

2018
Questões
Comentadas

TEP

**Título de Especialista
em Pediatria**



Nestlé
Nutrition Institute
www.nnibrasil.com.br

CHEGOU

Nestlé **Nutrition**Institute Brasil

Ciência a favor da Nutrição

www.nnibrasil.com.br

Seu
parceiro confiável
em
nutrição,
informação e educação.

**Fique
por dentro
das pesquisas
mais
recentes**

Aprendizado
e informações
práticas para
seu dia a dia

**500
Fóruns
online**

**3.000
publicações**

**Acesso
gratuito**

**CONTEÚDO
EXCLUSIVO
PARA MEMBROS
DO NNI**

Cadastre-se

2018
Questões
Comentadas

TEP

Título de Especialista em Pediatria



Nestlé
Nutrition Institute

www.nnibrasil.com.br

Caro colega pediatra,



Sociedade Brasileira de Pediatria fica orgulhosa dos novos pediatras com o título, fato que demonstra o compromisso e empenho destes profissionais com a especialidade e com o futuro da nação!

Esta prova vem sendo realizada com muito sucesso e seriedade pela equipe coordenada pelo Dr. Hércio Vilaça, um exemplo de pediatra preocupado com a saúde das crianças e adolescentes, além da colaboração contínua com a nossa instituição em prol da valorização da Pediatria.

Pediatras, aproveitem pois mais esta oportunidade do aperfeiçoamento contínuo propiciado pela nossa SBP!

Um forte abraço,

Luciana Rodrigues Silva

Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria

Caros colegas,

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

Você está recebendo a publicação comentada da prova do Título de especialista de Pediatria (TEP 2018). Nela consta uma visão do desempenho dos candidatos como um todo e o seu em particular, incluindo o percentual de candidatos que optaram por cada alternativa das questões de múltipla escolha.

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

Cordialmente,

Dr. Hércio Vilaça Simões

Coordenador da CEXTEP 2016/2018

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

FILIADA À ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA

Coordenador	Dr. Hécio Villaça Simões
Membros efetivos	Dr. Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga Dra. Cristina Ortiz Sobrinho Valet Dr. Eduardo Jorge da Fonseca Lima Dr. Gil Simões Batista Dr. Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho Dr. Ricardo do Rego Barros Dr. Sidnei Ferreira Dr. Silvio Rocha Carvalho Dra. Vanessa Soares Lanziotti

DIRETORIA EXECUTIVA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA 2016 - 2018

Presidente	Luciana Rodrigues Silva (BA)
1º Vice-Presidente	Clóvis Francisco Constantino (SP)
2º Vice-Presidente	Edson Ferreira Liberal (RJ)
Secretário Geral	Sidnei Ferreira (RJ)
Diretora Financeira:	Maria Tereza Fonseca da Costa
Diretoria de Qualificação e Certificação Profissionais	Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

1 Pré-escolar, quatro anos, chega ao pronto atendimento com a mãe que relata ter sentido “algo duro” na barriga da filha durante o banho nos últimos cinco dias. Exame físico: regular estado geral, hipocorada+/4+, hidratada, massa de consistência endurecida no andar superior do abdome sem ultrapassar linha média. PA no percentil 99 para a idade e estatura. Exame de urina: hematúria microscópica.

O diagnóstico mais provável e o exame a ser solicitado, respectivamente, são:

- A) linfoma; US abdominal total.
- B) tumor de Wilms; US abdominal total.
- C) glomerulonefrite difusa aguda; C3 e C4.
- D) púrpura de Henoch Schönlein; US abdominal total.

2 Pré-escolar, três anos e nove meses, sexo feminino vem apresentando dores ósseas difusas iniciadas há três meses - que não melhoram com o uso de analgésicos comuns - associadas a febre baixa intermitente, cefaleia, vômitos frequentes, anorexia, perda ponderal de quatro quilos e irritação, com prejuízo do sono. A partir do resultado do hemograma, foi diagnosticada “anemia discreta” tendo sido prescrito sulfato ferroso por seis meses. Há um mês, a mãe notou palidez que vem se acentuando. Exame físico: irritabilidade, fácies de sofrimento, dificuldade para deambular pela dor, hipocorada +/4+, adenomegalias cervicais, axilares

e inguinais móveis, fibroelásticas, não coalescentes, medindo de 0,5 a 1 cm de diâmetro, fígado palpável a 5 cm do RCD, baço a 4 cm do RCE, petéquias em MMII e sopro sistólico +/4+ pancardíaco, sem irradiação.

A principal hipótese diagnóstica é:

- A) neuroblastoma.
- B) febre reumática.
- C) artrite reumatoide juvenil.
- D) leucemia linfoblástica aguda.

3 Escolar de sete anos, portador de nefropatia crônica em uso de corticoide oral em dose > 2mg/kg/dia, perdeu o cartão vacinal e precisa atualizá-lo. Não tem cicatriz de BCG visível. Em relação a vacinação dessa criança, é correto afirmar que:

- A) aplicar vacina BCG pelo risco maior de desenvolver tuberculose.
- B) aplicar tríplice bacteriana e tríplice viral a qualquer momento da terapia.
- C) aplicar todas as vacinas, pois o uso de corticoide nessa dosagem não é contraindicação.
- D) não aplicar tetraviral e febre amarela até interromper o tratamento por pelo menos um mês.

4 Pré-escolar, três anos, inicia há três dias quadro de febre baixa (38°C), dor de garganta, mal-estar, diminuição do apetite e adenomegalias em região suboccipital e pós auriculares bilaterais, seguido de rash macular róseo claro, irregular, disseminado, iniciado

em face e pescoço, distribuindo-se pelo corpo. Não há descamação após desaparecimento do mesmo. No início do quadro, o exame da orofaringe revelava lesões pequenas, de coloração rósea e petéquias em palato mole. Em relação ao quadro, o agente causal determinante é:

- A) rotavírus.
- B) norovírus.
- C) vírus da rubéola.
- D) vírus do sarampo.

5 Pré-escolar, três anos, sexo masculino, é levado ao pronto-socorro com história de febre (39°C) há 12 dias, “edema” no pescoço por sete dias e conjuntivite não purulenta em ambos os olhos. Foi examinado por pediatra no início do quadro que prescreveu sulfametoxazol-trimetoprim sem melhora. Exame físico: febril, adenomegalia cervical posterior esquerda medindo 2cm, sem sinais flogísticos, hiperemia de conjuntiva sem exudato, edema de mãos e pés, lábios secos e fissurados.

Nesse caso, deve ser instituído tratamento precoce com:

- A) antiviral.
- B) antifúngico.
- C) antimicrobiano.
- D) imunoglobulina.

6 Mãe em amamentação exclusiva chega ao consultório com seu filho de 15 dias de vida queixando-se de fissura em mama direita com sangramento local. G1P1, peso de nas-

cimento: 3.500g. Peso atual: 3.650g. A conduta nesse caso é:

- A) manter a amamentação e orientar pega adequada.
- B) interromper a amamentação somente na mama que sangra.
- C) interromper a amamentação e prescrever aleitamento artificial.
- D) manter a amamentação e fazer compressas mornas na mama direita.

7 Mãe de um lactente de quatro meses está preocupada, pois seu filho não sustenta a cabeça. História perinatal: parto vaginal, banhado em mecônio espesso, necessitando de reanimação na sala de parto, Apgar 1/4/7, peso: 2.800g, comprimento: 49 cm. Exame físico: eleva momentaneamente a cabeça em posição de prono e sorri, faz semiflexão dos cotovelos e pronação do antebraço e flexão de punhos e dedos, reflexo tônico cervical assimétrico, reflexo de Moro exacerbado. Nessa situação, deve-se informar a mãe que seu filho apresenta:

- A) limites normais do desenvolvimento neuropsicomotor e necessita de estimulação em casa.
- B) distúrbio neuropsicomotor pela asfixia perinatal e que terá um atraso definitivo físico e mental.
- C) distúrbio neuropsicomotor temporário pela asfixia perinatal e que irá se desenvolver normalmente.
- D) distúrbio neuropsicomotor pela asfixia perinatal e necessita de acompanhamento multiprofissional.

8 Recém-nascido de 39 semanas, parto cesáreo, adequado para a idade gestacional, Apgar 9/10, bolsa rota no ato, líquido amniótico claro, apresenta taquipneia com retrações intercostais logo após o parto. Exame físico: ausculta pulmonar sem crepitanes. RX de tórax: aumento da trama vascular pulmonar. História obstétrica: sem intercorrências. Diante do quadro, o diagnóstico é:

- A) pneumonia do recém-nascido.
- B) síndrome de aspiração meconial.
- C) taquipneia transitória do recém-nascido.
- D) hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido.

9 Recém-nascido, 40 semanas de idade gestacional, Apgar 9/10, sem fatores de risco, apresenta icterícia em face com 18 horas de vida. História obstétrica sem fatores de risco. Grupo sanguíneo materno: O +, do RN: B +. Exame físico: ativo, mamando bem, já eliminou mecônio e apresentou diurese. Nesse caso, está indicado:

- A) aguardar completar 24 horas e colher exames para avaliar exsanguineotransfusão.
- B) observar e reavaliar a icterícia antes da alta para decidir sobre a realização de exames.
- C) colher exames laboratoriais para avaliar incompatibilidade ABO e decidir sobre fototerapia.
- D) suspender o aleitamento materno, pois se trata de icterícia associada ao aleitamento materno

10 Escolar, seis anos, é trazido à emergência com dor forte em ouvido esquerdo iniciada há menos de 24 horas. Há três dias apresenta febre, que hoje se tornou mais elevada além de tosse e secreção nasal. Exame físico: chorando, fâcies de dor, febril (38°C), com opacidade, hiperemia e abaulamento da membrana timpânica esquerda. Nesse caso, o achado que tem maior especificidade para o diagnóstico é:

- A) febre.
- B) tosse.
- C) hiperemia.
- D) abaulamento.

11 Adolescente, 17 anos, sexo feminino, comparece à consulta de puericultura com seu filho de um mês, usando leite materno exclusivo, com queimação e prurido nos mamilos, além de muita dor no momento das mamadas. Exame das mamas: hiperemia dos mamilos e aréolas, que se mostram brilhantes, com aspecto friável. Exame físico do lactente sem alterações. O tratamento correto é utilizar medicamento:

- A) oral para a mãe e tópico para o lactente.
- B) tópico para mãe e também para o lactente.
- C) oral para a mãe, não medicando o lactente.
- D) tópico para a mãe, não medicando o lactente.

12 Adolescente, 13 anos, sexo masculino, é trazido ao ambulatório de pediatria, pois sua mãe acredita que há pouco mais de um ano tem ficado “amarelo”, algumas vezes só ela percebendo. Há duas semanas, estava apenas resfriado, sem febre ou alterações do estado geral, mas todos o acharam amarelado. Sempre foi saudável. Exames laboratoriais (já repetidos várias vezes): hemograma: reticulócitos (na média), hemoglobina 12mg/dL; plaquetas: 350.000/mm³, enzimas hepáticas, eletroforese de proteínas, coagulograma e atividade de G6PD: todos normais. Aumento flutuante de bilirrubina total (entre 2 e 5mg/dL) às custas de bilirrubina indireta. Baseado na principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que a:

- A) bilirrubina indireta aumentada aponta para alteração hematológica.
- B) flutuação da bilirrubina é o indicativo desta hepatopatia metabólica.
- C) dosagem de autoanticorpos diagnosticará esta hepatopatia autoimune.
- D) realização de Coombs direto confirmará a autoimunidade hematológica.

13 Pré-escolar, quatro anos, sexo masculino, é trazido à emergência pela mãe que relata saída pelo ânus de “saliência” de coloração vermelho vivo, sem sangramento e não dolorosa. Após a higiene a “saliência entrou” sozinha. Anamnese e exame físico sem alterações. O trata-

mento indicado nessa idade é:

- A) endoscópico, sendo o mais indicado por ser o menos invasivo.
- B) conservador, pois ainda se espera ocorrer melhora espontânea.
- C) medicamentoso, levando em consideração a causa mais comum.
- D) cirúrgico, já que a partir de agora deverá ocorrer piora dos sintomas.

