

VOLUME 27 - AVALIAÇÃO FINAL - 2025



PRONAP

Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria

Ciclo XXVII



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 27



PRONAP

Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria

ISSN 2318-3969



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

DIRETORIA 2025 - 2028

Presidente:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

1º Vice-Presidente:

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

2º Vice-Presidente:

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Secretário Geral:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

1º Secretário:

Rodrigo Aboudib Ferreira - (ES)

2º Secretário:

Wilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

3º Secretário:

Márcia Gomes Penido Machado (MG)

Diretora Financeira:

Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

2ª Diretoria Financeira:

Sidnei Ferreira (RJ)

3ª Diretoria Financeira:

Renata Belém Pessoa de Melo Seixas (DF)

DIRETOR DE MEIO AMBIENTE E SUSTENTABILIDADE

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Diretora Adjunta:

Wilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

Marynea Silva do Vale (MA)

COORDENADORES REGIONAIS

Norte:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

Nordeste:

Ana Jovina Barreto Bispo (SE)

Sudeste:

Marisa Lages Ribeiro (MG)

Sul:

Nilza Maria Medeiros Perin (SC)

Centro-Oeste:

Renata Belém Pessoa de Melo Seixas (DF)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

Titulares:

Jose Hugo Lins Pessoa (SP)

Marisa Lages Ribeiro (MG)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Sulim Abramovici (SP)

Wilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

Suplentes:

Analiria Moraes Pimentel (PE)

Bruno Leandro de Souza (PB)

Dolores Fernandez Fernandez (BA)

Rosana Alves (ES)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

CONSELHO FISCAL

Cléa Rodrigues Leone (SP)

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

Ana Márcia Guimarães Alves (GO)

ASSESSORIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS:

Coordenação:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Elena Marta Amaral dos Santos (AM)

Evelyn Eisenstein (RJ)

Paulo César de Almeida Mattos (RJ)

DIRETORIAS E COORDENAÇÕES

COORDENAÇÃO DO CEXTEP

(COMISSÃO EXECUTIVA DO

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)

Coordenação:

Hélcio Villalça Simões (RJ)

Coordenação Adjunta:

Ricardo do Rego Barros (RJ)

Membros:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

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)

Mara Morelo Rocha Felix (RJ)

Ricardo Mendes Pereira (SP)

Vera Hermina Kalika Koch (SP)

Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Diretores:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Sérgio Cabral (RJ)

AMÉRICA LATINA

Coordenadores:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Ricardo do Rego Barros (RJ)

PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA

Coordenadores:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Marcela Damásio Ribeiro de Castro (MG)

Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

DIRETORIA DE DEFESA DA PEDIATRIA

Diretor:

Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

Diretoria Adjunta:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Membros:

Alberto Cubel Brull Júnior (MS)

Ana Mackartney de Souza Marinho (TO)

Anenisia Coelho de Andrade (PI)

Ariane Molinaro Vaz de Souza (RJ)

Carllindo de Souza Machado e Silva
Filho (RJ)

Cláudio Orestes Britto Filho (PB)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Gilberto Pascolat (PR)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Jocileide Sales Campos (CE)

Kassie Regina Neves Cargnin (RJ)

Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Ricardo Maria Nobre Othon Sidou (CE)

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)

PROGRAMAS NACIONAIS DE ATUALIZAÇÃO

PEDIATRIA - PRONAP

Coordenadora:

Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira (SP)



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

(continuação)

DIRETORIA 2025 - 2028

Coordenadores Adjuntos

Claudia Bezerra Almeida (SP)
Tulio Konstantyner (SP)

NEONATOLOGIA - PRORN

Cláa Rodrigues Leone (SP)
Renato Soibermann Procianny (RS)
Rita de Cássia Silveira (RS)

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPE

Helena Muller (RS)
Werther Bronow de Carvalho (SP)

TERAPÊUTICA PEDIÁTRICA - PROPE

Claudio Leone (SP)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA - PROEMPED

Gilberto Pascolat (PR)
Hany Simon Júnior (SP)
Sérgio Luís Amantéa (RS)

NEUROPEDIATRIA - PRONEUROPE

Giuseppe Mario Carmine Pastura (RJ)
Magda Lahorgue Nunes (RS)
Márcio Moacyr Vasconcellos (RJ)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES:

TRATADO DE PEDIATRIA

Edson Ferreira Liberal (RJ)
Dirceu Solé (SP)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Fábio Ancona Lopes (SP)
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)
Maria Angélica Barcellos Svaier (RJ)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

Diretor:

Renato de Ávila Kfoury (SP)

Diretor Adjunto:

Sérgio Luís Amantéa (RS)

Membros:

Isabel Rey Madeira (RJ)
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)
Marise Helena Cardoso Tófoli (GO)
Renata Belém Pessoa de Melo Seixas (DF)
Ricardo Queiroz Gurgel

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 – SUPPORTO BÁSICO DE VIDA

Cássia Freire Vaz (RJ)
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:

Camila Salomão Mourão (AP)
Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
Renata Dejtiar Waksman (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (MG)
Marco Aurélio Palazzi Sáfadi (SP)
Mariana Tschöpke Aires (RJ)
Editores do Jornal de Pediatria (JPED)

Coordenação:

Renato Soibermann Procianny (RS)

Membros:

Antônio José Ledo Alves da Cunha (RJ)
Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)
Dirceu Solé (SP)
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Magda Lahorgue Nunes (RS)
Marco Aurélio Palazzi Sáfadi (SP)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Editores Científicos:

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

Editores Adjuntos:

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)
Rosana Alves (ES)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)

Coordenação do

Conselho Editorial Executivo:

Jandrei Rogério Markus (TO)

Conselho Editorial Executivo:

Cláudio D'Elia (RJ)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Gustavo Guida Godinho da Fonseca (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Márcia Cortez Bellotti de Oliveira (RJ)
Maria de Fátima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)

COORDENAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA:

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Coordenação de Pesquisa:

Claudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

Coordenação:

Rosana Alves (ES)

Membros:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Alessandra Carla de Almeida Ribeiro (MG)
Ana Lúcia Ferreira (RJ)
Angélica Maria Bicudo (SP)
Anna Tereza Miranda Soares de Moura (RJ)
Rosana Fiorini Puccini (SP)
Sílvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

Coordenação:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Membros:

Aurimery Gomes Chermont (PA)
Claudio Barsanti (SP)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Gilberto Pascolat (PR)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Liana de Paula Medeiros de A. Cavalcante (PE)
Maryneia Silva do Vale (MA)
Mauro Batista de Moraes (SP)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Rita de Cassia Viegas Gomes Lins Bittencourt (PB)
Sérgio Luís Amantéa (RS)
Sheyla Ribeiro Rocha (SP)
Sílvia Regina Marques (SP)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Susana Maciel Wuillaume (RJ)
Tânia Denise Resener (RS)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

Coordenador:

Lélia Cardamone Gouvêa (SP)



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

(continuação)

DIRETORIA 2025 - 2028

Membros:

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

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

Coordenação:

Ana Maria de Oliveira Ponte (RJ)

Membros:

Claudio Barsanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

REDE DA PEDIATRIA

Coordenação:

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Rubem Couto (MT)

Membros:

AC - SOCIEDADE ACREANA DE PEDIATRIA
Ana Isabel Coelho Montero
AL - SOCIEDADE ALAGOANA DE PEDIATRIA
Marcos Reis Gonçalves
AM - SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA
Adriana Távora de Albuquerque Taveira
AP - SOCIEDADE AMAPAENSE DE PEDIATRIA
Camila Salomão Mourão
BA - SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA
Ana Luiza Velloso da Paz Matos
CE - SOCIEDADE CEARENSE DE PEDIATRIA
João Cândido de Souza Borges
DF - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL
Luciana de Freitas Velloso Monte
ES - SOCIEDADE 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
Marynéia Silva do Vale
MG - SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA
Raquel Gomes de Carvalho Pinto
MS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO MATO GROSSO DO SUL
Ivan Akucevikius

MT - SOCIEDADE MATOGROSSENSE DE PEDIATRIA

Paula Helena de Almeida Gattass Bumlai

PA - SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA

Patrícia Barbosa de Carvalho

PB - SOCIEDADE 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 - SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA

Victor Horácio de Souza Costa Junior

RJ - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Anna Tereza Miranda Soares de Moura

