

VOLUME 26 - AVALIAÇÃO FINAL - 2024



PRONAP

Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria

Ciclo XXVI



MÓDULOS DE RECICLAGEM

ISSN 2318-3969





SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Filiada à Associação Médica Brasileira

PROJETO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA MÓDULO DE RECICLAGEM AVALIAÇÃO FINAL

VOLUME 26



PRONAP

Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria

ISSN 2318-3969



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

DIRETORIA 2022 - 2024

Presidente:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

1º Vice-Presidente:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

2º Vice-Presidente:

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Secretário Geral:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

1º Secretário:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º Secretário:

Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)

3º Secretário:

Claudio Hoineff (RJ)

Diretor Financeiro:

Sidnei Ferreira (RJ)

1º Diretor Financeiro:

Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)

2º Diretor Financeiro:

Donizetti Dimer Giambardino Filho (PR)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

COORDENADORES REGIONAIS

Norte:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

Nordeste:

Marynea Silva do Vale (MA)

Sudeste:

Marisa Lages Ribeiro (MG)

Sul:

Cristina Targa Ferreira (RS)

Centro-Oeste:

Renata Belem Pessoa de Melo Seixas (DF)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

Titulares:

Jose Hugo Lins Pessoa (SP)

Marisa Lages Ribeiro (MG)

Marynea Silva do Vale (MA)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

Suplentes:

Anáclira Moraes Pimentel (PE)

Dolores Fernandez Fernandez (BA)

Rosana Alves (ES)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Sulim Abramovici (SP)

CONSELHO FISCAL

Titulares:

Cléa Rodrigues Leone (SP)

Licia Maria Moreira (BA)

Carlindo de Souza Machado e Silva Filho (RJ)

Suplentes:

Jocileide Sales Campos (CE)

Ana Márcia Guimarães Alves (GO)

Gilberto Pascolat (PR)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

Coordenação:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Membros:

Donizetti Dimer Giambardino

Filho (PR)

Alda Elizabeth Boehler Iglesias

Azevedo (MT)

Evelyn Eisenstein (RJ)

Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)

Helenilce de Paula Fiod Costa (SP)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Edson Ferreira Liberal (RJ)

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)

Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Sidnei Ferreira (RJ)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Mauro Batista de Moraes (SP)

Kerstin Tanigushi Abagge (PR)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP (COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)

Coordenação:

Hélcio Villaça Simões (RJ)

Coordenação Adjunta:

Ricardo do Rego Barros (RJ)

Membros:

Clóvis Francisco Constantino (SP) -

Licenciado

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)

Cristina Ortiz Sobrinho Valette (RJ)

Grant Wall Barbosa de Carvalho

Filho (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Silvio Rocha Carvalho (RJ)

COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SERIADA

Coordenação:

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Luciana Cordeiro Souza (PE)

Membros:

João Carlos Batista Santana (RS)

Víctor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

Ricardo Mendes Pereira (SP)

Mara Morelo Rocha Felix (RJ)

Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

Sergio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA

Ricardo do Rego Barros (RJ)

INTERCÂMBIO COM OS PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA

Marcela Damasio Ribeiro de Castro (MG)

DIRETORIA DE DEFESA DA PEDIATRIA

Diretor:

Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

Diretoria Adjunta:

Sidnei Ferreira (RJ)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Membros:

Gilberto Pascolat (PR)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Cláudio Orestes Brito Filho (PB)

Ricardo Maria Nobre Othon Sidou (CE)

Anenisia Coelho de Andrade (PI)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Donizetti Dimer Giambardino Filho (PR)

Carlindo de Souza Machado e Silva

Filho (RJ)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)

DIRETORIA CIENTÍFICA

Diretor:

Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA CIENTÍFICA - ADJUNTA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E GRUPOS DE TRABALHO:

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

(continuação)

DIRETORIA 2022 - 2024

MÍDIAS EDUCACIONAIS

Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Rosana Alves (ES)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (ES)

PROGRAMAS NACIONAIS DE ATUALIZAÇÃO

PEDIATRIA - PRONAP

Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira (SP)
Tulio Konstantyner (SP)
Claudia Bezerra Almeida (SP)

NEONATOLOGIA - PRORN

Renato Soibelmann Procianny (RS)
Clea Rodrigues Leone (SP)

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPED

Werther Bronow de Carvalho (SP)

TERAPÊUTICA PEDIÁTRICA - PROPED

Claudio Leone (SP)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA - PROEMPED

Hany Simon Júnior (SP)
Gilberto Pascolat (PR)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho (PE)
Dirceu Solé (SP)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

PUBLICAÇÕES

TRATADO DE PEDIATRIA

Fábio Ancona Lopes (SP)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Clóvis Artur Almeida da Silva (SP)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

OUTROS LIVROS

Fábio Ancona Lopes (SP)
Dirceu Solé (SP)
Clóvis Francisco Constantino (SP)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

Diretora:

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

Membros:

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cléa Rodrigues Leone (SP)
Paulo Tadeu de Mattos Prereira Poggiali (MG)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA

Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)
Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)

Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

Coordenação Geral:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Coordenação Operacional:

Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
Renata Dejtiar Waksman (SP)

Membros:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)
Márcia de Freitas (SP)
Nelson Grisard (SC)
Normeide Pedreira dos Santos Franca (BA)

PORTAL SBP

Clovis Francisco Constantino (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)
Claudio Hoineff (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)
Donizetti Dimer Giambbernardino (PR)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA

Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Natasha Shessarenko Fraife Barreto (MT)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)
Cassio da Cunha Ibiapina (MG)
Luiz Anderson Lopes (SP)
Sílvia Regina Marques (SP)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (MG)
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)
Mariana Tschoepke Aires (RJ)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

Coordenação:

Renato Soibelmann Procianny (RS)

Membros:

Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)
Magda Lahorgue Nunes (RS)
Gisela Alves Pontes da Silva (PE)
Dirceu Solé (SP)
Antonio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Editores Científicos:

Clémax Couto Sant'Anna (RJ)
Marlene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

Editora Adjunta:

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

Conselho Editorial Executivo:

Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Mariana Tschoepke Aires (RJ)
Maria De Fatima Bazhuni Pombro Sant'Anna (RJ)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Álvaro Jorge Madeiro Leite (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Marcia C. Bellotti de Oliveira (RJ)

Consuloria Editorial

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Fábio Ancona Lopez (SP)
Dirceu Solé (SP)
Angélica Maria Bicudo (SP)

Editores Associados:

Daniilo Blank (RS)
Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)
Renata Dejtiar Waksman (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Angélica Maria Bicudo (SP)

Coordenação de Pesquisa

Claudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

Coordenação:

Rosana Fiorini Puccini (SP)

Membros:

Rosana Alves (ES)
Alessandra Carla de Alcideu Ribeiro (MG)
Angélica Maria Bicudo (SP)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Ana Lucia Ferreira (RJ)



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

(continuação)

DIRETORIA 2022 - 2024

Sílvia Wanick Sarinho (PE)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

Coordenação:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Membros:

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Sílvio da Rocha Carvalho (RJ)
Tânia Denise Resener (RS)
Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luis Amantêa (RS)
Susana Maciel Willaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)
Sílvia Regina Marques (SP)
Claudio Barsanti (SP)
Maryneia Silva do Vale (MA)
Liana de Paula Medeiros de A.
Cavalcante (PE)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

Coordenador:

Lelia Cardamone Gouveia (SP)

Membros:

Cássio da Cunha Ibiapina (MG)
Luiz Anderson Lopes (SP)
Anna Tereza Miranda Soares de Moura (RJ)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
André Luis Santos Carmo (PR)
Maryneia Silva do Vale (MA)
Fernanda Wagner Fredo dos Santos (PR)

MUSEU DA PEDIATRIA (MEMORIAL DA PEDIATRIA BRASILEIRA)

Coordenação:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Membros:

Mario Santoro Junior (SP)
José Hugo de Lins Pessoa (SP)
Sidnei Ferreira (RJ)
Jefferson Pedro Piva (RS)

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

Coordenação:

Claudio Barsanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)

REDE DE PEDIATRIA

AC - SOC. ACREANA DE PEDIATRIA
Ana Isabel Coelho Montero
AL - SOC. ALAGOANA DE PEDIATRIA
Marcos Reis Gonçalves