14 Escolar, oito anos, é levado à unidade básica de saúde apresentando há uma semana prurido anal diário, na madrugada, que o faz perder o sono. Seu irmão mais novo teve o mesmo sintoma, melhorando após uso de medicação. Exame físico: sem alterações. Os medicamentos que podem ser utilizados no tratamento desta patologia são:

- A) levamisol e ivermectina.
- B) tiabendazol e mebendazol.
- C) pamoato de pirantel e secnidazol.
- D) albendazol e pamoato de pivíniol.

15 Lactente, 15 meses, morador de Natal (RN), comparece à unidade básica de saúde para vacinação rotineira com o calendário atualizado até 12 meses. A mãe informa que o seu pai foi transferido para a região do pantanal sul-mato-grossense e em 20 dias viajarão para lá, onde passarão a morar. A orientação correta sobre a vacinação dessa criança é realizar as vacinas necessárias para a idade e a condição epidemiológica, EXCETO a vacina:

- A) tetra viral.
- B) poliomielite.
- C) meningocócica C.
- D) tríplice bacteriana (DPT).



Fonte: http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/febril/05/05.04.2017.Ar%3C3%8AAn%20Febre%20Amarela_portal.pdf

16 Pré-escolar, três anos, sexo masculino, é trazido por sua mãe à consulta pois não quer comer e ela teme que fique desnutrido. Conta que faz de tudo para que coma, mas só aceita alimentos pastosos e líquidos, deixa o biscoito na boca até derreter e tem preferência por alimentos lácteos. Em função disso, ela cede e coloca suplementos no leite para tentar nutri-lo. A proposta adequada é:

- A) utilizar inicialmente a coerção para alterar a preferência.
- B) oferecer alimentos sólidos quando a criança solicitar leite.
- C) evitar o uso de utensílios que a criança rejeite como colher.
- D) observar pois tal comportamento é normal até quatro anos de idade.

17 Adolescente, 12 anos, sexo masculino e portador de prótese valvar será submetido à cirurgia odontológica envolvendo a mucosa gengival e região periapical do dente. Nesse caso, está indicada a profilaxia por via oral do procedimento com o seguinte antibiótico:

- A) cefuroxima 12 horas antes.
- B) cefuroxima uma hora antes.
- C) amoxicilina uma hora antes.
- D) amoxicilina-clavulanato 12 horas antes.

18 Pré-escolar, três anos, sexo masculino é levado à emergência por ter ficado subitamente cansado e pálido. Mãe relata que seu filho está em tratamento para uma infecção urinária com ácido nalidíxico há dois dias. Exame físico: palidez cutânea, hipocorado ++/4+, icterícia em face e tronco. RCR 2T FC: 120 bpm. Sat O2: 96%, FR: 44 irpm. Abdomen: flácido, fígado no RCD, ponta de baço palpável, sem edemas. Exames laboratoriais: Hb: 6,5 mg/dL, Ht: 19,5%, reticulócitos: 9%. A hipótese diagnóstica é:

- A) eliptocitose hereditária.
- B) esferocitose hereditária.
- C) deficiência de piruvato quinase.
- D) deficiência de glicose 6 fosfato desidrogenase.

19 Adolescente, 13 anos, sexo feminino foi atendida na emergência com quadro de anafilaxia aguda pós ingestão de crustáceos. Foi medicada com duas

doses de adrenalina (1:1.000) 0,4 mg IM, mantida em decúbito dorsal com membros elevados, volemia adequada e com sinais vitais preservados. Após 12 horas de observação atingiu a estabilidade clínica. A orientação medicamentosa para continuidade do tratamento via oral em casa por sete dias é:

- A) prednisona + ranitidina.
- B) prednisolona + cetirizina.
- C) dexametasona + prometazina.
- D) dexametasona + dexclorfeniramina.

20 Adolescente, 15 anos, sexo masculino, comparece à consulta de rotina com sua mãe. Durante a anamnese sozinho, paciente refere que se cortou propositalmente com gilete nos antebraços e coxas, pois havia terminado namoro e que seus pais não sabiam do fato (usava camisa de manga comprida). Anamnese social: aprovado na escola, fica 6-8 horas em jogos eletrônicos e tem poucos amigos. Exame físico: várias lesões perpendiculares à pele em fase cicatricial nos antebraços, preservando a região arterial dos pulsos, e em região anterossuperior das coxas. Preocupado o médico informa ao adolescente que é obrigado a comunicar o fato à mãe, enfrentando grande resistência do paciente. Baseado no Código de Ética Médica (CEM), o médico:

- A) não infringiu o CEM por ser situação de risco.
- B) infringiu o CEM por não respeitar o sigilo médico.

- C) infringiu o CEM por não respeitar autonomia do paciente.
- D) não infringiu o CEM, mas deve também notificar Conselho Tutelar.

21 Adolescente, 15 anos, sexo feminino vítima de estupro é levada à emergência acompanhada dos pais. Além de notificar o Conselho Tutelar o médico deve obrigatoriamente:

- A) pesquisar sífilis e outras DST.
- B) solicitar marcadores virais para hepatites.
- C) prescrever anticoncepção de emergência.
- D) confirmar violência sexual com avaliação ginecológica.

22 Adolescente, 13 anos, sexo masculino é levado à emergência com quadro de dor testicular aguda, de início há três horas, após jogo de futebol. O exame de imagem que deve ser solicitado de imediato é:

- A) tomografia computadorizada.
- B) angiressonância magnética .
- C) cintilografia com radioisótopos.
- D) ultrassom com Doppler colorido.

23 Escolar, sete anos, sexo masculino foi mordido por um cão e levado duas horas depois por seus pais à emergência. O cão é conhecido e está com as vacinas em dia. A criança tem esquema vacinal atualizado incluindo DPTa e VIP com cinco anos. A

mordedura ocorreu na região abdominal. Exame da pele: lesão de 4 cm de diâmetro, bem superficial sem sinais inflamatórios na região abdominal. Além da limpeza da ferida com água e sabão deve-se:

- A) observar o animal por dez dias pós exposição.
- B) administrar imunoglobulina antirrábica e toxoide tetânico.
- C) administrar esquema de cinco doses de vacina antirrábica.
- D) observar o animal e administrar 1ª dose de vacina antirrábica.

24

Adolescente, 14 anos, sexo feminino é trazida ao ambulatório por seus pais que relatam fraqueza e falta de apetite. Mãe refere que sua filha se tornou adepta da comida crua (crudovorismo/ raw food), não come nenhum tipo de carne há um ano e que há dois meses passou a reclamar de cansaço fácil, perda do apetite e sensibilidade à luz. Exame físico: emagrecida, hipocorada +/4+, queilite angular, discreta fotofobia e leve nistagmo ocular. P: 39 kg, E: 155 cm, IMC: 16,2. RCR 2T BNF FC: 100 bpm, Sat O2: 96%. FR: 40 irpm. A hipótese diagnóstica é deficiência de:

- A) vitamina A.
- B) zinco e cobre.
- C) zinco e selênio.
- D) vitaminas do complexo B.

25

Pré-escolar, cinco anos, sexo masculino, eutrófico, cuja mãe é fumante de longa data, apre-

senta prurido nasal, rinorreia hialina intensa que piora à noite, associados à hiperemia conjuntival. Não há comorbidades. Apresenta também dificuldade para dormir e na escola não consegue acompanhar as atividades devido ao quadro. Com base nos sintomas apresentados, o tratamento deve incluir além da impermeabilização do colchão do paciente e soro fisiológico nasal:

- A) fenilefrina nasal + anti-histamínico tópico.
- B) anti-histamínico oral + corticoide intranasal.
- C) montelucaste + colírio com anti-histamínico.
- D) colírio de tobramicina + nafazolina tópica nasal.

26

Pré-escolar, quatro anos, sexo masculino, apresenta episódios recorrentes de hematúria macroscópica, principalmente quando em vigência de Infecções de vias aéreas superiores. O diagnóstico mais provável é:

- A) doença de Berger.
- B) síndrome de Alport.
- C) glomerulonefrite difusa aguda.
- D) púrpura de Henoch-Schönlein.

27

A síndrome de lise tumoral, que pode ocorrer durante o início do tratamento de algumas doenças onco-hematológicas, é uma das emergências mais frequentes e de maior significado clínico para o pediatra. As alterações metabólicas

classicamente encontradas na síndrome de lise tumoral são:

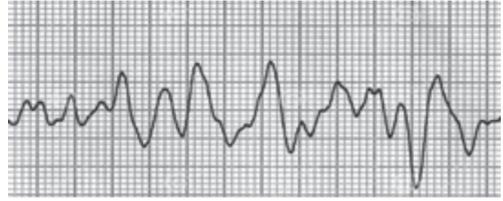
- A) hiperuricemia, hipocalcemia, hipercalcemia.
- B) hipocalcemia, hipofosfatemia, hiperuricemia.
- C) hipercalcemia, hipercalemia, hipofosfatemia.
- D) hiperuricemia, hipercalemia, hipofosfatemia.

28 Recém-nascido, cinco dias de vida, a termo, apresenta há 24-48 horas máculas, pápulas e pústulas eritematosas localizadas em fronte, face, tronco e membros, sem acometimento de palmas das mãos e plantas dos pés. Mãe relata que as lesões desaparecem de uma área e surgem em outra área em horas e que o RN se encontra em excelente estado geral e sugando bem o seio materno.

O diagnóstico mais provável nesse caso é:

- A) miliária.
- B) impetigo.
- C) eritema tóxico.
- D) melanose pustular transitória.

29 Pré-escolar, de quatro anos, sexo masculino, dá entrada na emergência pediátrica em parada cardiorrespiratória, sendo iniciadas imediatamente as manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP). Durante a RCP, ainda sem pulso palpável, paciente evolui com o seguinte traçado eletrocardiográfico:



De acordo com o caso clínico e o eletrocardiograma acima, a conduta imediata a ser realizada neste momento da RCP é:

- A) administração de adenosina intravenosa.
- B) administração de miodarona intravenosa.
- C) desfibrilação elétrica com carga de 2J/Kg.
- D) cardioversão sincronizada com carga de 1J/Kg.

30 Escolar, nove anos, sexo masculino, com história de poliúria e polidipsia, é admitido na emergência pediátrica com sinais de desidratação e sonolência. Glicemia capilar: 435 mg/dL; gasometria: pH 7,15 e bicarbonato de 12mEq/L; exame de urina: presença de corpos cetônicos, confirmando diagnóstico de cetoacidose diabética (CAD). A complicação mais temida na CAD é o edema cerebral. Em relação a essa complicação, podemos afirmar que:

- A) é frequente e de elevada mortalidade.
- B) a administração do manitol está indicada no tratamento.
- C) furosemida e dexametasona têm eficácia comprovada no tratamento.
- D) a correção rápida da hiperglicemia e da desidratação estão indicados.

31

Uma gestante procura o pediatra para saber se ela vai poder amamentar o seu filho, pois ela faz uso de haloperidol e prometazina. Seu médico já indicou que ela não pode interromper o uso desses medicamentos após o nascimento do filho. Ela quer muito amamentar. Nesse caso, é correto afirmar que:

- A) estes medicamentos são seguros durante a amamentação.
- B) estes medicamentos não são seguros durante a amamentação.
- C) substituir a prometazina, pois ela é contraindicada durante a amamentação.
- D) substituir o haloperidol, pois ele é contraindicado durante a amamentação.

32

Recém-nascido, 20 dias, em aleitamento materno exclusivo e ganhando peso dentro do esperado, é trazido para a consulta de revisão. A mãe refere que notou que os olhos e a pele do bebê estão amarelados. Relata fezes líquido-pastosas amareladas com grumos, urina clara. Mãe: A+, RN: O+. Exame físico: ativo, levemente icterício, reflexos adequados, sem hepatoesplenomegalia. Exames do dia da consulta: bilirrubina total: 10,5 mg/dL; bilirrubina indireta: 9,2 mg/dL; hemograma e leucograma normais. Nesse caso, o pediatra deverá:

- A) solicitar teste de Coombs e ecografia abdominal.
- B) tranquilizar a mãe, incentivar o

aleitamento materno.

