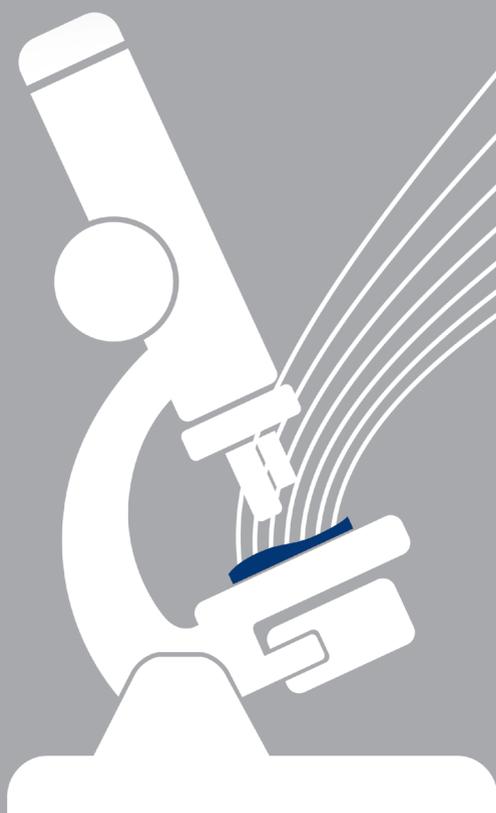


2017
Questões
Comentadas

TEP

**Título de Especialista
em Pediatria**



Nestlé
NutritionInstitute
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

2017
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. Hécio 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 2017). 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. Hécio Villaça 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 Valete 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 Durante as manobras de reanimação neonatal, a administração de adrenalina pode ser necessária. Segundo o Programa de Reanimação Neonatal, a diluição e a dose a ser administrada por via IV, respectivamente são:

- A) 1/1.000 / 0,1-0,5ml/kg
- B) 1/2.000 / 0,3-0,5ml/kg
- C) 1/5.000 / 0,05-0,1ml/kg
- D) 1/10.000 / 0,1-0,3ml/kg

2 Recém-nascido prematuro com 15 dias de vida, peso 1.300g e idade corrigida de 34 semanas, está internado em Unidade Neonatal Intermediária, sendo acompanhado pela sua mãe. Ele está em incubadora aquecida, ar ambiente e alimenta-se por sonda gástrica, sem hidratação venosa. Sua mãe pede para segurá-lo no colo, pois até o dia anterior isso não havia sido autorizado pela equipe. De acordo com as condições clínicas desse paciente, segundo o Ministério da Saúde, a prática mais adequada seria:

- A) colocar o bebê no colo da mãe, com fonte contínua de oxigênio
- B) colocar o bebê em posição can-guru com sua mãe pelo maior tempo possível
- C) permitir que a mãe segure um pouco seu filho no colo, por cerca de 30 minutos
- D) explicar que o bebê é prematuro e sua permanência fora da incubadora seria de risco

3 Adolescente, masculino, 13 anos e seis meses vem à consulta com queixa de dor na região torácica, perto da mama, após jogo de futebol. Exame físico: região da mama esquerda levemente aumentada de volume, compatível com tecido mamário acima dos limites da aréola mamária, estadiamento puberal de Tanner P4G3. Diante do quadro, a conduta é:

- A) tranquilizar o paciente informando que se trata provavelmente de ginecomastia fisiológica
- B) revisar detalhadamente anamnese e exame físico, além de solicitar exames laboratoriais para investigação
- C) informar ao paciente que esse aumento mamário é por excesso de estimulação hormonal e que deve ser cirúrgico
- D) encaminhar paciente para avaliação endocrinológica pela possibilidade deste aumento mamário estar relacionada à doença primária sistêmica

4 4) Escolar, previamente hígido, é levado ao ambulatório de pediatria com lesões características de verrugas vulgares (total de 6), em dorso da mão esquerda e no segundo dedo da mesma mão. Demais dados do exame físico sem anormalidades. Relata contato domiciliar com cão. Assim devemos:

- A) indicar o tratamento com aciclovir tópico
- B) solicitar estudo imunológico desse paciente
- C) aguardar a involução espontânea

das lesões em alguns meses -
D) orientar sobre a etiologia parasitária e os riscos do contato com fezes de cão ou gato

5 Escolar é levado ao ambulatório com lesões ulceradas em antebraço esquerdo. As lesões têm evolução de seis semanas, a princípio uma pápula que evoluiu para ulceração e com posterior surgimento de uma sequência de outros nódulos que também ulceraram. Com esse quadro já foi por duas vezes atendido e medicado com cefalexina e sulfametoxazol-trimetoprim, sem melhora das lesões. Na HPP, nada digno de nota. Responsável relata contato domiciliar com gato que apresentava lesões de pele e que faleceu na última semana. Restante do exame físico sem anormalidades. A história e as lesões são características de:

- A) Esporotricose
- B) toxoplasmose
- C) paracoccidiodomicose
- D) doença da arranhadura do gato

6 Em relação a infecção pelo vírus da hepatite A, na população pediátrica, é correto afirmar que:

- A) o prognóstico é excelente, sem sequelas de longo prazo
- B) a infecção sintomática é mais frequente em idade inferior a seis anos
- C) a taxa de soro conversão alcançada após a primeira dose da vacina é inferior a 40%
- D) a profilaxia em criança saudável,

maior de um ano, deve ser feita com imunoglobulina IM

7 Lactente, oito meses, previamente hígido, é levado à emergência com história de febre há 36 horas e episódio de crise convulsiva tônico-clônica com duração de cinco minutos. Responsável nega episódios anteriores. Exame físico: febril e sonolento, porém facilmente despertável, sem sinais de irritação meníngea. Hiperemia de orofaringe. Restante do exame sem alterações. A abordagem imediata é realizar:

- A) tomografia computadorizada
- B) dosagem de eletrólitos
- C) hemograma e PCR
- D) punção lombar

8 A pseudoparalisia de Parrot, condição clínica que pode ser encontrada em recém-nascidos, é caracterizada pela falta de movimentação ativa do membro, que assume posição de defesa, semiflexionado e doloroso à mobilização. Essa condição clínica está classicamente relacionada a:

- A) sífilis congênita
- B) fratura de clavícula
- C) torcicolo congênito
- D) toxoplasmose congênita

9 Recém-nascido, 15 dias, amamentado exclusivamente ao seio, pesou ao nascer 2.910g e hoje pesa 3.035g. Avaliando esses dados, a conduta adequada é:

- A) internar e investigar possível infecção
- B) vigilância nutricional e pesar aos

- 30 dias de vida
- C) iniciar complementação das mamadas com fórmula
- D) avaliar a pega buscando encontrar as possíveis falhas

10

Escolar, nove anos, masculino, é encaminhado ao ambulatório com diarreia crônica. Apresenta formigamento nos dedos dos pés e alteração do equilíbrio. Seu peso, altura e IMC estão abaixo do z escore “-3” e apresenta anticorpo antitransglutaminase e antiendomíseo, ambos da classe IgA, positivos. No tratamento nutricional, é urgente considerar a reposição de:

- A) retinol (vitamina A)
- B) alfa-tocoferol (vitamina E)
- C) riboflavina (vitamina B2)
- D) colecalciferol (vitamina D)

11

Paciente de 12 anos é levado à emergência por tosse e dificuldade de respirar. Relata dois episódios iguais em quatro meses, com “sensação do coração estar saindo pela boca”. Nega desmaios ou síncope. HPP: rinite alérgica controlada. Pais hipertensos. Exame físico: algo agitado, olhar ansioso, FC: 220bpm, PA: 120 x 70mm Hg, enchimento capilar adequado. AR: FR: 48irpm, sibilos bilaterais. Abdômen: fígado e baço não palpados. Foi inicialmente tratado com broncodilatador inalatório com melhora da tosse, mas persistindo o mal estar. Um ECG é obtido e o diagnóstico é:

- A) taquicardia sinusal
- B) bloqueio Mobitz tipo I

- C) taquicardia ventricular monomórfica
- D) síndrome de Wolff-Parkinson-White



12

Escolar, sete anos, masculino, é atendido na emergência com história de tosse recorrente e de difícil tratamento há cerca de oito dias. Paciente evoluiu com dispneia, edema em face e em região cervical. Exame físico: agitado, linfonomegalia em região cervical direita, face edemaciada e pletórica, e edema em região cervical. Sem hepatoesplenomegalia. RX de tórax: alargamento de mediastino. Além de iniciar oxigenoterapia e realizar coleta de exames laboratoriais, devemos:

- A) não sedar o paciente, providenciar biópsia do linfonodo cervical direito e avaliar início de terapia empírica
- B) realizar sedação intravenosa para melhora da agitação, solicitar tomografia computadorizada de região cervical
- C) não sedar o paciente, solicitar ressonância magnética de tórax e tomografia computadorizada da região cervical
- D) manter paciente sentado em decúbito lateral esquerdo, realizar biópsia de linfonodo cervical direito sob anestesia geral

13 Pais relatam que, há aproximadamente 20 dias, seu filho de cinco anos iniciou quadro de adinamia, fadiga, dores em membros inferiores e nas articulações dos joelhos, febre intermitente e equimoses pelo corpo, após traumas leves. Exame físico: palidez cutâneo mucosa ++/4+, linfonodomegalias em região cervical bilateralmente, baço palpável a 6,5cm do rebordo costal esquerdo, fígado palpável a 3,5cm do rebordo costal direito, equimoses difusas em membros inferiores e dorso. Há cerca de uma semana, foi iniciado pelo médico assistente corticoide via oral para criança, com melhora das dores em membros inferiores. Exames laboratoriais: hematimetria: 2.800.000/mm³, hematócrito: 22,5%; hemoglobina: 7,4g/dL, VCM: 78,3fL, CHCM: 32,8g/dL; HCM: 25,7pg; leucócitos: 8.000/mm³ (linfócitos 88%, segmentados 12%), contagem de plaquetas 25.000/mm³. A principal hipótese diagnóstica é:

- A) aplasia medular
- B) artrite reumatoide
- C) leucemia linfoide aguda
- D) mononucleose infecciosa

14 Pré-escolar de cinco anos, há um dia com história de dor de garganta, febre alta e estridor laríngeo. É levado ao pronto-socorro com dispneia moderada em repouso. A mãe refere que está com a vacinação atrasada e não consegue comer. A radiografia lateral de laringe

mostra imagem em “dedo polegar”. A conduta imediata para o caso é internar e prescrever:

- A) ceftriaxona e corticoide sistêmico
- B) clindamicina e corticoide inalatório
- C) corticoide sistêmico e anti-histamínico
- D) anti-histamínico e inalação com adrenalina

15 Lactente de 40 dias apresenta estridor inspiratório associado a tiragem intercostal. Esse quadro teve início a partir do 3º dia de vida, com leve progressão. Apresenta dificuldade nas mamadas, com algumas interrupções, sem cianose e com ganho pômdero-estatural adequado. A conduta inicial e o diagnóstico, respectivamente, são:

- A) laringoscopia indireta / anel vascular
- B) dilatação pneumática / laringomalácia
- C) nasofibrolaringoscopia / laringomalácia
- D) nasofibrolaringoscopia / estenose subglótica

16 Pré-escolar com quatro anos apresenta há cinco dias tosse, secreção e obstrução nasal, evoluindo com leve melhora dos sintomas. Hoje iniciou febre e queda do estado geral sendo levado ao consultório pediátrico. Exame físico: eupneico, hiperemia de faringe com drenagem de secreção posterior e a visualização do vestibulo nasal mostra crostas amareladas. O diagnóstico de rinossinusite é

confirmado por:

- A) ressonância magnética
- B) raio-X dos seios da face
- C) anamnese e exame físico
- D) tomografia computadorizada

17

Lactente com 18 meses apresenta lesões pápulo-eritematosas distribuídas de forma linear e aos pares que iniciaram há três meses, localizadas sobretudo nos membros. Há prurido intenso e evolução em surtos, com piora nos períodos de calor. Nos últimos dois meses, apresentou três surtos de lesões que duraram dez dias e evoluíram com manchas hiper-crômicas. Os pais relacionaram a piora das lesões com a ingestão de tomate e os demais familiares não apresentavam lesões semelhantes. Com base nos dados clínicos e na observação da figura abaixo, a alternativa que contém o diagnóstico e o tratamento adequados são:

- A) escabiose / permetrina loção cremosa
- B) prurigo estrófulo / medidas ambientais
- C) dermatite atópica / creme de corticoide
- D) alergia alimentar / excluir o alimento envolvido



18

Escolar de seis anos, apresenta edema em face e tosse há dois dias, sem febre. Exame físico: bom estado geral, edema palpebral bilateral. PA: 130x98mmHg. ACV: bulhas rítmicas normofonéticas FC: 90bpm. AR: estertores subcrepitantes em bases. Abdomen: normotenso, fígado: 2,5cm do RCD; edema de +/++ em membros inferiores, com pequenas lesões crostosas. Exames laboratoriais: urina: densidade de 1025, pH: 5,5, leucócitos: 3.000/mL; hemácias: 95.000/mL; raras bactérias, albumina "+". Ureia: 20mg/dL; creatinina: 0.5mg/dL. Raio X de tórax: aumento discreto da área cardíaca. A hipótese diagnóstica e o marcador laboratorial a ser solicitado são:

- A) infecção urinária / urocultura com teste de sensibilidade antibiótica
- B) glomerulonefrite difusa aguda / dosagem sérica de complemento
- C) hipertensão arterial essencial / atividade da renina plasmática
- D) síndrome nefrótica / proteinúria de vinte e quatro horas

19

Pré-escolar de quatro anos, portador de hemoglobinopatia SS faz uso domiciliar de ácido fólico e penicilina profilática. Inicia dor no ombro esquerdo de moderada intensidade, sem sinais flogísticos. Mãe relata febre baixa (37,8°C). Radiografia de tórax: consolidação discreta na língula. Evoluiu com melhora da dor, mas com dispnéia, piora da curva térmica e queda de saturação de oxigênio (90% em ar ambiente). No dia seguinte, uma nova radiografia de tórax revelou o

aparecimento de infiltrado pulmonar no lobo superior esquerdo de característica multifocal. A hipótese diagnóstica é:

- A) tuberculose miliar
- B) pneumonia por H1N1
- C) síndrome torácica aguda
- D) pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*

20 Adolescente, masculino de 14 anos é avaliado pelo pediatra devido a queixa de baixa estatura. Não há relato de doença crônica, alterações alimentares, ou lesões do sistema nervoso central. Gráfico de crescimento mostra altura e peso abaixo e paralelos ao escore $-z-2$ nos últimos três anos. A altura-alvo é no escore $-z 0$. A idade óssea é três anos mais baixa do que a idade cronológica. Exame físico: idade aparente é inferior à referida e o estágio puberal de Tanner é G1/P1. O diagnóstico para essa baixa estatura é:

- A) genética
- B) constitucional
- C) hipotireoidismo
- D) genética e constitucional

21 Lactente de três meses, com história de uso de fórmula infantil na maternidade, está em aleitamento materno exclusivo desde o segundo dia de vida. Apresenta diarreia com raias de sangue nas fezes e eczema. Não fez o teste do pezinho. Exame físico: eutrófico e com bom desenvolvimento pômbero-estatural. O diagnóstico e

a conduta adequada são:

- A) fenilcetonúria / fórmula sem fenilalanina
- B) galactosemia / suspender a amamentação
- C) intolerância à lactose / fórmula sem lactose
- D) alergia à proteína do leite de vaca / amamentação exclusiva

22 Mãe que está amamentando um filho de 18 meses foi surpreendida por uma gravidez não planejada, atualmente com 20 semanas de idade gestacional. Imediatamente ela procura o seu pediatra para obter orientação quanto à amamentação. Você deverá recomendar que a mãe:

- A) desmame o filho imediatamente
- B) desmame totalmente o filho mais velho quando ele completar dois anos
- C) amamente as duas crianças pelo tempo que quiser, se não houver contra indicação durante a gestação
- D) desmame o filho gradualmente a partir de agora, de maneira que ele esteja completamente desmamado quando o irmão nascer

23 Lactente de 30 dias, em aleitamento materno exclusivo, é levado à consulta de revisão. A mãe refere estar com febre (até $39,5^{\circ}\text{C}$) desde ontem, calafrios, prostração e observou uma área de coloração vermelha, doloro-

sa, localizada no quadrante superior externo da mama direita. O diagnóstico e conduta nesse caso são:

- A) mastite / antibiótico para a mãe e manter a amamentação
- B) ingurgitamento mamário / ordenha e mamadas mais frequentes
- C) abscesso mamário/ hospitalização e drenagem cirúrgica imediata
- D) abscesso mamário / suspender a amamentação e prescrever fórmula

24 Adolescente, 13 anos, masculino, apresenta artrite em tornozelos associada com manchas elevadas, vermelhas, indolores e não pruriginosas. Essas lesões cutâneas eram fixas e localizavam-se em nádegas e coxas. Exames complementares: hemoglobina: 9g/dL, reticulócitos: 10%, leucócitos: 3.800/mm³ (neutrófilos: 78%, linfócitos: 20%, e monócitos: 2%), plaquetas: 282.000/mm³; sedimento urinário: hemácias (300 por campo), proteínas (0,9g) e cilindros hemáticos e granulares; FAN: 1/640 e anticorpo anticardiolipina (IgM e IgG): positivos. O diagnóstico desse paciente é:

- A) poliarterite nodosa
- B) lúpus eritematoso sistêmico
- C) púrpura de Henoch-Schönlein
- D) granulomatose com poliangeíte

25 Pré-escolar de cinco anos começou a reclamar de dor na perna direita pela manhã e à tarde já não conseguia andar. No dia seguinte, por não ter melhorado

com o repouso, foi levado pela mãe à emergência. Nega trauma prévio ou febre. Apresentou quadro respiratório viral há sete dias. Exame físico: bom estado geral, afebril, limitação de movimentos de rotação do quadril direito. Exames laboratoriais: hemograma, VHS e PCR normais. O exame indicado neste momento é realizar:

- A) radiografia do quadril
- B) cultura do líquido sinovial
- C) ultrassonografia do quadril
- D) tomografia computadorizada do quadril

26 Lactente de seis meses, nascido com 35 semanas, PN: 2.500g, sem intercorrências durante seu acompanhamento de puericultura e em aleitamento materno exclusivo irá iniciar a introdução alimentar nesta consulta. De acordo com a SBP, o correto em relação a suplementação desse paciente nesse momento é:

- A) iniciar suplementação de Ferro 2mg/kg/dia e de vitamina D600UI/dia
- B) iniciar suplementação de Ferro 1mg/kg/dia e de vitamina D 400UI/dia
- C) manter suplementação de Ferro 1mg/kg/dia e de vitamina D 600UI/dia
- D) manter suplementação de Ferro 2mg/kg/dia e de vitamina D 400UI/dia

27 A tecnologia digital incorpora benefícios e malefícios à rotina das crianças e ado-

lescentes. O bom senso e a informação adequada devem ser enfatizados pelos pediatras para as famílias, crianças e adolescentes sobre este assunto. A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que:

- A) o limite do tempo de exposição às mídias ao máximo de uma hora por dia para crianças entre dois a cinco anos de idade
- B) a duração total/dia do uso de tecnologia digital não precisa ser limitada e proporcional às idades e às etapas do desenvolvimento, desde que sejam equilibradas com atividades ao ar livre
- C) crianças, independente da idade, podem fazer uso de televisão ou computador nos seus próprios quartos, desde que sejam estabelecidos limites de horários para uso e na presença dos pais
- D) crianças com mais de quatro anos já conseguem separar a fantasia da realidade, portanto, jogos online com cenas de tiroteios ou desastres podem ser utilizados a partir dessa idade, com supervisão dos pais

28 Lactente de oito meses é trazido por sua mãe ao ambulatório. Está clinicamente saudável, mas a mãe relata que não recebeu nenhuma vacina, pois moram em região distante do posto de saúde. Com relação específica à vacinação contra tuberculose e paralisia infantil é indicado:

- A) fazer teste tuberculínico e indicar uma dose da vacina poliomielite inativada
- B) fazer teste tuberculínico e indicar uma dose da vacina poliomielite atenuada
- C) iniciar a vacinação com uma dose da vacina BCG e uma dose da vacina poliomielite atenuada
- D) iniciar a vacinação com uma dose da vacina BCG e uma dose da vacina poliomielite inativada

29 Adolescente, 13 anos, masculino, procura unidade pública de saúde para atualizar sua situação vacinal. A carteira vacinal demonstra já ter recebido duas doses da vacina hepatite B, duas doses da vacina tríplice viral e última dose da tríplice bacteriana aos seis anos de idade. Nesse caso, deve-se indicar as seguintes vacinas:

- A) dupla tipo adulto, hepatite B e HPV
- B) hepatite B, HPV e meningocócica C
- C) HPV, meningocócica C e dupla tipo adulto
- D) hepatite B, meningocócica C e dupla tipo adulto

30 Recém-nascido, prematuro de 35 semanas, com 20 dias de vida foi submetido a ressecção ileal extensa devido a enterocolite necrosante perforada. No seguimento desses pacientes, o nutriente que tem sua absorção prejudicada de acordo com área ressecada é:

- A) ferro
- B) vitamina A
- C) ácido fólico
- D) vitamina B12

31 Recém-nascido a termo, nascido em boas condições com 2.800g, recebeu alta da maternidade com 48 horas de vida. É trazido à emergência pelos pais no 5º dia de vida com dispneia, dificuldade para mamar e palidez cutânea. Exame físico: FC: 175bpm, FR: 80irpm e Sat O2: 90%. Ausculta pulmonar: crepitanes bilaterais. ACV: hiperfonese de B2, sem sopros. Pulsos periféricos filiformes, pulsos femorais ausentes, com tempo de enchimento capilar aumentado. Foi administrado oxigênio inalatório em alta concentração, sem resposta clínica. O tratamento imediato é:

- A) óxido nítrico
- B) indometacina
- C) vasopressina
- D) prostaglandina

32 Lactente, três meses, é levado à emergência por estar “roxo”. Exame físico: Sat O2:80%, FR: 40irpm, FC:130 bpm. Sopro sistólico +++/VI em bordo esternal esquerdo no 2º e 3º espaço intercostais. Pulsos: amplitude normal e simétricos. RX de tórax: redução do fluxo pulmonar. A cardiopatia congênita compatível com o quadro clínico descrito é:

- A) tetralogia de Fallot
- B) estenose pulmonar valvar
- C) transposição das grandes artérias com CIV

- D) síndrome de hipoplasia de ventrículo esquerdo

33 Lactente, um mês, feminino, é trazido pelos pais à consulta de puericultura. Relatam terem notado há uma semana aumento do grande lábio direito que aumenta com o choro e diminui quando está calma. Exame físico: tumoração lisa, lateral ao tubérculo púbico que desaparece à pressão leve. A conduta nesse caso é:

- A) transiluminação
- B) ultrassonografia
- C) correção cirúrgica
- D) observação clínica

34 Lactente, dois meses, em aleitamento materno exclusivo, vem apresentando há uma semana sangramento vivo ou raias de sangue em todas as evacuações. Apresenta bom ganho pômbero-estatural e o exame físico é normal. A mãe não faz nenhuma restrição alimentar. Nesse caso, a abordagem diagnóstica é:

- A) realizar o teste do desencadeamento
- B) dosar as imunoglobulinas específicas
- C) rastrear por meio de ultrassonografia
- D) retirar o leite materno no momento

35 O resultado do teste do pezinho de um lactente de 20 dias de vida apresenta aumento na dosagem da tripsina imunor-

reativa. O achado no exame físico que pode se relacionar a esse dado é:

- A) Icterícia
- B) exantema
- C) má-formação óssea
- D) hiperemia conjuntival

36 Adolescente, 13 anos, chega à emergência em ambulância do SAMU com história de ingestão de 20 comprimidos de 750 mg de paracetamol em tentativa de suicídio ocorrida há seis horas. Os familiares negam quaisquer sinais ou sintomas prévios à chegada do SAMU. Exame físico: nauseada, nível de consciência preservado e respondendo bem aos estímulos. Frente a dose ingerida e o fármaco em questão a melhor conduta para o manejo inicial dessa paciente é:

- A) administrar primeira dose de N-acetilcisteína VO ou IV, solicitar dosagem do nível plasmático de paracetamol e provas de função hepática incluindo TP(tempo de protrombina)
- B) passar sonda orogástrica e fazer lavado gástrico, solicitar dosagem do nível plasmático de paracetamol, solicitar provas de função hepática incluindo TP(tempo de protrombina)
- C) administrar uma dose de carvão ativado VO, administrar um antiemético VO ou IV, administrar primeira dose de N-acetilcisteína VO, solicitar provas de função hepática e coagulograma completo
- D) passar sonda orogástrica e fazer

lavado gástrico, administrar bicarbonato de sódio IV, solicitar dosagem do nível plasmático de paracetamol, solicitar provas de função hepática incluindo TP(tempo de protrombina)

37 Lactente de um ano e seis meses é trazida por uma vizinha ao pronto socorro, com história de que “estava morrendo”, muito pálida e com aumento da barriga há quatro horas. Sabe que a criança é portadora de “anemia de família”, diagnosticada no teste do pezinho. Exame físico: regular estado geral, afebril, hipocorada +++/4, anictérico, taquipneico, hidratado, perfusão periférica lenta. ACV: taquicardia e 3ª bulha na ausculta cardíaca, abdômen: globoso, mas permitindo palpação, fígado no rebordo costal direito e baço a 6cm do rebordo costal esquerdo. Baseado no quadro clínico acima os diagnósticos são:

- A) anemia hemolítica secundária a traço talassêmico
- B) anemia falciforme e sequestro esplênico
- C) anemia ferropriva e traço falciforme
- D) anemia ferropriva e infecção

38 Os diagnósticos diferenciais de anemias hipocrômicas/microcíticas incluem:

- A) deficiência de ferro e ácido fólico, anemia falciforme
- B) anemia de doença crônica, de-

- ficiência de B12 e ferro
- C) deficiência de ferro, talassemias e anemia sideroblástica
- D) anemia ferropriva, traço falcêmico e esferocitose hereditária

39

Escolar, seis anos, asmático, é levado ao serviço de urgência com falta de ar, tosse seca e aperto no peito há um dia.

Exame físico: consciente, responsivo, calmo, dispneia e tiragem intercostal leves, FR: 30irpm, sibilos expiratórios difusos à ausculta pulmonar. Sat O₂: 96%. Recebeu três doses de beta 2 agonista inalado a cada 20 minutos e após uma hora mantém a mesma FR, com melhora discreta dos sibilos e da dispneia, com Sat O₂: 94%. A conduta adequada é adicionar:

- A) oxigênio, brometo de ipratrópio, corticosteroide intravenoso e hospitalizar o paciente
- B) oxigênio, corticosteroide oral ou intravenoso, manter beta 2 agonista a cada uma hora e reavaliar o paciente
- C) oxigênio, corticosteroide oral ou intravenoso, manter beta 2 agonista a cada 20 minutos e reavaliar em uma hora
- D) corticosteroide oral ou intravenoso, aumentar os intervalos de beta 2 agonista a cada duas horas e reavaliar o paciente

40

A primeira conduta nesse caso é administrar:

- A) metilprednisolona 10 mg IV dose de ataque
- B) prometazina 10 mg IM na face anterolateral da coxa
- C) adrenalina (1:1000) 0,1 ml IM na face anterolateral da coxa
- D) salbutamol spray com espaçador, 3 jatos a cada 20min na primeira hora

41

O posicionamento adequado do paciente é fundamental para a abordagem inicial e estabilização do quadro. Desta forma, esse paciente deve ser colocado na seguinte posição:

- A) em pé, no colo da mãe
- B) em decúbito ventral, no colo da mãe
- C) em decúbito dorsal, com a cabeça elevada
- D) em decúbito dorsal, posição de Trendelenburg

42

Escolar, oito anos, previamente hígida, iniciou quadro de parestesia e dor intensa e persistente em membros inferiores. Após três meses de evolução surgiram hipoestesia crural e lombociatalgia bilateral, com debilidade progressiva em ambos os membros, paraplegia e constipação, caracterizando compressão medular. Ressonância Magnética: imagem tumoral em vertebra lombo-sacras com invasão do corpo vertebral e canal raquídeo. Diagnosticado dor neuropática devido à invasão do canal medular e dor nociceptiva so-

mática profunda. Atualmente em uso de analgésicos e anti-inflamatórios comuns sem alívio significativo da dor. No tratamento farmacológico da dor persistente em crianças, a opção terapêutica seria prescrever:

- A) codeína, que está indicada nesta faixa devido a sua farmacogenética, esclarecendo sobre efeitos colaterais
- B) morfina, padrão ouro para o tratamento da dor de intensidade moderada e forte, esclarecendo sobre efeitos colaterais
- C) oxicodona, como droga de primeira escolha para o tratamento da dor moderada, esclarecendo sobre seu risco de indução de drogadição
- D) tramadol, pois os estudos de segurança e efetividade o classificam como boa opção para crianças nesta faixa etária, esclarecendo sobre efeitos colaterais

43

Lactente de 24 meses, previamente hígido, é levado por sua mãe ao consultório com história de febre (39,5°C) iniciada há 36 horas sem outros sintomas. Apresenta caderneta de vacinação incompleta para pneumococo (apenas uma dose aos dois meses), febril tax: 38,9°C, bom estado geral, hidratado, corado, acianótico, sem qualquer alteração detectável ao exame físico. A conduta inicial é colher:

- A) apenas EAS e, se alterado, colher urinocultura e iniciar antibiótico oral

- B) EAS, hemograma e PCR. Caso exames normais liberar o paciente, sem necessidade de retorno
- C) EAS, hemograma e PCR. Caso exames normais liberar o paciente e programar retorno em 24 horas
- D) hemograma e PCR. Caso hemograma alterado colher hemocultura, internar e iniciar antibiótico parenteral

44

Adolescente, masculino de 12 anos, chega ao consultório com queixa de dor em joelho esquerdo há um mês, com irradiação para coxa e que piora ao exercício, além de claudicação intermitente e depois contínua. Não há história de febre ou trauma. Exame físico: obeso, IMC > z score +3, com limitação de movimento de rotação e abdução do quadril. Não há edema, calor ou rubor locais. O diagnóstico é:

- A) epifisiólise
- B) doença de Séver
- C) doença de Osgood-Schlatter
- D) dor músculo esquelética idiopática da infância

45

Você está atendendo um lactente de nove meses em seu consultório. Em relação aos marcos do desenvolvimento motor, ele deve ser capaz de:

- A) fazer pinça
- B) andar sem apoio
- C) mostrar o que quer
- D) usar colher ou garfo

46

Lactente de quatro meses, masculino, é levado por sua mãe ao consultório com história de febre 39°C, recusa alimentar e vômitos. Relata aleitamento materno exclusivo e que é a primeira vez que ele fica doentinho. Exame físico: algo irritado, tax: 38,3°C, sem nenhuma outra alteração. EAS colhido por cateterismo vesical: nitrito positivo e presença de GRAM negativo na amostra. Nesse caso, a conduta é iniciar:

- A) antibiótico imediatamente, sem necessidade de confirmação pela urinocultura. Realizar ultrassonografia após o término do tratamento
- B) antibiótico apenas após o resultado da urinocultura. Pedir ultrassonografia renal e de vias urinárias e programar cintigrafia com DMSA
- C) antibiótico imediatamente. Confirmar o diagnóstico pela urinocultura. Pedir ultrassonografia renal e de vias urinárias, assim como cintigrafia com DMSA e UCM
- D) antibiótico e confirmar o diagnóstico pela urinocultura. Pedir ultrassonografia renal e de vias urinárias. Programar cintigrafia com DMSA se houver recorrência do caso

47

ANULADA

48

Pré-escolar de três anos, com quadro grave de choque séptico, apresenta parada cardiorrespiratória na emergência.

