
- D = 21,28%
- E = 13,98%

Comentários: Muito embora a BCG seja uma vacina constituída de bactérias vivas atenuadas, não há contraindicação à aplicação desta vacina nos recém-nascidos filhos de mães HIV+, na verdade, a aplicação está indicada, não devendo ser postergada a menos que haja outras contraindicações. A vacina contra a hepatite B, produzida por tecnologia de DNA recombinante, não apresenta riscos nem para recém-nascidos filhos de mães HIV+ nem para pacientes imunocomprometidos, em virtude de conter apenas o antígeno de superfície do vírus B. A administração de zidovudina ao recém-nascido, mesmo quando a profilaxia durante a gestação e intraparto não foi realizada, é capaz de reduzir a transmissão vertical do HIV e deve ser iniciada imediatamente após o parto, de preferência ainda na sala de parto. Entretanto, não há qualquer evidência de que a utilização da zidovudina depois de 48 horas de vida da criança tenha efeito benéfico e portanto, nessa situação, esta droga não está indicada, muito embora possa ser administrada a critério do médico responsável pela assistência ao paciente.

18. Resposta correta: D

- A = 18,89%
- B = 7,81%
- C = 18,51%
- D = 17,00%
- E = 37,53%

Comentários: Segundo o algoritmo que versa sobre o tratamento da crise de asma da criança no pronto-socorro contido nas **IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma**, “se PFE > 90% após o tratamento inicial, doses adicionais não são necessárias”. A seguir, o consenso refere: “iniciar corticosteróide se o paciente é cortico-dependente ou não apresentar uma boa resposta ao tratamento inicial com B2-agonista (spray ou nebulização).” O paciente em questão, apresentou uma boa resposta. Segue o algoritmo das diretrizes brasileiras: reavaliação da FR, FC, ausculta, uso da musculatura acessória, dispnéia, Sat O₂. O quadro seguinte mostra que se houver BOA RESPOSTA: PFE > 70% do predito, diminuição da FR e FC. Ausculta: sibilos raros ou ausentes, musculatura acessória: sem uso; dispnéia mínima ou ausente, Sat O₂ > 95% em ar ambiente (é o nosso paciente), aumentar intervalos das nebulizações para cada duas horas e observar no mínimo por uma hora. Essas considerações são compatíveis com a NOSSA RESPOSTA: aumentar os intervalos da aplicação do β2-agonista para cada duas horas e observar.

19. Resposta correta: D

- A = 1,64%
- B = 60,83%
- C = 9,32%
- D = 19,14%
- E = 9,07%

Comentários: O escolar de oito anos apresenta frequência respiratória aumen-

tada, tiragem subcostal, taquicardia, comunicando-se somente com frases curtas. Apresenta, ainda, saturação de menos de 90% e PFE < 30%. Com este quadro clínico, pode-se afirmar, segundo as Diretrizes citadas, que o escolar apresenta crise de asma muito grave, necessitando internação para tratamento compatível com o quadro.

20. Resposta correta: A

- A = 68,26%
- B = 5,16%
- C = 18,01%
- D = 0,76%
- E = 7,81%

Comentários: Trata-se de escolar imunossuprimido, contato com adulto portador de tuberculose pulmonar, possivelmente bacilífero, e com radiografia de tórax normal e teste tuberculínico Não Reator, zero milímetro. As **II Diretrizes Brasileiras para Tuberculose** preconizam o uso da quimioprofilaxia, independentemente do PPD atual, em pelo menos três situações em imunossuprimidos ou desnutridos graves: PPD Reator Forte há menos de 12 meses (recente), radiografia de tórax compatível com passado de tuberculose pulmonar sem tratamento e contato com adulto bacilífero.

21. Resposta correta: B

- A = 10,45%
- B = 69,27%
- C = 6,80%
- D = 8,44%
- E = 5,04%

Comentários: A pneumonia atípica tem quadro clínico evolutivo mais arrasado, acometendo principalmente escolares e adolescentes com quadro inicial de tosse seca, febre e dor de garganta que evolui para tosse irritativa, às vezes paroxística, que persiste por mais de três semanas. História de outro membro da família com a mesma representação clínica, que não obteve melhora com uso de “xaropes” e antibióticos como, por exemplo, amoxicilina, colabora com o diagnóstico de pneumonia atípica. Ao exame físico, o paciente encontra-se, geralmente, em bom estado geral, em eupnéia e com crepitações à ausculta. Miringite bolhosa e sintomas de doença neurológica como neurite óptica e síndrome de Guillain-Barré podem estar presentes. Crepitações estão presentes na maioria dos casos de infecção do parênquima pulmonar.