- C) encaminhar o bebê imediatamente para internação hospitalar e fototerapia.
- D) suspender a amamentação por 24 horas, prescrever fórmula infantil para lactentes.

33

A vacina HPV (papiloma vírus humano) deve ser aplicada em crianças e adolescentes idealmente antes da exposição ao vírus. Segundo o calendário da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), devem ser vacinados:

- A) meninas de 9 a 14 anos de idade.
- B) meninas a partir de nove anos de idade.
- C) meninos e meninas de 11 a 14 anos de idade.
- D) meninos e meninas a partir de nove anos de idade.

34

O Brasil é considerado uma região livre da circulação do vírus do sarampo, graças a extensos programas de imunização com elevadas coberturas vacinais. Apesar disso, o risco de reintrodução desse vírus é constante. Em diversas partes do mundo, o sarampo não está controlado, e o exemplo mais recente disso é o caso de Roraima. A migração maciça de venezuelanos para esse estado brasileiro levou ao surgimento de casos de sarampo e a necessidade de ações específicas para conter a doença. No calendário de vacinação da Sociedade Brasileira de Pediatria, a primeira dose

para proteção contra o sarampo é indicada a partir do seguinte mês de idade:

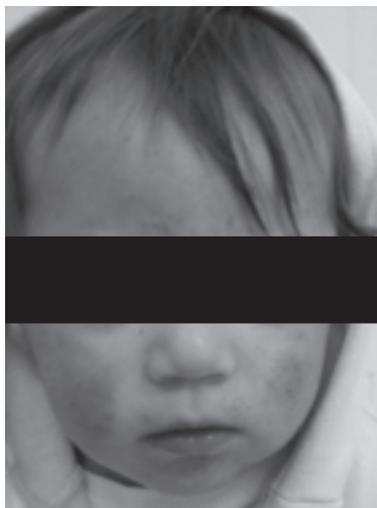
- A) 12
- B) 15
- C) 9
- D) 7

35 Lactente, dois anos e seis meses, sexo masculino, previamente hígido, é levado pela mãe ao pediatra por apresentar quadro de tosse e chiado no peito nos últimos sete dias. Exame físico: ativo, discreta dispneia, sem sinais de toxemia. AR: roncocal e sibilocal disseminados, discreta diminuição do murmúrio vesicular em todo hemitórax direito. Radiografia do tórax: hiperinsuflação à direita com discreto desvio das estruturas do mediastino para a esquerda. A hipótese diagnóstica e conduta são:

- A) aspiração de corpo estranho / broncoscopia.
- B) enfisema lobar congênito / tomografia de tórax.
- C) síndrome do lactente sibilante / prednisona 1mg/kg/dia por cinco dias.
- D) asma / salbutamol 2 jatos, com espaçador, com intervalos de 20 minutos, três vezes.

36 Lactente, 12 meses, apresenta há seis dias lesões tipo placa eritematosa e descamativa na região malar e frontal como apresentada na figura a seguir. Teve lesões semelhantes anteriormente em

quatro episódios com início aos seis meses de idade, localizadas na região malar e extensora de membros. O prurido é intenso e ocorre piora com mudança de temperatura. O diagnóstico e a conduta são:



- A) urticaria de contato / anti-histamínico oral.
- B) dermatite seborreica / cetozonazol creme.
- C) dermatite atópica leve / hidrocortisona creme.
- D) dermatite de contato alérgica / anti-histamínico tópico.

37 Recém-nascido, sete dias de vida, sexo masculino está recebendo alta do alojamento conjunto após quatro dias de fototerapia por incompatibilidade Rh (mãe O negativo e recém-nascido O positivo). Exame físico: icterícia discreta, zona 2 de Kramer. Bilirrubinas do dia da alta: total: 10,5mg/dL; direta :0,1 mg/dL, classificado na zona de baixo risco

de Bhutani. Em relação ao banho de sol por 10 a 15 minutos e a redução da icterícia neonatal, a orientação atual preconizada pela Sociedade Brasileira de Pediatria é que:

- A) seja usada a luz solar filtrada para redução da icterícia.
- B) a exposição ao sol além de reduzir a icterícia, melhora os níveis de vitamina D.
- C) o banho de sol por 10 a 15 minutos deve ser feito todas as manhãs antes das 8:00 horas.
- D) exposição ao sol pode não reduzir a icterícia, além do risco de exposição solar desprotegida.

38

A suplementação profilática de ferro para lactente nascido a termo com peso adequado para a idade gestacional, que esteja em aleitamento materno exclusivo, deve ser iniciada com:

- A) 6 meses.
- B) 4 meses.
- C) 2 meses.
- D) 1 mês.

39

Lactente, três meses, passou a apresentar choro, esforço intenso e ficando com o rosto vermelho cerca de dez minutos antes de evacuar. As fezes têm consistência e volume normais para quem está em aleitamento materno exclusivo, evacuando em média cinco vezes ao dia. Exame físico: sem alterações; peso, comprimento e perímetro cefálico sobre a curva do escore

Z mais um (+1). O diagnóstico é:

- A) disquezia.
- B) constipação.
- C) alergia alimentar.
- D) refluxo gastroesofágico.

40

Lactente, 12 meses, sexo feminino é levada à emergência por apresentar febre (39°C) há dois dias e recusa alimentar, além de irritabilidade. Foi atendida no posto ontem e medicada apenas com antitérmico. Exame físico: (após controle da temperatura) regular estado geral, irritada e pálida ++/4+. PA: em membro superior direito: 90x50mm Hg. ACV: bulhas rítmicas normofonéticas FC: 125bpm Pulmões: sem anormalidades. Abdome: normotenso, fígado a 2,5cm do RCD. Perfusão periférica: 4 seg. Rigidez de nuca: ausente. Exames laboratoriais: exame simples de urina (coletado por cateterismo vesical): densidade: 1.008, pH: 5,5 leucócitos: 100.000/ml; cilindros piocitários raros; hemácias: 15.000/ml; proteinúria ++ e bacterioscopia: bastonetes gram negativos. Ureia: 20mg/dL, creatinina: 0.5mg/dL. Raio X de tórax: normal. A principal hipótese diagnóstica e exames laboratoriais a serem solicitados são:

- A) meningite/ líquido completo com látex.
- B) gastroenterite aguda; coprocultura / coprológico.
- C) pielonefrite; hemograma completo / urocultura com TSA.
- D) glomerulonefrite difusa aguda/ dosagem sérica de complemento e creatinina.

41

Pré-escolar, três anos, sexo masculino, é levado ao ambulatório com a mãe relatando que “apresenta há quatro dias inchaço dos olhos e na barriga”. Dois dias antes, a mãe procurou o Posto de Saúde e disseram ser quadro alérgico. Hoje a mãe observou piora do inchaço. Não sabe informar sobre diurese. Nega febre ou qualquer outro sinal ou sintoma. Exame físico: lúcido, eupneico, pálido ++/4+ com edema palpebral bilateral, edema de parede abdominal e de membros inferiores de ++/4+. ACV: BNF FC: 96bpm. PA: 98x55 mmHg. Pulmões: sem alterações FR: 24irpm. Abdome: sem massas palpáveis. A principal hipótese diagnóstica e os exames laboratoriais a serem solicitados são:

- A) edema alérgico/ IgE + hemograma completo.
- B) miocardite/Raio X de tórax + eletrocardiograma.
- C) síndrome nefrótica/proteinúria de 24 horas + dosagem sérica de albumina.
- D) glomerulonefrite difusa aguda/ exame simples de urina + dosagem de complemento.

42

Catarata adquirida no período neonatal é alteração oftalmológica que ocorre no seguinte erro inato do metabolismo:

- A) galactosemia.
- B) doença de Gaucher.
- C) deficiência de MCAD.
- D) glicogenose hepática.

43

Ao examinar um recém-nascido de termo pesando 1.800 gramas e medindo 45 cm, foi identificado na anamnese que a mãe era de idade avançada e USG fetal evidenciou cisto de plexo coroide. Apresenta as seguintes dismorfias: occipito proeminente, fendas palpebrais pequenas, orelhas displásicas e pequenas, esterno curto, camptodactilia com sobreposição de dedos (2° e 5° quirodáctilos sobre 3° e 4°), calcâneos proeminentes com pé em aspecto de cadeira de balanço. Está evoluindo com déficit de sucção e dificuldade de ganho ponderal. Esse fenótipo é sugestivo da síndrome de:

- A) Down.
- B) Patau.
- C) Turner.
- D) Edwards.

44

Os adolescentes apresentam situações peculiares nas consultas ambulatoriais, o que ocasiona alguns conflitos no que se refere aos princípios éticos de privacidade e confidencialidade. Sobre o tema, podemos afirmar que:

- A) o médico define se adolescentes mais jovens têm autonomia suficiente para julgamentos.
- B) de acordo com o CEM os adolescentes não podem ser atendidos sem acompanhantes.
- C) a confidencialidade deverá ser quebrada nos casos de uso eventual de drogas.

D) a decisão sobre a quebra do sigilo deve levar em conta a escolaridade.

45

Existe uma ampla variação fisiológica em idade para o início da puberdade que depende do eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal. A situação que deve ser investigada é:

- A) menina que não apresenta telarca aos 13 anos de idade.
- B) menino que não apresenta sinais de puberdade aos 12 anos.
- C) menina com adrenaquia aos oito anos de idade e telarca aos dez anos.
- D) menino com aumento do volume testicular para 4mm³ aos nove anos.

46

Pré-escolar é admitido na unidade de emergência com queixa de tosse, ortopneia, palidez e sudorese. Radiografia de tórax: alargamento de mediastino anterior por extensa massa tumoral. A principal hipótese diagnóstica e a conduta, respectivamente, são:

- A) síndrome de lise tumoral / antraciclina IV.
- B) síndrome de lise tumoral / ciclofosfamida IV.
- C) síndrome de veia cava superior / corticoide IV.
- D) síndrome de veia cava superior / radioterapia de emergência.

47

Adolescente, 12 anos, sexo feminino, pesando 25 kg, apresenta síndrome da imunodefici-

ência humana adquirida por transmissão vertical. É cuidada por uma tia desde o falecimento de sua mãe e com pouca aderência ao tratamento antirretroviral, com infecções de repetição. Há cerca de dois meses, apresenta dor em ardência de intensidade progressiva com pontadas e sensação de formigamento nos pés. Há 15 dias, refere dificuldade progressiva de caminhar, tendo quedas frequentes. A classificação da dor e o tratamento indicado são respectivamente:

- A) psicogênica / benzodiazepínicos, opioide e corticoide.
- B) mista / anti-inflamatório não hormonal, morfina e amitriptilina.
- C) neuropática / anticonvulsivante (gabapentina) e antidepressivo tricíclico.
- D) nociceptiva vascular / vasodilatador, tramadol e antidepressivo tricíclico.

48

Pré-escolar, cinco anos, apresenta desenvolvimento compatível com a idade cronológica, com pensamento concreto e compreendendo literalmente as palavras que lhe são ditas. A mãe pergunta ao pediatra como comunicar ao filho o falecimento da avó. Nesse caso, o pediatra deve orientar a mãe a:

- A) responder diretamente às perguntas de seu filho e levá-lo ao funeral de sua avó, pois as crianças nessa faixa etária entendem a morte como definitiva.
- B) manter a rotina de seu filho, evitar o assunto, permitir a companhia de

familiares próximos e de brinquedos, pois crianças nessa faixa etária têm medo da separação.

- C) garantir que seu filho continuará a ser amado, encorajar o contato físico e assegurar sua participação na tomada de decisões, pois as crianças nessa faixa etária já compreendem a terminalidade.
- D) esclarecer as dúvidas de seu filho, usando linguagem direta e evitando termos vagos como “longa viagem” e “morar numa estrela”, pois as crianças nessa faixa etária não compreendem a terminalidade.