Ela é revertida após cinco minutos de reanimação. Após a estabilização clínica, é preciso notificar a família sobre a situação da criança. Baseado no protocolo SPIKES de comunicação de más notícias, deve-se preparar ambiente privado para conversar com a família e seguir os seguintes passos:

- A) identificar o que os pais desejam saber; compartilhar as informações de forma objetiva e breve, evitando jargões médicos; identificar e conter as emoções da família; resumir e elaborar um plano de cuidados e acompanhamento com os pais
- B) perguntar sobre a história clínica da criança; compartilhar as informações de forma pausada e empática evitando jargões médicos; ouvir, identificar e conter as emoções da família; estabelecer uma estratégia de conduta e um sumário para os pais
- C) compartilhar as informações de forma pausada evitando jargões médicos; transmitir a sensação de que há pouca esperança para a criança; identificar e conter as emoções da família; resumir e elaborar um plano de cuidados e acompanhamento com os pais
- D) perguntar sobre a criança investigando o conhecimento e as angústias dos pais; identificar o que os pais desejam saber;

compartilhar as informações de forma pausada evitando jargões médicos; ouvir, identificar e acolher as emoções da família; resumir e elaborar um plano de cuidados e acompanhamento com os pais

49

Adolescente, feminina, de 14 anos apresenta manchas cutâneas escuras e ásperas em região cervical posterior de acordo com a figura abaixo. Nesse caso, o diagnóstico é:

- A) tinea corporis
- B) acantose nigricans
- C) nevus melanocítico
- D) eritema marginatum

**50**

Pediatra assume plantão na emergência de um hospital e, logo após, é informado que não há como realizar exames de imagem (radiografia simples), além de exames laboratoriais (hemograma e bioquímica) em seus pacientes. Nessas circunstâncias segundo o Código de Ética Médica (CEM), a conduta adequada é:

- A) suspender todo e qualquer atendimento na emergência pediátrica naquele turno
- B) fazer um registro no livro de ordens e ocorrências da unidade e se retirar do plantão
- C) realizar todos os atendimentos e comunicar às famílias que não há como executar aqueles exames
- D) orientar os pais dos pacientes a procurarem a delegacia policial mais próxima para registro da ocorrência

DISCURSIVAS

Questão 1

Lactente de 22 meses é levado ao ambulatório por sua mãe que relata que ele é diferente dos outros. Gosta de ficar sozinho, passa muito tempo brincando com a rodinha de seu caminhão, é difícil olhar no olho e fala pouco, apesar de repetir o que ela fala para ele. Já levou a outros médicos que disseram que ele tem retardo mental.

Nada relevante na história familiar e perinatal. Desenvolvimento neuropsicomotor: andou aos 15 meses, ainda tem dificuldade para se expressar falando, basicamente repete o que se fala. Gosta de brinquedos muito específicos, não gosta de aglomerações e barulho. Mesmo com os irmãos interage pouco, brinca mais sozinho.

Baseado no quadro clínico acima responda:

- Cite o diagnóstico provável.
- Justifique a sua resposta.

Questão 2

Escolar, masculino, sete anos, previamente hígido é levado à emergência por apresentar febre elevada de início súbito há 36 horas (39°C). Mãe refere que estava com discreta coriza, obstrução nasal e tosse há dois dias, mas que de repente, ficou muito prostrado e a febre se manteve elevada tendo usado antitérmicos a cada 4 horas. Pai e irmão menor com tosse e febre baixa há dois dias,

mas em bom estado geral. HPP: vacinas atualizadas, nega patologias. Exame físico: febril (39,8°C), prostrado, tosse espástica, acianótico, ACV: FC: 110 bpm, PA: 70 x 45 mm Hg, enchimento capilar: 3”, AR: FR: 62 irpm, saturação de O₂: 92% em ar ambiente, MV algo diminuído em bases pulmonares, estertores subcrepitantes e ronos difusos. Abdomen: sem alterações. Exames laboratoriais: Hm: 4.500.000/mm³, Hb: 13,5g/dL, Hto: 38%. Leucócitos: 14.200/mm³, bastões: 2% segmentados: 35%, linfócitos: 52%, monócitos: 4%, VHS: 20 mm/1^a hora, RX de tórax:

- Cite a hipótese diagnóstica mais provável.
- Indique a conduta a ser adotada para o caso descrito.



Questão 3

Lactente, feminina, sete meses é levada a seu consultório e a mãe relata que “está muito magrinha”. Nasceu de parto vaginal, a termo, apagar 9/10, PN 3.200g, Est:50cm, PC :35cm. Mãe relata aleitamento exclusivo apenas no primeiro

mês e que, começou a oferecer fórmula de partida por conta própria, pois não concordava com as orientações dos três pediatras anteriores. Relata uso apenas de vitamina C diariamente, também por conta própria.

Esquema alimentar atual:

6h, 18h e 21hs: mamadeira com fórmula (3 medidas de pó + 3 medidas de mucilagem de arroz + 150 ml de água)

9h e 15hs: frutas e suco de mamão e laranja (introduzidos a partir do 3º mês)

12h: sopa rala de batata e cenoura sem carne

Exame físico: Peso 6.000g (Z score entre -2 e -1), Est 64cm (z score entre -1 e 0) e PC: 42cm (Z score 0).

Em relação ao caso:

- A) Cite três erros cometidos pela mãe na alimentação.
- B) Descreva a recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria para a suplementação de vitaminas e oligoelementos e suas respectivas doses.

Questão 4

Você está atendendo na sala de parto um recém-nascido de 3.000g, idade gestacional de 40 semanas, chorando e com tônus em flexão. História materna: sem fatores de risco. A bolsa foi rompida pelo obstetra durante o trabalho de parto.

Baseado no quadro clínico acima responda:

- A) Cite os cuidados que devem ser feitos imediatamente após esta avaliação inicial.

- B) Justifique o tempo de clampamento do cordão.

- C) Cite os benefícios do contato pele-a-pele do recém-nascido com a mãe.

Questão 5

Pré-escolar, quatro anos, é trazido à emergência com história de diarreia que iniciou há dois dias. Apresenta febre alta desde o início dos sintomas, comprometimento do estado geral e sangue nas fezes. Após realizar o exame físico o pediatra assistente o classifica no Plano B.

- A) Descreva como deve ser a reidratação desta criança.

- B) Indique as etapas a serem seguidas se:
1- a criança apresentar vômitos:
2- piorar da desidratação:

- C) Considerando o estado clínico da criança e as orientações do Ministério da Saúde, cite os medicamentos que devem ser usados no tratamento desta criança.

Respostas das Questões 1 a 50

01. Resposta correta: D

- A) 14,69 %
- B) 0,28 %
- C) 0,71 %
- D) 84,17 %

Comentário: A adrenalina a ser administrada durante a reanimação neonatal é diluída a 1/10.000 dose de 0,1 a 0,3 ML/Kg/IV, segundo o Programa de Reanimação Neonatal da SBP e o Ministério da saúde (Atenção à Saúde do Recém-Nascido volume 1 Pág. 32)

02. Resposta correta: B

- A) 0,64 %
- B) 89,64 %
- C) 4,05 %
- D) 5,68 %

Comentário: O Recém-nascido do caso em tela preenche os critérios para ser colocado em posição canguru, segundo o Manual - de atenção a saúde do Recém-nascido (MS) volume 4 Pág. 29 Estabilidade clínica - nutrição enteral plena (Sonda gástrica) - Peso mínimo de 1250g São inúmeras as vantagens do método canguru.

- Redução do tempo de separação pai-mãe-filho com aumento do vínculo (P.M. Filho)
- Estímulo ao aleitamento materno - adequado controle térmico
- Aumento da competência e confiança dos pais no cuidado do filho

- Melhor relacionamento da família com a equipe de saúde
- Estímulo sensorial adequado - redução de infecção hospitalar
- Redução do estresse e dor dos RNs
- Melhor qualidade do desenvolvimento neuro comportamental e psicoafetivo

03. Resposta correta: A

- A) 78,64 %
- B) 13,7 %
- C) 1,99 %
- D) 5,54 %

Comentário: Devido a estimulação estrogênica mais de 1/3 dos adolescentes do sexo masculino desenvolvem ginecomastia fisiológica (uni ou bilateral) de evolução benigna e temporária, que se manifesta próximo ao estágio G3 de Tanner.

04. Resposta correta: C

- A) 20,23 %
- B) 9,51 %
- C) 52,95 %
- D) 17,32 %

Comentário: As verrugas são proliferações epiteliais resultantes da multiplicação do papiloma vírus humano (HPV). A verruga vulgar é caracterizada por pápula verrucosa localizada principalmente no dorso dos dedos, cotovelos e joelhos. Estas lesões apresentam involução espontânea em alguns meses. Quando necessário o seu tratamento inclui o uso tópico de ácido salicílico associado ao ácido lático, crioterapia e ainda ácido nítrico fumegante.

05. Resposta correta: A

- A) 49,25 %
- B) 3,76 %
- C) 15,76 %
- D) 31,23 %

Comentário: A esporotricose é uma infecção causada por um fungo que acomete principalmente os gatos (mas raramente os cães) e que pode contaminar os seres humanos. No animal doente causa feridas profundas (úlceras) que não cicatrizam, localizadas na pele e membros e se não for tratada leva o animal a morte. O ser humano contrai a esporotricose após algum acidente como um trauma ou através de arranhões ou mordidas do animal contaminado – surge uma lesão avermelhada – pápula que evolui para ulceração e uma sequência de outros nódulos que também evoluem para ulcerações. No caso clínico descrito o escolar apresentava lesões ulceradas em ante braço esquerdo que não melhoraram com o uso de cefalexina e sulfametoxazol – trimetoprim o que corrobora a etiologia fúngica desta doença. Portanto, trata-se de um caso clássico de esporotricose.

06. Resposta correta: A

- A) 53,44 %
- B) 38,89 %
- C) 5,04 %
- D) 2,56 %

Comentário: A hepatite A foi introduzida no calendário do ministério da saúde do Brasil em 2014. A introdução desta

vacina foi para a proteção das crianças contra as formas graves da hepatite (acima de cinco anos de idade).

O esquema vacinal em dose única oferece mais de 90% de conversão sorológica, suficiente para eliminar a doença.

07. Resposta correta: D

- A) 5,18 %
- B) 4,19 %
- C) 59,83 %
- D) 30,8 %

Comentário: Após a recuperação da criança, procurar o foco infeccioso (respiratório, gastrointestinal, urinário ou Sistema Nervoso Central de acordo com a clínica. Afastar distúrbio metabólico se necessário. A punção lombar está indicada quando se suspeita de meningoencefalite e sempre nos pacientes menores de 12 meses (considerar a punção lombar entre 12 e 18 meses) onde os sinais de rigidez de nuca e fontanela abaulada podem não estar presentes. A história familiar ou pessoal de convulsão febril e o bom estado geral da criança após convulsão são fatores que reforçam o diagnóstico.

Encaminhar o paciente para acompanhamento ambulatorial, sem iniciar droga anti-epiléptica.

08. Resposta correta: A

- A) 51,67 %
- B) 38,47 %
- C) 7,52 %
- D) 2,27 %

Comentário: A pseudoparalisia de Parrot

está classicamente relacionada a sífilis congênita. A falta de movimentação ativa do membro está relacionada as lesões de ossos longos (periostite e osteocondrite). O membro assume posição de defesa, fica semiflexionado e a mobilização é extremamente dolorosa.