RN - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO NORTE

Manoel Reginaldo Rocha de Holanda

RO - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA

Cristiane Figueiredo Reis Maiorquin

RR - SOCIEDADE RORAIMENSE DE PEDIATRIA

Érica Patrícia Cavalcante Barbalho

RS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL

José Paulo Vasconcellos Ferreira

SC - SOCIEDADE CATARINENSE DE PEDIATRIA

Rose Terezinha Marcelino

SE - SOCIEDADE SERGIPANA DE PEDIATRIA

Ana Jovina Barreto Bispo

SP - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

Sulim Abramovici

TO - SOCIEDADE TOCANTINENSE DE PEDIATRIA

José Maria Sinimbu de Lima Filho

- Imunizações
- Imunologia Clínica
- Infectologia
- 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 é Saúde
- Imunobiológicos 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
- Saúde das Crianças e Adolescentes dos Povos Originários do Brasil
- Radiologia e Diagnóstico por Imagem
- Saúde digital
- Saúde e Espiritualidade em Pediatria
- Saúde mental
- Saúde oral
- Saúde Planetária - Saúde Única
- Transtorno do espectro alcoólico fetal

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

- Aleitamento Materno
- Alergia
- Bioética
- Cardiologia
- Dermatologia
- Emergência
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Genética Clínica
- Hematologia e Hemoterapia
- Hepatologia



FUNDAÇÃO

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Diretoria e Conselhos 2025 - 2028

DIRETORIA EXECUTIVA

Diretor Presidente

Edson Ferreira Liberal

Diretor Vice-Presidente

Clóvis Francisco Constantino

Diretor Secretário

Ana Cristina Ribeiro Zollner

Diretor Tesoureiro

Mário Roberto Hirschheimer

Conselho Curador**Presidente**

João Coriolano Rego Barros

José Hugo de Lins Pessoa

Luciana Rodrigues Silva

José Luiz Setubal

Nelson Grisard

Elena Marta Amaral dos Santos

Luis Eduardo Vaz de Miranda

Jefferson Pedro Piva

Celso Kipermann

Ilán Kow

Luis Fernandes Dourado

Conselho Fiscal

Sérgio Antônio Bastos Sarrubo

Katia Correia Lima

Paulo de Jesus Hartmann Nader

Paulo Tadeu Falanghe (suplente)

Vilma Francisca Hutim Gondim
de Souza (suplente)



PRONAP

Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria

Coordenadores

Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira

Tulio Konstantyner

Claudia Bezerra de Almeida

Conselho Editorial

Abelardo Bastos Pinto Junior

Clóvis Artur Almeida da Silva

Clóvis Francisco Constantino

Crésio de Aragão Dantas Alves

Cristiane Fumo dos Santos

Cristina Helena Targa Ferreira

Débora Carla Chong e Silva

Denise Bousfield da Silva

Eduardo Jorge da Fonseca Lima

Ekaterini Simões Goudouris

Fabiola Isabel Suano de Souza

Gilda Porta

Hany Simon Junior

Helena Muller

Herberto José Chong Neto

Jandrei Rogério Markus

Jorge Yussef Afiune

Josefina Aparecida Pellegrini Braga

Lícia Maria Oliveira Moreira

Lilian Day Hagel

Liubiana Arantes de Souza

Magda Lahorgue Nunes

Marco Aurélio Palazzi Sáfadi

Nilzete Liberato Bresolin

Renata Cantisani di Francesco

Renata Dejtjar Waksman

Rinaldo Fábio Souza Tavares

Rossiclei de Souza Pinheiro

Rubens Feferbaum

Salmo Raskin

Simone Brasil de Oliveira Iglesias

Tadeu Fernando Fernandes

Revisão Ortográfica e Gramatical

Jorge Alves de Lima

A Revista PRONAP é uma publicação 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 XXVII

- **Fascículo nº 1: Nefrologia:** Fluidoterapia em Pediatria: solução de manutenção isotônica ou hipotônica?; Tubulopatias: O que o pediatra precisa saber; Hematúrias na Infância.
- **Fascículo nº 2: Prevenção e Enfrentamento das Causas Externas na Infância e Adolescência:** Acidentes domésticos: tipos, frequência e prevenção; Critérios diagnósticos para a violência física contra crianças e adolescentes; Apresentações da violência sexual no atendimento pediátrico.
- **Fascículo nº 3: Cardiologia:** Problemas Cardiológicos no Consultório de Pediatria; Emergências Cardiológicas: Crise Hipoxêmica, Insuficiência Cardíaca e Arritmias; Comprometimento cardíaco nas principais doenças sistêmicas.
- **Fascículo nº 4: Ortopedia:** Displasia do desenvolvimento do quadril; Desvios angulares e rotacionais dos membros inferiores da criança; Deformidades congênicas do pé.

Correção dos testes do número anterior

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

Tema 1: Displasia do desenvolvimento do quadril

01 = V	06 = F	11 = V
02 = V	07 = V	12 = F
03 = V	08 = V	13 = F
04 = F	09 = F	14 = V
05 = F	10 = V	15 = V

Tema 2: Desvios angulares e rotacionais dos membros inferiores da criança

01 = F	06 = V	11 = V
02 = V	07 = F	12 = F
03 = F	08 = V	13 = V
04 = F	09 = V	14 = F
05 = V	10 = F	15 = V

Tema 3: Deformidades congênicas do pé

01 = F	06 = V	11 = F
02 = V	07 = V	12 = F
03 = V	08 = V	13 = F
04 = F	09 = F	14 = F
05 = F	10 = F	15 = V



Saudação dos Coordenadores

Prezados Colegas Pediatras,

Esperamos que tenham aproveitado os conteúdos abordados no PRONAP – CICLO XXVII.

É uma grande satisfação para nós oferecer revisões científicas de alta qualidade e atualizadas, contribuindo para o aprimoramento contínuo da prática pediátrica.

Informamos que as respostas também poderão ser enviadas por meio de formulário no Google Forms. O link será encaminhado por e-mail em breve.

Agradecemos pela confiança depositada no PRONAP. Estamos sempre à disposição para receber sugestões, dúvidas ou comentários.

Desejamos a todos um Feliz Natal e um Ano Novo repleto de realizações, saúde e sucesso!

Abraços

Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira

Túlio Konstantyner

Claudia Bezerra de Almeida

Coordenadores do PRONAP

Instruções para Avaliação Final

A avaliação final abrange os doze temas do **PRONAP – Ciclo XXVII** e tem como um dos principais objetivos promover a autoinstrução. Por isso, você poderá consultar os fascículos para respondê-la. Ao buscar as respostas corretas, estará também estudando e aprofundando seu conhecimento.

Organize-se para reservar um período exclusivo para realizar a avaliação, evitando interrupções. O fracionamento do tempo pode comprometer seu desempenho.

Você receberá **dois cartões** de leitura óptica para registrar suas respostas. Leia atentamente as instruções sobre preenchimento incorreto e rasuras, pois isso pode afetar sua nota. Também será enviado um envelope já endereçado, que não precisa de selo — basta colocá-lo nos Correios. Se preferir, pode enviar por SEDEX para:

Fundação Sociedade Brasileira de Pediatria
Alameda Jaú, 1742 – Conj. 51 – 5º andar
Jardim Paulista – São Paulo – SP
CEP: 01420-002

Atenção: O prazo para envio das respostas da avaliação se encerra em **31/03/2026**. **Não haverá prorrogação.**

Novidade: As respostas também poderão ser enviadas via **Google Forms**. O link será encaminhado por e-mail. Caso não o receba, entre em contato pelo e-mail: **pronap@sbp.com.br**.

Você também receberá um formulário de avaliação do Ciclo XXVII. Sua opinião é muito importante para nós! Ela contribui diretamente para a melhoria contínua do PRONAP e para o aprimoramento do processo de aprendizagem.

O **gabarito** será publicado no site da SBP em **maio/2026**, na aba do PRONAP – Ciclo XXVII: **<https://www.sbp.com.br/sbp-servicos/ead-educacao-a-distancia/pronap/pronap-ciclo-xxvii/>**

O **certificado de participação** estará disponível em **junho/2026**, no site do PRONAP: **<https://www.meuscertificados.com/validator/sbp>**

Para obtê-lo, é necessário acertar no mínimo **56 questões**.

Se desejar confirmar o recebimento da sua prova, entre em contato com a Secretaria do PRONAP pelo telefone **(11) 3068-8595** ou pelo e-mail **pronap@sbp.com.br**. Recomendamos que isso seja feito antes do encerramento do prazo, para evitar transtornos.