49 Lactente, 23 meses, sexo feminino, é levada ao hospital pelos pais, com história de aumento de volume abdominal, dor óssea, emagrecimento, palidez, febre, apatia e irritabilidade há dois meses. Exame físico: regular estado geral, hipertensão arterial, protusão de globo ocular esquerdo, associado a equimose periorbitária e extensa tumoração palpável em loja renal direita de limites imprecisos, atravessando a linha média do abdome. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- A) neuroblastoma.
- B) tumor de Wilms.
- C) linfoma não Hodgkin.
- D) tumor do córtex suprarrenal.

50 Gestante deu entrada na maternidade em período expulsivo. Na admissão, relatou ter hepatite e trouxe os exames

realizados confirmando o diagnóstico. A conduta mais adequada em relação à amamentação é:

- A) se for hepatite C não deve amamentar, pois o vírus da hepatite C é transmitido pelo leite materno e pelo sangue infectado.
- B) se for hepatite A pode amamentar e o recém-nascido deverá receber imunoglobulina humana se ela estiver na fase aguda da doença.
- C) se for hepatite B pode amamentar e o recém-nascido deverá receber a primeira dose da vacina contra hepatite B e a imunoglobulina específica na primeira semana de vida.
- D) se for hepatite B não deve amamentar, e o recém-nascido deverá receber a primeira dose da vacina contra hepatite B e a imunoglobulina específica nas primeiras 12 horas de vida.

DISCURSIVAS

Questão 1

Uma mãe chega a unidade básica de saúde com seu filho de 13 anos. Pede para ser atendida sem ele e relata que ele está muito difícil, reclama de tudo, que as mãos estão peludas, que os pés estão grandes, que está cheio de pelos. Relata que permanece muito tempo no banheiro e fica em seu quarto a maior parte do tempo quando está em casa. Na praia a mãe percebeu que ele não queria tirar a camisa, referindo estar com peito - “parecendo uma mulher”. Não sabe o que fazer e acha que ele está com algum problema psicológico.

Exame físico: nodulação móvel e consistência firme ou elástica, concentricamente distribuída sob o mamilo. Apresenta sobrepeso, sendo o restante do exame físico normal.

- A) Cite o diagnóstico provável.
- B) Justifique diagnóstico.
- C) Descreva a orientação a ser dada a essa mãe.

Questão 2

Recém-nascido com idade gestacional de 40 semanas, parto vaginal com extração difícil, bolsa rota no ato, tem avaliação de Apgar 1 / 5 / 7 / 8, peso de 3.590g e está adequado para a idade gestacional. Necessitou de ventilação com pressão positiva em sala de parto. O pré-natal transcorreu sem intercorrências e as soro-

logias foram todas negativas. É mantido em oxigenioterapia após o parto e sua avaliação inicial revela hipotonia, palidez cutânea, irritabilidade à manipulação e gasometria arterial com pH 7,0 na 1ª hora de vida. Com duas horas de vida, apresenta movimentos compatíveis com convulsão

- A) Cite o diagnóstico provável.
- B) Cite o medicamento de primeira escolha para o tratamento dessa convulsão.
- C) Indique a intervenção que deve ser realizada nesse recém-nascido, ainda nas primeiras seis horas de vida, para reduzir mortalidade e comprometimento neurológico. Justifique sua resposta.

Questão 3

No plantão da emergência é recebido uma criança de dois anos de idade com quadro de sepse de foco pulmonar e insuficiência respiratória. Após intubação, este paciente é colocado em ventilação mecânica enquanto aguarda vaga na UTI pediátrica. Após uma hora no ventilador com pressões elevadas, apresenta queda abrupta de saturação de oxigênio e bradicardia. Exame físico: dessaturando, bradicárdico, pulsos periféricos fracos e perfusão periférica ruim. Hemitórax direito abaulado, com entrada de ar abolida à ausculta pulmonar.

- A) Cite o diagnóstico e indique a conduta que deve ser tomada imediatamente.

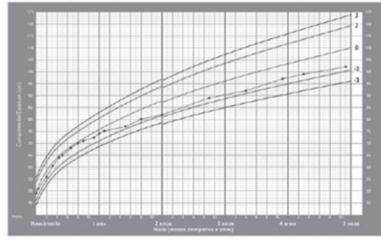
- B) O paciente em questão evoluiu com quadro de choque. Cite o tipo de choque apresentado por ele.
- C) Indique as outras causas possíveis de queda abrupta de saturação em paciente em ventilação

Questão 4

Pré-escolar, masculino, cinco anos é acompanhado no ambulatório de pediatria desde 15 dias de vida a partir de 18 meses. Mãe passa a referir que ele é o menor da turma e que “quase não troca de roupas”.

Dados do parto	GI PII, parto cesáreo, P-3 130g, C= 45cm
Mãe	39 anos, dislipidemia, E= 158cm, menarca aos 16 anos
Pai	48 anos, E= 173, "puberdade tardia"
Alimentação	Seio materno exclusivo até seis meses e seio materno + dieta complementar até 12 meses. Alimentação equilibrada e balanceada qualitativa e quantitativamente.
Vacinas	Atualizadas
HPI*	Bronquite, uso de corticoides orais até dois anos.
Exame físico	Sem dismorfismos
Exames complementares	Perfil hormonal normal aos dois anos de idade: IGF 1 no limite inferior da normalidade T4 e TSH normais Anticorpos antigliadina, antiendomiso, antitransglutaminase tecidual negativos RX punho e mão esquerdos: IC = 2 anos e 5 meses; IO = 1 ano e 6 meses

Comprimento/estatura por idade MENINOS. Do nascimento aos 5 anos (score 0)



- A) De acordo com os gráficos de crescimento do Ministério da Saúde e os dados clínicos, classifique o paciente em relação à sua estatura.
- B) Cite o dado auxológico (estudo do crescimento) que é importante no acompanhamento do caso.
- C) Calcule o alvo genético do paciente.

Questão 5

Lactente, 12 meses, é levado à unidade de saúde com história de diarreia há 16 dias, inicialmente líquida, sem sangue ou muco, tendo febre nos dois primeiros dias que não excedeu 38,5°C. Apresentou dois episódios de vômitos no primeiro dia de doença; evacuava seis a oito vezes nos primeiros três dias, diminuindo o volume e melhorando a consistência das fezes posteriormente, mas ainda estão amolecidas, com odor forte e eliminação de flatos. Em aleitamento materno complementado com outros alimentos, incluindo leite de vaca.

Exame físico: bom estado geral, hidratado, distensão abdominal e presença de dermatite perianal. Não foi detectado perda ponderal neste atendimento.

- A) Cite o diagnóstico dessa criança e justifique a resposta.
- B) Indique a provável doença que deu início ao quadro atual e a sua provável etiologia.
- C) Cite três exames que podem confirmar o diagnóstico.
- D) Descreva as orientações que devem ser feitas ao cuidador.

Respostas das Questões 1 a 50

01. Resposta correta: B

- A) 4,74%
- B) 92,22%
- C) 2,15%
- D) 0,74%

Comentário: A incidência de pico do tumor de Wilms é entre os 2-5 anos, apesar de poder ser encontrado em outras faixas etárias.

A manifestação clínica do tumor de Wilms é a descoberta acidental de massa abdominal assintomática pelos pais durante o banho ou ao vestir roupas, ou por médico durante exame físico de rotina. A massa não ultrapassa a linha média, o que faz diagnóstico diferencial com neuroblastoma. A hipertensão é detectada em 25% dos casos. Alguns apresentam dor abdominal e em 15-25% dos casos existe hematúria, geralmente assintomática. A anemia também se encontra presente, assim como podem ocorrer policitemia, trombocitose e aumento do PTT.

O US Abdominal com imagem com doppler das veias renais e da cava inferior, é geralmente o primeiro estudo que, além de procurar o tumor, avalia o sistema de coleta e demonstra trombos do tumor nas veias renais e/ou veia cava inferior. A GNDA e PHS não cursam com massas abdominais.

Os linfomas abdominais se manifestam como massas volumosas de crescimento rápido, associadas a obstrução intesti-

nal, intusseção e ascite e a TC de abdome ajuda na avaliação e diagnóstico.

02. Resposta correta: D

- A) 2,52%
- B) 4,15%
- C) 3,85%
- D) 89,26%

Comentário: A hipótese de febre reumática baseia-se na história de dores ósseas difusas, no antecedente de amigdalites de repetição e na presença de febre e de sopro cardíaco. Sabe-se, entretanto, que a febre reumática é rara em crianças com menos de 5 anos de idade, cursa com poliartrite, apresenta sinais de doença infecciosa aguda e manifesta sopro cardíaco de tonalidade alta e sinais de insuficiência aórtica ou mitral. Além disso, a hepatosplenomegalia com as características descritas no exame não compõe o quadro clínico da febre reumática. Nesta, a febre é alta, e a dor cede com o uso de analgésicos comuns. Assim, a suspeita de febre reumática é incompatível com o quadro clínico apresentado.

A artrite reumatóide juvenil caracteriza-se, além da artrite, por manifestações extra-articulares. Afeta mais o sexo masculino e tem início em torno dos 5 anos de idade. Os pacientes apresentam febre alta, com grandes flutuações diurnas, que antecede em semanas ou meses a artrite. A dor regride com o uso de salicilatos. Frequentemente, detecta-se linfadenomegalia generalizada e hepatosplenomegalia. O comprometimento cardíaco dá-se mais por pericardite do

que por miocardite. As manifestações sistêmicas são autolimitadas. A pré escolar não apresenta quadro clínico compatível com artrite reumatóide juvenil, pois a febre é baixa, a dor é rebelde aos analgésicos comuns, não há manifestações de artrite, a anemia é grave, e o fígado e o baço têm consistência endurecida. O neuroblastoma é um tumor que cursa com dores ósseas, queda do estado geral, febre intermitente, anorexia, emagrecimento e palidez. O comprometimento hepático é freqüente neste tumor. A massa palpável é achado comum no neuroblastoma abdominal, porém a esplenomegalia não compõe o quadro clínico deste tumor. A linfadenomegalia observada no neuroblastoma é sempre metastática, ocorrendo em geral em linfonodos ou, eventualmente, em cadeias linfáticas isoladas. A linfadenomegalia generalizada não é compatível com neuroblastoma

A hipótese diagnóstica mais provável é de leucemia aguda, baseando-se na presença de dores ósseas, anemia intensa, linfadenomegalia generalizada, hepatoesplenomegalia, febre baixa intermitente e comprometimento do estado geral. Vale ressaltar que a ocorrência de dois destes achados já alerta para o diagnóstico de leucemia, devendo o médico solicitar exame do sangue periférico e, caso este não elucide o diagnóstico, solicitar um mielograma.

03. Resposta correta: D

- A) 11,19%
- B) 4,22%

- C) 8,0%
- D) 76,52%

Comentário: Os corticóides podem provocar supressão do sistema imune. Crianças que recebem corticoides em dose $\geq 2\text{mg/kg/dia}$ ou $\geq 20\text{mg/dia}$, de prednisona ou equivalente, por 14 dias ou mais não devem receber vacinas com vírus vivos até que o tratamento seja suspenso por pelo menos 1 mês. Assim sendo as vacinas tetra viral e de febre amarela encontram-se contraindicadas.

04. Resposta correta: C

- A) 1,78%
- B) 5,48%
- C) 68,3%
- D) 24,44%

Comentário: A manifestação clínica da rubéola engloba febre baixa, dor de garganta, olhos vermelhos com ou sem dor, cefaléia, mal estar, anorexia e linfadenopatia, sendo os linfonodos cervicais, suboccipitais, pós auriculares e anteriores os mais proeminentes. A erupção cutânea começa na face e pescoço, com máculas rosadas pequenas, irregulares, coalescentes e que se disseminam centrifugamente para tronco e membros. Na época do início das lesões cutâneas, o exame de orofaringe pode revelar lesões pequenas, de coloração rósea (manchas de Forchheimer) ou hemorragias petéquiiais em palato mole. Não há descamação após a melhora do rash.