AM - SOC. AMAZONENSE DE PEDIATRIA

Adriana Távora de Albuquerque Taveira

AP - SOC. AMAPAENSE DE PEDIATRIA

Camila dos Santos Salomão

BA - SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA

Ana Luiza Velloso da Paz Matos

CE - SOC. CEARENSE DE PEDIATRIA

João Cândido de Souza Borges

DF - SOC. DE PEDIATRIA DO DISTRITO

FEDERAL

Luciana de Freitas Velloso Monte

ES - SOC. ESPIRITOSSANTENSE DE

PEDIATRIA

Carolina Strauss Estevez Gadelha

GO - SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA

Valéria Granieri de Oliveira Araújo

MA - SOCIEDADE DE PUERICULTURA E

PEDIATRIA DO MARANHÃO

Maryneia Silva do Vale

MG - SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA

Márcia Gomes Penido Machado

MS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO

MATO GROSSO DO SUL

Carmen Lúcia de Almeida Santos

MT - SOCIEDADE MATOGROSSENSE DE

PEDIATRIA

Paula Helena de Almeida Gattass Bumlaí

PA - SOC. PARAENSE DE PEDIATRIA

Vilma Francisca Hutim Gondim de

Souza

PB - SOC. PARAIBANA DE PEDIATRIA

Maria do Socorro Ferreira Martins

PE - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE

PERNAMBUCO

Alexsandra Ferreira da Costa Coelho

PI - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUÍ

Ramon Nunes Santos

PR - SOC. PARANAENSE DE PEDIATRIA

Victor Horácio de Souza Costa Junior

RJ - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Claúdio Hoineff

RN - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO

GRANDE DO NORTE

Manoel Reginaldo Rocha de Holanda

RO - SOC. DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA

Cristiane Figueiredo Reis Maiorquin

RR - SOC. RORAIMENSE DE PEDIATRIA

Erica Patricia Cavalcante Barbalho

RS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO

GRANDE DO SUL

Jose Paulo Vasconcellos Ferreira

SC - SOC. CATARINENSE DE PEDIATRIA

Nilza Maria Medeiros Perin

SE - SOC. SERGIPANA DE PEDIATRIA

Ana Jovina Barreto Bispo

SP - SOC. DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

Renata Dejtiar Waksman

TO - SOC. TOCANTINENSE DE PEDIATRIA

Ana Mackartney de Souza Marinho

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

- Aleitamento Materno
- Alergia
- Bioética
- Cardiologia
- Dermatologia
- Emergência
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Genética Clínica
- Hematologia e Hemoterapia
- Hepatologia
- Imunizações
- Imunologia Clínica
- Infecologia
- Medicina da Dor e Cuidados Paliativos
- Medicina do Adolescente
- Medicina Intensiva Pediátrica
- Nefrologia
- Neonatologia
- Neurologia
- Nutrologia
- Oncologia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria Ambulatorial
- Ped. Desenvolvimento e Comportamento
- Pneumologia
- Prevenção e Enfrentamento das Causas Externas na Infância e Adolescência
- Reumatologia
- Saúde Escolar
- Sono
- Suporte Nutricional
- Toxicologia e Saúde Ambiental

GRUPOS DE TRABALHO

- Atividade física
- Cirurgia pediátrica
- Criança, adolescente e natureza
- Doença inflamatória intestinal
- Doenças raras
- Drogas e violência na adolescência
- Educação e Saúde
- Immunobiológicos em pediatria
- Insuficiência intestinal
- Jovens pediatras
- Metodologia científica
- Oftalmologia pediátrica
- Ortopedia pediátrica
- Pediatria e humanidades
- Pediatria Internacional dos Países de Língua Portuguesa
- Políticas públicas para neonatologia
- Povos originários do Brasil
- Radiologia e Diagnóstico por Imagem
- Saúde digital
- Saúde mental
- Saúde oral
- Transtorno do espectro alcoólico fetal



FUNDAÇÃO SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Diretoria e Conselhos 2022 - 2024

DIRETORIA EXECUTIVA

Diretor Presidente

Clóvis Francisco Constantino

Diretor Vice-Presidente

Edson Ferreira Liberal

Diretor Secretário

Ana Cristina Ribeiro Zollner

Diretor Tesoureiro

Paulo Tadeu Falanghe

Conselho Curador

Presidente

João Coriolano Rego Barros

José Hugo de Lins Pessoa

Reinaldo Ayer de Oliveira

José Luiz Setubal

Nelson Grisard

Katia Correia Lima

Mário Santoro Júnior

Sérgio Augusto Cabral

Gunnar Alexei Riediger

Gilnei Rodrigues

Tamara Lazarini

Conselho Fiscal

Sérgio Antônio Bastos Sarrubo

Cláudio Leone

Joel Alves Lamounier

Gilda Porta (suplente)

Maria Fernanda Branco de

Almeida (suplente)



PRONAP

Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria

Coordenadores

Fernanda Luisa Ceraglioli Oliveira

Tulio Konstantynner

Claudia Bezerra de Almeida

Conselho Editorial

Abelardo Bastos Pinto Junior

Alda Elizabeth B Iglesias Azevedo

Ana Cristina Ribeiro Zollner

Antonio Condino Neto

Carlos Augusto Mello da Silva

Clóvis Artur Almeida da Silva

Crésio de Aragão Dantas Alves

Cristina Helena Targa Ferreira

Denise Bousfield da Silva

Fabiola Isabel Suano de Souza

Gilda Porta

Gustavo Antonio Moreira

Herberto José Chong Neto

Jandrei Rogério Markus

Jorge Yussef Afiune

José Roberto Fioretto

Josefina Aparecida Pellegrini Braga

Licia Maria Oliveira Moreira

Liubiana Arantes de Souza

Luci Yara Pfeiffer

Magda Lahorgue Nunes

Marco Aurélio Palazzi Sáfyadi

Maria de Fátima Bazhuni Pombo

Sant'anna

Nilzete Liberato Bresolin

Renata Cantisani di Francesco

Renato de Ávila Kfour

Rossiclei de Souza Pinheiro

Rubens Feferbaum

Salmo Raskin

Sérgio Luis Amantéa

Simone Brasil de Oliveira Iglesias

Tadeu Fernando Fernandes

Revisão Ortográfica e Gramatical

Jorge Alves de Lima

A Revista PRONAP é uma publicação trimestral da Fundação Sociedade Brasileira de Pediatria, Alameda Jaú, 1742 - cj. 51 - 5º andar - Jardim Paulista - São Paulo - SP - CEP 01420-002. A Revista PRONAP é distribuída aos participantes do Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria. As matérias publicadas terão seus direitos autorais resguardados pela Sociedade Brasileira de Pediatria, que em qualquer circunstância agirá como detentora dos mesmos.
Tiragem desta edição: 4.500 exemplares.

Produção e projeto gráfico de
Jotacê Desenhos Gráficos S/C Ltda.
Rua Dr. Cesário Mota Jr., 369 - 7º and.
CEP 01221-020 - São Paulo - SP.

PRONAP/SBP – SP
Fone: (0xx11) 3068-8595 - Fax: (0xx11) 3081-6892
e-mail: pronap@sbp.com.br ou fsbp@sbp.com.br
GERENCIAMENTO: SBP

AValiação Final do Ciclo XXVI

- **Fascículo nº 1: Medicina do Adolescente:** Consulta do Adolescente – Preceitos legais, princípios éticos e bióticos; Crescimento Físico, Desenvolvimento Puberal e Desenvolvimento Psicossocial na Adolescência; Necessidades nutricionais de adolescentes e seus desvios.
- **Fascículo nº 2: Oftalmologia Pediátrica:** Glaucoma Congênito, Seus Diferenciais e Condutas; Retinoblastoma: seus diagnósticos diferenciais e condutas; O uso de telas e a repercussão na infância.
- **Fascículo nº 3: Medicina da Dor e Cuidados Paliativos:** Medicina da Dor e Cuidados Paliativos – Dor em Pediatria; Cuidados Paliativos Pediátricos; Comunicação em Cuidados Paliativos.
- **Fascículo nº 4: Endocrinologia:** Avaliação da criança com obesidade; Avaliação da criança com baixa estatura; Avaliação da criança com hipotireoidismo congênito.