O escolar apresenta quadro compatível com Pneumonia Atípica: Tosse há pelo menos 15 dias, irritativa, dia e noite, com história de faringite no início do quadro e de contato com adulto que teve a mesma evolução. Apresenta, ainda, crepitações em bases pulmonares sem dispnéia. Revisões da literatura mostram que crianças que apresentam pneumonia por *Mycoplasma*, 97% têm tosse e, no início do quadro, 85% têm febre e 57% dor de garganta. Crepitações pulmonares estão presentes em 85% dos doentes. Sintomas de doença neurológica podem estar presentes em 7% dos episódios. A história de adulto, adolescente ou escolar, com o mesmo quadro, auxilia a

firmar o diagnóstico. O tratamento indicado para o tratamento de pneumonia atípica é o macrolídeo (eritromicina).

22. Resposta correta: D

- A = 2,27%
- B = 27,71%
- C = 6,30%
- D = 62,34%
- E = 1,26%

Comentários: O pré-escolar atópico, com várias manifestações clínicas e com comprometimento esofágico evidente e grave é, certamente, portador da esofagite eosinofílica. Para as esofagites graves, e muito sintomáticas, a endoscopia esofagogástrica é mandatória para a observação da lesão e coleta de material de biópsia e avaliação patológica.

23. Resposta correta: E

- A = 0,76%
- B = 0,50%
- C = 2,90%
- D = 0,25%
- E = 95,59%

Comentários: O quadro apresentado acima é compatível com epiglotite bacteriana. Felizmente, após o advento do uso da vacinação anti-hemófilos tipo B como rotina no calendário obrigatório de vacinação, iniciada aos 2 meses de idade, esses quadros dramáticos diminuíram em quase 90% nos países que adotaram esta postura. Entretanto, outras bactérias podem, ainda, ocasionar a doença, como o *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae* e o *Staphylococcus aureus*.

Manter as vias aéreas permeáveis com entubação nasotraqueal é o primeiro passo, sendo necessário profissional bem treinado para obter sucesso no procedimento. Há os que advogam a traqueostomia como primeira escolha dadas as dificuldades de passar o tubo por epiglote tão edemaciada.

24. Resposta correta: A

- A = 63,85%
- B = 16,62%
- C = 18,01%
- D = 1,39%
- E = 0,13%

Comentários: Pacientes portadores de insuficiência cardíaca desenvolvem desnutrição protéico-calórica em virtude da dificuldade de absorção e de transporte circulatório dos nutrientes. Além disto, costumam ter aumento de volemia e o que induz a restrição hídrica e uso de diuréticos. Para otimizar o aproveitamento energético, sem aumentar a volemia, a melhor conduta é o enriquecimento alimentar com gorduras, especialmente com óleos vegetais. Os ácidos graxos proporcionam ainda um melhor aproveitamento metabólico com menor consumo de oxigênio por caloria produzida, o que é uma vantagem a mais para o paciente cardiopata. Não devemos nos esquecer também, que estes pacientes ao acumularem água no extracelular de forma intensa e fazerem uso de diuréticos possuem um “turnover” aumentado de vitaminas hidrossolúveis. Deverão ser suplementados com doses mais altas do que o habitual destas vitaminas.

25. Resposta correta: B

- A = 8,06%
- B = 80,60%
- C = 0,13%
- D = 5,54%
- E = 5,67%

Comentários: O volume do colostro é muito pequeno, mesmo quando o recém-nascido tem boa sucção não há possibilidade de que este volume alcance as necessidades hídricas de um lactente normal. Ocorre que nos primeiros dias de vida a economia de água é muito grande em função do estresse do nascimento, que libera grandes quantidades de ADH e não há nem suor nem lágrimas no recém-nascido. O balanço hídrico é negativo, mas não ocorre sintomas clínicos em virtude do rearranjo dos líquidos extracelulares normalmente aumentados no período fetal, em comparação com o que ocorre após a adaptação da circulação em paralelo tipo adulto. Há uma redução da água corporal total que se manifesta na redução do peso dos primeiros dias.

26. Resposta correta: D

- A = 3,02%
- B = 0,38%
- C = 32,12%
- D = 64,48%
- E = 0,00%

Comentários: Nos casos clássicos de malformação esofágica, como atresia, ou fistula, manter o paciente em jejum é fundamental. A tentativa de alimentar um recém-nascido nestas condições poderá

ser fatal pela pneumonia de aspiração. Portanto a via oral, ou digestiva alta está totalmente contra-indicada. Este paciente ficará em hidratação venosa com soro glicosado e deverá ser submetido a nutrição parenteral total antes, durante e após a correção cirúrgica, caso ela possa ocorrer já no nascimento.

