

SIMULADO



SIMULADO FINAL



CADERNO DE RESPOSTAS

01. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Menina, 6 meses de idade, vem à consulta de puericultura e a pediatra orienta que, pelo PNI, ela deverá aplicar as seguintes vacinas:

- A) Pentavalente, VIP, rotavírus e influenza.
- B) Pentavalente, pneumocócica 10-valente, VIP, influenza, coronavírus.
- C) Pentavalente, VIP, influenza e coronavírus.
- D) Pentavalente, VIP, pneumocócica 10-valente, rotavírus, influenza e coronavírus.
- E) Pentavalente e pneumocócica 10-valente.

COMENTÁRIOS:

GABARITO C

Caro colega, vamos relembrar o atual calendário pediátrico do PNI?

	Ao nascer	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	7 meses	9 meses	12 meses	15 meses	4 a 6 anos
BCG	Dose única										
Hepatite B	1ª dose										
Pentavalente (Difteria/Tétano/Coqueluche/ HepB/ Haemophilus tipo B)		1ª dose (2ª dose Hepatite B)		2ª dose (3ª dose Hepatite B)		3ª dose (4ª dose Hepatite B)					
Pólio inativada (VIP/Salk)		1ª dose		2ª dose		3ª dose				Reforço	
Pneumocócica 10-valente		1ª dose		2ª dose					Reforço		
Rotavírus		1ª dose		2ª dose							
Meningocócica C			1ª dose		2ª dose						
Influenza						1ª dose	2ª dose				
Coronavírus						1ª dose	2ª dose	3ª dose (se esquema com a Corminaty -Pfizer)			
Febre amarela								1ª dose			Reforço
Meningocócica ACWY									Dose única		
Tríplice Viral (Sarampo/Caxumba/Rubéola)									1ª dose		
DTP (Difteria/Tétano/Coqueluche)										Reforço	Reforço
Tetra Viral (Sarampo/Caxumba/Rubéola/Varicela)										2ª dose tríplice viral (1ª dose Varicela)	
Hepatite A										Dose única	
Varicela											Reforço

Aos 6 meses, a criança tem indicação de aplicar: pentavalente, VIP, influenza e coronavírus. Portanto, **alternativa C correta**.

A incorreta. A vacina contra o rotavírus é aplicada aos 2 e 4 meses.

B incorreta. A vacina pneumocócica 10-valente é aplicada aos 2, 4 e 12 meses.

D incorreta. Não se aplica nem à pneumocócica 10-valente nem à vacina contra o rotavírus.

E incorreta. Alternativa incompleta.

02. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Pedro e Paulo têm 14 anos e são primos. Os dois têm o calendário vacinal atualizado, mas Pedro fez as vacinas no sistema público, seguindo o PNI, e Paulo, no sistema particular, seguindo as orientações da SBP. Considerando que foram aplicadas nas idades recomendadas, quantas doses de meningocócica ACWY cada um deles deve ter.

- A) Pedro = 2 / Paulo = 5
- B) Pedro = 2 / Paulo = 4
- C) Pedro = 3 / Paulo = 3
- D) Pedro = 1 / Paulo = 6
- E) Pedro = 3 / Paulo = 5

COMENTÁRIOS:

GABARITO A

Olá, colega. As vacinas meningocócicas são vacinas inativadas compostas por sorotipos do meningococo administradas por via intramuscular.

Atualmente, temos três vacinas disponíveis: meningocócica C, meningocócica ACWY e meningocócica B.

Elas protegem contra infecções pelo meningococo, causador de meningite, meningococcemia ou a associação das duas. Essa doença tem uma alta mortalidade e pode deixar sequelas graves, como amputações de membros e surdez. Atualmente, estão identificados 5 sorotipos principais causadores de doença: A, B, C, W135 e Y.

No Brasil, o sorotipo C é o mais prevalente, se considerarmos todas as faixas etárias. Com a introdução da vacina, a incidência diminuiu entre as crianças menores de 10 anos. Proporcionalmente, houve aumento na incidência do sorogrupo B nessa faixa etária. O sorotipo W é o terceiro mais frequente no Brasil.

MENINGOCÓCICA C

- Vacina conjugada presente no PNI.
- Contém o sorotipo C.
- Indicada aos 3 e 5 meses.

MENINGOCÓCICA ACWY.

- Vacina conjugada composta pelos sorotipos A, C, W e Y.
- Disponível no PNI aos 12 meses e uma dose para adolescentes de 11 a 14 anos.
- A Sociedade Brasileira de Imunizações e a de Pediatria recomendam utilizá-la em substituição à meningocócica C aos 3, 5 e 12 meses, com reforços aos 4 anos e na adolescência.