Você está pronto? Então vamos lá! Atenção ao responder e ao transcrever suas respostas para os cartões. **Não será possível solicitar cartão-resposta extra.**

Boa prova! Agradecemos mais uma vez pela confiança em nosso trabalho. Esperamos contar com você no próximo ciclo!

Equipe PRONAP

Avaliação Final Ciclo XXVII

01. A mãe leva o filho de 2 anos à emergência. A queixa é de disúria e hematúria macroscópica, com eliminação de pequenos coágulos, há 2 dias. Há 10 horas refere piora da disúria e desde então ausência de diurese. Relata também um episódio de “febre” de 37°C ao acordar. Ao exame, encontra-se afebril, pálido +/4+, hidratado, acianótico, anictérico. PA 90x40 demais dados vitais dentro da normalidade. Abdome normotenso com dor a palpação em baixo ventre e globo vesical palpável. RHA presentes. Lesões cicatriciais em membros inferiores, sem edema. Restante do exame físico normal. Após cateterismo vesical, a análise da urina demonstra 5.000.000 de hemácias por ml, dismorfismo eritrocitário de 10% e ausência de bactérias. O Ultrassom de rins e das vias urinárias demonstra apenas bexiga com debris. Em uma discussão clínica sobre diagnóstico, qual seria a hipótese mais provável?
- a) Glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica.
 - b) Cistite hemorrágica.
 - c) Nefropatia de IgA – Doença de Berger.
 - d) Carcinoma de bexiga.
 - e) Infecção urinária – pielonefrite.
02. Criança com hematúria isolada assintomática, sem outras queixas associadas, mais provavelmente poderá ter como etiologia da hematúria todas as entidades abaixo, EXCETO:
- a) Infecção do trato urinário.
 - b) Hipercalcúria.
 - c) Cistite por adenovírus.
 - d) Traço falciforme.
 - e) Doença associada a variantes do colágeno IV.
03. A cistite hemorrágica é definida por sintomas do trato urinário inferior que incluem hematúria e sintomas irritantes da micção. Resulta de dano do epitélio de vasos sanguíneos por toxinas, agentes patogênicos, radiação ou drogas. As causas infecciosas da cistite hemorrágica incluem bactérias e vírus. A cistite hemorrágica não infecciosa ocorre mais comumente em pacientes submetidos à radiação pélvica, quimioterapia ou ambos. Os pacientes afetados podem desenvolver hematúria microscópica assintomática ou hematúria macroscópica com coágulos podendo evoluir com retenção urinária. Os coágulos e os sintomas lembram quadro vesical e não há edema e nem hipertensão que caracterizem uma síndrome nefrítica. Os tumores da bexiga são extremamente raros em crianças e adolescentes.

Assinale a alternativa que preenche CORRETAMENTE as lacunas:

A presença de _____ com _____ no exame de urina e quadro prévio de _____ é indicativo de _____.

- a) Edema – proteinúria maciça – anasarca – síndrome nefrítica.
- b) Edema de face - hematúria – piodermite – síndrome nefrótica.
- c) Febre – hematúria – pneumonia – pielonefrite.
- d) Urina turva – dismorfismo eritrocitário – diarreia – insuficiência renal aguda.
- e) Hematúria macroscópica – coágulos – Infecção respiratória por adenovírus – cistite hemorrágica viral.

04. Qual das seguintes afirmações é verdadeira para hematúria na infância?
- a) A associação de hematúria e proteinúria pode ser um sinal de doença renal progressiva.
 - b) Hematúria macroscópica observada na vasculite por IgA tem origem na hemorragia das paredes da bexiga.
 - c) Hematúria é um achado comum na síndrome nefrótica idiopática da infância.
 - d) Hematúria durante infecção do trato urinário é um sinal de dano glomerular
 - e) A síndrome do quebra-nozes (*Nut-cracker*) é uma anormalidade em que a veia renal esquerda é comprimida pela veia cava inferior, causando congestão renal, e hematúria.
05. A urolitíase pediátrica tem características próprias. De acordo com seus conhecimentos, assinale a alternativa CORRETA:
- a) O estudo metabólico da urina de uma criança com cálculos urinários está indicado durante o episódio agudo.
 - b) A manipulação dos genitais pode ser o primeiro sinal de urolitíase de uretra em crianças com história de cálculos urinários.
 - c) Deve ser feita restrição proteica para crianças com cálculos urinários e diagnóstico metabólico de hipercalcúria.
 - d) Se há cálculo urinário, que se formou durante um episódio de infecção urinária, não é necessário o estudo metabólico.
 - e) A primeira linha para o tratamento de litíase por hipercalcúria é o uso de diuréticos tiazídicos, não sendo indicado uso de citrato de potássio nestes casos.
06. Menina de 3 anos é encaminhada a um centro de referência com história de infecção do trato urinário (ITU) de repetição (cinco episódios) confirmada por urocultura de material colhido adequadamente. Essas infecções foram responsivas a tratamento com medicação oral apropriada. Durante propedêutica de imagem, identificou-se na ultrassonografia um cálculo de 0,5 cm no maior diâmetro em polo superior do rim direito. Em relação a este caso, assinale a alternativa correta:

- a) Esse cálculo provavelmente é de fosfato amoníaco magnésiano, tem crescimento rápido e pode assumir aspecto coraliforme.
 - b) Não é necessário fazer estudo metabólico para identificar a causa da formação do cálculo, pois está previamente definida.
 - c) A abordagem terapêutica desse cálculo envolve procedimento cirúrgico como primeira escolha.
 - d) As infecções urinárias que a criança apresentou foram, possivelmente, por bactérias pouco associadas com ITU na infância.
 - e) Esta criança deve ter apresentado hematúria dismórfica nos exames de urina.
07. Menino de 2 anos é levado ao pediatra devido a poliúria, polidipsia e dificuldade de ganho de peso desde o primeiro ano de vida. A mãe relata que ele ingere grandes quantidades de água e apresenta episódios frequentes de desidratação. O exame físico mostra uma criança com baixa estatura e sinais de desidratação leve. Os exames laboratoriais revelam: glicemia normal, sódio sérico baixo, potássio sérico baixo, bicarbonato sérico reduzido (acidose metabólica), cálcio sérico normal, creatinina sérica normal para a faixa etária. Foi coletada urina em amostra isolada de urina com achados ratificados em coleta em 24h: glicosúria, aminoacidúria e fosfatúria elevadas. O exame oftalmológico demonstrou cristais de cistina (lâmpada de fenda). Diante desse quadro, além da correção dos distúrbios eletrolíticos e ácido-base, qual tratamento específico deve ser instituído?
- a) Piridoxina.
 - b) Cisteamina.
 - c) Corticoterapia.
 - d) Diurético tiazídico.
 - e) Transplante hepático.
08. Recém-nascido de 2 semanas de vida é internado com desidratação grave e baixo ganho de peso. A mãe relata que ele apresenta episódios frequentes de vômitos e irritabilidade. No exame físico, o bebê encontra-se irritado, com sinais de desidratação, hipotensão leve e com tônus muscular normal. Os exames laboratoriais mostram: sódio sérico normal, potássio e cloro sérico reduzidos, bicarbonato sérico aumentado (alcalose metabólica) e cálcio sérico normal. Renina e aldosterona plasmáticas elevadas e relação cálcio/creatinina urinária elevada. Posteriormente, verificado pressão arterial normal. Diante do quadro clínico e laboratorial apresentados, qual o provável diagnóstico?
- a) Síndrome de *Liddle*
 - b) Síndrome de *Bartter*
 - c) Síndrome de *Fanconi*