27. Resposta correta: C

- A = 7,81%
- B = 41,31%
- C = 44,08%
- D = 1,51%
- E = 5,29%

Comentários: O primeiro gemelar, além do extremo baixo peso, é de maior risco nutricional em função da hiperviscosidade e hipoglicemia. Em função deste alto risco nutricional deverá ser colocado em nutrição parenteral imediata, diminuindo a intensidade da gliconeogênese que geraria um maior consumo de suas proteínas viscerais. O segundo gemelar tem um peso bem melhor, e embora tenha apresentado alguma dificuldade respiratória inicial, esta se resolveu rapidamente colocando em situação de ter um suporte nutricional menos invasivo, com sonda orogástrica e leite materno ordenhado. A possibilidade deste é em poucos dias estar sugando e sendo liberado, uma vez que o limite para a retirada da sonda orogástrica e permissão para sugar está muito próxima. Ele perderá algum peso, ficando abaixo dos 1800g do nascimento, mas é provável que em menos de cinco dias esteja novamente com os 1800g que lhe permitirão sugar.

28. Resposta correta: D

- A = 21,54%
- B = 16,50%
- C = 0,00%
- D = 61,84%
- E = 0,13%

Comentários: O atraso puberal em meninas é caracterizado por ausência de telarca após 13 anos, pubarca aos 14 anos ou menarca após 16 anos. No atraso puberal, os pacientes apresentam velocidade de crescimento diminuída no período que antecede a puberdade (o mínimo considerado normal é de 6cm/ano). A investigação inclui a solicitação de RX de punho e mão esquerdos (idade óssea), RX de sela túrcica, dosagem de LH, FSH, testosterona e/ou estradiol e ultrassom pélvico. No exame físico, devemos atentar para crescimento, presença de estigmas sindrômicos, aferir pressão arterial, palpar tireóide e avaliar o estadiamento sexual.

29. Resposta correta: D

- A = 10,83%
- B = 3,65%
- C = 9,19%
- D = 57,68%
- E = 18,64%

Comentários: A puberdade masculina é marcada pelo volume testicular igual ou acima de 3cm³, caracterizando o estágio G2 de Tanner.

30. Resposta correta: A

- A = 85,26%
- B = 7,30%
- C = 2,52%

D = 0,25%

E = 4,53%

Comentários: A dieta vegetariana estrita não fornece vitamina B12 e níveis mínimos de cálcio, vitamina D e ferro, devendo ser feita uma reeducação alimentar.

31. Resposta correta: C

A = 13,98%

B = 9,45%

C = 66,50%

D = 9,82%

E = 0,25%

Comentários: O achado de choro frequente, irritabilidade e dificuldade para manter o sono num lactente de três meses é muito sugestivo da falta de estabelecimento de um vínculo afetivo entre mãe e filho. Isso fica particularmente evidente quando se percebe a dificuldade da mãe em aconchegar a criança ao colo e seu desinteresse nos cuidados com seu filho. O distúrbio de vinculação da primeira infância tem inúmeras causas, mas no caso da questão, as evidências apontam para a depressão materna, fortemente sugerida pelo desinteresse da mãe em cuidar do bebê, choro materno quando o bebê chora, irritabilidade e agressividade.

32. Resposta correta: D

A = 24,18%

B = 1,39%

C = 4,03%

D = 68,64%

E = 1,76%

Comentários: A sinovite transitória do quadril é caracterizada por dor no quadril e limitação de movimentos, e quase sempre é acompanhada por claudicação, podendo ser uni ou bilateral, surgindo após quadro viral. O laboratório é normal, assim como as radiografias do local. Eventualmente, o ultrassom pode evidenciar efusão articular. O quadro é auto limitado, mas recomenda-se repouso e em alguns casos, anti-inflamatórios não hormonais (AINH).

33. Resposta correta: E

A = 2,02%

B = 1,39%

C = 1,64%

D = 2,90%

E = 91,94%

Comentários: O estreptococo viridans é a causa mais freqüente de endocardite bacteriana após procedimento dentário. A penicilina é altamente eficaz, mas a droga de escolha é a amoxicilina por ter uma meia vida mais longa. Hoje em dia, existem pesquisas odontológicas que não indicam a profilaxia da endocardite bacteriana, mas como regra geral para os pediatras, ainda se indica o uso de antibióticos profilaticamente.

34. Resposta correta: E

A = 1,26%

B = 4,03%

C = 39,67%

D = 1,39%

E = 53,53%

Comentários: A associação de febre, faringite, conjuntivite, linfadenopatia

cervical e pré-auricular, fraqueza e mal-estar compõe o quadro clínico da febre faringoconjuntival, cujo agente etiológico é o adenovírus do tipo 3.

35. Resposta correta: A

- A = 56,55%
- B = 1,51%
- C = 15,74%
- D = 5,54%
- E = 20,65%

Comentários: O paciente apresenta manifestações clínicas de glomerulonefrite aguda associada a hipertensão arterial grave. O paciente evoluiu com as complicações de crise epiléptica e coma, definindo o diagnóstico de encefalopatia hipertensiva, que é tratada com anti-hipertensivos e anticonvulsivantes.