Correção dos testes do número anterior

- Abaixo estão as respostas dos testes do quarto número do ciclo XXVI.
- Faça a correção antes de iniciar a leitura desta avaliação.

Tema 1: Avaliação da criança com obesidade		
01 = V	06 = V	11 = F
02 = F	07 = V	12 = V
03 = V	08 = V	13 = V
04 = V	09 = V	14 = F
05 = V	10 = V	15 = V

Tema 2: Avaliação da criança com baixa estatura		
01 = F	06 = F	11 = V
02 = V	07 = V	12 = V
03 = F	08 = V	13 = F
04 = F	09 = V	14 = F
05 = V	10 = F	15 = F

Tema 3: Avaliação da criança com hipotireoidismo congênito		
01 = V	06 = V	11 = V
02 = F	07 = F	12 = F
03 = V	08 = F	13 = V
04 = V	09 = V	14 = V
05 = V	10 = V	15 = V



Saudação dos Coordenadores

Caros Colegas Pediatras!

Esperamos que vocês tenham aproveitado os temas do PRONAP – CICLO XXVI. Ficamos felizes em entregar revisões com alta qualidade científica e atualizadas. Você terá até o final de março/2025 para enviar os cartões com as respostas. Para este ciclo as respostas poderão também ser feitas através do *google form*. O link será enviado por e-mail.

Agradecemos a confiança no PRONAP e estamos disponíveis para sugestões e questionamentos.

Feliz Natal e Excelente Ano Novo!

Abraços

Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira

Túlio Konstantyner

Claudia Bezerra de Almeida

Coordenadores do PRONAP

Instruções para Avaliação Final

A avaliação final contempla os doze temas do **PRONAP – CICLO XXVI**. Ela tem como um dos objetivos a autoinstrução e, desta forma você poderá consultar os fascículos para respondê-la. Enquanto você pesquisa a resposta correta, está ao mesmo tempo estudando e aprendendo.

Organize-se de forma a reservar um período do seu tempo para responder à avaliação, procurando não interrompê-la, pois esse fracionamento de tempo prejudicará seu rendimento.

Você receberá **dois (2) cartões** para leitura óptica, que deverão conter suas repostas da avaliação final. Leia as orientações a respeito de não preenchimento adequado e rasuras, pois poderá comprometer a sua nota. Você também receberá um envelope que já está endereçado e não precisa ser selado, bastando colocá-lo no correio.

Caso seja de sua preferência, o mesmo poderá ser encaminhado por SEDEX para a **Fundação Sociedade Brasileira de Pediatria** no seguinte endereço: Alameda Jaú, 1742 - cj. 51 - 5º andar - Jd Paulista - São Paulo - SP - CEP 01420-002.

Esse ano, como os fascículos foram entregues em tempo adequado para o devido período de leitura, o prazo de recebimento das respostas da avaliação será encerrado no dia **31/03/2025. Não haverá prorrogação do prazo!!!**

NOVIDADE, para este ciclo as respostas poderão ser feitas através do *google form*. O link será encaminhado por e-mail. Caso não tenha recebido, favor encaminhar e-mail para: pronap@sbp.com.br.

Também enviamos um formulário de avaliação do CICLO XXVI, aguardamos ansiosamente sua opinião sobre o PRONAP, bem como sobre esta avaliação. Todos podem contribuir para o melhoramento da qualidade do PRONAP e diretamente favorecer o aprendizado.

O gabarito será publicado no site da SBP na aba do PRONAP - ciclo XXVI no mês de junho/2025. O certificado de participação será encaminhado por e-mail (caso você tenha acertado um mínimo de 56 questões).

Caso queira ter certeza que a prova chegou a seu destino, entre em contato com a Secretaria do PRONAP pelo fone (11 3068-8595) ou pelo e-mail (pronap@sbp.com.br) Procure fazê-lo antes do encerramento do prazo evitando, assim, maiores dissabores.

Você está pronto? Então vamos lá! Atenção ao responder e passar a limpo as suas respostas. Não será possível enviar cartão resposta extra!

Boa prova! Agradecemos mais uma vez a sua confiança no nosso trabalho! Espero contar com você no próximo ano!!

EQUIPE PRONAP

Avaliação Final Ciclo XXVI

01. A faixa etária do período da adolescência é definido como:
- a) 12 aos 18 anos (ECA) e 12 aos 19 anos (OMS).
 - b) 11 aos 19 anos (ECA) e 12 aos 18 anos (OMS).
 - c) 11 aos 18 anos (ECA) e 10 aos 19 anos (OMS).
 - d) 12 aos 18 anos (ECA) e 10 aos 19 anos (OMS).
 - e) Nenhuma das alternativas anteriores.
02. Profissionais que atendem adolescentes frequentemente se deparam com conflitos éticos que precisam ser equacionados. Recentemente, SBP, SOGIA e FEBRASGO redigiram documento conjunto com recomendações específicas relativas ao atendimento de adolescentes com idade inferior a 14 anos. A partir dos princípios éticos e bioéticos norteadores para o exercício da medicina do adolescente, indique qual a situação implica em quebra do sigilo?
- a) Adolescente de 15 anos relata atividade sexual consentida com namorado 02 anos mais velho, sem conhecimento dos pais.
 - b) Adolescente com indicação para início de contracepção, respeitando-se os princípios de elegibilidade da OMS.
 - c) Adolescente de 16 anos, em relacionamento afetivo há um ano, informa relação sexual desprotegida no dia anterior e solicita contracepção de emergência.
 - d) Adolescente relata atividade sexual em baile funk após ingestão de bebidas fornecidas por amigo mais velho.
 - e) Adolescente de 15 anos que refere homoafetividade e já mantém relação sexual com seu parceiro.
03. Adolescente com 14 anos e 3 meses de idade, procura uma unidade de saúde pois quer começar sua vida sexual. Ela está sozinha, saiu da escola e foi direto à UBS. A conduta mais correta é:
- a) Acolher e pedir que ela volte acompanhada de um responsável já que ela pode querer começar um método anticoncepcional.
 - b) Acolher e pedir que ela volte com seu namorado para que se faça o aconselhamento do casal.
 - c) Fazer a consulta clínica completa incluindo a pergunta se ela está namorando ou ficando com alguém e quais são as suas dúvidas em relação ao tema.
 - d) Fazer a consulta clínica completa e prescrever um método de barreira.
 - e) Mandar voltar outro dia com seu responsável.

04. Os adolescentes apresentam situações peculiares nas consultas ambulatoriais, o que ocasiona alguns conflitos no que se refere aos princípios éticos de privacidade e confidencialidade. Avalie as alternativas abaixo e assinale a afirmativa correta relativas à adequada aplicação dos princípios éticos:
- a) Em adolescentes mais jovens compete ao médico definir se ele tem autonomia suficiente para entender o problema e cumprir a prescrição.
 - b) A confidencialidade deverá ser quebrada nos casos de uso eventual de drogas.
 - c) O princípio da autonomia deve levar em conta principalmente a idade do paciente.
 - d) A decisão sobre a quebra do sigilo deve levar em conta a escolaridade e o padrão socioeconômico.
 - e) Em Medicina do Adolescente não há conflitos éticos e bioéticos a serem considerados.
05. O Código de Ética Médica garante o sigilo para paciente menor de idade. Entretanto, existem alguns casos nos quais esse sigilo precisa ser quebrado. Qual das situações colocadas a seguir se encaixaria nesta situação?
- a) Antes da prescrição de método anticoncepcional.
 - b) Quando manifestar ideias suicidas.
 - c) Quando o adolescente apresentar sinais da síndrome da adolescência normal.
 - d) Quando os familiares assim o solicitarem.
 - e) Quando o adolescente revelar relações homossexuais.
06. Assinale a alternativa correta conforme a recomendação do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde para um paciente adolescente de 14 anos com vacinação completa e adequada até 4 anos de idade.
- a) Duas doses de HPV, uma dose de dT, uma dose de Meningocócica ACWY.
 - b) Duas doses de HPV, uma dose de reforço da Hepatite B, uma dose de reforço da FA.
 - c) Duas doses de HPV, duas doses da Triviral e uma dose de reforço da FA.
 - d) Duas doses de HPV, duas doses da dT e uma dose de reforço da FA.
 - e) Duas doses de HPV, uma dose de reforço da varicela e uma dose da hepatite.
07. Os termos Puberdade e Adolescência apresentam estreita correlação entre si e referem-se a um conjunto de manifestações distintas, no que tange às esferas biológica, emocional e social. A partir deste pressuposto, indique, dentre as alternativas abaixo, a afirmativa correta.
- a) Puberdade é o conjunto de modificações biopsicossociais que ocorrem na fase de transição entre a infância e a idade adulta.
 - b) Adolescência é o conjunto de modificações biológicas que capacitam o indivíduo para a vida sexual e reprodutiva.