- d) Síndrome de *Gitelman*
- e) Síndrome da Secreção Inapropriada do ADH

09. Recém-nascido de 3 semanas de vida é levado ao pronto-socorro devido a vômitos persistentes, irritabilidade e pouco ganho de peso. Ao exame, apresenta sinais de desidratação moderada, pressão arterial normal (limite inferior) e sucção fraca. Não há história de uso de medicamentos nefrotóxicos ou diuréticos. Os exames laboratoriais revelam: sódio sérico normal, potássio e cloro séricos reduzidos, bicarbonato aumentado (alcalose metabólica), cálcio sérico normal e renina e aldosterona plasmáticas elevadas. Qual é o principal mecanismo fisiopatológico responsável pela ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) nessa condição?
- a) Hiperprodução de aldosterona devido à mutação dos receptores mineralo-corticoides.
 - b) Deficiência na reabsorção de sódio no túbulo proximal, levando à depleção de volume e ativação do SRAA.
 - c) Defeito no cotransportador $\text{Na}^+\text{-K}^+\text{-2Cl}^-$ no ramo ascendente da alça de Henle, causando natriurese e ativação do SRAA.
 - d) Resistência à aldosterona nos túbulos renais, resultando em hipocalemia e aumento compensatório da sua produção.
 - e) Aumento da excreção de potássio devido a mutação nos canais de potássio da membrana basolateral.
10. Menino de 5 anos é levado ao nefrologista devido ao atraso no crescimento e deformidades ósseas progressivas. A mãe relata que ele começou a andar tardiamente e frequentemente se queixa de dor nos ossos e fadiga. Não há histórico de dietas restritivas ou exposição solar insuficiente. O exame físico revela baixa estatura, arqueamento das pernas (*geno varo*) e alargamento das junções costochondrais. Os exames laboratoriais mostram: Cálcio sérico: normal, Fósforo sérico: diminuído, Fosfatase alcalina: aumentada, PTH: normal, 25(OH) Vitamina D: normal, Taxa de reabsorção tubular de fósforo pela taxa de filtração glomerular (TmP/TFG): reduzida. Qual a importância da TmP/TFG na investigação do raquitismo hipofosfatêmico?
- a) Avalia a capacidade dos túbulos renais de reabsorver cálcio.
 - b) Demonstra perda renal de fósforo, no raquitismo hipofosfatêmico.
 - c) Confirma hiperparatireoidismo secundário como causa do raquitismo.
 - d) Diferencia entre raquitismo hipofosfatêmico e osteogênese imperfeita .
 - e) Indica deficiência de vitamina D como principal causa da hipofosfatemia.
11. Menino de 12 anos é encaminhado ao cardiologista por hipertensão arterial persistente detectada em exames de rotina. Ele é assintomático, sem história

familiar de hipertensão precoce. Não faz uso de medicamentos e mantém uma dieta equilibrada. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 150/95 mmHg, sem sinais de edema. Os exames laboratoriais foram compatíveis com o diagnóstico de síndrome de *Liddle*. Quais achados clínico-laboratoriais ajudariam a diferenciar a síndrome de *Liddle* de outras causas de hipertensão secundária?

- a) Hipertensão, hipercalemia e acidose metabólica.
- b) Hipocalemia, normotensão e aldosterona normal.
- c) Hipocalemia, hipertensão e aldosterona aumentada.
- d) Hipertensão, hipocalemia e níveis reduzidos de renina e aldosterona.
- e) Hipocalemia, hipertensão e aumento da atividade da renina plasmática.

12. Menina de 3 anos é levada ao pediatra por atraso no crescimento e dificuldade para andar. A mãe relata que a criança começou a andar tardiamente e apresenta fraqueza muscular. Ao exame físico, observa-se arqueamento dos membros inferiores (*geno varo*), alargamento da junção costochondral (rosário raquítico) e deformidade craniana leve. Os exames laboratoriais iniciais revelam: cálcio sérico baixo, fósforo sérico discretamente diminuído, fosfatase alcalina elevada, PTH aumentado, 25(OH) Vitamina D diminuída.

Com base no quadro clínico e laboratorial, qual o próximo passo mais adequado na investigação etiológica do raquitismo nesta paciente?

- a) Dosagem de 1,25(OH)2D para avaliar a ativação da vitamina D.
- b) Dosagem da taxa de reabsorção tubular de fósforo pela taxa de filtração glomerular (TmP/TFG) para investigar perdas renais de fósforo.
- c) Teste genético para mutações no gene PHEX, sugestivo de raquitismo hipofosfatêmico ligado ao X.
- d) Avaliação da função renal por creatinina e ureia para descartar insuficiência renal.
- e) Radiografia de punho e joelho para avaliar alterações ósseas compatíveis com raquitismo.

13. Menino de 6 anos é levado ao pediatra devido ao atraso no crescimento e arqueamento progressivo das pernas. A mãe relata que, apesar da alimentação adequada e exposição solar regular, a criança apresenta dificuldades para andar longas distâncias e queixas frequentes de dor óssea. O exame físico revela *geno varo* acentuado, baixa estatura e alargamento da junção costochondral. Os exames laboratoriais mostram cálcio sérico normal, fósforo sérico reduzido, fosfatase alcalina elevada, PTH normal, 25(OH)Vitamina D normal, Taxa de reabsorção tubular de fósforo pela taxa de filtração glomerular (TmP/TFG) reduzida. Com base no quadro clínico e laboratorial, qual o diagnóstico mais provável?

- a) Hipoparatiroidismo.
- b) Pseudo-hipoparatiroidismo.

- c) Raquitismo hipofosfatêmico ligado ao X.
 - d) Raquitismo carencial por deficiência de vitamina D.
 - e) Osteomalácia secundária à insuficiência renal crônica .
14. Menino de 7 anos, pesando 23 kg, medindo 120 cm e com pressão arterial de 100/60 mmHg (inferior ao percentil 90 para sexo, idade e altura), está hospitalizado no **pós-operatório imediato** de uma apendicectomia. A criança apresenta hiponatremia assintomática (Na^+ sérico: 130 mEq/L) durante fluído terapia intravenosa com solução de NaCl 0,45%. A função renal está normal, e os demais eletrólitos (potássio, cálcio, magnésio) encontram-se dentro dos limites de referência. A criança está hemodinamicamente estável, sem sinais de sobrecarga hídrica ou hipovolemia. Qual deve ser o próximo passo no tratamento?
- a) Administrar solução salina hipertônica (NaCl 3%) imediatamente.
 - b) Substituir a solução hipotônica por solução isotônica.
 - c) Manter a solução NaCl 0,45% e aumentar o volume infundido.
 - d) Suspender a fluidoterapia intravenosa e iniciar líquidos por sonda nasoesnteral.
 - e) Administrar diurético de alça para corrigir o sódio.
15. As recomendações da Academia Americana de Pediatria (AAP) sobre fluidoterapia em pacientes pediátricos internados, levando em conta os estudos sobre os riscos do uso da fórmula de Holliday e Segar, envolvem mudanças na oferta dos elementos que compõem a terapia de manutenção. Assinale a alternativa que corresponde à principal mudança nessa diretriz:
- a) Aumento da oferta de sódio.
 - b) Aumento da oferta de potássio.
 - c) Diminuição da oferta de sódio.
 - d) Aumento do aporte hídrico e calórico.
 - e) Preferência por cristaloides balanceados.
16. Em relação às soluções utilizadas para a fluidoterapia em pediatria, assinale a alternativa correta:
- a) A solução salina a 0,9% é considerada uma solução balanceada, contendo 308 mOsm/L, além de quantidade equivalentes e proporcionais de sódio e cloreto.
 - b) Em crianças desidratadas com evidência ou grande possibilidade de alcalose metabólica, deve-se dar preferência para a utilização de ringer lactato ou plasma-lyte®.
 - c) O ringer lactato é considerado por muitos autores um soro hipotônico, pois contém 77 mEq/L de sódio.
 - d) São vantagens do Plasma-lyte® seu baixo custo e a compatibilidade com a adição de glicose.

- e) O potencial de acidose hiperclorêmica relacionado à administração de solução salina 0,9% pode ser explicado por “efeito dilucional”, com retenção de cloreto e redução de bicarbonato plasmático e pela redução da diferença de íons fortes.
17. Criança de 3 anos de idade, internada para tratamento de meningite bacteriana, apresenta dosagem de sódio sérico de 129 mEq/L, sem sintomas associados, concomitante com diminuição da diurese e densidade urinária de 1035 e sódio urinário em amostra isolada = 60 mEq/L. O diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada são:
- a) Síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético e correção rápida com infusão de sódio hipertônico.
 - b) Diabetes *insipidus* e correção rápida com infusão de sódio hipertônico.
 - c) Diabetes *insipidus* e restrição hídrica.
 - d) Síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético e restrição hídrica.
 - e) Síndrome cerebral perdedora de sal e administração de fludrocortisona.
18. Lactente de 4 meses de vida, previamente hígido, com peso de 5 kg, está sendo atendido em sala de emergência por quadro de vômitos e diarreia iniciados há 24 horas. Após a admissão, apresentou convulsão tônico-clônica generalizada seguida de rebaixamento do nível de consciência. Apresenta-se estável do ponto de vista hemodinâmico, porém torporoso e com exames complementares mostrando hiponatremia ($\text{Na} = 118 \text{ mEq/L}$). Qual das alternativas abaixo representa a melhor prescrição para este momento?
- a) NaCl 3% - 10 ml em 10 minutos.
 - b) NaCl 3% - 25 ml em 1 hora.
 - c) correção do déficit de sódio calculado para sódio desejado de 140 mEq/L em 24 horas.
 - d) NaCl 0,9% – 50 ml em 1 hora.
 - e) NaCl 0,45% – 50 ml em 1 hora.
19. Em relação à fisiologia da ação do hormônio antidiurético (ADH), assinale a alternativa correta:
- a) Em contextos de aumento da osmolaridade plasmática, o mecanismo da sede é ativado de modo mais precoce do que a secreção de ADH.
 - b) A ligação do ADH ao receptor V2 leva à inserção de canais de aquaporina na membrana luminal da alça de *Henle*.
 - c) O ADH pode ser liberado por mudanças súbitas do estado volêmico, como em contextos de hipovolemia aguda.