36. Resposta correta: A

- A = 88,04%
- B = 0,63%
- C = 7,18%
- D = 4,03%
- E = 0,13%

Comentários: Febre, crise convulsiva generalizada com duração inferior a 15 minutos e um breve período pós-ictal de sonolência seguida por recuperação plena em crianças de 9 meses a 5 anos de idade são critérios de diagnóstico de uma crise febril benigna.

37. Resposta correta: E

- A = 3,90%
- B = 1,76%

- C = 12,85%
- D = 16,12%
- E = 65,37%

Comentários: Os pacientes com feocromocitoma apresentam hipertensão persistente, cefaleia, palpitações, tontura e dor abdominal. Nos casos graves, pode haver edema pulmonar, cardiomegalia e hepatomegalia. Um bom apetite com perda ponderal também é encontrado no hipertireoidismo, mas a elevação acentuada da pressão arterial e a piora dos sintomas durante o exercício sugerem mais fortemente feocromocitoma. A síndrome de Cushing é excluída pela ausência de ganho ponderal e de fácies cushingóide. As crianças com aldosteronismo primário podem ter hipertensão acentuada, cefaleia, tontura e perturbações visuais, mas a ausência de fraqueza e de poliúria falam contra este diagnóstico. Na coarctação da aorta, esperaríamos encontrar disparidade no pulso e na pressão arterial entre os braços e as pernas, fraqueza e/ou dor nas pernas após o exercício.

38. Resposta correta: E

- A = 11,08%
- B = 2,39%
- C = 12,59%
- D = 39,67%
- E = 34,26%

Comentários: A presença de bócio e atraso do crescimento em escolar do sexo feminino é sugestiva de tireoidite linfocítica. O hipotireoidismo subclínico é encontrado em alguns pacientes,

enquanto o teste de anticorpos antitreoglobulina é positivo em menos de 50% dessas crianças.

39. Resposta correta: E

- A = 0,13%
- B = 0,76%
- C = 9,95%
- D = 0,38%
- E = 88,66%

Comentários: A miosite pós infecção por influenza tipo B é uma manifestação menos comum, que ocorre de 5 a 7 dias e é caracterizada por fraqueza muscular e dor em membros inferiores. O laboratório pode revelar alterações na CK, LDH, enzimas hepáticas, além de neutropenia.

40. Resposta correta: D

- A = 15,99%
- B = 2,77%
- C = 6,80%
- D = 69,40%
- E = 5,04%

Comentários: O adolescente preenche os critérios para o diagnóstico de febre reumática. Dos critérios maiores de Jones temos a poliartrite migratória e a cardite. Entre os critérios menores estão a febre e as alterações laboratoriais caracterizadas pelas proteínas de fase aguda elevadas: VHS e proteína C reativa. Para o diagnóstico de febre reumática aguda é obrigatório também a evidência de infecção recente por estreptococo do grupo A, o que se comprova com

o título elevado de antiestreptolisina O (1220UI/dl). É importante assinalar que a febre reumática aguda aparece tipicamente duas a quatro semanas após o episódio de faringite aguda por estreptococo do grupo A, quando os achados de faringite não estão mais presentes, e quando somente 10 a 20% das culturas de faringe e os testes de antígeno estreptocócico rápido são positivos. Pelos critérios de Jones a presença de dois critérios maiores ou um maior e dois menores indicam alta probabilidade de febre reumática aguda, sempre que haja evidência de infecção estreptocócica (grupo A).

41. Resposta correta: C

- A = 12,72%
- B = 0,63%
- C = 67,38%
- D = 5,67%
- E = 13,48%

Comentários: O lactente descrito na questão apresenta sinais evidentes de desidratação, como irritabilidade, olhos fundos, sinal da prega com desaparecimento lento e sede intensa. Não há sinais de desidratação grave. Nestes casos, definidos pela OMS como desidratação não-grave ou, simplesmente, desidratação, indica-se o plano B. Este plano de tratamento consiste na administração de 50-100ml/kg de solução reidratante oral contendo 75mEq/l de sódio, durante 4-6 horas, na unidade de saúde onde é feito o atendimento do paciente.

42. Resposta correta: A

- A = 49,87%
- B = 2,90%
- C = 35,52%
- D = 9,57%
- E = 2,14%

Comentários: Este é um quadro frequente, e que costuma ser negligenciado. O médico pouco cauteloso irá tratar a efusão persistente como infecciosa, e como ela é silente, provavelmente irá considerá-la resolvida sem reavaliação. A natureza catarral e não infecciosa, possivelmente de origem alérgica, faz com que o ouvido médio permaneça ocupado por secreção durante meses, sem que os pais ou o médico tenham quaisquer suspeitas. Esta situação, quando não detectada e tratada poderá levar a artrodese dos ossículos do ouvido médio e a perda da audição num período de seis meses.