-
- c) A puberdade é reconhecida como o marcador biológico da adolescência e engloba as transformações físicas que acontecem neste período de vida.
- d) Os principais componentes da Adolescência são: crescimento físico, mudança na composição corporal, desenvolvimento cardiorrespiratório e maturação sexual.
- e) Puberdade e Adolescência são sinônimos com limites bem definidos em relação ao início e término de sua ocorrência.
08. Qual, das situações enumeradas a seguir, extrapolam a denominada crise de identidade típica da adolescência e são indicativas de psicopatologia?
- a) Dificuldade em trabalhar o tempo; não aceitação de regras familiares.
- b) Comportamento impulsivo; preferência pelo grupo em detrimento da família.
- c) Contestação de práticas religiosas; onipotência.
- d) Instabilidade nas escolhas; flutuações de humor.
- e) Distanciamento dos amigos; agressividade física.
09. O primeiro sinal da entrada na puberdade nos meninos é o aumento do volume testicular medido maior que:
- a) 6 cm³.
- b) 5 cm³.
- c) 2 cm³.
- d) 3 cm³.
- e) 4 cm³.
10. O processo da puberdade é desencadeado e regulado por mecanismos neuroendócrinos, que dizem respeito ao eixo hipotálamo-hipofise-gonadal, cuja maturação culminará com a gametogênese e a aquisição da fertilidade.
- a) Mecanismo já perfeitamente esclarecido.
- b) Mecanismo não esclarecido, mas existem os estímulos genéticos, porém não há interferência de fatores ambientais e nutricionais.
- c) Mecanismo já esclarecido com baixa presença de estímulos externos.
- d) Mecanismo não totalmente esclarecidos com interferência no início da puberdade somente na menina.
- e) Mecanismo não totalmente esclarecido com interferência de fatores externos, endógenos e genéticos no início da puberdade.
11. Para o critério de Tanner G significa alteração no genital masculino caracterizado como:
- a) G2 – Testículos, escroto e pênis de tamanho e proporções infantis.
- b) G3 – Aumento de testículos e escroto, pele mais fina e avermelhada, pênis infantil.

- c) G3 – Aumento do pênis em comprimento, continuação do aumento testicular.
 - d) G5 – Aumento do pênis em comprimento e diâmetro, pigmentação da pele escrotal e crescimento do testículo e escroto.
 - e) G6 – Genitais adultos em tamanho e forma.
12. Considera-se normal adolescentes apresentarem alterações comportamentais inerentes ao seu processo de desenvolvimento. Entretanto, há situações que ultrapassam o limite da normalidade. Neste sentido, qual das manifestações descritas abaixo configura-se como indício de problema psicológico e/ou psiquiátrico?
- a) Deslocalização temporal.
 - b) Atitude social reivindicatória.
 - c) Contradições sucessivas nas manifestações de conduta.
 - d) Comportamento com características regressivas.
 - e) Afastamento das figuras parentais.
13. A puberdade destaca-se como período fundamental para aquisição do conteúdo mineral ósseo, dependente de múltiplos fatores que se interrelacionam. Assinale a alternativa que representa um fator que não se relaciona ao ganho de massa óssea na adolescência:
- a) Aumento nas dimensões corporais e do índice de massa corpórea.
 - b) Ingestão adequada de cálcio.
 - c) Atividade física regular.
 - d) Estágio puberal.
 - e) Ingestão adequada de ferro.
14. Assinale a alternativa que apresenta um comportamento alimentar relacionado, de forma geral, a um bom desfecho nutricional na adolescência:
- a) Omissão do desjejum matinal.
 - b) Alimentar-se diante de telas.
 - c) Compartilhamento das refeições saudáveis com os pais.
 - d) Frequência em restaurantes quick-service.
 - e) Alimentação “fora de casa”.
15. Os requerimentos proteicos por unidade de altura são maiores nas meninas de 11 a 14 anos e nos meninos de 15 a 18 anos, fato que se relaciona, fundamentalmente com:
- a) O pico de velocidade de crescimento.
 - b) A necessidade de ferro.

-
- c) A mudança do apetite.
d) As mudanças na composição corporal.
e) A mudança no comportamento alimentar.
16. Assinale a alternativa que apresenta um fator que não influencia, *a priori*, o comportamento alimentar de um adolescente:
- a) Busca pela independência e autonomia.
b) Aceitação pelos pares.
c) Afastamento progressivo dos pais.
d) Autoimagem e auto-referência.
e) Flutuações de humor.
17. Assinale o componente que não se relaciona ao cálculo da necessidade energética de um adolescente:
- a) Crescimento puberal.
b) Gasto energético basal.
c) Composição corporal.
d) Consumo relacionado à atividade física.
e) Padrão de sono.
18. Qual necessidade diária de vitamina D para adolescentes?
- a) 200 UI.
b) 400 UI.
c) 600 UI.
d) 800 UI.
e) 1000 UI.
19. Sobre o consumo de refrigerantes por adolescentes, é correto afirmar que:
- a) O consumo é influenciado pelos hábitos familiares e pelo sabor adocicado de sua composição.
b) Não existe correlação entre consumo de bebidas adocicadas e obesidade.
c) O consumo de refrigerantes não interfere nos mecanismos de saciedade.
d) O consumo de refrigerantes por adolescentes é baixo nos estudos populacionais brasileiros.
e) Refrigerantes saciam mais do que alimentos sólidos.
20. Qual a necessidade diária de cálcio para um adolescente?
- a) 500mg.
b) 700mg.

- c) 1000mg.
- d) 1300mg.
- e) 2000mg.

21. Assinale a resposta correta:

- a) Todo recém-nascido com reflexo vermelho ausente deve ser encaminhado ao especialista em glaucoma para cirurgia de glaucoma congênito primário.
- b) Os recém-nascidos com reflexo vermelho alterado ou ausente devem ser encaminhados ao oftalmologista com urgência para avaliar todas as possíveis causas de alteração da transmissão da luz que reflete da retina.
- c) O principal diferencial de glaucoma congênito primário é a alta miopia congênita.
- d) Todas as anteriores.
- e) Nenhuma das anteriores.

22. Assinale a resposta correta sobre os glaucomas na infância:

- a) A tríade clássica dos sintomas do glaucoma na infância é epífora, fotofobia e blefarospasmo.
- b) Em crianças menores de três anos, é comum que o aumento da pressão intraocular cause o aumento do diâmetro do globo ocular (*bufalmo*).
- c) A perda da transparência da córnea, pelo aumento da pressão intraocular, pode levar à alteração do reflexo vermelho e à dificuldade de fixação no olho acometido.
- d) Todas as anteriores.
- e) Nenhuma das anteriores.

23. Assinale a resposta correta:

- a) A leucocoria é um reflexo branco na área pupilar.
- b) O Teste do Reflexo Vermelho alterado pode ser encontrado nas cataratas congênitas, na toxocaríase, na persistência da vasculatura fetal e no retinoblastoma.
- c) O Teste do Reflexo Vermelho alterado pode ser encontrado na persistência de fibras de mielina, colobomas e retinoblastoma.
- d) Todas as anteriores.
- e) Nenhuma das anteriores.

24. Não é sinal de glaucoma na infância:

- a) Aumento do diâmetro da córnea.
- b) Secreção conjuntival.
- c) Perda do reflexo da córnea.