- d) São necessárias grandes variações da osmolaridade plasmática para que ocorra a liberação de ADH.
 - e) O ADH é liberado exclusivamente por estímulos osmóticos
20. Embora existam aspectos similares em relação à fisiologia e homeostase hídrica entre crianças e adultos, os pacientes pediátricos apresentam particularidades relevantes. Assinale a alternativa correta no que se refere a tais especificidades:
- a) Crianças têm menor propensão às perdas sensíveis e insensíveis, assim como menor tendência à desidratação.
 - b) Em relação à distribuição da água entre os compartimentos, observa-se predominância do líquido intracelular (LIC) em neonatos, particularmente em prematuros.
 - c) O processo de maturação dos néfrons ocorre de forma centrípeta, observando-se redução do fluxo sanguíneo renal e aumento da resistência vascular sistêmica no período pós-natal.
 - d) Ao nascimento, os glomérulos corticais apresentam maturidade e taxa de filtração proporcionalmente maiores, quando comparados aos glomérulos dos néfrons justamedulares.
 - e) A porcentagem de água corporal total (TAC) é maior em crianças, com tendência à diminuição da TAC com o aumento da idade.
21. Menina de 6 anos chega ao consultório médico acompanhada pela mãe, com relato de que, na escola, foi flagrada no banheiro com um menino, da mesma idade, sem roupas. A professora chamou os pais, solicitando providências das famílias. Criança nega que tenha sofrido violência. Sua conduta é:
- a) Procurar vestígios de abuso sexual no corpo da menina.
 - b) Orientar um registro de Boletim de Ocorrência Policial contra o colega, por violência, e contra a escola, por negligência.
 - c) Orientar a mãe que, nesta faixa etária, a curiosidade sobre o corpo é normal e, portanto, ela deve conversar com a filha com naturalidade, entendendo que pode tratar-se de jogos sexuais entre crianças.
 - d) Interrogar a menina detalhadamente sobre o fato.
 - e) Solicitar exames para triagem de Infecções Sexualmente Transmissíveis.
22. Adolescente de 12 anos chega ao consultório, trazida pelo pai, com queixa de estar se isolando da família e dos amigos. Segundo ele: “faz tempo que ela não quer conversar” – SIC. A mãe trabalha em uma multinacional e viaja bastante, ficando a adolescente sob a supervisão do genitor na maior parte do tempo. O pai trabalha durante o dia. A adolescente estuda pela manhã e fica sozinha em casa à tarde. Na anamnese, a única queixa é um atraso menstrual de 2 meses. Ao exame físico, observam-se várias autolesões nos antebraços, em diferentes

estágios, algumas friáveis, outras já cicatrizadas. Após o exame físico, o médico conversa novamente com a adolescente, que relata achar que está gestante e que está se relacionando com um homem de 30 anos que conheceu pelas redes sociais. Relata também que está assustada e arrependida, por isso está triste. Nega pensamentos de morte. O pai pede ao médico sigilo profissional sobre os fatos. Diante do caso, o correto a fazer é:

- a) Atender ao pedido de sigilo do pai e solicitar um Beta HCG para confirmar a gestação.
 - b) Prometer o sigilo para o pai somente até a confirmação da gestação e depois encaminhá-la para acompanhamento obstétrico com um colega. Solicitar o Beta HCG.
 - c) Explicar para o pai que não é possível manter essa situação em sigilo, por se tratar de um crime e que, portanto, orientar que ele deve registrar um Boletim de Ocorrência Policial. Solicitar o Beta HCG para confirmação da gestação. Orientar um atendimento psicológico para a adolescente.
 - d) Explicar para o pai que não é possível manter essa situação em sigilo, por se tratar de um crime. Solicitar exames para triagem de Infecções Sexualmente Transmissíveis e o Beta HCG. Comunicar os fatos ao Conselho Tutelar e preencher a Ficha SINAN de notificação da Vigilância em Saúde. Encaminhar a adolescente para um atendimento psicológico e orientar a família quanto aos cuidados e à proteção.
 - e) Explicar para o pai que não é possível manter essa situação em sigilo, por se tratar de um crime e que, portanto, o Conselho Tutelar deve ser comunicado. Solicitar exames para triagem de Infecções Sexualmente Transmissíveis e Beta HCG.
23. Adolescente de 10 anos chega no pronto atendimento, trazida pela sua genitora, após a filha revelar que sofreu violência sexual há 1 ano, perpetrada por um primo de 17 anos, que estava visitando a família, pois mora em outra cidade. A mãe, assustada, imediatamente após o relato, leva a filha para o atendimento. A conduta do médico durante a anamnese deve ser:
- a) Interrogar a menina em busca de informações detalhadas sobre o que aconteceu.
 - b) Cobrar da mãe que deveria ter conversado com a filha e esclarecido primeiro se de fato houve uma violência.
 - c) Não falar sobre a violência, fazer o exame médico de rotina e acionar o Conselho Tutelar.
 - d) Perguntar para a menina quais foram as atitudes dela que provocaram os fatos, visto que, se ela guardou esse segredo por tanto tempo, é porque deve ter culpa.
 - e) Acolher com empatia, respeito e sem julgamentos. Perguntar somente o estritamente necessário para garantir os cuidados em saúde e proteção.

24. Com passar do tempo e introdução da internet na vida em geral, passou a ter um comportamento da expressão da sexualidade do adolescente atualmente que é o *sexting*. Qual seria o conteúdo não usados nesta expressão de sexualidade?
- a) Fotos sensuais.
 - b) Vídeos com nudez.
 - c) Texto sensual.
 - d) Fotos de paisagens.
 - e) Textos eróticos.
25. Qual das respostas é o nome de um dos tipos de violência sexual contra criança e adolescente?
- a) *Sexting*.
 - b) *Bullying*.
 - c) Sextorsão.
 - d) Masturbação.
 - e) Nudes.
26. *Grooming* é um tipo de violência sexual contra criança e adolescente. Quais características não representam este tipo de crime?
- a) Perfil falso do agressor quanto à idade.
 - b) Falta de supervisão do uso de internet por um adulto responsável.
 - c) O agressor se preocupa com estado psíquico da vítima.
 - d) Agressor sugere sigilo da vítima como prova de amizade.
 - e) Os agressores obtêm dados em plataformas, aplicativos e mídias sociais.
27. No Estupro Virtual pela internet, em crianças e adolescentes, quais das características não representam esta violência?
- a) Contato físico entre vítima e agressor.
 - b) Imaturidade da vítima.
 - c) Falta de supervisão de um adulto responsável.
 - d) Tempo livre da vítima.
 - e) Prazer sexual distorcido do agressor.
28. Qual o sintoma psíquico pode não ocorrer em crianças e adolescentes vítimas da violência sexual tipo *grooming*?
- a) Ansiedade.
 - b) Depressão.
 - c) Insônia.
 - d) Melhora do rendimento escolar.
 - e) Autoagressão.