O vírus do sarampo se manifesta com febre crescente, conjuntivite com fotofobia, coriza, tosse e, 1-4 dias do início

da erupção cutânea, surgem as manchas de Koplik que são lesões vermelhas discretas, com manchas branco-azuladas no centro, nas faces internas das bochechas, ao nível dos pré-molares. O rash tradicionalmente inicia-se ao redor da testa, atrás das orelhas e parte superior do pescoço, maculopapuloso e com disseminação para parte inferior, pegando palmas e plantas em 50% dos casos. Pode aparecer uma fina descamação na pele após o desaparecimento do rash. O rotavírus e norovírus causam sintomas gastrointestinais e não o quadro apresentado.

05. Resposta correta: D

- A) 10,22%
- B) 1,33%
- C) 4,59%
- D) 83,7%

Comentário: Na doença de Kawasaki uso da imunoglobulina intravenosa imediato é essencial para a prevenção do aneurisma coronariano. Contudo o uso de IGIV pode interferir na resposta imune às vacinas de vírus vivo, sendo necessário aguardar até 11 meses após a administração para seu uso

06. Resposta correta: A

- A) 94,89%
- B) 2,15%
- C) 0,07%
- D) 2,89%

Comentário: A fissura mamária não representa contraindicação para o aleitamento materno. O RN em questão

está com pega inadequada ao seio, ocasionando fissura na mama materna, impossibilitando a sucção adequada e não obtendo ganho ponderal adequado de 30g/dia. Desta forma, devemos corrigir a pega e incentivar o aleitamento materno.

07. Resposta correta: D

- A) 8,52%
- B) 0,67%
- C) 3,11%
- D) 87,7%

Comentário: Um lactente de 4 meses já é capaz de levantar a cabeça e o peito quase no eixo vertical. O reflexo tônico cervical assimétrico já não existe mais e, com isto, ele já é capaz de levar a mão na linha média, segurar e levar objetos até a boca. Nesta faixa etária também não existe mais o reflexo de Moro. Portanto, ele tem atraso neuropsicomotor, com causa provável pela asfixia perinatal que sofreu, no entanto, deve ser avaliado e estimulado precocemente, com acompanhamento multiprofissional.

08. Resposta correta: C

- A) 0,22%
- B) 0,37%
- C) 93,33%
- D) 5,93%

Comentário: A taquipneia transitória do RN é mais comum após o parto por cesariana em RN a termo. A ausculta pulmonar normalmente é limpa. A maioria se recupera em 3 dias.

09. Resposta correta: C

- A) 1,78%
- B) 22,0%
- C) 75,78%
- D) 0,44%

Comentário: Icterícia com menos de 24 horas é considerada patológica. Estados hemolíticos em geral são a causa. Neste caso, deve-se determinar o nível sérico de bilirrubina e excluir anemia hemolítica.

10. Resposta correta: D

- A) 1,56%
- B) 0,3%
- C) 1,48%
- D) 96,3%

Comentário: A otite média aguda (OMA) é definida como a presença de líquido (efusão) preenchendo a cavidade da orelha média sob pressão, com início abrupto dos sinais e sintomas causados pela inflamação dessa região. A OMA ocorre mais frequentemente como consequência de uma IVAS que causa inflamação/disfunção da tuba auditiva. Portanto, a OMA incide mais nos meses frios, na vigência ou sequência de uma IVAS e com febre. A OMA deve sempre ser confirmada pela otoscopia. São sinais de alteração da membrana timpânica (MT) encontrados na OMA: mudanças de translucidez, forma, cor, vascularização e integridade. O achado mais significativo no diagnóstico da OMA é o abaulamento da MT, com sensibilidade de 67% e especificidade de 97%.

11. Resposta correta: B

- A) 2,74%
- B) 12,96%
- C) 42,07%
- D) 41,93%

Comentário: Mulheres com infecções por *Candida* apresentam dor no mamilo, prurido, sensação de queimadura (ardor) e “fisgadas”, que se irradiam para o interior da mama. A pele dos mamilos e da aréola pode apresentar-se avermelhada, brilhante ou apenas irritada ou com aspecto friável e com fina descamação; raramente observam-se placas esbranquiçadas. O diagnóstico de infecção mamilar por *Candida* pode ser feito apenas pela história e exame clínico, não sendo necessárias culturas do leite ou da pele, as quais são frequentemente inconclusivas. O tratamento medicamentoso consiste na aplicação local de nistatina, clotrimazol, miconazol ou cetoconazol, durante aproximadamente 14 dias. Deve-se tratar, simultaneamente, a mãe e a criança, mesmo que uma delas não apresente sintomas clínicos evidentes. Se o tratamento local não for efetivo, recomenda-se, para a mãe, fluconazol por 14 a 18 dias, por via oral.

12. Resposta correta: B

- A) 21,48%
- B) 40,44%
- C) 26,22%
- D) 11,7%

Comentário: A síndrome de Gilbert, uma doença metabólica hepática, é causada

por um polimorfismo genético que leva ao decréscimo, de até 30%, da atividade da enzima UDP glicuronosil transferase. Por isso, a conjugação da bilirrubina fica diminuída nestes pacientes, levando a aumentos não obstrutivos e não hemolíticos da bilirrubina não conjugada (laboratorialmente chamada de indireta). Esta síndrome ocorre geralmente após a puberdade, não se associa a doença crônica do fígado e apresenta flutuações da dosagem da bilirrubina que variam entre 1 – 6 mg/dL. Neste caso clínico há aumento flutuante de bilirrubina não conjugada (que pode ocorrer na vigência de doença aguda ou não), sem sinais de hemólise (hemácias e plaquetas normais) ou de acometimento hepático (provas de função e enzimas hepáticas normais), conduzindo a síndrome de Gilbert como principal hipótese diagnóstica.

13. Resposta correta: B

- A) 4,44%
- B) 59,26%
- C) 32,44%
- D) 3,63%

Comentário: Prolapso retal é a exteriorização da mucosa retal através do ânus. A maioria dos casos de protrusão do tecido retal pelo ânus é devido à prolapso retal e não a pólipos, hemorroida etc. A maioria dos casos de prolapso retal é idiopático, sendo o início frequente entre 1 e 5 anos. Outras causas podem se relacionar com constipação, verminose, fibrose cística etc. Em geral ocorre quando a criança começa a ficar

em pé se resolvendo por volta de 3 a 5 anos, quando o sacro toma sua forma mais parecida com a do adulto e a luz anal é orientada posteriormente, não havendo a interferência do peso das vísceras empurrando para baixo, como no início do desenvolvimento. Normalmente ocorre durante a evacuação, sendo em geral indolor ou provocando pouco incômodo; sua aparência varia de vermelho vivo a escuro, lembrando uma colméia. A redução após a evacuação pode ser espontânea ou manual. O tratamento conservador consiste na redução manual cuidadosa. O uso de medicação (como laxativos na constipação) é indicado quando existe doença subjacente. As opções de tratamentos cirúrgicos existentes se relacionam com algum grau de morbidade sendo, portanto, o tratamento não cirúrgico tentado primeiro.

14. Resposta correta: D

- A) 2,74%
- B) 26,81%
- C) 12,67%
- D) 57,63%

Comentário: Dentre as helmintíases, a infestação pelo *Enterobius vermicularis* tem como característica principal o prurido perianal, frequentemente noturno, que causa irritabilidade, desassossego, desconforto e sono intranquilo. O albendazol é um antiparasitário polivalente importante no uso do dia a dia do pediatra. Apresenta ação contra os principais helmintos em dose única (*Ascaris lumbricoides*, *Enterobius ver-*

miculares, ancilostomídeos) até 3 dias seguidos (*Taenia* sp., *Trichuris trichiura*, *Strongyloides stercoralis*). Se utilizado por 5 dias, atua também em *Giardia lamblia*. O pamoato de pirvínio é específico para oxiuríase (enterobíase) e deve ser utilizado em dose única, com repetição em 14 dias.

O tiabendazol é utilizado por sua ótima ação na estrogiloidíase, porém é um antiparasitário considerado dos mais tóxicos. O mebendazol é opção de tratamento da enterobíase.

O pamoato de pirantel é utilizado em nematóides, porém o secnidazol é um medicamento para tratar protozoários, não sendo ousado no tratamento da oxiuríase.

O levamisol é ascaridicida específico. A ivermectina age na enterobíase.

15. Resposta correta: A

- A) 18,3%
- B) 24,96%
- C) 37,48%
- D) 19,19%

Comentário: Se a criança tiver alguma dose do Calendário Nacional de Vacinação em atraso, ela pode ser aplicada ao mesmo tempo com a febre amarela, com exceção vacina tríplice viral (que protege contra sarampo, rubéola e caxumba) ou tetra viral (que protege contra sarampo, rubéola, caxumba e varicela).

Se a criança que não recebeu a vacina para febre amarela nem a tríplice viral ou tetra viral e for atualizar a situação vacinal, a orientação é receber a dose de febre amarela e agendar a proteção

com a tríplice viral ou tetra viral para 30 dias depois.



Fonte: http://portalarquivos.saude.gov.br/imagens/pdf/2017/abr11/05/05.04.2017.Ar%20C3%8Ancia%20Febre%20Amarela_portal.pdf

O calendário vacinal do Plano Nacional de Imunizações (PNI) indica aos 15 meses a realização das vacinas DPT, VOP, meningocócica C e tetra viral. Esta criança é residente em Natal (RN), localidade considerada pelo Ministério da Saúde como Área Sem Recomendação de Vacinação de febre amarela, portanto não tendo realizado esta vacina de rotina aos 9 meses. Porém em 12 dias irá se mudar para um local considerado como Área Com Recomendação Permanente de Vacinação. Como a vacina contra a febre amarela deve ser feita no máximo até 10 dias antes da vagem para o local onde vai morar, esta vacina tem prioridade pela circunstância, seguindo o referido pelo Ministério da Saúde: “Se a criança que não recebeu a vacina para febre amarela nem a tríplice viral ou tetra viral e for atualizar a situação vacinal, a orientação é receber a dose de febre amarela e agendar a proteção

com a tríplice viral ou tetra viral para 30 dias depois”. A concomitância destas vacinas não deve ser feita, “pois há interferência na resposta imune, nessa situação”. Assim, como se trata de uma situação urgente para a vacinação contra a febre amarela e não ocorrerá perda com atraso em 30 dias da vacina tetra viral, esta não deverá ser aplicada em conjunto com a da febre amarela.

16. Resposta correta: B

- A) 14,44%
- B) 55,78%
- C) 7,93%
- D) 21,7%

Comentário: A seletividade láctea é um distúrbio alimentar caracterizado pela preferência por alimentos pastosos que derretem na boca e líquidos, principalmente os lácteos. Pode estar relacionado com experiências traumáticas envolvendo alimentos sólidos e dificuldade na evolução da consistência das papinhas no primeiro ano de vida. Esse comportamento alimentar gera muita ansiedade e medo nos pais, pois temem que a criança se desnutra e não cresça adequadamente, sendo comum a família aumentar a densidade calórica dos alimentos aceitos pela criança ou oferece-las em grande quantidade para compensar a dificuldade alimentar. Quando diagnosticada a seletividade láctea, a terapia nutricional deve basear-se na evolução progressiva da consistência dos alimentos, na mudança dos utensílios (mamadeira, copo, colher, garfo) e

na oferta de alimentos que podem ser pegos com as mãos. Diante do pedido de leite por parte das crianças, os pais devem oferecer alimentos sólidos ou semissólidos que são aceitos, permitindo a diferenciação entre fome e sede.

17. Resposta correta: C

- A) 3,19%
- B) 3,93%
- C) 62,67%
- D) 30,07%

Comentário: Recomenda-se a profilaxia com antibióticos nos pacientes portadores de condições de risco (prótese valvar, cardiopatia congênita com shunts, endocardite infecciosa prévia) que vão ser submetidos a procedimentos odontológicos com amoxicilina 1 hora antes na dose de 50 mg/kg.

18. Resposta correta: D

- A) 1,63%
- B) 27,11%
- C) 8,96%
- D) 62,07%

Comentário: A deficiência de G6PD é a anormalidade enzimática mais frequente da célula vermelha e sempre causa hemólise. Pode ser desencadeada por algumas drogas como: trimetoprim-sulfametoxazol, nitrofurantoína e ácido nalidíxico.