-
- d) Alteração característica do nervo óptico.
e) Nenhuma das anteriores.
25. Assinale a resposta correta:
- a) Hamartoma astrocítico e Doença de Coats são diagnósticos diferenciais de retinoblastoma.
 - b) O retinoblastoma é um tumor benigno intraocular mais frequentemente encontrado nas meninas.
 - c) O retinoblastoma tem maior incidência nos meninos e na raça branca.
 - d) Todas as anteriores.
 - e) Nenhuma das anteriores.
26. Assinale a resposta correta:
- a) Toda criança com aumento do diâmetro da córnea tem glaucoma.
 - b) Toda criança com lacrimejamento tem glaucoma.
 - c) Toda criança com córnea opaca tem glaucoma.
 - d) Todas as anteriores.
 - e) Nenhuma das anteriores.
27. Assinale a resposta correta:
- a) Todo recém-nascido deve ser submetido ao Teste do Reflexo Vermelho (TRV) e à inspeção dos olhos e anexos oculares, pelo pediatra, nas primeiras 72 horas de vida ou antes de sua alta da maternidade.
 - b) Apenas os recém-nascidos prematuros devem ser submetidos ao Teste do Reflexo Vermelho (TRV) e à inspeção dos olhos e anexos oculares, pelo pediatra, nas primeiras 72 horas de vida ou antes de sua alta da maternidade.
 - c) O TRV deva ser repetido nas consultas de puericultura até os 7 anos de idade.
 - d) Todas as anteriores.
 - e) Nenhuma das anteriores;
28. Assinale a resposta correta sobre o Teste do Reflexo Vermelho (TRV):
- a) O TRV é também conhecido como Teste do Olhinho.
 - b) Deve ser feito em uma sala com iluminação baixa e com o oftalmoscópio.
 - c) O médico deve se posicionar a uma distância de cerca de 50 cm e iluminar os 2 olhos da criança ao mesmo tempo, sempre que possível.
 - d) Todas as anteriores.
 - e) Nenhuma das anteriores.
-

29. Assinale a resposta correta:
- a) Casos bilaterais de retinoblastoma apresentam uma mutação cromossômica que predispõe ao desenvolvimento de tumores na infância.
 - b) O retinoblastoma difuso infiltrativo é incomum, não apresenta uma massa sólida, descolamento de retina ou calcificação e pode ser confundido com uveíte.
 - c) Famílias com histórico de retinoblastoma devem examinar seus bebês sob sedação no primeiro mês de vida.
 - d) Todas as anteriores.
 - e) Nenhuma das anteriores.
30. Assinale a resposta incorreta sobre o Teste do Reflexo Vermelho (TRV)
- a) As hemorragias de retina, frequentes no período expulsivo do parto, podem alterar o TRV.
 - b) As conjuntivites são frequentes causas de TRV comprometido.
 - c) Fotos de alta definição do fundo de olho servem para seguimento, documentação científica e judicialização da medicina.
 - d) Todas as anteriores.
 - e) Nenhuma das anteriores.
31. Assinale a resposta correta:
- a) Toda criança que apresentar estrabismo persistente após os 3 a 4 meses de vida deve ser avaliada por oftalmologista.
 - b) Em relação ao retinoblastoma, não existe diferença nas taxas de incidência entre os sexos feminino e masculino, entre as raças ou entre o olho direito e o olho esquerdo.
 - c) O retinoblastoma, quando diagnosticado precocemente, é uma doença curável.
 - d) Todas as anteriores.
 - e) Nenhuma das anteriores.
32. Assinale a resposta correta:
- a) O retinoblastoma pode evoluir com glaucoma neovascular, atrofia bulbar e celulite orbitária.
 - b) O retinoblastoma é sempre benigno e pode ser seguido por longo tempo.
 - c) O retinoblastoma é um tumor benigno, muito frequente e só compromete meninos.
 - d) Todas as anteriores.
 - e) Nenhuma das anteriores.

-
33. Assinale a resposta correta:
- a) O exame oftalmológico da criança não verbal sempre deve ser realizado sob midríase medicamentosa.
 - b) Criança não verbal, sem história familiar de doença oftalmológica, não precisa fazer exame sob midríase.
 - c) Toda criança não verbal, com exame externo da face normal e sem histórico familiar de doença ocular, deve realizar exame sob sedação.
 - d) Todas as anteriores.
 - e) Nenhuma das anteriores.
34. Qual destes sintomas não faz parte da Síndrome do Usuário de Computador?
- a) Ardência ocular.
 - b) Dor nas costas.
 - c) Olho vermelho.
 - d) Nistagmo.
 - e) Visão turva.
35. Qual destes é risco para apresentar problemas visuais ligados ao uso de telas?
- a) Uso acima de 4 horas diárias.
 - b) Ausência de lentes sem proteção para luz azul.
 - c) Telas posicionadas a mais de 60 cm.
 - d) Excesso uso colírios lubrificantes.
 - e) História previa de estrabismo.
36. Qual a alternativa incorreta, segundo publicação da Sociedade Brasileira de Pediatria, sobre uso de telas na infância?
- a) Evitar a exposição de crianças menores de dois anos às telas, mesmo que passivamente.
 - b) Limitar o tempo de telas ao máximo de uma hora por dia, sempre com supervisão para crianças com idades entre dois e cinco anos.
 - c) Limitar o tempo de telas ao máximo de uma ou duas horas por dia, sempre com supervisão para crianças com idades entre 6 e 10 anos.
 - d) Limitar o tempo de telas e jogos de videogames a duas ou três horas por dia, sempre com supervisão; nunca permitir “*virar a noite*” jogando para adolescentes com idades entre 11 e 18 anos.
 - e) Evitar uso de *tablets* em escolas e outras instituições de ensino devido aos malefícios das telas.

37. Qual a definição correta do processo de acomodação ocular?
- a) Relaxamento do músculo ciliar ao olhar para perto.
 - b) Contração do músculo ciliar para focar a curtas distâncias.
 - c) Relaxamento do músculo esfíncter da pupila ao olhar para perto.
 - d) Contração do músculo ciliar ao olhar para perto.
 - e) As pupilas geralmente dilatam.
38. Qual alternativa abaixo não representa efeito do uso de telas na infância?
- a) Efeito na acomodação.
 - b) Efeito na superfície ocular.
 - c) Efeito na motilidade ocular.
 - d) Aumento na incidência de hipermetropia.
 - e) Associação como fator de risco para miopia.
39. Qual destes sintomas é comum em crianças com estrabismo ligado ao uso de telas?
- a) Confusão de imagens.
 - b) Lacrimejamento.
 - c) Olho vermelho.
 - d) Apraxia motora.
 - e) Diplopia.
40. Com relação às medidas que possam aumentar o conforto ao usar telas, assinale a correta:
- a) O uso de protetores de tela é muito importante.
 - b) Utilizar telas a mais de 60 cm de distância é uma medida efetiva.
 - c) O uso de colírios lubrificantes auxilia no alívio do desconforto.
 - d) A redução da frequência das piscadas não é importante.
 - e) Colírios anti-inflamatórios podem ser necessários.
41. Sobre as escalas de avaliação de dor na criança, é correto afirmar:
- a) Escalas multidimensionais são sempre as melhores.
 - b) Uma escala validada é a única preocupação que devemos ter.
 - c) As escalas unidimensionais não devem ser usadas.
 - d) O serviço deve escolher uma escala validada que se adeque à sua rotina.
 - e) A escala verbal numérica pode ser usada em lactentes.

-
42. Sobre a Escada Analgésica para Crianças da OMS (Organização Mundial da Saúde), assinale a alternativa correta:
- a) Codeína e Tramadol são medicamentos que podem ser usados em pediatria.
 - b) A Escada Analgésica para Crianças (OMS) possui 3 degraus, sendo o 1º. de analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais - AINES, 2º. de opioides fracos e o 3º. de opioides fortes.
 - c) A Escada Analgésica para Crianças (OMS) possui 2 degraus, sendo o 1º. de analgésicos e AINES e o 2º. de morfina e outros opioides.
 - d) Não existem opioides para uso em recém-nascidos.
 - e) A Escada Analgésica para Crianças (OMS) possui 2 degraus, sendo o 1º. de analgésicos e AINES e o 2º. de morfina e tratamentos não farmacológicos.
43. Sobre medidas não farmacológicas para dor em pediatria, é correto afirmar:
- a) A amamentação é o único método não farmacológico para tratamento da dor em bebês.
 - b) O uso da solução adocicada pode ser utilizado para tratar a dor em lactentes de até 18 meses.
 - c) A acupuntura não pode ser utilizada em crianças.
 - d) O uso da solução adocicada, mesmo dentro dos parâmetros, não é seguro para bebês.
 - e) A sucção não nutritiva é um recurso que pode ser usado para tratamento da dor em crianças de até 12 anos de idade.
44. Sobre a dor dos bebês, é correto afirmar:
- a) Bebês têm maturidade completa para sentir dor a partir das 26 semanas de idade gestacional.
 - b) Bebês não sentem dor.
 - c) Prematuros, quando nascem, demoram até conseguir sentir dor.
 - d) A dor que os bebês sentem não tem repercussão a novos estímulos dolorosos.
 - e) Pelo sistema nervoso dos bebês ser imaturo, eles sentem menos dor que o adulto.
45. Qual é a definição da International Association for the Study of Pain (IASP) sobre dor?
- a) Experiência sensorial exclusivamente emocional.
 - b) Experiência associada apenas a lesões físicas graves.
 - c) Resposta do sistema nervoso central que não pode ser influenciada por fatores emocionais.