-
29. São características de queimaduras intencionais, exceto:
- a) Queimadura por líquidos quentes que não obedece ao princípio da gravidade.
 - b) Queimaduras que evidenciam a forma do objeto utilizado.
 - c) Queimaduras em luva ou em meia.
 - d) Queimadura em região genital.
 - e) Queimadura superficial, sem limites precisos, não uniforme, provocada por toque em superfície quente.
30. Em consulta de puericultura, o pediatra percebeu marcas arroxeadas nas costas e na parte lateral de face, em criança de 4 anos. A mãe diz ter perdido a paciência e ter “dado umas chineladas na menina”, por ela ter sido muito desobediente. A criança tem diagnóstico de hiperatividade. O pediatra deveria:
- a) Orientar a mãe a colocar a criança em escola de tempo integral, para ocupar melhor seu dia, e retornar em 1 mês.
 - b) Encaminhar a criança para o neurologista, com recomendação de medicação para a agressividade da menina e a prática de esportes, para que gaste mais energias.
 - c) Receitar um ansiolítico para a mãe suportar a agitação da filha, indicar outras atividades para a criança e indicar tratamento do TDAH com Metilfenidato.
 - d) Orientar a mãe sobre o comportamento de uma criança hiperativa e solicitar que busque grupos de apoio para saber como tratar a filha, receitando o Metilfenidato para a criança e indicando que ela passasse a ser acompanhada por especialista.
 - e) Indagar sobre como os genitores foram cuidados e o tempo que dedicam à criança. Questionar o diagnóstico tão precoce de TDAH. Encaminhar a criança e os genitores para tratamento psicológico e notificar a situação de violência ao Conselho Tutelar, agendando retorno para breve.
31. São critérios de alerta para o diagnóstico de Violência Física:
- a) Lesões de pele, como hematomas e lacerações em áreas de extensão do corpo – como frente de pernas e parte externa de braços.
 - b) Quedas de sua própria altura e hematomas em testa e braços.
 - c) Fratura de braço, andando de bicicleta na rua.
 - d) Histórias discordantes, sobre a descrição do trauma, e lesões que não combinam com o desenvolvimento psicomotor da criança.
 - e) Lesões eritematosas em pele de braços e região posterior da coxa, pruriginosas, com áreas de descamação.
32. São fraturas clássicas de trauma intencional:
- a) De ulna e cotovelo.
 - b) De ossos longos na primeira infância.
-

- c) Em alça de balde e fratura de canto.
 - d) De crânio em queda de trocador de fraldas.
 - e) De tibia e de calcâneo.
33. São lesões próprias consequentes a socos, chutes e pontapés:
- a) Lacerações e hemorragias de pâncreas, fígado e baço.
 - b) Hematomas em braços e pescoço.
 - c) Lacerações em partes laterais do corpo.
 - d) Marcas de mordidas e unhas.
 - e) Fratura de cotovelo.
34. A repetição de falta de tratamento a doenças agudas ou a descontinuidade de tratamento de doenças crônicas, pelos responsáveis (situações agravadas se há medicação disponível e condição intelectual para seguir as orientações médicas), caracterizam:
- a) Atos e atitudes de negligência.
 - b) Violência Física e Psíquica.
 - c) Irresponsabilidade e imaturidade.
 - d) Radicalismo dentro de crenças sem sustentação científica.
 - e) Influência dos *blogs* e influenciadores da internet.
35. O médico deve:
- a) Manter o sigilo profissional em todos os casos que atende, sejam adultos ou crianças, negando-se a qualquer denúncia ou participação em processos judiciais em que for convocado para tratar de assuntos dos pacientes.
 - b) Não interferir nos meios de educação dos pais para com seus filhos, respeitando suas culturas, etnias e credos.
 - c) Romper o sigilo ético frente a uma situação de risco ou dano a uma criança ou um adolescente – mesmo que esta violência esteja sendo praticada por pais ou responsáveis – com a denúncia e o desencadeamento das medidas de proteção e justiça.
 - d) Colaborar com os pais na educação dos filhos, estimulando que as crianças assumam algumas obrigações de seu cuidar desde cedo e adquiram autonomia precocemente.
 - e) Respeitar as decisões dos pais ou do adolescente de aceitação ou negação de tratamentos, mesmo que indispensáveis, visto os filhos serem propriedades dos pais.
36. Os acidentes na infância infelizmente são frequentes, especialmente os domésticos. Marque a alternativa que se caracteriza como um acidente doméstico:

- a) Afogamento durante banho de rio.
 - b) É aquele que ocorre no domicílio ou nas imediações da residência.
 - c) São lesões intencionais que ocorrem no domicílio onde a criança reside.
 - d) Engasgo durante o lanche na creche.
 - e) Intoxicação causada por arsênico na comida.
37. Qual a conduta mais adequada para diminuir o risco de exposição a substâncias tóxicas, considerando as medidas de prevenção de intoxicações exógenas na faixa etária pediátrica?
- a) Permitir que as crianças observem e aprendam a administração de medicamentos, estimulando a autonomia desde cedo.
 - b) Deixar inseticidas e remédios em locais estratégicos da casa, de fácil acesso, controlando a criança para que não mexa.
 - c) Armazenar produtos de limpeza e medicamentos em locais acessíveis às crianças, mas sempre orientando sobre os riscos de ingestão.
 - d) Transferir produtos de limpeza para garrafas de refrigerante vazias, mas identificá-las com etiquetas, a fim de evitar confusão sobre o conteúdo e para mantê-los mais fechados.
 - e) Manter produtos de limpeza e medicamentos em locais altos e trancados, preferindo embalagens com tampa de segurança e evitando manuseá-los na frente da criança, para que não desperte a curiosidade.
38. Adolescente de 11 anos chega para atendimento por queixa de leucorreia amarelada. Refere prurido. Nega que tenha odor forte. Na anamnese, refere que ainda não teve a menarca. Apresenta vacinas em dia. Nega antecedentes de alergias ou outras doenças. Em casa, moram a mãe, a adolescente e o padrasto. Frequenta escola à tarde e fica em casa pela manhã com o companheiro da mãe, pois a genitora trabalha como diarista. O padrasto está desempregado. Ao exame físico, apresenta secreção vaginal clara, abundante, mas sem odor fétido. A região perineal encontra-se hiperemiada, sem outras lesões. A conduta médica mais adequada para o caso é:
- a) Suspeitar de uma possível violência sexual perpetrada pelo padrasto e chamar imediatamente o Conselho Tutelar.
 - b) Iniciar com banhos de assento e conversar com a genitora sobre a possibilidade de ser uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST).
 - c) Coletar um *swab* da secreção vaginal. Orientar a genitora e a adolescente sobre cuidados gerais de higiene. Aguardar o resultado do exame. Se positivo para Infecção Sexualmente Transmissível (IST), investigar outras doenças e comunicar o Conselho Tutelar.

- d) Coletar o *swab* da secreção vaginal e após já comunicar o Conselho Tutelar da suspeita de violência sexual.
 - e) Indicar banhos de assento, cuidados de higiene e tratamento.
39. Criança de 6 anos com síndrome de Down e atraso psicomotor. Qual deve ser a conduta do pediatra em relação à prevenção de acidentes?
- a) As orientações devem estar de acordo com a faixa etária da criança, independentemente de seu desenvolvimento.
 - b) É fundamental que a criança receba orientações e seja estimulada em assumir alguma responsabilidade pela sua própria segurança, pois já se encontra em fase escolar.
 - c) Focar exclusivamente na prevenção de quedas, pois crianças com síndrome de Down tem tônus muscular diminuído, mas não apresentam risco aumentado para outros acidentes.
 - d) Avaliação minuciosa do desenvolvimento, esclarecimentos aos responsáveis sobre os potenciais riscos baseados nos marcos do desenvolvimento alcançados e orientação de medidas de proteção.
 - e) A orientação deve ser dada pelos especialistas (neurologista, geneticista, fisioterapeuta etc.) que acompanham a criança e não pelo pediatra, pois trata-se de uma condição que cursa com diversas particularidades.
40. Frente ao diagnóstico da Síndrome Aguda da Criança Espancada, tendo sido a criança trazida ao serviço de saúde imediatamente após o espancamento, a atitude correta do pediatra, após lhe prestar assistência, será:
- a) Transferir a criança para hospital especializado, encaminhando relatório sobre o que foi apurado sobre os antecedentes da criança e de seu comportamento que pudesse provocar a ira do ou dos agressores. Encaminhar a criança para atendimento psicológico.
 - b) Fazer a notificação obrigatória ao Conselho Tutelar, chamar os responsáveis ou os avós para entregar a criança assim que estiver recuperada.
 - c) Perguntar para vizinhos e parentes sobre o relacionamento de todos na casa, se existiriam situações de violências e qual seria a figura de confiança para entregar a criança depois de tratada.
 - d) Garantir o Boletim de Ocorrência em delegacia, chamar o Conselho Tutelar e deixar que decidam o que fazer com a paciente.
 - e) Fazer anamnese detalhada, descrever e solicitar permissão para fotografar e descrever as lesões, acionar a Polícia e fazer um Boletim de Ocorrência, se o responsável não aceitar fazer, preencher a ficha de Notificação Obrigatória, acionar o Conselho Tutelar e enviar a notificação e o relatório também ao Ministério Público.