MENINGOCÓCICA B

- Vacina obtida por meio do DNA da bactéria, composta por proteínas de superfície do sorotipo B.
- Disponível no sistema privado de imunizações apenas, é indicada pelas Sociedades aos 3, 5 e 12 meses.

Vamos voltar ao que se pede:

Pedro tem 14 anos, fez as vacinas no sistema público, então recebeu a meningocócica ACWY aos 12 meses e 11 a 14 anos. Ou seja, 2 doses.

Paulo tem 14 anos, fez as vacinas no sistema privado, seguindo as orientações da SBP, então recebeu aos 3, 5, 12 meses, 4 anos e na adolescência.

Ou seja, 5 doses.

Alternativa A correta.

03. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Sarah nasceu prematura de 28 semanas de idade gestacional. Ela está internada em UTI neonatal com 36 semanas de idade corrigida e está clinicamente estável, em ar ambiente, apenas aguardando ganho de peso. Atualmente, está com 1640g. Considerando seu calendário vacinal, pelo PNI, é correto afirmar que:

- A) A vacina BCG só será aplicada após atingir 2500g.
- B) Ela tem indicação de aplicar o nirsevimabe em dose única.
- C) Além da vacina contra hepatite B, está indicada uma dose de imunoglobulina.
- D) Nesse momento, está indicada a vacina oral contra o rotavírus.
- E) As vacinas serão aplicadas de acordo com sua idade corrigida.

COMENTÁRIOS:

GABARITO B

Caro colega, a primeira coisa que você deve saber sobre os prematuros é que eles se vacinam na idade cronológica. Não devemos corrigir a idade gestacional para aplicar a imunização.

A segunda é que esses pacientes, assim como alguns pacientes de termo, mas que precisaram de UTI neonatal, apesar de se vacinarem seguindo o calendário pediátrico do PNI, apresentam algumas particularidades na aplicação das vacinas. Vamos conhecer as principais.

- A vacina BCG deve ser aplicada somente em nascidos com mais de 2000g. Os menores devem esperar chegar a esse peso para serem vacinados.
- A hepatite B é obrigatória em 4 doses.
- É recomendado substituir a DTP (pentavalente) celular pela sua forma acelular, devido à alta reatogenicidade do componente pertussis.
- A vacina oral contra o rotavírus é contraindicada em ambiente hospitalar.
- Contra o vírus sincicial respiratório, temos 2 imunizações passivas que podem ser aplicadas:

1. Palivizumabe. Feito em 5 doses, uma por mês, antes da sazonalidade do vírus: deverá ser aplicado em pacientes elegíveis a essa imunização. São eles: nascidos com menos de 29 semanas no primeiro ano de vida, cardiopatas com repercussão hemodinâmica e portadores de distúrbios pulmonares da prematuridade, nos dois primeiros anos de vida.

2. Nirsevimabe. Feito em dose única antes da sazonalidade do vírus. Indicado para pacientes elegíveis, são eles: todos os prematuros no primeiro ano de vida, portadores de comorbidades nos dois primeiros anos de vida.

Vamos às alternativas.

A incorreta. A BCG é aplicada após atingir 2000g.

B correta. Como é prematuro, tem indicação de nirsevimabe.

C incorreta. Devem ser aplicadas 4 doses da vacina contra hepatite B. A imunoglobulina está indicada para filhos de mães com hepatite B positiva.

D incorreta. A vacina oral contra o rotavírus é contraindicada em ambiente hospitalar.

E incorreta. As vacinas são aplicadas de acordo com a idade cronológica.

04. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Menino, 4 anos, realizou transplante renal e, atualmente, utiliza medicação imunossupressora. Ele comparece à Unidade de Saúde para atualizar seu calendário vacinal, o qual está em atraso. Qual das vacinas abaixo ele NÃO tem contraindicação de aplicar?

- A) HPV
- B) Febre amarela
- C) Dengue
- D) Hepatite B
- E) Varicela

COMENTÁRIOS:

GABARITO D

Olá, Pediatra, temos dois tipos de vacinas: vivas atenuadas e inativadas.

As vacinas vivas atenuadas são vacinas que contêm o patógeno, entretanto, de uma forma enfraquecida, na qual eles perderam a capacidade de produzir a doença em imunocompetentes, mas são contraindicadas em imunodeprimidos e gestantes.

São elas: BCG, Rotavírus, Tríplice Viral, Tetra Viral, Varicela Isolada, Dengue e Herpes-Zóster.

As vacinas inativadas não contêm o patógeno vivo, portanto, não têm capacidade de produzir a doença.