- d) Experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial.
 - e) Sensação que só pode ser avaliada por parâmetros fisiológicos isolados.
46. Qual é uma escala de avaliação da dor adequada para recém-nascidos a termo e a pré-termo?
- a) Escala de Faces.
 - b) Escala Visual Analógica (EVA).
 - c) Escala de classificação numérica 0-10.
 - d) NFCS – Neonatal Facial Coding System.
 - e) Escala de cores.
47. Qual é a definição de dor crônica pediátrica?
- a) Dor que persiste por mais de 1 mês.
 - b) Dor que persiste por mais de 3 meses.
 - c) Dor que só ocorre em crianças acima de 5 anos.
 - d) Dor que não é tratável com analgésicos.
 - e) Dor que ocorre apenas durante o sono.
48. Dos itens abaixo, qual é considerado um dos objetivos dos cuidados paliativos pediátricos?
- a) Aliviar o sofrimento da criança e de sua família.
 - b) Prolongar a vida a todo custo e dar uma morte digna.
 - c) Fornecer apoio emocional para os pais e para a equipe multiprofissional.
 - d) Limitar o acesso a tratamentos médicos agressivos.
 - e) Retirar do suporte de vida no momento do diagnóstico.
49. Em que fase da vida um paciente com condição ameaçadora da vida se torna elegível para cuidados paliativos pediátricos?
- a) Quando atingir a fase terminal da doença.
 - b) Assim que o diagnóstico é feito.
 - c) Durante todo o curso da doença, a critério da família.
 - d) Ao iniciar tratamentos desproporcionais.
 - e) Quando não há resposta ao uso de droga vasoativa.
50. Você deve comunicar a uma adolescente de 17 anos que ela tem um câncer de pele, com metástases e com prognóstico reservado. Sobre este caso, qual a melhor forma de comunicação?

-
- a) A comunicação deve ser feita diretamente e sem rodeios à paciente e a seus familiares.
 - b) O médico deve omitir a informação em benefício da paciente, uma vez que não há possibilidade de cura.
 - c) O médico deve conversar primeiro com a adolescente e depois com a família – se for o desejo da paciente.
 - d) O médico não precisa esgotar toda comunicação no primeiro encontro.
 - e) Após a comunicação, deve-se registrar em prontuário e pedir para o paciente assinar, tomando ciência.
51. Considerando um planejamento de cuidados avançados de suporte a crianças com doença ameaçadora da vida, é correto afirmar:
- a) O planejamento dos cuidados avançados deve incluir antecipação e discussões sobre controle de sintomas e processo evolutivo da doença, como procedimentos invasivos e situação de finitude.
 - b) O início do planejamento dos cuidados avançados deve ser reservado para a fase de fim de vida, evitando-se desgastes emocionais antecipados.
 - c) Discussões sobre planejamento de cuidados avançados devem ser restritas às equipes multiprofissionais que cuidam da criança.
 - d) O planejamento de cuidados avançados deve ser compartilhado somente com a família, evitando-se sobrecarga emocional da criança.
 - e) Após conferência com planejamento de cuidados avançados, deve-se realizar registro em prontuário, com assinatura de termo de consentimento dos responsáveis diante do plano.
52. No tratamento da dor em pediatria, devemos considerar as “regras de ouro” (*golden rules*) da OMS. Quais são elas?
- a) Analgesia individualizada multimodal, preferencialmente pela via mais rápida – endovenosa – e com horários definidos sistematicamente.
 - b) Analgesia multimodal definida por doença de base, preferencialmente pela via subcutânea – hipodermoclise – e com horários definidos sistematicamente.
 - c) Analgesia individualizada pela criança, preferencialmente pela via oral e com horários definidos sistematicamente.
 - d) Analgesia individualizada pela doença de base, preferencialmente pela via mais fácil – via oral – e sob demanda.
 - e) Analgesia individualizada, preferencialmente com adjuvante e opioide forte, independentemente da causa e da característica da dor.
53. Qual das seguintes opções é uma estratégia eficaz para o tratamento da dispneia em cuidados paliativos?
-

- a) Administração de altas doses de opioides.
 - b) Utilização de oxigênio suplementar em todos os pacientes.
 - c) Administração de altas doses de corticosteroides.
 - d) Utilização de técnicas de relaxamento e posicionamento adequado.
 - e) Resgate com salbutamol e corticoide endovenoso.
54. Além da farmacoterapia, quais outras intervenções não farmacológicas podem ser úteis no tratamento da dispneia em cuidados paliativos?
- a) Exercícios de respiração profunda apenas.
 - b) Estimular a saída diária do leito.
 - c) Massagem cardíaca.
 - d) Uso de ventiladores domésticos portáteis.
 - e) Oxigenoterapia em alto fluxo por mais de 48 horas.
55. São ferramentas da comunicação empática com a criança:
- a) Escutar ativamente.
 - b) Validar emoções.
 - c) Pergunta-fala-pergunta.
 - d) Uso de material lúdico.
 - e) Todas as anteriores.
56. O protocolo SPIKES de Bayle e Buckman tem sido utilizado para o manejo de más notícias. Sobre este protocolo, é correto afirmar:
- a) Descobrir com perguntas abertas o que a família quer saber sobre a doença e tratamento de seu filho.
 - b) Incertezas sobre diagnóstico e prognóstico devem ser evitadas no processo de comunicação para evitar maior sofrimento.
 - c) Em casos de morte, o sexto passo é suprimido, uma vez que não é possível fazer um plano terapêutico para família e paciente.
 - d) No momento de comunicação, momentos de silêncio podem provocar muita angústia e devem ser evitados.
 - e) Substituir padrões de julgamentos e críticas para uma forma de comunicar na qual podemos deixar claro o que nós e os outros estão observando, sentindo e necessitando.
57. Com o objetivo de melhorar a comunicação com crianças e famílias, qual das seguintes alternativas descreve ações adequadas de profissionais de saúde neste processo?

-
- a) Usar linguagem médica para garantir a precisão da mensagem comunicada.
 - b) Proteger os pais de descrições muito detalhadas a respeito do estado de saúde da criança.
 - c) Compartilhar a própria preocupação ou opinião especializada para o progresso na saúde de uma criança.
 - d) Repetir as informações várias vezes.
 - e) Evitar a presença de outros familiares ou amigos nas conferências familiares.
58. “Existe um momento inesquecível na vida de uma pessoa com uma doença incurável: o do conhecimento do diagnóstico”. As notícias devem ser dadas:
- a) De forma objetiva e sem interrupções para não confundir o paciente. É melhor que o paciente deixe as perguntas só para o final da conversa, para que todas as explicações adequadas sejam oferecidas antes.
 - b) Por uma equipe transdisciplinar, sendo que cada membro deve contribuir igualmente com a comunicação.
 - c) De modo a permitir que o paciente dite o ritmo. Ao final, devemos sempre resumir a conversa para verificarmos o que de fato foi compreendido.
 - d) Apenas quando todos os tratamentos curativos se esgotarem, pode-se ter certeza da gravidade real da doença de base.
 - e) Após planejar e ensaiar mentalmente todas as informações relativas à condição clínica, aos exames, ao tratamento e ao prognóstico, dentre outras.
59. Em relação à comunicação com paciente e família, assinale a resposta correta:
- a) Quando o paciente possui traqueostomia, a comunicação deve ser feita diretamente com o familiar, pois o paciente não conseguirá participar do processo de decisão por si.
 - b) As notícias devem ser passadas de maneira clara; no entanto, deve haver uma estratégia montada em relação à comunicação, mesmo em se tratando de um ambiente de pronto socorro.
 - c) Não se deve compactuar com círculos de silêncio; eles devem ser quebrados e as notícias devem ser esclarecidas para paciente e familiares, sem restringir informações.
 - d) Avaliar a compreensão da notícia dada faz parte da boa comunicação, mas geralmente causa mais sofrimento, pois reforça a má notícia e deve ser evitada em situações de urgência.
 - e) Utilizar fontes de informações visuais (desenhos, imagem radiológica) pode causar angústias e mais sofrimento, devendo ser evitadas.
-