19. Resposta correta: B

- A) 20,37%
- B) 45,63%

- C) 8,3%
- D) 25,56%

Comentário: A orientação aos pais sobre possibilidade de recorrência de sintomas até 12 horas após o episódio é de fundamental importância. Corticoesteróides (prednisona ou prednisolona) e anti-histamínicos H1 de 2ª geração (fexofenadina, cetirizina, desloratadina) devem ser usados por pelo menos 5-7 dias.

20. Resposta correta: A

- A) 67,48%
- B) 7,33%
- C) 1,78%
- D) 23,33%

Comentário: O CEM em seu artigo 74 refere que: “É vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente”.

Em situações consideradas de risco como abuso de drogas, não adesão a tratamentos recomendados, risco de vida (suicídio), ferimentos auto-inflingidos, torna-se necessária a participação dos pais.

21. Resposta correta: C

- A) 20,67%
- B) 1,11%

- C) 46,07%
- D) 32,15%

Comentário: O Ministério da Saúde estabelece um esquema de profilaxia para DST não virais, HIV e hepatite B pela Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, incluindo também a contracepção de emergência.

22. Resposta correta: D

- A) 1,78%
- B) 0,22%
- C) 0,22%
- D) 97,7%

Comentário: O escroto agudo ou síndrome escrotal aguda é um quadro clínico caracterizado por dor súbita, aumento de volume e hiperemia na região escrotal. É uma emergência cirúrgica e o US com Doppler colorido tem alta sensibilidade e especificidade para diagnosticar torção testicular. A cintilografia é um exame mais demorado e não está disponível nos hospitais, e esse retardo de diagnóstico pode levar à perda testicular.

23. Resposta correta: A

- A) 91,56%
- B) 0,22%
- C) 0,44%
- D) 7,7%

Comentário: Acidentes leves como ferimentos superficiais, pouco extensos e únicos em tronco, abdômen e membros (exceto mãos, polpas digitais e planta

dos pés) devem ser acompanhados clinicamente por 10 dias. Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raioso, administrar 5 doses da vacina anti-rábica.

24. Resposta correta: D

- A) 36,81%
- B) 2,59%
- C) 4,15%
- D) 56,15%

Comentário: As vitaminas do complexo B participam de diversas reações e processos enzimáticos como síntese de ATP no cérebro, metabolismo do ferro, síntese de hemoglobina e outros.

A alimentação crudovorista não permite nenhum tipo de carne que é uma das grandes fontes de vitaminas do complexo B.

25. Resposta correta: B

- A) 0,52%
- B) 95,11%
- C) 3,93%
- D) 0,22%

Comentário: A rinite alérgica é caracterizada por congestão nasal, rinorreia, prurido nasal, espirros frequentes e inflamação da conjuntiva. O tratamento inclui a prevenção (limitar a exposição a alergenios), antihistaminicos orais ou tópicos, spray nasal anticolinérgico (ipratropio); descongestionantes intranasais não devem ser usados por mais de 5 dias (congestão de rebote). Os modifica-

dores de leucotrieno tem efeito modesto na rinorreia e obstrução nasal. Pacientes com sintomas mais graves devem receber corticoide intranasal, o tratamento mais eficaz da rinite alérgica. Normalmente o tratamento da rinite alérgica com antihistaminicos orais e o corticoide intranasal aliviam a conjuntivite alérgica coexistente.

26. Resposta correta: A

- A) 64,74%
- B) 10,07%
- C) 19,33%
- D) 5,63%

Comentário: Hematúria macroscópica recorrente a nefropatia por IgA (doença de Berger) é a mais comum doença glomerular crônica da infância. É mais comum em crianças do sexo masculino do que feminino e caracterizada por hematúria macroscópica que geralmente ocorre 1 a 2 dias após o início de infecções respiratórias ou gastrointestinais.

27. Resposta correta: D

- A) 13,04%
- B) 11,04%
- C) 15,56%
- D) 60,3%

Comentário: Esta síndrome ocorre principalmente em pacientes com tumores de alta fração de proliferação, naqueles com massas volumosas ou muito disseminadas e nos tumores sensíveis a terapia citotóxica. É mais comumente descrita nos pacientes com linfoma de Burkitt,

linfoma linfoblástico, LLA (principalmente T-derivada com hiperleucocitose) e naqueles com doença extramedular extensa, embora possa também ser observada em outras doenças neoplásicas. Resultam da liberação na circulação de produtos da degradação citoplasmática e nuclear das células malignas. O potássio, principal íon intracelular, aumenta no soro, e sua excreção encontra-se prejudicada pela disfunção renal. O rápido aumento do potássio pode conduzir a arritmias e parada cardíaca. Os ácidos nucleicos são metabolizados em ácido úrico, pouco solúveis em meio ácido, o que facilita seu depósito nos túbulos coletores renais, podendo levar a insuficiência renal.

Os linfoblastos são ricos em fosfato, e seus níveis elevados no soro são também exacerbados pela acidose metabólica. Quando a relação cálcio/fósforo for maior que 60, o fosfato de cálcio precipita na microcirculação, causando hipocalcemia secundária. A precipitação dos cristais de ácido úrico e de fosfato de cálcio dentro dos túbulos renais e da microcirculação leva à insuficiência renal aguda.

28. Resposta correta: C

- A) 7,41%
- B) 2,74%
- C) 58,37%
- D) 31,41%

Comentário: O eritema tóxico do RN é uma erupção cutânea benigna, autolimitada e idiopática. Geralmente ocorre em RN a termo e deve ser reconhecido

pelo pediatra geral.

As lesões caracterizam-se por máculas, pápulas e pústulas eritematosas transitórias, que se iniciam em geral ao redor de 3 a 4 dias de vida e localizam-se em frente, face, tronco e membros, tendendo a poupar palmas das mãos e plantas dos pés. Habitualmente têm evolução rápida, desaparecendo de uma área e surgindo em outra em horas.

O diagnóstico é na maioria das vezes clínico. Pode-se realizar biópsia nos casos duvidosos, a qual demonstrará acúmulo de eosinófilos no aparelho pilosebáceo. No sangue periférico pode ser encontrada eosinofilia.

O tratamento é desnecessário, pois se trata de condição autolimitada. No diagnóstico diferencial devem ser considerados melanose pustular transitória, milium, miliária e impetigo:

- O impetigo neonatal inicia-se geralmente ao redor de 2 a 3 dias de vida, sob a forma de lesões superficiais vesiculares, pustulosas ou bolhosas, sobre base eritematosa, as quais se rompem facilmente, formando crostas.

Localizam-se habitualmente em áreas úmidas da pele, como área das fraldas, virilha, axilas e dobras do pescoço.

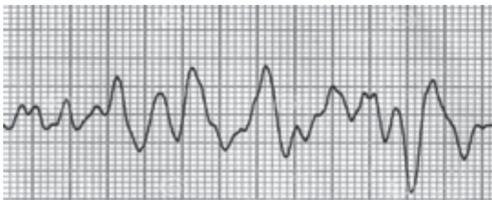
- A melanose pustular transitória é uma dermatose benigna e autolimitada, de etiologia indefinida, mais frequente em negros e caracterizada por lesões vesicopustulosas superficiais que evoluem para máculas hiperpigmentadas. Localizam-se na porção inferior da face, mento, frente e regiões cervical, pré-tibial e lombar.

A miliária está associada ao acúmulo de suor, que escapa para o tecido cir-

cunjacente formando vesículas. Ocorre igualmente em meninos e meninas, com maior incidência nas primeiras semanas de vida. São fatores predisponentes a prematuridade, o uso de roupas em excesso, e o uso de sabões, cremes, produtos oclusivos e oleosos. As lesões clínicas variam de acordo com o nível da obstrução do ducto écrino na pele. As lesões caracterizam-se por pequenas pápulas, vesículas ou vesicopápulas, eritematosas e pruriginosa

29. Resposta correta: C

- A) 6,67%
- B) 4,81%
- C) 76,52%
- D) 11,93%



Comentário: Trata-se de um traçado compatível com fibrilação ventricular, um ritmo de parada chocável (ausência de pulso palpável e traçado eletrocardiográfico compatível), estando indicada imediatamente desfibrilação elétrica com carga inicial de 2J/Kg, seguida de retorno da RCP (massagem cardíaca externa e ventilação adequadas).

30. Resposta correta: B

- A) 29,41%
- B) 45,93%
- C) 4,22%

- D) 20,44%

Comentário: Apesar de ser a complicação mais temida da CAD pois esta associada à mortalidade de até 30%, o edema cerebral ocorre em apenas 1% dos casos de CAD, sendo pouco frequente. A fisiopatologia do edema cerebral na CAD não está totalmente esclarecida, mas sabe-se que a sua prevenção envolve a gradual correção tanto da desidratação e da depleção hídrica, quanto da hiperglicemia, da cetonemia e da acidose. O reconhecimento precoce do edema cerebral é fundamental, estando indicada a administração de manitol para tratamento, além de medidas de suporte e monitorização preferencialmente em unidade de terapia intensiva. A furosemida e a dexametasona não têm eficácia comprovada no tratamento do edema cerebral na CAD.

31. Resposta correta: A

- A) 27,26%
- B) 39,56%
- C) 8,81%
- D) 24,22%

Comentário: O uso do haloperidol e da prometazina é considerado seguro durante a lactação, pois não há relatos de efeitos farmacológicos significativos para o lactente.

32. Resposta correta: B

- A) 3,7%
- B) 66,15%
- C) 1,85%
- D) 28,3%

Comentário: Um bebê com essa história e esse exame clínico pode apresentar icterícia pelo leite materno. Em alguns bebês pode ocorrer uma maior absorção intestinal de bilirrubina, causando uma icterícia pouca intensa com aumento da bilirrubina indireta. O bebê está clinicamente bem. Os níveis e frações de bilirrubina sustentam essa hipótese. Pela idade do bebê e pelo valor da bilirrubina total não está indicada a fototerapia.

Não há necessidade de novos exames ou mesmo suspender a amamentação como “teste” para comprovar a icterícia por leite materno. Essa prática não é mais indicada.

A mãe deve ser orientada e tranquilizada, incentivar a amamentação e realizar uma revisão ambulatorial.

33. Resposta correta: D

- A) 26,0%
- B) 12,3%
- C) 8,07%
- D) 53,63%

Comentário: Embora disponível gratuitamente pelo programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil somente para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos, a SBP recomenda para todas as crianças e adolescentes, de 9 a 20 anos, de ambos os sexos, a vacina HPV.

34. Resposta correta: A

- A) 73,7%
- B) 7,78%

- C) 13,41%
- D) 5,04%

Comentário: São considerados protegidos crianças e adolescentes que tenham recebido duas doses da vacina tríplice viral(SCR) e/ou tetraviral(SCRV), acima de um ano de idade, com intervalo mínimo de 1 mês entre elas. Por possível interferência de anticorpos maternos, doses desta vacina aplicadas antes de 12 meses de idade não são consideradas válidas. A vacina tetraviral (SCRV) é priorizada na segunda dose, aos 15 meses, pois na primeira se identificou uma maior frequência de efeitos adversos, quando comparada a tríplice viral (SCR). Assim, sendo possível, deve-se aplicar em separado SCR + V (vacinação simultânea), na primeira dose e junto SCR + V na segunda dose (Vacinação combinada), pois os efeitos adversos não aumentaram nessa dose subsequente.

35. Resposta correta: A

- A) 74,15%
- B) 10,74%
- C) 4,67%
- D) 10,37%

Comentário: A aspiração de corpo estranho ocorre acidentalmente, com maior frequência, em lactentes. Pode-se presenciar o momento da aspiração (engasgo, tosse, sufocação, cianose), mas em grande parte, estes episódios não são observados ou não valorizados. Podemos ter os sintomas respiratórios após semanas ou meses do ocorrido.

Radiografia do tórax; imagem de atelectasia (obstrução total do brônquio) ou hiperinsuflação da área afetada (obstrução parcial do brônquio, mecanismo valvular). A broncoscopia é a proposta diagnóstica e conseqüentemente, pode ser também terapêutica.