43. Resposta correta: D

- A = 46,47%
- B = 0,50%
- C = 16,37%
- D = 28,84%
- E = 7,68%

Comentários: A positividade nesta puérpera é bastante significativa, pois como o exame do terceiro trimestre se mostrou negativo, a sua exposição e infecção foi muito recente. Tal infecção pode não ter sido suficiente para positivar no feto/recém-nascido trazendo uma situação de difícil possibilidade diagnóstica. O risco para o recém-nascido é muito alto e a melhor recomendação

passa a ser o tratamento completo com penicilina cristalina por dez dias.

44. Resposta correta: D

- A = 11,46%
- B = 26,07%
- C = 39,55%
- D = 16,37%
- E = 6,55%

Comentários: As diarreias infecciosas costumam levar a desidratação com redução dos cloretos e do sódio. Nas salmoneloses e na cólera a perda seletiva de cloretos é muito intensa. A cloridorréia congênita é uma doença rara, porém se manifesta com grande perda de cloretos que chegam a comprometer o equilíbrio ácido-básico com o aparecimento de alcalose metabólica e níveis baixíssimos dos cátions, uma vez que o acceptor negativo, cloreto, estará muito reduzido. O exame que se impõe é a dosagem, em fezes líquidas, dos eletrólitos que certamente mostrará uma perda anormal de cloretos.

45. Resposta correta: A

- A = 10,08%
- B = 5,92%
- C = 47,86%
- D = 27,71%
- E = 8,44%

Comentários: A assimetria facial associada à ausência do músculo depressor do ângulo da boca evidencia-se apenas durante o choro. A normalidade do restante do exame físico fortalece esse diagnóstico.

46. Resposta correta: D

- A = 25,82%
- B = 7,30%
- C = 1,89%
- D = 40,43%
- E = 24,43%

Comentários: A resolução desta questão requer que o candidato conheça a classificação dos estágios de elevação da pressão arterial em crianças. Uma PA de 114/76 mm Hg em menino de 8 anos cuja estatura está no percentil 50 enquadra-se entre os percentis 90 e 95 tanto para a PA sistólica quanto a diastólica, o que caracteriza a pré-hipertensão.

47. Resposta correta: A

- A = 15,87%
- B = 0,50%
- C = 4,03%
- D = 20,65%
- E = 58,94%

Comentários: O quadro clínico e radiológico é fortemente sugestivo de encefalomielite disseminada aguda (ADEM). O tratamento de escolha nesses casos é com metilprednisolona em doses plenas durante 3 a 5 dias.

48. Resposta correta: D

- A = 4,03%
- B = 21,79%
- C = 2,14%
- D = 60,83%
- E = 11,08%

Comentários: O médico pode se recusar a executar procedimentos que

vão contra sua consciência, religião ou filosofia de vida, desde que não coloque em risco a vida do paciente e garanta a assistência adequada. O CEM diz em seu Capítulo II, Direitos do Médico, Artigo 28, que é direito do Médico “Recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”. Ambos agiram corretamente no exercício da medicina e garantiram o desenlace favorável à paciente.

49. Resposta correta: B

- A = 33,50%
- B = 55,42%
- C = 3,90%
- D = 5,42%
- E = 1,76%

Comentários: O médico tem que respeitar a legislação vigente no país e as resoluções dos órgãos competentes disciplinadores. Não pode o médico usar medicamento não liberado no país, no caso em questão para aquela faixa etária. Caso pretenda usar experimentalmente, terá que pedir autorização aos órgãos competentes como, por exemplo, a Comissão de Ética em Pesquisa do seu hospital ou referida e consentimento ao paciente ou a seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis consequências (Artigo 124 do CEM).

50. Resposta correta: B

- A = 7,68%
- B = 15,99%
- C = 49,62%

D = 12,85%

E = 13,85%

Comentários: A Academia Americana de Pediatria e o CDC recomendam a vacinação anual anti-influenza para todas as crianças com condição de alto risco ou complicação para infecção pelo influenza a partir de seis meses a 18 anos, crianças ou adolescentes entre 6 meses e 18 anos que estão recebendo por longo prazo aspirina, todas as crianças saudáveis que tenham de seis meses a 59 meses, todos os contatos domésticos e cuidadores de crianças com condições de alto risco ou menores de 5 anos, incluindo contatos de menores de seis meses. Crianças de seis meses a oito anos que não foram previamente vacinadas devem receber, no primeiro ano que for vacinada, duas doses inicialmente, com intervalo de um mês e, após, seguir a rotina. No Brasil, o calendário oficial do Ministério da Saúde contempla os maiores