-
41. Qual dos seguintes sintomas não é típico de insuficiência cardíaca em crianças?
- a) Cianose.
 - b) Dispneia.
 - c) Edema.
 - d) Hemoptise.
 - e) Sudorese excessiva.
42. Em relação aos sopros cardíacos em pediatria, qual das afirmações é correta?
- a) Todo sopro em criança é indicativo de cardiopatia estrutural.
 - b) Sopros sistólicos inocentes são comuns na infância e geralmente desaparecem com o crescimento.
 - c) Sopros diastólicos são sempre fisiológicos.
 - d) A ausência de sintomas exclui cardiopatia estrutural.
 - e) O ecocardiograma deve ser indicado para todo sopro detectado.
43. Qual das alternativas abaixo representa um comportamento alimentar relacionado ao aumento do risco cardiovascular em crianças?
- a) Consumo habitual de frutas, vegetais e grãos integrais.
 - b) Restrição de alimentos ultraprocessados.
 - c) Ingestão elevada de sódio, açúcar e gorduras saturadas.
 - d) Aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses.
 - e) Hidratação adequada com água ao longo do dia.
44. Sobre a pressão arterial em pediatria, é correto afirmar:
- a) Só deve ser aferida após os 6 anos.
 - b) A aferição em quatro membros é desnecessária.
 - c) Considera-se hipertensão valores $>95^{\circ}$ percentil.
 - d) Apenas crianças com histórico familiar precisam de acompanhamento.
 - e) MAPA não é indicado em crianças.
45. Qual das opções é um fator de risco materno para cardiopatia congênita fetal?
- a) Consumo de frutas.
 - b) Atividade física regular.
 - c) Tabagismo.
 - d) Suplementação com ácido fólico.
 - e) Sono irregular.
-

46. Na suspeita de síncope vasovagal, qual achado clínico reforça o diagnóstico?
- a) Ausência de pródromos.
 - b) Episódio noturno sem aviso.
 - c) Pródromos como náusea, tontura e palidez.
 - d) História familiar de epilepsia.
 - e) Perda de consciência prolongada (>5 minutos).
47. Assinale a alternativa que apresenta as cardiopatias congênitas com risco de crise hipoxêmica:
- a) Tetralogia de *Fallot*, defeito do septo atrioventricular, estenose pulmonar valvar.
 - b) Atresia tricúspide com estenose pulmonar, Tetralogia de *Fallot*, dupla via de saída de ventrículo direito com estenose pulmonar.
 - c) Dupla via de saída de ventrículo direito com estenose pulmonar, transposição das grandes artérias, comunicação interventricular ampla.
 - d) Atresia tricúspide com estenose pulmonar, estenose aórtica e atresia mitral.
 - e) Drenagem anômala de veias pulmonares, estenose pulmonar, Anomalia de *Ebstein*.
48. Qual das seguintes condições está mais frequentemente associada à fibrilação atrial pediátrica?
- a) Síndrome do QT longo tipo 1.
 - b) Pós-operatório de Tetralogia de *Fallot*.
 - c) Cardiomiopatia hipertrófica.
 - d) Comunicação interatrial isolada.
 - e) Taquicardia atrial multifocal.
49. Sobre o tratamento medicamentoso da insuficiência cardíaca crônica (IC), assinale a alternativa correta:
- a) A investigação de uma causa de base é fundamental para uma terapêutica adequada.
 - b) Após a confirmação diagnóstica de IC, está indicado iniciar um inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA), mesmo antes da confirmação do diagnóstico etiológico.
 - c) A associação de diuréticos, IECA e antagonistas da aldosterona deve ser utilizada desde o início dos sintomas, com a finalidade de evitar a progressão da doença.
 - d) Os diuréticos, como a furosemida, devem ser sempre adicionados ao esquema terapêutico, independentemente da presença de quadro de congestão sistêmica e/ou pulmonar.

- e) O uso de sacubitril/valsartana, em substituição aos IECA, tem demonstrado melhor eficácia na terapêutica de crianças e adultos.
50. Sobre o tratamento medicamentoso da insuficiência cardíaca aguda, pode-se afirmar:
- a) As drogas vasoativas (DVA) devem ser iniciadas precocemente, mesma na ausência de sinais de baixo débito, com o objetivo de evitar a evolução para choque cardiogênico.
 - b) As DVA, particularmente as catecolaminas, possuem efeito cronotrópico positivo, com aumento da frequência cardíaca e aumento do consumo miocárdico de oxigênio, podendo impactar negativamente em um miocárdio disfuncional.
 - c) A ventilação mecânica invasiva deve ser indicada de forma precoce, devido ao elevado benefício, com baixo risco.
 - d) A indicação de assistência circulatória mecânica tipo oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) não tem indicação, pela elevada mortalidade.
 - e) Independentemente do perfil hemodinâmico do paciente, o uso de DVA e diuréticos deve sempre fazer parte da terapêutica.
51. A respeito da taquicardia juncional ectópica (TJE), assinale a alternativa correta:
- a) Consiste em um tipo de arritmia supraventricular, caracterizada por atividade elétrica atrial caótica e desorganizada.
 - b) A TJE é mais frequentemente observada no pós-operatório de correções cardíacas congênitas, podendo ser sustentada ou não.
 - c) O ECG mostra um ritmo irregular, com ondas P fibrilatórias e resposta ventricular irregular.
 - d) A adenosina é o tratamento de primeira escolha para interromper esse tipo de arritmia.
 - e) A TJE é uma condição benigna, que raramente causa repercussão hemodinâmica.
52. Sobre o tratamento das taquiarritmias em crianças hemodinamicamente instáveis, assinale a alternativa correta:
- a) O tratamento inicial inclui o uso de betabloqueadores intravenosos.
 - b) A amiodarona deve ser utilizada antes da cardioversão elétrica.
 - c) A cardioversão elétrica sincronizada é indicada para casos de instabilidade hemodinâmica grave.
 - d) A taquicardia supraventricular nunca necessita de tratamento elétrico.
 - e) O uso de verapamil é seguro em lactentes menores de 1 ano.

53. Em relação às bradiarritmias pediátricas, qual alternativa está correta?
- a) O bloqueio atrioventricular de primeiro grau sempre requer implante de marcapasso.
 - b) A bradicardia sinusal pode ser fisiológica, especialmente em atletas ou durante o sono.
 - c) A síndrome *bradi-taqui* não é observada em crianças e ocorre apenas em idosos.
 - d) O bloqueio sinoatrial de terceiro grau não tem repercussão clínica e não necessita de acompanhamento.
 - e) As bradiarritmias pediátricas geralmente não têm relação com cardiopatias congênitas.
54. Qual das seguintes condições é mais frequentemente associada à pericardite em crianças com Artrite Idiopática Juvenil (AIJ)?
- a) Forma oligoarticular da AIJ.
 - b) Forma sistêmica da AIJ.
 - c) Forma poliarticular da AIJ.
 - d) Forma relacionada à entesite da AIJ.
 - e) Forma psoriática da AIJ.
55. Qual é a manifestação cardiovascular mais comum em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)?
- a) Miocardite.
 - b) Endocardite.
 - c) Pericardite.
 - d) Valvulite.
 - e) Aortite.
56. Qual das seguintes alterações ecocardiográficas é frequentemente observada em recém-nascidos de mães com *diabetes mellitus* mal controlado?
- a) Hipotrofia das paredes ventriculares.
 - b) Hipertrofia das paredes ventriculares.
 - c) Disfunção sistólica do ventrículo direito.
 - d) Obstrução das vias de entradas ventriculares.
 - e) Derrame pericárdico.
57. Qual das seguintes doenças autoimunes é caracterizada pela presença de lesões verrucosas de Libman-Sacks nas válvulas cardíacas?
- a) Artrite Idiopática Juvenil (AIJ).
 - b) Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES).
 - c) Esclerose sistêmica.