60. Na comunicação entre médicos e pacientes, podem ocorrer os chamados “ruídos” – como em qualquer tipo de comunicação. Os “ruídos” são caracterizados como interferências na transmissão e/ou na recepção da mensagem. Qual das alternativas abaixo melhor exemplifica esses ruídos?
- a) Presença de mais de um componente da equipe multidisciplinar ou da família na reunião de comunicação.
 - b) Médico atento ao paciente com contato visual e postura compassiva.
 - c) Vínculo profissional de saúde-paciente-família recente.
 - d) Médico muito sensível que expressa suas emoções.
 - e) Linguajar técnico e grau de esperança da família/paciente.
61. Qual das seguintes alternativa mostra diagnósticos diferenciais de obesidade associada à baixa estatura?
- a) Pseudo-hipoparatiroidismo e síndrome de Marshal-Smith.
 - b) Síndrome de Silver-Russel e síndrome de Cushing.
 - c) Síndrome de Prader-Willi e osteodistrofia hereditária de Albright.
 - d) Síndrome de Down e hipocortisolismo.
 - e) Síndrome de Turner e síndrome de Silver-Russel.
62. Você avalia um pré-escolar de 5 anos com obesidade. Ao exame, apresenta obesidade, mãos e pés pequenos, estrabismo e retardo mental. A genitora relata hipotonia quando lactente e hiperfagia há três meses. O diagnóstico clínico mais provável é:
- a) Síndrome de Carpenter.
 - b) Síndrome de Bardet-Biedl.
 - c) Síndrome de Prader-Willi.
 - d) Pseudo-hipoparatiroidismo.
 - e) Síndrome de Angelman.
63. Qual é o diagnóstico nutricional para um paciente de 12 anos, com escore Z do índice de massa corporal $> +1$ e $\leq +2$?
- a) Magro.
 - b) Eutrófico.
 - c) Risco de sobrepeso.
 - d) Sobrepeso.
 - e) Obesidade grave.

-
64. Qual das alternativas abaixo mostra o perfil dislipidêmico mais associado à obesidade?
- a) ↓ VLDL, ↑ triglicérides.
 - b) ↑ VLDL, ↑ triglicérides.
 - c) ↑ VLDL, ↓ triglicérides.
 - d) ↓ VLDL, triglicérides normais.
 - e) ↑ HDL, ↑ triglicérides.
65. Em relação à obesidade na infância, assinale a alternativa correta:
- a) A classificação por IMC não difere da faixa etária adulta.
 - b) Diminuir o tempo de tela/televisão de forma exclusiva, pode reduzir significativamente o peso de crianças obesas.
 - c) As causas endócrinas de obesidade cursam geralmente com baixa estatura.
 - d) Causa endógena é a mais comum.
 - e) Geralmente, a obesidade é monogênica.
66. Assinale a alternativa correta a respeito do tratamento medicamentoso da obesidade:
- a) A metformina (Glifage®) autorizada pela ANVISA a partir dos 10 anos, com uso oral para o tratamento de *diabetes mellitus* e resistência à insulina na obesidade (*off-label*).
 - b) O topiramato (Topamax®, Amato®), medicação anticonvulsivante, não tem sido usado no tratamento em adolescentes com obesidade.
 - c) A fluoxetina (Fluoxetin®) e a sertralina (Zoloft®) são inibidores da recaptção da serotonina, no tratamento apenas nos casos de depressão e de transtornos de ansiedade muito graves na obesidade.
 - d) A lisdexanfetamina (Venvanse®, Juneve®) é um medicamento aprovado para crianças maiores de 15 anos com TDAH e tratamento de transtorno de compulsão alimentar periódica em pacientes obesos com idade maior que 6 anos.
 - e) A cirurgia bariátrica é um tratamento eficaz para crianças com obesidade grave, tendo benefícios na perda de peso e redução no risco cardiometabólicos.
67. Assinale a alternativa incorreta:
- a) O período de maior crescimento é o intra-uterino e é fortemente influenciado por fatores nutricionais maternos e pelos hormônios *insulin-like growth factor 2* (IGF-2) e insulina.

- b) Entre o terceiro ano de vida e a puberdade, o ritmo de crescimento não é tão intenso, porém é mais constante (5 a 7cm/ano). Destacam-se nesse período os fatores genéticos e hormonais, especialmente o eixo *growth hormone - insulin-like growth factor 1* (GH - IGF-1).
 - c) O estirão puberal é responsável por cerca de 15% da estatura final.
 - d) O estirão de crescimento ocorre no mesmo período e na mesma intensidade entre meninas e meninos.
 - e) A menarca nas meninas brasileiras ocorre em média aos 11,7 anos de idade.
68. Assinale a alternativa incorreta:
- a) As doenças crônicas podem ser responsáveis pela falência no crescimento, podendo levar a uma baixa estatura grave.
 - b) A falência do crescimento nas doenças crônicas é multifatorial, podendo relacionar-se com: comprometimento dos órgãos envolvidos, gravidade da doença, desnutrição e o tratamento utilizado.
 - c) O diagnóstico e tratamento adequado de uma doença sistêmica crônica pode ser suficiente para corrigir uma falência no crescimento.
 - d) Altas doses e uso prolongado de corticoides podem agir na falência do crescimento, tanto de forma indireta (diminuindo a secreção fisiológica do GH) como diretamente na placa do crescimento.
 - e) O crescimento não pode ser usado como um importante indicador de saúde.
69. Sobre a avaliação da maturação óssea pelo raio-X de mão e punho esquerdo é correto afirmar:
- a) A avaliação da idade óssea é realizada frequentemente pela comparação da radiografia da mão e punho esquerdos com o atlas de Greulich-Pyle, sendo confiável em todas as idades.
 - b) A maioria das condições que afeta negativamente o crescimento leva a um avanço na maturação óssea, como ocorre em doenças crônicas, no atraso constitucional do crescimento e na deficiência de GH.
 - c) A radiografia da mão e punho pode ainda ser útil para identificar alterações ósseas.
 - d) O método de Bayley-Pinneau, de avaliação da relação estatura (cm)/fração do crescimento de acordo com idade óssea, permite fazer uma boa previsão de altura final (PAF) tanto para crianças saudáveis, como para crianças com anormalidades do crescimento.
 - e) Idade óssea é considerada atrasada quando apresenta 2 anos a menos que a idade cronológica, independente da diferença de seu DP em relação à idade cronológica.

-
70. Sobre a medida das proporções corporais, assinale a alternativa incorreta:
- a) Ao nascimento, o tamanho da cabeça e do tronco é maior em relação aos membros. Por ocasião da puberdade, os segmentos superior (SS) e inferior (SI) se tornam equivalentes e a envergadura corresponde a estatura.
 - b) A altura sentada (AS) pode ser determinada pela medição da altura do indivíduo sentado em um banco padronizado. O cálculo da AS é realizado subtraindo-se da medida realizada a altura do banco. O segmento inferior (SI) corresponde a diferença entre a altura e a AS.
 - c) A baixa estatura desproporcional costuma ser mais perceptível com o passar dos anos, à medida que a criança cresce e a desproporção se torna mais evidente.
 - d) Condições como acondroplasia, hipocondroplasia e mutações do gene SHOX apresentam desproporção por alterações do esqueleto axial ou apendicular, tendo a relação AS/altura desvios menores que 2 DP acima da média para idade e sexo.
 - e) Uma diferença entre a envergadura e a estatura maior que 2cm, após os 10 anos de idade, pode sugerir desproporção.
71. O uso de medicação de Hormônio do Crescimento Humano Recombinante – rhGH para baixa estatura pode ser indicado nas seguintes situações, exceto:
- a) Deficiência de hormônio de crescimento.
 - b) Síndrome de Turner.
 - c) Síndrome de Down.
 - d) Síndrome de Prader-Willi.
 - e) PIG sem catch-up.
72. Devem ser investigadas doenças que possam interferir no crescimento quando houver:
- a) Estatura 2 Desvio-padrões abaixo da média ou inferior ao percentil 3 para idade e sexo.
 - b) Estatura fora do canal familiar (1,6 ou 2 DP abaixo da altura alvo).
 - c) Mudança no seu padrão de crescimento (redução de 0,3 Desvio-padrão por ano e sexo ou mais, não justificada pelo desvio normal da curva de crescimento em relação à altura alvo nos dois primeiros anos de vida ou pela desaceleração esperada imediatamente antes da puberdade).
 - d) Redução da velocidade de crescimento para idade (percentil 25).
 - e) Todas as alternativas anteriores.
-