de 60 anos e crianças a partir dos seis meses de idade com alto risco para complicações devido à influenza conforme indicação do Centro de Imunobiológicos Especiais (CRIEs). A SBP recomenda no seu calendário de imunização a vacina para todas as crianças dos seis meses aos dois anos. A partir daí, passa a ser indicada para grupos de maior risco, conforme indicação do Centro de Imunobiológicos Especiais (CRIEs). Crianças de seis meses a oito anos que não foram previamente vacinadas devem receber, no primeiro ano que for vacinada, duas doses inicialmente, com intervalo de um mês e, após, seguir a rotina. A dose para aqueles com idade entre seis meses e 36 meses é de 0,25ml e depois dos três anos de idade é de 0,5 ml / dose. A partir dos nove anos, sendo a primeira dose, deve ser administrada apenas uma dose (0,5 ml) e mantida anualmente se indicada.

Comentário dos Casos: (questões dissertativas)

Questão 1

ITEM A - Doença inflamatória pélvica

ITEM B - Hemograma, VHS, PCR, VDRL, sorodiagnóstico para sífilis, pesquisa de Gram, cultura de material do cérvix

ITEM C - Em função da associação de Chlamydia e Gonococcia doxiciclina, quinolonas, tetraciclina e azitromicina

Comentários:

ITEM A - Trata-se de uma Doença Inflamatória Pélvica (DIP) que necessita de internação e uso de antibioticoterapia venosa, em função do comprometimento do estado geral (prostração, febre e dor abdominal), além de disúria, corrimento vaginal muco purulento, atividade sexual e sensibilidade dolorosa da cérvix. As complicações de uma DIP mal tratada são: aderências pélvicas, infertilidade e gravidez ectópica.

ITEM B - O padrão ouro é a cultura da endocérvix ou uretra para pesquisa de *Chlamydia trachomatis*. Devemos pedir também: hemograma completo com VHS e PCR, pesquisa de Gram,

sorodiagnóstico para sífilis, citologia corada (Papanicolau), urinocultura e ultrassom pélvico.

Como alternativas menos comuns, podemos solicitar ensaio imuno enzimático (EIA), anticorpos monoclonais (DFA) e hibridização de DNA.

ITEM C - Em virtude da alta frequência de associação com infecções gonocócicas, devemos prescrever esquemas efetivos para ambas as bactérias: doxiciclina (7 a 10 dias), tetraciclina (7 a 10 dias), azitromicina (dose única) ou quinolonas. Em função do comprometimento do estado geral, a azitromicina não deve ser a opção de escolha, podendo-se também associar cefotaxime e doxiciclina venosos como primeiro esquema terapêutico.

Questão 2

ITEM A)

Passo 1 – Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos.

ITEM B)

Passo 3 – Após os 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes), três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.

Passo 4 – A alimentação complementar deverá ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.

Passo 5 – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida com colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

Passo 6 – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é, também, uma alimentação colorida.

Passo 7 – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

ITEM C)

Passo 5 – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida com colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

Passo 6 – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é, também, uma alimentação colorida.

Passo 7 – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

Passo 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

Comentários:

A alimentação nos primeiros anos de vida deve atender as necessidades nutricionais e sociais da criança. Um aspecto mais moderno é utilizarmos estes hábitos alimentares recém criados para promover uma alimentação saudável com repercussões positivas ao longo da vida. Os dez passos para uma alimentação saudável publicado pelo Ministério da Saúde e adotado pelo Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria são um guia de bolso atualizado e prático na orientação da alimentação nos primeiros anos de vida. A questão foi montada tendo como base estes dez passos, e faz uma crítica a orientações até recentes (década de 80/90) nas quais havia uma grande interferência na evolução natural da alimentação sem bases científicas adequadas e sem a atenção a questão social e cultural da alimentação das nossas crianças.

Questão 3

ITEM A - BCG, vacina contra a hepatite B, tetravalente (aceitar tríplice bacteriana e vacina contra hemófilo B), vacina oral contra a poliomielite, tríplice viral.

ITEM B - Vacina oral contra o rotavírus humano; esta vacina é contraindicada

em crianças com mais de cinco meses e meio devido à falta de estudos de segurança nessa idade.

ITEM C - Vacina contra a febre amarela; a região Centro-Oeste é considerada área endêmica de febre amarela, havendo indicação da aplicação da vacina contra a febre amarela aos nove meses em todos os moradores, com doses de reforço de 10 / 10 anos, e dez dias antes da viagem em todos os indivíduos maiores de seis meses que se deslocam para essa área.

ITEM D - Vacina conjugada contra o pneumococo, vacina conjugada contra o meningococo C, vacina contra a gripe (influenza), vacina contra hepatite A, vacina contra a varicela.