09. Resposta correta: B

- A) 0,21 %
- B) 42,23 %
- C) 0,57 %
- D) 56,85 %

Comentário: Espera-se que, durante o 1º trimestre, o ganho ponderal seja de 25 a 30 g/dia; durante o 2º trimestre, de 20 g/dia; durante o 3º trimestre, de 12 g/dia; e no 4º trimestre, de cerca de 8 g/dia. Deve-se lembrar que, nos primeiros dias, o recém-nascido pode vir a perder até 10% do peso de nascimento, que deve ser recuperado até o 10º dia de vida. Desse modo, ao calcular o ganho de peso diário que idealmente deve ocorrer entre o 15º e o 30º dia de vida, essa perda deve ser considerada. Na prática, subtraem-se do peso de nascimento os 10% esperados e procede-se o cálculo: $[\text{peso medido} - (\text{peso ao nascer} - 10\%)] / \text{tempo decorrido (em dias)}$. O ganho de peso diário nessa fase tem sido erroneamente utilizado como indicador de suplemento alimentar, técnica que está diretamente relacionada com o desmame precoce, com repercussões deletérias para o recém-nascido e sua mãe. Assim, em razão de dificuldades para o início do aleitamento materno e, muitas vezes, da

falta de orientação correta da lactante, pode ser que o recém-nascido apresente menor ganho ponderal durante essa fase. Pode-se admitir que o peso medido até o 10º dia de vida esteja, ainda, 10% menor que o de nascimento, sem que isso seja indicativo da necessidade de intervenção nutricional. Ressalta-se que, nessa condição de menor ganho ponderal, deve-se rever toda a técnica de aleitamento materno, examinar as condições das mamas e conduzir a investigação da condição orgânica adversa – principalmente infecção urinária – em conjunto com maior atenção ao vínculo mãe-filho, antes de indicar qualquer orientação alimentar suplementar. O Ministério da Saúde orienta que na rotina de acompanhamento de puericultura sejam realizadas consultas com 15, 30 e 60 dias de vida (Caderneta da Criança).

10. Resposta correta: B

- A) 14,41 %
- B) 10,01 %
- C) 61,11 %
- D) 14,34 %

Comentário: A deficiência de vitamina E é rara no ser humano pode ocorrer por anormalidades genéticas ou devido a má absorção intestinal de gordura; nas crianças maiores que apresentam má absorção intestinal, podem ocorrer quadros de neuropatia periférica, oftalmoplegia, retinite pigmentosa e ataxia, que pode ser irreversível se não for corrigida precocemente. Os achados clínicos mais frequentes da

carência de vitamina D são: crescimento ponderoestatural diminuído, desenvolvimento neuropsicomotor atrasado, palidez, irritabilidade, sudorese, músculos hipotônicos, abdome distendido e hérnias, aumento do baço e dos gânglios linfáticos (principalmente cervicais), estridor laríngeo e laringoespasma, além dos sinais ósseos.

Clinicamente, a deficiência de vitamina A manifesta-se pelas alterações da visão, anemia, predisposição a infecções, inapetência e alteração do paladar, alteração do crescimento, deformidades ósseas, xerodermia, ceratinização de mucosas dos tratos respiratório, digestório e geniturinário, das papilas gustativas, com diminuição do paladar, e hiperqueratose folicular. Os sinais cutâneos não são específicos da deficiência (hiperqueratose folicular ou frinoderma, xerose cutânea ou xerodermia). Os achados clínicos mais frequentes da carência de riboflavina são: queilose, queilite angular, glossite, palidez de mucosas e manifestações oculares, como sensibilidade à luz.

11. Resposta correta: D

- A) 72,89 %
- B) 1,99 %
- C) 6,17 %
- D) 18,88 %

Comentário: Os achados do ECG são típicos da síndrome de Wolff-Parkinson-White: intervalo PR pequeno ($\leq 0,12$ segundos), mudanças do QRS originando a onda delta.



12. Resposta correta: A

- A) 32,29 %
- B) 25,12 %
- C) 28,67 %
- D) 13,77 %

Comentário: A causa primária mais comum da síndrome da veia cava superior e síndrome mediastinal superior na faixa etária pediátrica é o câncer, sendo o linfoma não-Hodgkin o mais frequente. Os linfomas não Hodgkin primários de mediastino têm como manifestação inicial, tosse rebelde ao tratamento seguida de insuficiência respiratória, edema de fossas supraclaviculares, edema cervical e de face, que evoluem para síndrome de veia cava superior. Esta situação caracteriza uma emergência oncológica e o diagnóstico, bem como o tratamento deverão ser feitos urgentemente, pois o risco de morte é iminente. A realização do procedimento de biópsia sob anestesia geral 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 (às vezes fatal)

instabilidade circulatória. É importante também enfatizar, que nesses pacientes, a intubação traqueal pode ser extremamente difícil. 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.

13. Resposta correta: C

- A) 7,67 %
- B) 2,06 %
- C) 81,76 %
- D) 8,52 %

Comentário: As leucemias agudas correspondem aproximadamente a 30% das neoplasias malignas na faixa etária pediátrica, representando o câncer pediátrico mais frequente. A leucemia linfóide aguda é a mais comum, correspondendo a cerca de 80% dos casos. O quadro clínico depende do grau de infiltração da medula óssea e da extensão da doença extra-medular, resultando em anemia, plaquetopenia e neutropenia, dor óssea, fadiga, artralgia, linfonodomegalia e hepatoesplenomegalia. A anemia é evidente em praticamente todos os casos e em geral é normocrômica, normocítica. Observa-se desde hiperleucocitose até leucopenia, geralmente associado a neutropenia. A trombocitopenia ocorre na maioria dos pacientes, e em aproximadamente 75% dos casos a contagem de plaquetas é inferior a 100.000/mm³. O pediatra deve estar atento e evitar o

uso de corticosteroide, já que esses medicamentos mascaram o quadro clínico, selecionam células leucêmicas resistentes e pioram o prognóstico desses pacientes.

14. Resposta correta: A

- A) 63,66 %
- B) 5,75 %
- C) 2,06 %
- D) 28,53 %

Comentário: A epiglotite aguda é um dos diagnósticos diferenciais nas obstruções respiratórias altas que se apresentam nos serviços de emergência pediátrica. Seu agente etiológico é o *Haemophilus influenzae* do tipo B e sua incidência tem diminuído consideravelmente com o advento da vacina conjugada contra essa bactéria. A sintomatologia clínica, os achados no raio-X e a faixa etária são característicos da patologia, assim como descrito no enunciado, não esquecendo que o esquema de vacinação está incompleto.

15. Resposta correta: C

- A) 3,97 %
- B) 3,26 %
- C) 87,44 %
- D) 5,32 %

Comentário: O enunciado reflete o quadro clínico clássico de laringomalácia, que é a causa mais comum de estridor inspiratório em lactentes. Embora em 60% das vezes seja laringomalácia o diagnóstico nos casos de estridor inspiratório, o estridor é somente um sin-

toma, não é diagnóstico. Outras causas também levam à esse tipo de estridor e, por isso, a endoscopia é mandatória, geralmente em casos não complicados como esse feita no próprio consultório. Como não apresenta cianose e déficit de ganho pondero-estatural, o tratamento é a observação vigiada, pois em geral no final do primeiro ano de vida o estridor desaparece.

16. Resposta correta: C

- A) 0,14 %
- B) 4,47 %
- C) 89,14 %
- D) 6,25 %

Comentário: Na maioria das vezes, as rinossinusites são de etiologia viral e apresentam um curso auto-limitado que não ultrapassa dez a treze dias de evolução. As rinossinusites bacterianas podem apresentar-se com início súbito e agudo de sinais e sintomas, incluindo febre alta e rinorréia purulenta, ou como rinossinusites que sucedem um quadro viral. Nesse último caso, devem ser suspeitadas quando a sintomatologia de IVAS dura mais de dez a trezes dias, sem melhora, ou quando, após leve melhora, constata-se piora do estado geral, com surgimento de febre alta e intensificação dos sinais respiratórios (o que aconteceu no paciente mencionado na questão). A conduta correta é prescrever antibioticoterapia que cubra pneumococo, hemófilos e moraxela. O exame radiológico de seios da face não

auxilia no diagnóstico diferencial entre quadros virais e bacterianos e também não é necessário para o diagnóstico de rinossinusites agudas.

17. Resposta correta: B

- A) 13,27 %
- B) 65,79 %
- C) 13,56 %
- D) 7,38 %



Comentário: O prurigo estrófulo é uma reação de hipersensibilidade provocada pelos antígenos presentes na saliva dos insetos. Caracteriza-se por iniciar entre o primeiro e o segundo ano de vida, pois é necessário um número sucessivo de picadas para que ocorra a sensibilização. As lesões têm distribuição linear e aos pares pelo hábito alimentar do inseto que pica e pula e determina as denominadas lesões em café/almoço/janta que podem ser observadas na imagem e que estão também descritas no texto. Desta forma pela idade de início, aspecto pruriginoso e distribuição das lesões o diagnóstico é prurigo estrófulo. O fato de não haver lesões nos familiares

afasta a possibilidade de escabiose que é muito contagiosa, então a alternativa A está incorreta.

A descrição da lesão na história e o aspecto na imagem não são de eczema, e por isto a alternativa C que sugere que seja dermatite atópica está incorreta, para este diagnóstico deveria haver placas eritematosas e descamativas além de história de atopia na família.

Para os pais nem sempre é fácil associar as lesões ao agente causal no prurigo estrófulo e é frequente que os mesmos refiram associação de piora com alimentos, como na história da questão. No entanto o aspecto da lesão linear e aos pares deve ser norteador para o diagnóstico de prurigo estrófulo, e ainda no caso descrito, lesões nas áreas expostas indicam inseto voador, como pernilongos.

18. Resposta correta: B

- A) 0,07 %
- B) 77,57 %
- C) 0,85 %
- D) 21,5 %

Comentários: a história e quadro clínico são característicos de glomerulonefrite difusa aguda que tem como marcador laboratorial consumo do complemento sérico

19. Resposta correta: C

- A) 6,96 %
- B) 9,65 %
- C) 63,24 %
- D) 20,16 %

Comentário: A síndrome torácica aguda apresenta uma combinação de sinais e sintomas incluindo dispnéia, dor torácica, febre, tosse e o aparecimento de novo infiltrado pulmonar, em geral multifocal, na radiografia de tórax. É uma forma de doença pulmonar, potencialmente muito grave, que pode progredir para síndrome da angústia respiratória do adulto (SARA). O aparecimento de alterações radiológicas pode ser tardio, dificultando o reconhecimento imediato da síndrome.

20. Resposta correta: B

- A) 10,5 %
- B) 59,9 %
- C) 11,92 %
- D) 17,6 %

Comentários: Adolescentes com hipotireoidismo apresentam baixa estatura associada à desaceleração do crescimento e tendência a excesso de peso o que não está presente nesse caso. Para ser uma baixa estatura genética a altura-alvo deveria ser igual ou inferior ao P.5 e a idade óssea e estágio puberal deveriam ser compatíveis com a idade cronológica. Para ser uma combinação de baixa estatura genética e constitucional, a altura-alvo deveria ser igual ou inferior ao P.5. Sendo assim, a suspeita diagnóstica mais provável para esse paciente é uma baixa estatura constitucional com base nos seguintes dados: paciente aparentemente hígido, com velocidade de crescimento e ganho ponderal normais, altura-alvo no P.50, idade aparente inferior a referida, atraso puberal e atraso da idade óssea.