36. Resposta correta: C

- A) 8,37%
- B) 5,33%
- C) 81,33%
- D) 4,96%

Comentário: O caso descrito demonstra uma história típica de dermatite atópica, pois a idade de início foi precoce, os fatores de piora mais observados são mudança de temperatura e uso de roupas sintéticas e contato com sabonetes e xampus que contém fragrância.

Apresenta ainda a localização clássica da dermatite atópica que são as regiões extensoras de membros e face nos lactentes. Portanto a alternativa C é a correta. No caso como a lesão está localizada na face o tratamento indicado são corticoides de baixa potência como a hidrocortisona.

A alternativa A não é correta pois na urticária as lesões são do tipo urticas, são evanescentes e não placas eritemato descamativas.

A alternativa B não é correta pois a dermatite seborreica tem início nas primeiras semanas de vida e acomete pregas inguinais, dado não observado na história clínica.

A alternativa D é incorreta pois na dermatite de contato a lesão de pele

frequentemente tem relação com o contato, assume o formato do objeto que causou e seria mais localizada e resistente ao tratamento, enquanto não for removido a agente causador

37. Resposta correta: D

- A) 2,15%
- B) 60,67%
- C) 9,48%
- D) 27,41%

Comentário: O caso em questão é típico no alojamento conjunto de qualquer maternidade, onde recém-nascidos são submetidos a conduta de fototerapia. O conhecimento do guia de fotoproteção com o intuito de reduzir a exposição ao sol intencional das crianças sem a devida proteção é importante para a redução do risco de doenças de pele sobretudo câncer.

A pele da criança, principalmente das crianças menores de 6 meses, apresenta uma maior susceptibilidade a exposição solar, onde observam-se melanócitos imaturos e que podem sofrer danos que trarão repercussão na idade adulta. Observa-se que a orientação de realizar a exposição intencional ao sol no período da manhã é rotineiramente realizada em algumas maternidades, porém, este sol apresenta inúmeras radiações (ultravioleta A e B, infravermelho) que podem ocasionar lesões na pele da criança mesmo com curtos períodos. Além disso, em locais onde o acesso a energia elétrica é mais difícil está sendo realizada a fototerapia com a luz solar. Para que seja seguro para a criança, são utilizados

filtros das radiações nocivas a pele, com isso, observou-se que seriam necessárias no mínimo 5 horas de exposição contínua ao sol para que essa fototerapia seja efetiva, nos casos de icterícia leve a moderada. Desta forma, a exposição ao sol pela manhã por um curto período não apresentará resultados para a redução de bilirrubina sérica do recém-nascido como alguns acreditam.

A produção de vitamina D é relacionada a exposição a ultravioleta B, sendo que a incidência desta radiação apresenta início por volta das 10 horas da manhã e termina as 16 horas. Desta forma, os horários apresentados na assertiva não são adequados para a produção de vitamina D.

O uso da luz solar filtrada não possui evidências para uso no Brasil.

38. Resposta correta: A

- A) 89,78%
- B) 3,26%
- C) 1,78%
- D) 5,19%

Comentário: O ferro exerce funções vitais no nosso organismo como constituinte da hemoglobina, responsável pelo transporte de oxigênio para os tecidos, de enzimas que participam de mecanismos imunológicos e da produção de neurotransmissores. A deficiência deste mineral, mesmo na ausência de anemia está associada a alterações do desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento do sistema imunológico e diminuição da capacidade de trabalho. A carência nutricional de ferro é a mais

prevalente no mundo e sua prevalência é mais comum na criança vegetariana. A SBP recomenda a suplementação com ferro para todas as crianças com até 2 anos de idade, independentemente da orientação alimentar que sigam. No caso de um lactente nascido a termo, com peso adequado para idade gestacional e em aleitamento materno, o esquema deverá ser 1 mg / kg/ dia de ferro elementar a partir do 6º mês (ou da introdução de outros alimentos) até o 24º mês de vida.

39. Resposta correta: A

- A) 82,07%
- B) 10,3%
- C) 4,67%
- D) 2,81%

Comentário: Os distúrbios gastrointestinais funcionais (DGF) da infância incluem uma variada combinação de sintomas digestórios crônicos ou recorrentes, correlacionados com a idade e não explicados por alterações estruturais ou bioquímicas. Os DGF na infância são comuns, correspondendo a aproximadamente 5% das queixas em ambulatórios de cuidados primários e 40% das consultas de gastroenterologia infantil. Nota-se uma resposta motora exacerbada a um estressor emocional ou fisiológico entre os pacientes. A hipótese fisiopatológica mais discutida é a presença de distúrbios no eixo cérebro-intestino, que liga o sistema nervoso entérico ao SNC. Lactentes com disquezia apresentam esforço intenso,

choro, rubor ou cor purpúrea facial em cada defecação. Os sintomas persistem por 10 a 20 minutos.

40. Resposta correta: C

- A) 3,41%
- B) 0,3%
- C) 86,74%
- D) 9,56%

Comentário: Quanto menor a criança, mais inespecíficos são os sinais e sintomas de infecção do trato urinário (ITU). Nos lactentes a febre é o principal sintoma e, por vezes, o único sinal de ITU. A leucocitúria associada a presença de cilindros piocitários e bacterioscopia com bastonetes gram negativos além de albuminúria e hematuria, falam a favor de ITU. A história de febre alta associada a comprometimento do estado geral com taquicardia e perfusão periférica comprometida, além de irritabilidade, mesmo após controle da temperatura, falam a favor de comprometimento sistêmico, pielonefrite. O hemograma completo é importante para auxiliar na avaliação da gravidade do caso e a urocultura com TSA (teste de sensibilidade aos antibióticos) para confirmação do diagnóstico e para auxiliar na escolha e ou avaliação do antibiótico a ser utilizado.

41. Resposta correta: C

- A) 0,44%
- B) 0,96%
- C) 82,37%
- D) 16,15%

Comentário: A principal manifestação clínica da síndrome nefrótica é o edema que em geral é intenso, mole, frio depressível e insidioso; podendo evoluir para anasarca. A maioria dos casos ocorre entre 2 e 7 anos de idade. Laboratorialmente, caracteriza-se essencialmente pela presença de proteinúria maciça ($\geq 50\text{mg/Kg/dia}$), hipoalbuminemia ($\leq 2.5\text{g/dl}$) além de hiperlipidemia. A GNDA caracteriza-se pela tríade: edema, hipertensão arterial e hematuria. O quadro clínico principal da miocardite é de taquicardia, dispnéia e anorexia. O edema pode aparecer durante a evolução principalmente nos casos com insuficiência cardíaca.

42. Resposta correta: A

- A) 42,52%
- B) 36,96%
- C) 13,33%
- D) 6,96%

Comentário: Disfunção hepática (hiperbilirrubinemia, distúrbio de coagulação, hipoglicemia), acidose tubular renal (acidose metabólica, glicosúria, aminoacidúria) e cataratas são os principais sintomas de galactosemia, doença autossômica recessiva. Geralmente quando os sintomas se manifestam nos primeiros dias de vida após a ingestão de leite humano ou de fórmula láctea é pela deficiência da enzima GALT.

43. Resposta correta: D

- A) 8,15%
- B) 41,63%

- C) 4,74%
- D) 45,26%

Comentário: O exame morfológico acurado permite a suspeição diagnóstica das principais anomalias cromossômicas observadas em recém-nascidos. Os dados epidemiológicos – idade materna avançada; ultrassonográficos – cisto de plexo coróide; e dados antropométricos – retardo de crescimento intrauterino, no qual é evidenciado pelo peso e comprimento, corroboram a hipótese da trissomia do cromossomo 18, conhecida como Síndrome de Edwards.

44. Resposta correta: A

- A) 32,0%
- B) 21,48%
- C) 41,19%
- D) 5,33%

Comentário: As questões éticas que envolvem o atendimento de adolescentes estão relacionadas principalmente com o fato de a adolescência ser uma fase de desenvolvimento na qual as maturidades biológica, psíquica e social são adquiridas progressivamente. O atendimento de adolescentes tem particularidades que envolvem questões bioéticas, éticas e legais. Por ser uma etapa da vida de grandes crescimento e desenvolvimento, a clientela que procura o serviço de saúde é muito variada: alguns adolescentes ainda se encontram no início da puberdade e outros já têm desenvolvimento puberal mais avançado. Essas grandes e rápidas transformações tornam peculia-

res as ações a serem desenvolvidas com essa população.

Quando um adolescente procura um serviço de saúde, a motivação pode ser dele, do seu responsável ou de ambos. Para lhe oferecermos a oportunidade de falar de si, confidencialmente, é necessário que o atendimento sempre ocorra em dois momentos, o primeiro acompanhado de seu responsável e o segundo, só com o adolescente, pois ele pode não querer revelar algumas informações na presença de seus pais. De acordo com o parecer do Departamento de Bioética e Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria (DBA/SBP) de São Paulo(1), a diferença da relação médico-paciente da faixa etária adolescente em comparação à da criança é que a primeira deixa de ser uma relação profissional-responsável e passa a ser profissional-adolescente, pois este último já tem maturidade suficiente para lhe permitir mais autonomia. É importante que, no primeiro encontro entre profissional de saúde, família e adolescente, expliquem-se o que é confidencialidade e a necessidade dela. Como a consulta deve sempre acontecer em dois momentos, um junto com a sua família e outro só com o adolescente, às vezes a família não autoriza essa privacidade. No entanto, é um direito do adolescente, garantido pelo ECA. O art. 3º descreve que “a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata essa lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de

lhes facultar os desenvolvimentos físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”. Portanto, qualquer exigência que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável.

Em outras situações, como grávidas que se negam a comunicar esse fato aos responsáveis e avisam que vão abortar; pacientes com vírus da imunodeficiência positivo (HIV+) que não aceitam compartilhar seu diagnóstico com a família, adolescentes consumidores de drogas ilícitas, há necessidade de quebra do sigilo da consulta, mesmo que o paciente não concorde. A resistência em informar determinadas circunstâncias de sua vida à família demonstra uma desarmonia que pode e precisa ser enfrentada pela equipe de saúde, sempre priorizando a preservação do direito do adolescente à saúde.

45. Resposta correta: A

- A) 54,59%
- B) 8,15%
- C) 15,19%
- D) 21,93%

Comentário: A puberdade é um período marcado por transformações físicas e psíquicas em meninos e meninas. Crescimento dos testículos, pelos e aumento das mamas são alguns dos indícios de que o adolescente está entrando neste período. Normalmente, a puberdade é

adequada para a idade, em meninas, quando o aparecimento de mamas ocorre após os oito anos de idade. Já em meninos, o primeiro sinal da puberdade aparece após os nove anos e meio.

Entretanto, alguns adolescentes apresentam uma puberdade atrasada, ou seja, não desenvolvem características sexuais na faixa etária esperada. A ausência dessas características em meninas, a partir dos 13 anos, e para os meninos, dos 14 em diante, caracteriza um quadro de retardo puberal

A sequência determinada para o desenvolvimento sexual a seguir mostra a idade média em que a alteração começa a ocorrer.

A puberdade está chegando para as meninas

- 11 anos – despertar das mamas
 - 11,5 anos – crescimento dos pêlos pubianos
 - 12 anos – estirão de crescimento
 - 12,5 anos – alteração na forma do corpo
 - 13 anos – crescimento dos pêlos axilares e primeira menstruação
 - 15 anos – mamas com tamanho adulto
- Meninos: idade em anos
- 11,5 anos – crescimento dos testículos
 - 12,5 anos – estirão de crescimento
 - 13 anos – aumento no tamanho do pênis
 - 13,5 anos – crescimento dos pêlos pubianos
 - 14 anos – crescimento pêlos axilares e alterações no timbre da voz
 - 15 anos – crescimento dos pêlos faciais

46. Resposta correta: C

- A) 1,11%
- B) 17,19%

- C) 47,7%
- D) 33,93%

Comentário: A mais comum causa primária da síndrome da veia cava superior/síndrome mediastinal superior na faixa etária pediátrica é o câncer, sendo o linfoma não-Hodgkin o mais frequente. Nestes pacientes deve-se evitar a realização do procedimento de biópsia sob anestesia geral, pois leva a diminuição do tônus da musculatura respiratória, aumento do tônus da musculatura abdominal, desaparecimento do movimento caudal do diafragma, relaxamento da musculatura lisa do brônquio e diminuição do volume pulmonar. Estas alterações determinam agravamento dos efeitos extrínsecos da compressão da veia cava, provocando grave instabilidade circulatória. Quando a síndrome é determinada por uma doença maligna, algumas vezes, é impossível no início do quadro clínico estabelecer o diagnóstico tecidual, e pode ser necessário iniciar a terapia empírica pela gravidade do quadro clínico. Na suspeita de leucemia ou massas linfomatosas, o uso de corticoterapia sistêmica ou quimioterapia, incluindo ciclofosfamida, vincristina e/ou antraciclinas, é atualmente a terapia padrão.