Comentários:

ITEM A) Estão indicadas nesse momento a administração da BCG, da vacina contra a hepatite B, da tetravalente (tríplice bacteriana associada à vacina contra hemófilo B), da vacina oral contra a poliomielite e da tríplice viral. A ocorrência de febre alta após a aplicação das vacinas dos quatro meses provavelmente decorre de evento adverso produzido pelo componente pertussis da tetravalente, mas tal fato não contraindica a aplicação das outras doses dessa vacina nem da troca pela vacina acelular. Nestes casos, indica-se a administração de um antitérmico, cerca de 30 minutos antes da aplicação da vacina, seguido pela sua administração

regular por 48 horas. Apesar da vacina tríplice viral conter o vírus atenuado da rubéola, a gravidez da mãe não contraindica a aplicação da vacina para a criança, pois o vírus vacinal é considerado não infectante.

ITEM B - A vacina oral contra o rotavírus humano está contraindicada em crianças com mais de cinco meses e meio devido à falta de estudos de segurança nessa idade. É preciso lembrar que a vacina composta de rotavírus extraídos de macacos, liberadas pelo FDA há cerca de 12 anos nos EUA, teve que ser retirada de circulação em decorrência da elevada incidência de invaginação intestinal associada à vacina.

ITEM C - Neste caso estaria indicada a vacina contra a febre amarela, pois a região Centro-Oeste é considerada área endêmica de febre amarela. Nas áreas endêmicas, de transição e de risco potencial esta vacina deve ser aplicada aos nove meses em todos os moradores, com doses de reforço de 10 / 10 anos. A aplicação da vacina também está indicada para todos os indivíduos maiores de seis meses que se deslocam para essas áreas, pelo menos dez dias antes da viagem.

ITEM D - O calendário vacinal 2009 da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda, além das vacinas do calendário oficial brasileiro, a aplicação

das seguintes vacinas: conjugada contra o pneumococo, conjugada contra o meningococo C, contra a gripe (influenza), contra a hepatite A e contra a varicela.

Questão 4

ITEM A - Choque hipovolêmico (descompensado/frio)

ITEM B - Desidratação

ITEM C - Gastroenterite aguda/Diarreia aguda

Comentários:

ITEM A - Choque hipovolêmico (descompensado/frio): caracterizado por pele fria, palidez, taquicardia, pulsos finos, enchimento capilar lentificado e hipotensão arterial.

ITEM B - Desidratação

ITEM C - Gastroenterite/ Diarréia aguda: dois dias com vômitos e diarréia intensos

Parada cardiorrespiratória e insuficiência respiratória aguda não são causas e sim eventos terminais, e assim não podem ser colocados no atestado de

óbito. Por definição, causa básica (ou causa primária) é definida como “a doença que iniciou uma sucessão de eventos que levaram à morte”.

Muitos candidatos simplificaram a sequência de eventos (só 1 ou 2 diagnósticos) e outros colocaram a sequência de forma invertida. Houve também casos de uso da linha superior do atestado, não se respeitando as linhas a, b, c.

Lactente de nove meses é admitido na emergência depois de dois dias de vômitos e diarréia intensos, sem história de febre. Exame físico: letárgico, mucosas secas, turgor de pele diminuído, pulsos finos e fracamente palpáveis, extremidades frias, tempo de enchimento capilar de quatro segundos. FC: 175 bpm, FR: 60 ipm, PA: 60 / 30 mm Hg, Sat O₂: 90%. As vias aéreas estão pervias e é administrado O₂ a 100%, iniciada reposição volêmica com solução cristalóide em infusão rápida. Após uma hora, e já tendo recebido três infusões de cristalóide, associa-se infusão venosa de epinefrina, mas súbitamente apresenta parada cardio respiratória, irreversível, sendo constatado óbito.

Preencha o item VI da declaração de óbito desse paciente, segundo o Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito, do Ministério da Saúde

49 CAUSAS DA MORTE PARTE I	Anotar somente um diagnóstico por linha	
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a	<u> CHOQUE HIPOVOLÊMICO </u> devido ou com consequência de _____
CAUSAS ANTECEDENTES		
Estados mórbidos que produziram a causa acima registrada, sendo a última a causa básica	b	<u> DESIDRATAÇÃO </u> devido ou como consequência de _____
	c	<u> GASTROENTERITE/DIARRÉIA AGUDA </u> devido ou como consequência de _____