21. Resposta correta: D

- A) 8,37 %
- B) 13,2 %
- C) 9,01 %
- D) 69,27 %

Comentário: A alergia à proteína do leite de vaca é uma reação adversa à proteína existente no leite de vaca, que envolve mecanismos imunológicos. Pequenas quantidades de proteína do leite de vaca podem estar presentes no leite de mulheres que ingerem leite de vaca, provocando colite e eczema na criança, mesmo que ela esteja em aleitamento materno exclusivo. Desse modo, o diagnóstico mais provável no caso em discussão é alergia à proteína do leite de vaca, sobretudo porque a criança usou fórmula de leite de vaca nos primeiros dias de vida. A conduta recomendada é manter o aleitamento materno exclusivo com eliminação estrita da proteína do leite de vaca da dieta da mãe.

22. Resposta correta: C

- A) 15,9 %
- B) 5,82 %
- C) 42,65 %
- D) 35,13 %

Comentário: De uma maneira geral, não há contraindicação de amamentação durante a gestação e a mãe tem condições biológicas de amamentar os dois filhos, se assim o desejar. O desejo da mãe e da criança deve ser respeitado.

23. Resposta correta: A

- A) 70,55 %
- B) 4,83 %
- C) 20,79 %
- D) 3,76 %

Comentário: A história e o exame físico dessa mãe mostra uma situação muito típica de mastite. A febre alta e os sintomas gripais, com calafrio e mal-estar generalizado, com área de vermelhidão localizada no local mais comumente observado em mastites. Ocorre uma infiltração do tecido com resposta inflamatória e posteriormente colonização bacteriana, mais comumente por *Staphylococcus aureus*. A prescrição de antibiótico muitas vezes é empírica, mas pode ser indicada cultura por punção do local afetado.

Ingurgitamento mamário em geral não apresenta tantas e tão intensas manifestações sistêmicas como nesse caso. A mama fica mais homoganeamente comprometida e muitas vezes ambas as mamas são afetadas.

Abscesso mamário pode ser a evolução de uma mastite não tratada ou que não responda ao tratamento com antibiótico. Apresenta área de vermelhidão localizada, com flutuação central.

Não se deve prescrever fórmula nesta situação. A mãe deve ser estimulada a manter a amamentação e a sucção serve para aliviar a tensão da mama afetada.

24. Resposta correta: B

- A) 14,05 %
- B) 46,98 %
- C) 30,73 %

D) 8,16 %

Comentário: O paciente apresenta vários critérios de classificação de LES: artrite, leucopenia, anemia hemolítica, hematuria, proteinúria, cilindrúria, positividade de FAN e de anticorpos antifosfolipídios.

25. Resposta correta: C

- A) 39,11 %
- B) 6,03 %
- C) 47,55 %
- D) 7,31 %

Comentário: Limitação de rotação e dor em quadril de início súbito em criança com bom estado geral e história prévia de IVAS, hemograma normal e provas de atividade inflamatória negativas é compatível com sinovite transitória de quadril. O ultrassom é o exame de escolha para confirmar esta hipótese.

26. Resposta correta: D

- A) 9,65 %
- B) 27,96 %
- C) 10,57 %
- D) 51,74 %

Comentário: Neste caso da questão ele já deveria estar repondo 2mg/kg/dia de ferro, assim como a reposição da vitamina D também já deveria suplementar 400 UI/dia; portanto não iremos iniciar e sim manter a suplementação já em uso.

27. Resposta correta: A

- A) 80,41 %
- B) 9,44 %
- C) 9,94 %

D) 0,21 %

Comentário: A SBP recomenda:

- O tempo de uso diário ou a duração total/dia do uso de tecnologia digital seja limitado e proporcional às idades e às etapas do desenvolvimento cerebral-mental-cognitivo-psicossocial das crianças e adolescentes.

- Desencorajar, evitar e até proibir a exposição passiva em frente às telas digitais, com exposição aos conteúdos inapropriados de filmes e vídeos, para crianças com menos de 2 anos, principalmente, durante as horas das refeições ou 1-2 h antes de dormir.

- Limitar o tempo de exposição às mídias ao máximo de 1 hora por dia, para crianças entre 2 a 5 anos de idade. Crianças entre 0 a 10 anos não devem fazer uso de televisão ou computador nos seus próprios quartos. Adolescentes não devem ficar isolados nos seus quartos ou ultrapassar suas horas saudáveis de sono às noites (8-9 horas/noite/fases de crescimento e desenvolvimento cerebral e mental). Estimular atividade física diária por uma hora.

- Crianças menores de 6 anos precisam ser mais protegidas da violência virtual, pois não conseguem separar a fantasia da realidade. Jogos online com cenas de tiroteios com mortes ou desastres que ganhem pontos de recompensa como tema principal, não são apropriados em qualquer idade, pois banalizam a violência como sendo aceita para a resolução de conflitos, sem expor a dor ou sofrimento causado às vítimas, contribuem

para o aumento da cultura de ódio e intolerância e devem ser proibidos.

· Estabelecer limites de horários e mediar o uso com a presença dos pais para ajudar na compreensão das imagens. Equilibrar as horas de jogos online com atividades esportivas, brincadeiras, exercícios ao ar livre ou em contato direto com a natureza.

Bibliografia: Saúde de Crianças e Adolescentes na Era Digital, Departamento de Adolescência. Sociedade Brasileira de Pediatria, outubro 2016.

28. Resposta correta: D

- A) 25,12 %
- B) 7,45 %
- C) 15,05 %
- D) 52,31 %

Comentário: De acordo com as normas do Programa Nacional de Imunizações toda criança saudável, menor de cinco anos de idade, sem vacinação BCG deve receber uma dose da vacina. Não se indica Teste Tuberculínico prévio. As mesmas normas recomendam um esquema sequencial para vacina poliomielite, iniciando-se com três doses da vacina inativada na imunização primária, mesmo após o sexto mês de vida.

29. Resposta correta: B

- A) 30,38 %
- B) 48,83 %
- C) 12,78 %
- D) 7,95 %

Comentário: A vacina Hepatite B é reco-

mendada em um esquema de 3 doses e o adolescente do caso tem o registro de 2 doses – o esquema deve ser finalizado com uma dose a mais. Em 2017 o programa Nacional de imunização (P.N.I) passou a disponibilizar a vacina HPV também para menores de 12 e 13 anos de idade como estratégia de ampliação de proteção do câncer do colo do útero nas adolescentes e mulheres além de proteção dos adolescentes contra outros tipos de câncer e verrugas genitais. Os adolescentes foram incluídos também no programa de vacinação contra o meningococo C.

O adolescente de 13 anos recebeu dose de tríplice bacteriana aos 6 anos de idade e assim deverá receber o reforço aos 16 anos da dupla tipo adulto (DT adulto)

30. Resposta correta: D

- A) 14,83 %
- B) 8,59 %
- C) 13,41 %
- D) 63,09 %

Comentário: O ferro é absorvido principalmente no duodeno. No jejuno são absorvidos ácido fólico e as vitaminas lipossolúveis e a maior absorção de B12 é no íleo.

31. Resposta correta: D

- A) 12,99 %
- B) 13,06 %
- C) 10,79 %
- D) 63,17 %

Comentário: Caso clínico de RN com quadro de choque cardiogênico na

primeira semana de vida cuja principal suspeita é de cardiopatia congênita com fluxo sistêmico dependente de canal arterial. A prostaglandina é o agente terapêutico indicado para manutenção do canal arterial patente. Diante desta suspeita a prostaglandina deve ser iniciada mesmo antes da confirmação da cardiopatia por exame de imagem.

32. Resposta correta: A

- A) 45,92 %
- B) 42,23 %
- C) 9,08 %
- D) 2,7 %

Comentário: Tetralogia de Fallot é a cardiopatia congênita cianótica com hipofluxo pulmonar de maior frequência na criança. As demais cardiopatias descritas ou não cursam com cianose ou não apresentam hipofluxo pulmonar.

33. Resposta correta: C

- A) 5,18 %
- B) 25,83 %
- C) 41,16 %
- D) 27,75 %

Comentário: A hérnia inguinal na menina ocorre de forma típica na parte superior da grande lábio, que pode ser observada em momentos de irritabilidade (p.e. choro), reduzindo espontaneamente e se tornando cada vez mais persistente e difícil de reduzir. Pode se apresentar ao nascimento ou surgir semanas, meses ou anos depois. A indicação cirúrgica ocorre logo após o diagnóstico clínico

da hérnia inguinal, já que não há resolução espontânea e a correção cirúrgica elimina o risco de encarceramento e o potencial de complicações principalmente no primeiro ano de vida, já que 70% dos encarceramentos de hérnias inguiniais ocorrem nos primeiros 11 meses. Desta forma a cirurgia deve ser realizada de imediato.

34. Resposta correta: A

- A) 51,31 %
- B) 19,59 %
- C) 7,67 %
- D) 21,36 %

Comentário: A proctite e a proctocolite são manifestações clínicas comuns da alergia alimentar, sendo esta a causa mais frequente deste sintoma em lactentes jovens, tendo início entre três e seis semanas de vida, mantendo o estado geral excelente. O princípio básico do diagnóstico da alergia alimentar é o chamado teste de desencadeamento ou desafio: desaparecimento dos sintomas com dieta de exclusão da proteína alérgica e reaparecimento com a reintrodução. Desta forma, procedendo-se a retirada (com a melhora clínica) e posteriormente com a reintrodução do alimento suspeito, aqui gerando sintoma, estabelece o diagnóstico; apesar de ser a única forma confiável de diagnóstico, há que se considerar o risco/benefício individualmente em cada paciente.

35. Resposta correta: A

- A) 71,33 %

- B) 6,81 %
- C) 13,56 %
- D) 8,3 %

Comentário: O Programa de Triagem Neonatal do Ministério da Saúde inclui a dosagem da tripsina imunorreativa como método de triagem para a fibrose cística. Quando aumentada, parece estar relacionado ao refluxo da secreção pancreática em consequência da obstrução dos ductos devido ao espessamento das secreções existente nesta doença. No lactente jovem a fibrose cística faz parte do diagnóstico diferencial da colestase. Desta forma, dentre os sintomas citados aquele que se relaciona à fibrose cística é a icterícia.