73. A respeito de monitoração de medidas auxológicas, assinale a alternativa correta:
- a) Na avaliação de uma criança, a ultrassonografia gestacional pode trazer importantes informações ao pediatra com queixa de baixa estatura.
 - b) Perda de peso associada à redução do crescimento em estatura pode levar à suspeição de síndrome de Cushing, hipotireoidismo e deficiência de Hormônio do crescimento (DGH).
 - c) O cálculo da velocidade de crescimento deve ser idealmente feito em um período de 6 meses, para minimizar erros de medida e pequenas flutuações normais do crescimento.
 - d) O comprimento deve ser medido em crianças de até 2 a 3 anos deitadas sob uma superfície rígida, com cabeça firmemente alinhada no “plano de Frankfurt”, encostando-a na parte móvel do estadiômetro. Os ombros, nádegas e calcanhares devem permanecer em contato com a superfície de apoio e os braços estendidos ao longo do corpo.
 - e) Sabe-se que, ao final do dia, as mensurações de estatura podem ser até 0,8cm maior que pela manhã.
74. Assinale a alternativa correta que mais corresponde à realidade do Hipotireoidismo Congênito no Brasil:
- a) A maioria dos Serviços Regionais de Triagem Neonatal (SRTN) brasileiros segue um Protocolo Unificado para diagnóstico de Hipotireoidismo Congênito e tem como valor de corte para TSH em papel de filtro 7,5UI/ml.
 - b) A coleta ideal do Teste do Pezinho deve ser realizada entre 7 e 10 dias de vida do RN.
 - c) Crianças prematuras, especialmente as nascidas antes da 32ª semana da gestação, são particularmente susceptíveis a apresentar o hipotireoidismo transitório e, frequentemente, apresentam valores de T4 e TSH baixos durante as primeiras semanas após o nascimento.
 - d) Em pacientes prematuros, há recomendação de refazer o Teste do Pezinho após 45 dias de vida.
 - e) Não há resposta correta.
75. São condições maternas que afetam a triagem para Hipotireoidismo congênito, podendo acarretar Hipotireoidismo Transitório no RN, exceto:
- a) Uso de antitireoidianos (Propiltiuracil) para hipertireoidismo materno durante a gestação.
 - b) Uso de iodo radioativo pela mãe após a 8ª semana de gestação.
 - c) Mãe com Hipotireoidismo pela passagem transplacentária de anticorpos maternos.

-
- d) Uso de iodo radioativo pela mãe até a 8ª semana de gestação.
- e) Todas as respostas estão corretas.
76. São condições que afetam a triagem para Hipotireoidismo Congênito em RN retidos, exceto:
- a) Imaturidade do eixo Hipotálamo Hipófise Tireoide (TSH-N; T4T baixo).
 - b) Hipotiroxinemia da prematuridade (TSH-N com elevação da dosagem posteriormente).
 - c) Doença aguda (“Síndrome do eutireoídiano doente”).
 - d) Suficiência de iodo na suplementação do sal de cozinha.
 - e) Todas as respostas estão corretas.
77. Assinale a alternativa incorreta:
- a) O Hipotireoidismo Congênito é considerado uma urgência pediátrica e merece atenção especial no diagnóstico e tratamento precoces.
 - b) A história natural do Hipotireoidismo Congênito modificou-se drasticamente após a implementação dos Programas de Triagem Neonatal.
 - c) A maioria das crianças afetadas apresenta sinais e sintomas clássicos e podem ser diagnosticadas pela identificação desses, independente do resultado da triagem neonatal.
 - d) Devido à prevalência, gravidade e muitos casos de apresentação assintomática, a triagem neonatal de rotina é preconizada, sendo a maior responsável pela identificação dos casos.
 - e) As alternativas A e C estão incorretas.
78. São fatores importantes para diagnóstico rápido do Hipotireoidismo Congênito - HC, pela Triagem Neonatal, exceto:
- a) Envio rápido das amostras coletadas em UBS e maternidades para laboratório responsável pela análise das amostras da Triagem Neonatal.
 - b) Equipe multidisciplinar responsável pela busca do paciente com amostra alterada.
 - c) Atendimento médico especializado, com exame físico detalhado e avaliação dos resultados alterados.
 - d) Conscientização dos pediatras quanto a coleta de Teste do Pezinho entre 3 e 5 dias de vida.
 - e) Realização de Ultrassom - US de tireoide e cintilografia na primeira consulta.
-

79. Quanto ao tratamento do Hipotireoidismo Congênito - HC, assinale a alternativa correta:
- a) Pode se iniciar o tratamento medicamentoso com tri-iodotironina na dose de 5-10mcg/kg/dia.
 - b) O tratamento deve ser realizado com levotiroxina o mais precoce possível, para evitar sequelas neurológicas e atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor - DNPM.
 - c) O uso de medicamentos pode ser suspenso aos 3 anos de idade para reavaliação etiológica nos casos de agenesia tireoidiana confirmada ao nascimento.
 - d) O uso de levotiroxina é mandatório no tratamento e a substância pode ser manipulada para facilitar a administração em gotas ao recém-nascido - RN.
 - e) O jejum não é importante para a ingestão de levotiroxina.
80. W.R.P, sexo masculino, 29 dias de vida, atendido no SRTN ES devido à Triagem Neonatal alterada. Parto normal, a termo, G4P4. Gestação sem intercorrências. Mãe não apresentou alterações de função tireoidiana na gravidez. Em aleitamento materno exclusivo. História familiar negativa para tireoidopatias. Queixas de constipação intestinal (sem evacuar há 10 dias). A Triagem Neonatal com 6 dias de vida constatou TSH no papel filtro de 420 mUI/L. Outros exames: TSH sérico (18 dias de vida): 856,450 µU/mL, T4 Livre < 0,40ng/dL (valores adequados T4 livre: 0,8 a 2,3 ng/dL, Tireoglobulina – TGB < 0,10 ng/dL (valores adequados TGB 2,0 a 35,0 ng/dL); anticorpoTGB- negativo. Ao exame físico, apresentava icterícia ++/4 até zona 3; fontanela anterior- 3 polpas; reflexos diminuídos, macroglossia, hérnia umbilical e pele mosqueada. Qual seria a conduta imediata neste atendimento?
- a) Realização de ultrassonografia de tireoide para melhor elucidação do caso.
 - b) Iniciar tratamento imediato, com levotiroxina na dose de 10mcg/kg/dia e monitorar em 30 dias com TSH e T4 livre.
 - c) Repetir exames séricos de TSH, T4I e tireoglobulina devido ao resultado elevado de TSH.
 - d) Realização de cintilografia de tireoide.
 - e) Todas alternativas corretas.

**Em caso de mudança de endereço comunique-se
imediatamente com a Secretaria do PRONAP.**

Secretaria do PRONAP

Alameda Jaú, 1742 - cj. 51 - 5º andar - Bairro: Jardim Paulista

CEP 01420-002 – São Paulo – SP

Fone: (0xx11) 3068-8595 – Fax: (0xx11) 3081-6892

E-mail: pronap@sbp.com.br ou fsbp@sbp.com.br

Home-Page: www.sbp.com.br – (Educação Médica Continuada)

Projeto Residente: Fone/Fax: (0xx31) 3241-1128

E-mail: projeto.residente@sbp.com.br



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Filiada à Associação Médica Brasileira
Rua Santa Clara, 292 - CEP 22041-010 - Rio de Janeiro - RJ
Telefone: (21) 2548-1999