BIBLIOGRAFIA

- Cloherty J., Eichenwald, E., Stark R.A. Manual of neonatal care. 6ª ed. Lippincott Williams & Wilkins 2008.
- Kliegman, Berhman, Jonson, Stanton. Nelson – Textbook of Pediatrics - 18ª ed - 2007.
- Lopes FA, Campos Jr. D. Tratado de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. S. Paulo, Manole, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. Brasília, DF. 2002
- Brasil. Ministério da Saúde. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Série Cadernos de Atenção Básica nº 11. Normas e manuais técnicos nº 173, Brasília, DF. 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar. ANVISA. MS, Brasília, 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Brasília, DF. 2005.
- IV Diretrizes Brasileiras do Manejo da Asma. J. Bras. Pneumol. 32, Supl 7, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Guia de tratamento clínico da Infecção pelo HIV em Pediatria. Brasília, DF, 3ª ed - 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Imunobiológicos especiais e suas indicações, Brasília, DF. 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral. Brasília, DF, 4ª ed - 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde Manual de Vigilância Epidemiológica de efeitos adversos pós-vacinação. Brasília, MS 2007.
- Sociedade Brasileira de Pediatria - Calendário Vacinal 2008 - Educação médica continuada. Documentos Científicos. disponível em www.sbp.com.br
- Código de Ética Médica - Resolução CFM nº 1.246/88. Disponível em <http://www.cfm.org.br>
- Estatuto da criança e do adolescente. Disponível em: <http://www.estatutodacriancaedoadolescente.com/eca.htm>

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



Rua Santa Clara, 292
Copacabana - Rio de Janeiro - RJ
CEP 22041-010
Tel.: (21) 2548-1999
Fax.: (21) 2547-3567
E-mail: sbp@sbp.com.br

www.sbp.com.br



NOTA IMPORTANTE:

AS GESTANTES E NUTRIZES PRECISAM SER INFORMADAS QUE O LEITE MATERNO É O IDEAL PARA O LACTENTE, CONSTITUINDO-SE A MELHOR NUTRIÇÃO E PROTEÇÃO PARA ESTAS CRIANÇAS. A MÃE DEVE SER ORIENTADA QUANTO À IMPORTÂNCIA DE UMA DIETA EQUILIBRADA NESTE PERÍODO E QUANTO À MANEIRA DE SE PREPARAR PARA O ALEITAMENTO AO SEIO ATÉ OS DOIS ANOS DE IDADE DA CRIANÇA OU MAIS. O USO DE MAMADEIRAS, BICOS E CHUPETAS DEVE SER DESENCORAJADO, POIS PODE TRAZER EFEITOS NEGATIVOS SOBRE O ALEITAMENTO NATURAL. A MÃE DEVE SER PREVENIDA QUANTO À DIFICULDADE DE VOLTAR A AMAMENTAR SEU FILHO UMA VEZ ABANDONADO O ALEITAMENTO AO SEIO. ANTES DE SER RECOMENDADO O USO DE UM SUBSTITUTO DO LEITE MATERNO, DEVEM SER CONSIDERADAS AS CIRCUNSTÂNCIAS FAMILIARES E O CUSTO ENVOLVIDO. A MÃE DEVE ESTAR CIENTE DAS IMPLICAÇÕES ECONÔMICAS E SOCIAIS DO NÃO ALEITAMENTO AO SEIO – PARA UM RECÉM-NASCIDO ALIMENTADO EXCLUSIVAMENTE COM MAMADEIRA SERÁ NECESSÁRIA MAIS DE UMA LATA POR SEMANA. DEVE-SE LEMBRAR À MÃE QUE O LEITE MATERNO NÃO É SOMENTE O MELHOR, MAS TAMBÉM O MAIS ECONÔMICO ALIMENTO PARA O LACTENTE. CASO VENHA A SER TOMADA A DECISÃO DE INTRODUIZIR A ALIMENTAÇÃO POR MAMADEIRA É IMPORTANTE QUE SEJAM FORNECIDAS INSTRUÇÕES SOBRE OS MÉTODOS CORRETOS DE PREPARO COM HIGIENE RESSALTANDO-SE QUE O USO DE MAMADEIRA E ÁGUA NÃO FERVIDAS E DILUIÇÃO INCORRETA PODEM CAUSAR DOENÇAS. OMS – CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZAÇÃO DE SUBSTITUTOS DO LEITE MATERNO. WHA 34:22, MAIO DE 1981. PORTARIA Nº 2.051 – MS DE 08 DE NOVEMBRO DE 2001, RESOLUÇÃO Nº 222 – ANVISA – MS DE 05 DE AGOSTO DE 2002 E LEI 11.265/06 DE 04.01.2006 – PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA – REGULAMENTAM A COMERCIALIZAÇÃO DE ALIMENTOS PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA E TAMBÉM A DE PRODUTOS DE PUERICULTURA CORRELATOS.

PUBLICAÇÃO DESTINADA EXCLUSIVAMENTE AO PROFISSIONAL DE SAÚDE. IMPRESSO NO BRASIL.