36. Resposta correta: A

- A) 66,57 %
- B) 11,64 %
- C) 19,59 %
- D) 2,06 %

Comentário: A dose ingerida de paracetamol, no total de 15 g ou 300 mg/Kg de peso da paciente é reconhecida tóxica(acima de 7,5 g de dose total ou mais de 150 mg/Kg de peso). Pelo tempo decorrido da ingestão até a chegada ao atendimento e início de qualquer procedimento(mais de 6 horas), não seria mais útil a realização de lavado gástrico, cuja indicação atual tem sido cada vez mais restrita e limitada à primeira hora após a ingestão de medicamentos em geral. O mesmo se aplica, neste caso, ao carvão ativado. Tendo em vista o potencial de gravidade

do caso, pelo tempo decorrido desde a ingestão já ter permitido a absorção do agente tóxico, preconiza-se o início do antídoto específico (N-acetilcisteína) o mais precoce possível, com a via de administração a critério do emergencista. Tanto a via oral (VO) quanto a intravenosa(IV), no uso precoce(antes de 8 horas da exposição) apresentam resultado equivalente, variando a escolha de acordo com a disponibilidade das apresentações farmacêuticas no serviço (pó para diluição e uso oral, ampolas para uso IV), aceitação pelo paciente e a experiência do socorrista. Simultaneamente, deve ser solicitado o nível plasmático de paracetamol(que, após confrontado com o nomograma de Rumack-Matthew, nos informará a real situação da paciente quanto ao risco de dano hepático) e as provas de função hepática, incluindo TP(tempo de protrombina), que devem ser repetidas diariamente, até a conclusão do esquema completo do antídoto(48 a 72hs).

37. Resposta correta: B

- A) 1,35 %
- B) 98,08 %
- C) 0,35 %
- D) 0,21 %

Comentário: a anemia falciforme constitui hoje um problema de saúde pública, por sua alta prevalência na população. Estima-se o nascimento de 3500 crianças ano com a doença no Brasil. A segunda causa de morte nestes pacientes é o sequestro esplê-

nico agudo, caracterizado por queda abrupta de 2g ou mais da hemoglobina, identificado pela palidez cutâneo mucosa e aumento repentino do baço. O tratamento imediato consiste na transfusão de hemácias e programação de esplenectomia eletiva. Recomenda-se a utilização de 5ml/kg dose na transfusão, pois as hemácias viáveis retidas no baço, retornam à circulação, o que pode causar hemoconcentração e hiperviscosidade, fatores desencadeantes de outras complicações.

38. Resposta correta: C

- A) 11,85 %
- B) 11,28 %
- C) 47,48 %
- D) 29,24 %

Comentário: São causas de anemias hipocrômicas e microcíticas: deficiência de ferro, síndromes talassêmicas, anemia sideroblástica congênita, intoxicação pelo chumbo.

39. Resposta correta: C

- A) 5,11 %
- B) 24,84 %
- C) 51,31 %
- D) 18,74 %

Comentário: O escolar apresentava crise aguda de asma leve/ moderada devido presença de dispnéia leve, pouco uso da musculatura acessória, aumento da frequência respiratória para a idade (normal até 25 irpm) e saturação de oxigênio (SaO₂) normal ao exame inicial.

Após o tratamento com beta 2 agonista inalado, houve resposta parcial, mantendo a frequência respiratória elevada, uso da musculatura acessória e saturação de oxigênio entre 91 e 95%. Indica-se iniciar o tratamento da crise de asma em serviço de urgência oferecendo O₂ se SaO₂ ≤ 95%, iniciar beta 2 agonista a cada 20 minutos até uma hora (3 doses) e corticosteroide (IV ou VO) caso o paciente seja corticodependente ou se não responder ao beta 2 agonista e associar brometo de ipratrópio em crises graves. Em caso de resposta parcial, com aumento ou manutenção da FR elevada, sibilos e dispnéia moderados, uso de musculatura acessória e SaO₂ entre 91 e 95% em ar ambiente, a conduta adequada é manter ou adicionar corticosteroide oral e manter beta 2 agonista a cada 20 minutos e reavaliar a gravidade em uma hora.

Leia o enunciado abaixo e responda às questões de números 40 e 41:

Lactente, masculino de 14 meses, é trazido ao serviço de urgência devido ao surgimento súbito de lesões avermelhadas em todo o corpo, edema de lábios e pálpebras, falta de ar e vômitos. Os sintomas tiveram início em um restaurante, duas horas antes da chegada à emergência, com piora progressiva. A mãe informa que a criança tem diagnóstico de alergia ao leite de vaca desde os seis meses de vida. Exame físico: regular estado geral, agitado, dispnéico, pele com múltiplas placas eritematosas sobre-

levadas, coalescentes, edema moderado de lábios e edema de pálpebras bilateral, FR: 50irpm, sibilos expiratórios difusos em ambos os hemitóraces, FC: 110bpm, Sat O₂: 91%, PA: 90 x 60mmHg.

40. Resposta correta: C

- A) 2,91 %
- B) 1,49 %
- C) 95,1 %
- D) 0,5 %

Comentário: A anafilaxia é definida como uma reação multissistêmica grave de início agudo e potencialmente fatal, em que alguns ou todos os seguintes sinais e sintomas podem estar presentes: urticária, angioedema, comprometimento respiratório e gastrointestinal e/ou hipotensão arterial. A ocorrência de dois ou mais destes sintomas imediatamente após a exposição ao alérgeno suspeito alerta para o diagnóstico e tratamento imediato. Nestas situações, deve-se utilizar primeiramente a adrenalina em solução aquosa 1:1.000 (1mg/ml), de preferência intramuscular, na região anterolateral da coxa (absorção mais rápida e níveis plasmáticos melhores que a injeção subcutânea ou intramuscular no braço), dose de 0,2 a 0,5 ml no adulto a cada cinco minutos; dose de 0,01 mg/kg (máximo de 0,3 mg de dose total) nas crianças.

41. Resposta correta: D

- A) 11,07 %
- B) 3,69 %
- C) 59,05 %

D) 26,19 %

Comentário: O posicionamento do paciente em decúbito dorsal com elevação dos membros inferiores (posição de Trendelenburg) é recomendável, assim como a medida seriada da pressão arterial e identificação de sinais de choque.

42. Resposta correta: B

- A) 14,48 %
- B) 52,31 %
- C) 1,35 %
- D) 31,8 %

Comentário: A morfina é recomendada como fármaco de primeira linha para o tratamento de dor moderada a intensa em crianças com dor persistente, tem relativo baixo custo e com disponibilidade de mais de uma formulação. Formulações de metadona e oxicodona são consideradas alternativas à morfina para troca em crianças com dor persistente.

43. Resposta correta: C

- A) 11,57 %
- B) 2,48 %
- C) 81,62 %
- D) 4,26 %

Comentário: O protocolo de Baraff da página 1438 do Tratado de Pediatria é utilizado para crianças que tenham vacinação completa (3 doses das vacinas) para hemofílicos e pneumococos. Trata-se de criança suscetível a doença bacteriana grave, principalmente por pneumococo, tendo em vista a vacinação incompleta. Neste caso, a melhor

conduta é realizar análise urinária e hemograma com PCR. A realização apenas de análise urinária representaria uma investigação incompleta. Tal abordagem ocorreria na situação de paciente com vacinação completa. Caso o hemograma venha alterado, a melhor conduta, tendo em vista que o paciente encontra-se em ótimo estado geral, é colher hemocultura, fazer ceftriaxone IM e programar reavaliação diária até o fechamento das culturas.

44. Resposta correta: A

- A) 59,4 %
- B) 8,59 %
- C) 27,25 %
- D) 4,76 %

Comentário: A doença de Sever ocorre na inserção do tendão de Aquiles no calcâneo e se manifesta como dor local relacionada à atividade física. Mais comum em meninos, normalmente bilateral, nas idades entre 8 e 13 anos. Já a Doença de Osgood – Schlatter se manifesta com dor na tuberosidade tibial de crianças em crescimento. Ocorre na infância tardia e adolescência, especialmente em atletas devido a microtraumas repetitivos. É agravada com a atividade física mas persiste no repouso. Também mais comum em meninos. Ambas não causam dor com irradiação para coxa e nem dá limitação de movimentos. A dor músculo esquelética idiopática da infância é o nome atual para a dor de crescimento pode ocorrer tanto no escolar como pré escolar, bilateral,

de caráter intermitente, ocorrendo no final do dia ou durante a noite, chegando a acordar a criança e impedir brincadeiras. Melhora com repouso e massagens. Também não leva à limitação de movimentos.

Já o deslizamento secundário da epífise sobre a metáfise femural é comum na adolescência, sendo mais frequente em meninos entre 12 e 17 anos. Há dois biotipos encontrados: o obeso com retardo da maturação e o longilíneo de crescimento rápido. É insidioso, leva a claudicação intermitente evoluindo para continua. A dor é típica irradiando para face anterior da coxa e joelho, piora com o exercício, levando à limitação de abdução e rotação do quadril.

45. Resposta correta: A

- A) 66,15 %
- B) 0,43 %
- C) 29,52 %
- D) 3,83 %

Comentário: Mostrar o que quer e andar sem apoio são marcos próprios das idades entre 12 e 15 meses.

A capacidade de usar a colher ou garfo é própria de idades mais avançadas, entre 15 e 18 meses.

Aos 9 meses, a criança é capaz de fazer pinça, imitar gestos, produzir jargões e andar com apoio.

46. Resposta correta: D

- A) 7,52 %
- B) 0,92 %
- C) 12,99 %

D) 78,57 %

Comentário: A infecção de trato urinário (ITU) constitui uma das infecções bacterianas mais frequentes em Pediatria. A importância do diagnóstico precoce da ITU é prevenir e minimizar a formação e progressão da cicatriz renal, principalmente no neonato e lactente mais suscetíveis à formação de cicatrizes que como consequência numa fase mais tardia poderão levar à hipertensão e/ou insuficiência renal crônica.

Os sinais e sintomas na criança dependem principalmente da idade do paciente. Crianças menores apresentam sinais e sintomas mais inespecíficos. Febre é o sintoma mais frequente no lactente. A incidência de pielonefrite é maior em crianças menores de um ano e diminui gradativamente quando se aproxima da idade escolar podendo, porém, ocorrer em qualquer idade. Outros sinais e sintomas que nesta faixa etária devem ser levados em conta são: irritabilidade, recusa alimentar, icterícia, distensão abdominal e baixo ganho ponderal. O diagnóstico e a terapêutica precoces são fatores principais para evitar a formação da cicatriz renal.

O exame de urina não substitui a urinocultura no diagnóstico de ITU, mas pode apresentar alterações permitindo iniciar precocemente o tratamento, já que resultados da cultura demoram 24 a 72 horas para serem obtidos. Colhida por método adequado é padrão ouro para confirmação de ITU. Nas crianças, ainda sem controle esfinteriano,

realiza-se punção suprapúbica (PSP) ou sondagem vesical (SV). Sendo a bexiga estéril, o crescimento de qualquer patógeno, independentemente do número de colônias, confirma o diagnóstico quando a coleta é realizada por PSP. O tratamento inicial com antibióticos é empírico observando-se a idade e o estado geral do paciente.

O US é método não invasivo que pode demonstrar tamanho e forma do rim, dilatações pielocaliciais, duplicações ureterais e ainda identificar abscessos renais ou perirrenais em criança com ITU aguda. Toda criança com ITU febril bem documentada laboratorialmente, deverá ser submetida a uma avaliação inicial com US. Pode ser feita nos primeiros dias do quadro caso não haja melhora com o tratamento.