47. Resposta correta: C

- A) 1,56%
- B) 15,63%
- C) 66,89%
- D) 15,78%

Comentários: A resposta é dor neuropática. Esta é causada por danos estruturais e disfunção das células nervosas do sistema nervoso central ou periférico. Processos que causem danos aos nervos como: condições metabólicas, traumáticas, infecções, isquemia, tóxico ou imunomediado podem resultar em dor neuropática. Dores neuropáticas de caráter periférico em pediatria podem ser relacionadas às lesões do nervo, compressão nervosa, compressão extrínseca por um tumor ou abscesso; danos provocados pela infecção pelo vírus HIV ou HTLV1, por efeitos tóxicos de medicamentos, neurofibromas ou neuromas pós-trauma ou cirurgia. A sintomatologia pode incluir dormência, formiguelo, picada, ardor, dor lancinante, choque elétrico e frio doloroso. O tratamento de primeira linha inclui anticonvulsivantes como gabapentina, carbamazepina, dentre outros, e antidepressivos tricíclicos, como a amitriptilina.

A dor nociceptiva é decorrente de uma lesão tecidual que ativa os receptores específicos conhecidos como nociceptores, sensíveis a estímulos como calor, frio, vibração, estiramento e substâncias químicas liberadas dos tecidos.

48. Resposta correta: D

- A) 12,52%
- B) 6,15%
- C) 36,3%
- D) 44,89%

Comentário: As estratégias de comunicação sobre a morte com crianças e

adolescentes varia segundo seu entendimento, em cada faixa etária. Crianças de 2 a 7 anos, ainda não possuem entendimento claro sobre terminalidade. Compreendem as palavras literalmente, com pensamento concreto, e não têm condições de participar de processos de decisão. Muitas vezes podem ter pesadelos e sentimentos de culpa. Estratégia de abordagem: Corrigir possíveis equívocos em relação aos sentimentos de culpa e percepções errôneas da realidade, usar linguagem direta, e evitar termos vagos como “longa viagem”, “dormir”, “morar numa estrela”. Encorajar e praticar o contato físico, quando aceito.

49. Resposta correta: A

- A) 68,15%
- B) 13,26%
- C) 4,67%
- D) 13,93%

Comentário: O neuroblastoma é o tumor mais comum em lactentes, possuindo pico de incidência ao redor dos 2 anos de idade. Tem origem nas células primordiais da crista neural que formam a medula suprarrenal e os gânglios simpáticos. O achado mais comum é o de massa palpável ao longo da cadeia simpática periférica. A massa tumoral costuma se estender de forma irregular para além da linha média. A presença de metástases ao diagnóstico ocorre em 75% dos casos. A doença metastática pode determinar dor óssea, anemia, proptose e equimose palpebral. A presença de massa tumoral nessa faixa etária, associada a sintomas

sistêmicos como emagrecimento, febre, apatia e irritabilidade sugere o diagnóstico de neuroblastoma.

O diagnóstico diferencial mais comum é com tumor de Wilms, que é o tumor maligno primário do rim mais comum na infância. É assintomático ou oligossintomático, e na maioria das vezes é descoberto pelos familiares ao acariciar, brincar ou banhar as crianças. Outra percentagem deste tumor é vista pelo pediatra durante exame físico de rotina. As manifestações clínicas mais comuns são massa palpável, hipertensão arterial e hematúria. A grande maioria das crianças com tumor de Wilms se apresenta sem alterações sistêmicas.

Nos linfomas não-Hodgkin as manifestações clínicas variam de acordo com o tipo histológico e local primário. O tipo Burkitt esporádico, tem como principais manifestações a presença de dor e massas abdominais palpáveis, resultantes do comprometimento de linfonodos do mesentério.

Os tumores do córtex suprarrenal apresentam incidência aumentada no sul e sudeste do Brasil com pico de ocorrência bimodal, sendo um na primeira e outro na quinta década de vida. Em geral apresentam-se clinicamente com síndrome virilizante, síndrome de Cushing ou a forma mista. A forma não funcionante é muito rara na criança.

50. Resposta correta: B

- A) 9,85%
- B) 24,44%
- C) 43,26%
- D) 22,37%

Comentário: Não é recomendado interromper a amamentação de mães infectadas por VHA. O VHA tem maior possibilidade de transmissão no momento do parto, se este for vaginal, devido à maior probabilidade de contaminação pelas fezes maternas infectadas. No entanto, vale ressaltar que a maioria das mulheres adultas já tem o anticorpo por infecção pregressa. Se o parto ocorrer na fase aguda da doença materna, é aconselhável que o recém-nascido receba imunoglobulina humana.

A hepatite B é uma doença infecciosa causada pelo VHB, que pode estar presente no sangue, no esperma, no líquido amniótico, nos fluidos vaginais, no sangue do cordão umbilical e no leite materno. O maior risco de transmissão para o recém-nascido é durante o parto, quando a criança entra em contato com o sangue e secreções maternas infectadas. O antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) foi detectado no leite de mulheres positivas para HBsAg. No entanto, estudos indicam que a amamentação por mulheres positivas para HBsAg não aumenta significativamente o risco de infecção para os seus filhos, apesar de existir o risco teórico de transmissão se a criança entrar em contato com o sangue materno existente em fissuras ou traumas mamilares. As mães HBsAg positivas devem ser encorajadas a amamentar, desde que o seu filho realize imunoprofilaxia, com administração da

primeira dose da vacina contra hepatite B e simultaneamente o uso da imunoglobulina específica contra hepatite B, administradas ainda na sala de parto ou dentro das primeiras 12 horas de vida da criança concomitantemente, em locais de aplicação diferentes.

O RNA do VHC e os anticorpos contra o vírus foram detectados no leite de mães infectadas; no entanto, a transmissão do HCV através da amamentação até o momento nunca foi documentada em mães com resultados positivos para o anti-VHC. Revisão sistemática da literatura conduzida pela força-tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos com o objetivo de avaliar o risco de transmissão do VHC concluiu que a interrupção do aleitamento materno para reduzir o risco de transmissão vertical não se justifica. Evitar a amamentação não diminui a taxa de transmissão vertical do VHC, pois esse risco não é devido ao leite materno ou colostro, por conterem uma quantidade muito baixa de vírus e que são inativados no trato digestório da criança. A hepatite C não contraindica o aleitamento materno e mães infectadas com VHC devem ser encorajadas a amamentar. No entanto, sabe-se que o VHC é transmitido pelo sangue infectado; assim, se a mãe infectada tiver fissura de mamilo ou lesão na aréola circundante com sangramento, ela deve parar de amamentar temporariamente na mama com sangramento.

Comentário dos Casos: (questões dissertativas)

Questão 1

ITEM A: Ginecomastia da adolescência / Ginecomastia puberal

ITEM B: Pode surgir em até 50% dos adolescentes. A maioria regride em torno de 2 anos após seu início.

Alguns estudos relatam a persistência em 4% dos casos.

ITEM C: Deve-se tranquiliza-la sobre o comportamento, como parte da síndrome normal da adolescência e que a ginecomastia deve regredir.

Questão 2

ITEM A: Encefalopatia hipoxico-isquêmica / asfixia perinatal

ITEM B: Fenobarbital

ITEM C: Hipotermia terapêutica; reduz taxa de apoptose e suprime a produção de mediadores nefrotóxicos (glutamato, radicais livres, óxido nítrico e lactato)

Questão 3

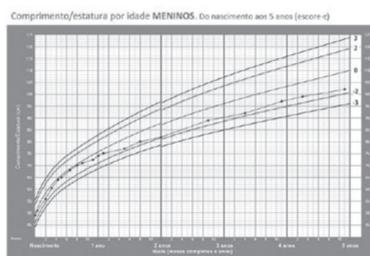
ITEM A: Pneumotórax hipertensivo e toracocentese (ou punção) de alívio (seguida de posterior drenagem do tórax)

ITEM B: Choque obstrutivo/séptico

ITEM C: Deslocamento do tubo (seletivo ou extubação), obstrução do tubo, falha no equipamento.

Questão 4

Dados do parto	GI PII, parto cesáreo, P=3.130g, C=49cm
Mãe	39 anos, dislipidemia, E= 159cm, menarca aos 16 anos
Pai	48 anos, E= 173, "puberdade tardia"
Alimentação	Seio materno exclusivo até seis meses e seio materno + dieta complementar até 12 meses. Alimentação equilibrada e balanceada qualitativa e quantitativamente.
Vacinas	Atualizadas
HPP*	Bronquite, uso de corticoides orais até dois anos.
Exame físico	Sem distorções
Exames complementares	Perfil hormonal normal aos dois anos de idade: IGF1 no limite inferior da normalidade T4 e TSH normais Anticorpos antilgladina, antiendomisio, antitransglutaminase tecidual negativos RX punho e mão esquerdos: IC = 2 anos e 5 meses; IO = 1 ano e 6 meses



ITEM A: Estatura adequada para idade e/ou atraso constitucional e/ou Estatura adequada para a idade + atraso constitucional

ITEM B: Gráfico de crescimento/ velocidade de crescimento/ curva de crescimento

ITEM C: 172 cm +/- 8,5 cm (caso tenha colocado 172 cm, será aceito)

Questão 5

ITEM A: Intolerância secundária à lactose (intolerância à lactose, síndrome pós-enterite por intolerância à lactose; deficiência secundária à lactose; síndrome pós-enterite secundária à deficiência de lactose).

Justificativa: O importante aqui é caracterizar a lesão das vilosidades e consequente não digestão da lactose o mecanismo osmolar da diarreia crônica (intolerância secundária á lactose).

ITEM B: Diagnóstico: diarreia aguda / gastroenterite aguda por agente viral ou bacteriano

ITEM C: Ph fecal ≤ 5 ; substâncias reductoras $\geq 5g\%$ nas fezes; teste da absorção da lactose pela sobrecarga oral; teste do H₂ expirado; teste rápido de lactase em fragmento de biópsia;

dosagem de dissacaridases em fragmento de mucosa intestinal; teste genético.

ITEM D: Restrição dietética temporária da lactose / manutenção do leite materno.

GLOSSÁRIO

ACV -	Aparelho Cardiovascular	IGF1 -	Fator de Crescimento 1
AR -	Aparelho Respiratório	IMC -	Índice de Massa Corporal
BNF -	Bulhas Normofonéticas	MMII -	Membros Inferiores
		PA-	Pressão Arterial
CIV -	Comunicação Intraventricular		
EAS -	Elementos Anormais e Sedimento Urinário	PCR -	Proteína C Reativa
		RCD -	Rebordo Costal Direito
FAN -	Fator Antinuclear	RCE -	Rebordo Costal Esquerdo
FC -	Frequência Cardíaca	RCR 2T -	Ritmo Cardíaco Regular em dois tempos
FR -	Frequência Respiratória	SATO2 -	Saturação de Oxigênio
G6PD -	Glicose-6-fosfato desidrogenase	TSA -	Teste Sensibilidade Antibióticos
IC -	Idade Cronológica	TSH-	Hormônio Estimulante da Tireoide
IO -	Idade Óssea	T4-	Tiroxina Livre
		VHS -	Velocidade de Hemossedimentação

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 22041-012
Tel.: (21) 2548-1999
Fax.: (21) 2547-3567
E-mail: sbp@sbp.com.br

www.sbp.com.br

Nestlé
Nutrition Institute
www.nnibrasil.com.br

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

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