- d) Dermatomiosite.
 - e) Doença mista do tecido conjuntivo.
58. Qual dos achados cardíacos abaixo está associado ao hipotireoidismo congênito?
- a) Taquicardia sinusal e hipertensão arterial.
 - b) Bradicardia, derrame pericárdico e redução da fração de ejeção.
 - c) Insuficiência cardíaca de alto débito com hipercontractilidade ventricular.
 - d) Hipertrofia ventricular excêntrica com dilatação atrial.
 - e) Bloqueio atrioventricular total e hipertensão pulmonar.
59. Qual das seguintes condições está associada a um aumento do débito cardíaco e diminuição da resistência vascular periférica?
- a) Doença Renal Crônica.
 - b) Anemia Falciforme.
 - c) Cirrose Hepática.
 - d) *Diabetes mellitus*.
 - e) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).
60. Qual das seguintes afirmações sobre a disfunção cardíaca na doença renal crônica (DRC) pediátrica é verdadeira?
- a) A disfunção sistólica geralmente precede a disfunção diastólica.
 - b) A disfunção diastólica geralmente precede a disfunção sistólica.
 - c) A disfunção sistólica e diastólica ocorre simultaneamente.
 - d) A disfunção sistólica segmentar pós hemodiálise não ocorre na faixa etária pediátrica.
 - e) A disfunção cardíaca geralmente se manifesta com sintomas clínicos evidentes.
61. A luxação do quadril é definida como:
- a) Perda de 20% do contato da cabeça femoral com o acetábulo.
 - b) Perda de 40% do contato da cabeça femoral com o acetábulo.
 - c) Perda de 60% do contato da cabeça femoral com o acetábulo.
 - d) Perda de 80% do contato da cabeça femoral com o acetábulo.
 - e) Perda de 100% do contato da cabeça femoral com o acetábulo.
62. A luxação teratológica do quadril geralmente está associada com:
- a) Síndrome de Down.
 - b) Síndrome de Ehler Danlos.
 - c) Síndrome de Marfan.
 - d) Artrogripose Múltipla Congênita.
 - e) Torcicolo muscular congênito.

63. A Displasia do Desenvolvimento do Quadril apresenta maior incidência em:
- a) Pacientes do sexo feminino no quadril esquerdo.
 - b) Pacientes do sexo feminino no quadril direito.
 - c) Pacientes do sexo masculino no quadril esquerdo.
 - d) Pacientes do sexo masculino no quadril direito.
 - e) Igual para ambos os sexos no quadril esquerdo.
64. Os fatores de risco para a Displasia do Desenvolvimento do Quadril são:
- a) Consanguinidade e oligodrâmnio.
 - b) Gênero feminino e gemelaridade.
 - c) História familiar positiva e torcicolo muscular congênito.
 - d) Multiparidade e gênero masculino.
 - e) Pé torto equinovagovaro e plagiocefalia.
65. A manobra de redução de um quadril congenitamente luxado no recém-nascido é:
- a) Barlow
 - b) Klisic
 - c) Ortolani
 - d) Peter Bade
 - e) Nelaton Galeazzi
66. No sinal de Klisic é realizado desenhando uma reta entre:
- a) O trocânter maior e a cicatriz umbilical.
 - b) A cicatriz umbilical e o trocânter menor.
 - c) A espinha ilíaca anterosuperior e anteroinferior.
 - d) A espinha ilíaca anterosuperior e tuberosidade isquiática.
 - e) A espinha ilíaca anterosuperior e trocânter maior.
67. O exame complementar padrão ouro para auxiliar o diagnóstico da Displasia do Desenvolvimento do Quadril é:
- a) Radiografia da pelve.
 - b) Ultrassonografia.
 - c) Tomografia computadorizada.
 - d) Ressonância magnética.
 - e) Artrografia.
68. Em relação ao ângulo coxa-pé, é correto afirmar:
- a) Pode ser utilizado para avaliar o grau de torção tibial da criança.
 - b) Pode ser utilizado para avaliar o grau de varismo do joelho da criança.

- c) Pode ser utilizado para avaliar o grau de valgismo do joelho da criança.
 - d) Pode ser utilizado para avaliar o grau de anteversão femoral proximal da criança.
 - e) Não é utilizado na avaliação pediátrica.
69. Qual das doenças elencadas abaixo pode estar relacionada a deformidade dos membros inferiores da criança:
- a) Varicela.
 - b) Asma.
 - c) Raquitismo.
 - d) Leucemia linfóide aguda.
 - e) Leucemia mieloide aguda.
70. Qual das condições abaixo não está relacionada a deformidade dos membros inferiores:
- a) Doença de *Blount*.
 - b) Raquitismo.
 - c) Sequela pós-traumática.
 - d) Sequela de infecção musculoesquelética.
 - e) Diabetes mellitus tipo-I.
71. Sobre o ângulo de progressão da marcha, é correto afirmar:
- a) Pode haver angulação interna e externa fisiologicamente.
 - b) Angulações internas devem ser consideradas patológicas.
 - c) Angulações externas devem ser consideradas patológicas.
 - d) Fisiologicamente não pode haver angulações.
 - e) Este não é um dado possível de ser aferido na criança.
72. Sobre a utilização de exames complementares de imagem para a avaliação dos desvios rotacionais dos membros inferiores da criança é correto afirmar:
- a) É mandatória, não sendo possível uma avaliação clínica confiável.
 - b) A tomografia é o exame padrão ouro.
 - c) Não há aplicação para a utilização de ultrassonografia.
 - d) Não há exames de imagem capazes de ajudar na avaliação da criança.
 - e) A radiografia é o exame padrão ouro.
73. Sobre a marcha em rotação interna, é correto afirmar:
- a) Não representa uma queixa comum em relação a marcha.
 - b) Em sua maioria demanda tratamento.

- c) Em sua maioria tem evolução autolimitada.
 - d) A anteversão femoral não contribui para a sua ocorrência.
 - e) Nunca tem relação com distúrbios neurológicos.
74. O pé calcâneo valgo:
- a) Consiste em deformidade grave associada a várias síndromes genéticas.
 - b) Pé calcâneo valgo é muito raro.
 - c) Tem bom prognóstico e pode ocorrer correção espontânea.
 - d) Tem associação com alterações renais.
 - e) A cirurgia é a melhor opção de tratamento.
75. O pé calcâneo valgo:
- a) Deve ser diferenciado do pé talo vertical.
 - b) É mais comum do lado esquerdo.
 - c) Cursa com encurtamento do tendão calcâneo.
 - d) É causado pelo encurtamento dos tendões fibulares.
 - e) Tratamento no uso de gessos seriados por 2 a 3 meses.
76. O pé talo vertical:
- a) Deformidade grave e raramente é isolada.
 - b) Mais frequente que o pé calcâneo valgo
 - c) Apresenta um cavismo acentuado.
 - d) Tem uma incidência maior na Polinésia.
 - e) Não se trata com uso de gessos seriados.
77. No pé talo vertical:
- a) O tendão calcâneo está ausente.
 - b) Não há indicação de tratamento cirúrgico.
 - c) Há bom prognóstico e recidivas são raras.
 - d) Observa-se uma concavidade na planta do pé.
 - e) A técnica de *Dobbbs* é a mais usada atualmente.
78. O pé metatarso varo:
- a) É facilmente identificado ao nascimento.
 - b) É frequentemente citado por associação com displasia do quadril.
 - c) Tem associação com geno valgo.
 - d) Tem indicação cirúrgica na maioria dos casos.
 - e) A cirurgia de ressecção do cuneiforme medial é a mais usada.

-
79. O pé metatarso varo, quando associado ao valgismo do retropé:
- a) Tem uma abdução acentuada do antepé.
 - b) Chamado “pé escoliótico”.
 - c) Geralmente tem melhor prognóstico.
 - d) É esteticamente mais equilibrado.
 - e) Apresenta dedos em garra.
80. O pé torto congênito:
- a) Tem melhor resultado com tratamento cirúrgico quando diagnosticado após os 2 meses de idade.
 - b) Quando inveterado tem indicação absoluta de fixador externo de Ilizarov.
 - c) Deve ser manipulado e imobilizado com gessos curtos, abaixo dos joelhos, quando a deformidade inicial for moderada.
 - d) Tratado com botas ortopédicas e palmilhas tem prognóstico funcional melhor do que qualquer outro tipo de tratamento, tendo a desvantagem de ser feito durante muitos anos.
 - e) Deformidade que acomete o pé e a perna.

**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

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

Home-Page: <https://www.sbp.com.br/sbp-servicos/pronap/>



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

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