Nas crianças menores de 2 anos, somente nos casos de recorrência deve-se aprofundar a investigação com UCM e se necessário, fazer cintigrafia com DMSA e/ou DTPA. Caso US sugira RVU de alto grau, uropatia obstrutiva ou anormalidades da bexiga, é indicado UCM após a primeira ITU.

47. ANULADA

48. Resposta correta: D

- A) 5,89 %
- B) 25,2 %
- C) 2,98 %
- D) 65,72 %

Comentário: Existem protocolos desenvolvidos para auxiliar os profissionais

na tarefa de dar más notícias, visando diminuir os riscos e prejuízos da comunicação não empática. O protocolo SPIKES, de comunicação de más notícias em seis passos, coordenada por um grupo de oncologistas americanos, sintetiza as principais diretrizes a serem seguidas pelos profissionais de saúde.

1) Primeiro passo: “Setting up the interview” (S) – Preparo para a entrevista. Manter a privacidade em local reservado, envolver outras pessoas significativas, sentar-se, estabelecer uma ligação, minimizar as interrupções.

2) Segundo passo: “Assessing the patient’s perception” (P) – Determinar as percepções da família/paciente

Disposição de ouvir, acessar as expectativas, angústias, percepções e crenças da família/paciente. Neste passo, procuramos descobrir o que a família/paciente sabe sobre a doença. Busca-se a compreensão de como a família/paciente percebem a situação e seu grau de prontidão para ouvir as más notícias.

3) Terceiro passo: “Obtaining the patient’s invitation” (I) – Obter autorização da família/doente

Estar em sintonia com os desejos da família/paciente identificando o que desejam saber permite ao médico informar na medida em que seja dada abertura para isso. O objetivo é compartilhar a informação de forma gradual, observando a compreensão da família/paciente, verificando como eles se sentem depois de receber a notícia, atentando para a comunicação verbal e não-verbal.

4) Quarto passo: “Giving knowledge and

information to the patient” (K) – Dar conhecimento e informação ao paciente. Dizer a verdade à família/paciente da melhor maneira possível. A linguagem deve ser clara e simples, se necessário recorrendo a materiais audiovisuais para facilitar a compreensão, e a atitude deve ser realista, evitando minimizar o problema mas jamais recorrendo a palavras negativas que demonstrem desesperança.

5) Quinto passo: “Addressing the patient’s emotions with empathic responses” (E) – Atender às emoções

Avaliando a todo o momento o estado emocional e psicológico da família/paciente, o profissional deve expressar empatia pela sua dor, ser humanitário, acolhedor e ter compaixão, assegurando que haja suporte emocional de outras pessoas, se necessário.

6) Sexto passo: “Strategy and summary” (S) – Providenciar uma estratégia e um sumário

Ao desenvolver um plano de tratamento e prognóstico que tenha plena cooperação da família/paciente. As decisões devem ser tomadas com cumplicidade e colaboração. Programar encontros posteriores com a família/paciente faz parte do compromisso de envolvimento no processo, dando-lhes segurança da continuidade do cuidado ativo durante todos os estágios da doença.

49. Resposta correta: B

- A) 0,28 %
- B) 98,79 %
- C) 0,35 %
- D) 0,57 %



Comentário: Acanthosis nigricans é uma alteração dermatológica que aparece em alguns casos de obesidade e se trata de hiperpigmentação da pele, principalmente nas axilas e no pescoço decorrente do hiperinsulinismo.

50. Resposta correta: C

- A) 16,32 %
- B) 9,3 %
- C) 68,63 %
- D) 5,68 %

Comentário: CEM 2010- Direitos dos Médicos. V-Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina. Após comunicar aos pais dos pacientes, o médico deverá comunicar o Diretor Técnico da unidade que fará denúncia a Comissão de Ética do hospital.

Comentário dos Casos: (questões dissertativas)

Questão 1

ITEM A – Transtorno do Espectro Autista

ITEM B – Deficiência na interação social, de comunicação e maneirismos com isolamento e ecolalia.

Comentário: a criança com transtorno do espectro autista apresenta as seguintes características - Incapacidade qualitativa na integração social recíproca; Incapacidade qualitativa na comunicação verbal e não verbal e na atividade imaginativa; Repertório de atividades e interesses acentuadamente restritos

Questão 2



ITEM 1 – síndrome respiratória aguda grave por influenza (H1N1) / Sepsis / síndrome respiratória aguda

ITEM 2 – internar em UTI

oseltamivir + antibióticos(cefepime/ ampicilina/ penicilina /amoxicilina + clavulanato)

acesso venoso

suporte ventilatório

Comentário: Trata-se de caso de síndrome respiratória aguda grave por influenza, com sinais de choque, descompensação clínica e com saturação de O₂ ≤ 95%, devendo ser internado em UTI, iniciado oseltamivir(Tamiflu) e antibioticoterapia.

Questão 3

ITEM A – diluição da fórmula realizada de maneira incorreta e acrescentando farinha no desmame

- oferta de suco de frutas substituindo uma refeição. A oferta de sucos deve ser evitada, aceitando-se apenas oferecer no max 100ml após uma refeição de papa, como complemento à esta e não como uma refeição isolada. Dá-se preferência pelas papas de frutas.

- introdução dos alimentos complementares antes dos 6 meses de vida

- oferecimento de sopa rala de batata e cenoura, sem carne e hortaliças

- falta de suplementação de vitaminas após a introdução de alimentos complementares

ITEM B – O Departamento de nutrição da SBP recomenda a suplementação de 400Ui de Vitamina D e 1.500Ui de vitamina A por dia, a partir da 3ª semana de vida. Banho de sol até as

10h de 10-15 minutos pode substituir a suplementação com vitamina D.

Além disto, deve ser suplementado ferro: RN a termo, adequado para idade gestacional em uso de leite de vaca, iniciar a partir da introdução de alimentos complementares até o 24º mês de vida – 1mg/kg/dia. Crianças recebendo 500 ml ou mais de leite fortificado ao dia não necessitam desta suplementação

Bibliografia: Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.

Manual prático de Atendimento em Consultório e Ambulatório de Pediatria. Departamento de Pediatria Ambulatorial. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2006

Questão 4

ITEM A – Posicionar o RN no tórax ou abdome materno, cobrir o RN com campo aquecido e clampar o cordão 1 a 3 minutos após o nascimento

ITEM B – reduzir a ocorrência de anemia aos 3-6 meses de vida

ITEM C – Auxilia na manutenção da temperatura corporal; favorece início precoce da amamentação; aumento das taxas de amamentação

Questão 5

ITEM A – sais de reidratação oral, 50 a 100 ml /kg em 4 a 6 horas

ITEM B1 – gastróclise (sonda nasogástrica), 50 a 100 ml /kg por 4 a 6 horas

ITEM B2 – utilizar o plano C (hidratação venosa).

ITEM C – Antibióticos: Ciprofloxacino: 15 mg/kg a cada 12 horas, via oral, por 3 dias; Ceftriaxona: 50 a 100mg/kg, intramuscular, uma vez ao dia, por 2 a 5 dias, como alternativa.

Zinco: deve ser administrado, uma vez ao dia, durante 10 a 14 dias: até seis (6) meses de idade: 10mg/dia; maiores de seis (6) meses de idade: 20mg/dia.

Comentário: Em relação à hidratação, deve ser seguido o preconizado pelo Ministério da Saúde em relação ao Plano B: 1) Administrar solução de reidratação oral (SRO): a quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente; a SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação, apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100mL/kg para ser administrado no período de 4-6 horas. 2) Durante a reidratação reavaliar o paciente seguindo os sinais indicados no quadro 1 (avaliação do estado de hidratação): se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o PLANO A; se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastróclise); se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o PLANO C. 3) Durante a permanência do paciente ou acompanhante no serviço de saúde, orientar a: reconhecer os sinais de desidratação; preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral;

praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos). O plano B deve ser realizado em ambiente hospitalar, permanecendo até a reidratação completa e reinício da alimentação.

Na grande maioria das vezes os antibióticos não são empregados no tratamento da diarreia aguda, pois os episódios são autolimitados e grande parte se deve a agentes virais. O uso de antibióticos na diarreia aguda está restrito aos pacientes que apresentam diarreia com sangue nas fezes (disenteria), na cólera, na infecção aguda comprovada por *Giardia lamblia* ou *Entamoeba histolytica*, em imunossuprimidos, nos pacientes com anemia falciforme, nos portadores de prótese e nas crianças com sinais de disseminação bacteriana extraintestinal. Nos casos de disenteria, a antibioticoterapia está indicada, especialmente quando o paciente apresenta febre e comprometimento do estado geral. Se possível, deve ser coletada amostra de fezes para realização de coprocultura e antibiograma. Inicialmente, mesmo que não comprovada laboratorialmente, prevalece a hipótese de infecção por *Shigella*. De acordo com o Ministério da Saúde e a OMS devem ser prescritos, nos quadros disentéricos, os seguintes antibióticos, considerando a possibilidade de infecção por *Shigella*: 1. ciprofloxacino (primeira escolha): crianças, 15mg/kg, duas vezes ao dia, por 3 dias; adultos, 500mg duas vezes por dia por 3 dias 2. ceftriaxona, 50-100mg/kg IV por dia

por 3 a 5 dias nos casos graves que requerem hospitalização. Outra opção é a cefotaxima, 100mg/kg dividida em quatro doses.

O zinco pode reduzir a duração do quadro de diarreia, a probabilidade da diarreia persistir por mais de sete dias e a ocorrência de novos episódios de diarreia aguda nos três meses subsequentes. O racional para seu emprego é a prevalência elevada de deficiência de zinco nos países não desenvolvidos. De acordo com a OMS, deve ser usado em menores de cinco anos, durante 10 a 14 dias, sendo iniciado a partir do momento da caracterização da diarreia. A dose para maiores de seis meses é de 20mg por dia e 10mg para os primeiros 6 meses de vida.

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil. Manejo do paciente com diarreia. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf Acesso em 09/04/2017. Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento. Guia Prático de Atualização. Departamento Científico de Gastroenterologia da SBP. Março /2017.

GLOSSÁRIO

ACV -	Aparelho Cardiovascular	HPP -	História Patológica Progressa
AR -	Aparelho Respiratório	IMC -	Índice de Massa Corporal
CHCM -	Concentração da Hemoglobina Corpuscular Média	MV -	Murmurio Vesicular
CIV -	Comunicação Intra Ventricular	PCR -	Proteína C Reativa
EAS -	Elementos Anormais e Sedimento urinário	PNI -	Programa Nacional de Imunização
ECG -	Eletrocardiograma	RCD -	Rebordo Costal Direito
FAN -	Fator Antinuclear	SAT O2 -	Saturação de Oxigênio
HCM -	Hemoglobina Corpuscular Média	VCM -	Volume Corpuscular Médio
		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.**