São elas: Tríplice e Dupla Bacteriana, Meningocócicas, Pneumocócicas, Hepatites A e B, *Haemophilus influenzae* tipo B, Pólio Inativada, HPV, Influenza, Raiva e as vacinas contra o coronavírus.

Exatamente por não conterem o patógeno, elas têm como vantagem serem seguras para imunodeprimidos, imunodeficientes e gestantes.

O quadro abaixo traz a distribuição das vacinas virais e bacterianas entre os grupos.

	VIVAS ATENUADAS	INATIVADAS
Bacterianas	BCG	Difteria Tétano Coqueluche Meningocócicas C, B e ACWY Pneumocócicas 10, 13, 15, 20 e 23 valente <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B
Virais	Rotavírus Febre amarela Sarampo Caxumba Rubéola Varicela Dengue Herpes-zóster (Zostavax™)	Hepatites A e B HPV Pólio inativada Raiva <i>Influenza</i> Coronavírus Herpes-zóster (Shingrix™)

Para lembrar sem decorar, a maioria das bacterianas são inativadas, a exceção é a BCG. Já a maioria das virais são vivas atenuadas, as exceções são as hepatites, HPV, pólio inativada, vacinas contra coronavírus, raiva e influenza.

MNEMÔNICO PARA LEMBRAR QUAIS SÃO AS VIRAIS INATIVADAS!



Hoje CORri PORÁ
(Hepatites, HPV, coronavírus, pólio injetável, raiva, *influenza*)

Vamos às alternativas.

A incorreta. Apesar da vacina contra o HPV ser inativada e, portanto, não ter uma contraindicação pela imunossupressão, ela é aplicada acima dos 9 anos e a criança tem 4 anos.

B incorreta. A vacina contra febre amarela é viva atenuada e não pode ser aplicada.

C incorreta. A vacina contra dengue é viva atenuada.

D correta. A vacina contra hepatite B é inativada e poderá ser aplicada.

E incorreta. A vacina contra varicela é viva atenuada.

05. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Menina, 10 anos, estava visitando o zoológico com seus pais e, ao tentar alimentar o macaquinho de estimação do tratador de animais, levou uma mordida no antebraço direito, superficial e com lesão única. O tratador refere que o animal é vacinado e “de casa”. Além dos cuidados gerais, é correto afirmar que, para profilaxia pós-exposição contra raiva:

- A) Nada deve ser feito agora, deve-se observar o animal por 10 dias primeiramente, para após decidir se irá seguir ou não com a profilaxia.
- B) Ela deve aplicar 1 dose da vacina e observar o animal por 10 dias, para após decidir se irá seguir ou não com a profilaxia.
- C) Ela deverá receber 4 doses da vacina nos dias 0, 3, 7 e 14.
- D) Ela deverá receber 4 doses da vacina nos dias 0, 3, 7 e 14 e uma dose de imunoglobulina ou soro antirrábico.
- E) Ela deverá receber 4 doses da vacina e 4 doses de imunoglobulina ou soro antirrábico nos dias 0,3, 7 e 14.

COMENTÁRIOS:

GABARITO D

A infecção por vírus da raiva causa encefalite aguda, progressiva, que leva ao óbito em aproximadamente 100% dos casos, por isso a importância da sua profilaxia, que é determinada pelo protocolo do Ministério da Saúde! Vamos por etapas!

Para definirmos a conduta em um paciente com exposição devemos analisar dois principais aspectos: qual o animal e o tipo de ferimento.

1) Qual o ferimento?

Ferimentos indiretos: tocar no animal, lambedura em pele íntegra: exigem profilaxia apenas no caso de morcegos.

Ferimentos leves são aqueles únicos, superficiais e nas partes azuis da figura.

Ferimentos graves são múltiplos, profundos, lambedura de mucosa ou ferimento ou em regiões "nobres": mãos, pés e cabeça.



2) Qual o animal?

Animais domésticos (cães e gatos) saudáveis podem ser observados. Diante de animais domésticos desaparecidos, mortos ou suspeitos de raiva, devemos agir de imediato.

Animais de interesse econômico ou morcegos ou silvestres devemos agir de imediato.

Com isso, definimos a conduta.

- Para cães e gatos domésticos, dependemos basicamente da possibilidade de observação e se ele está saudável.
- Se observável e saudável, apenas lavar o ferimento e observar por 10 dias.
 - Caso o animal permaneça saudável, encerramos o caso.
 - Caso o animal morra, desapareça ou apresente sinais de raiva, indicamos profilaxia.

Acidentes leves recebem 4 doses da vacina. Acidentes graves, 4 doses da vacina mais soro ou imunoglobulina antirrâbicos.

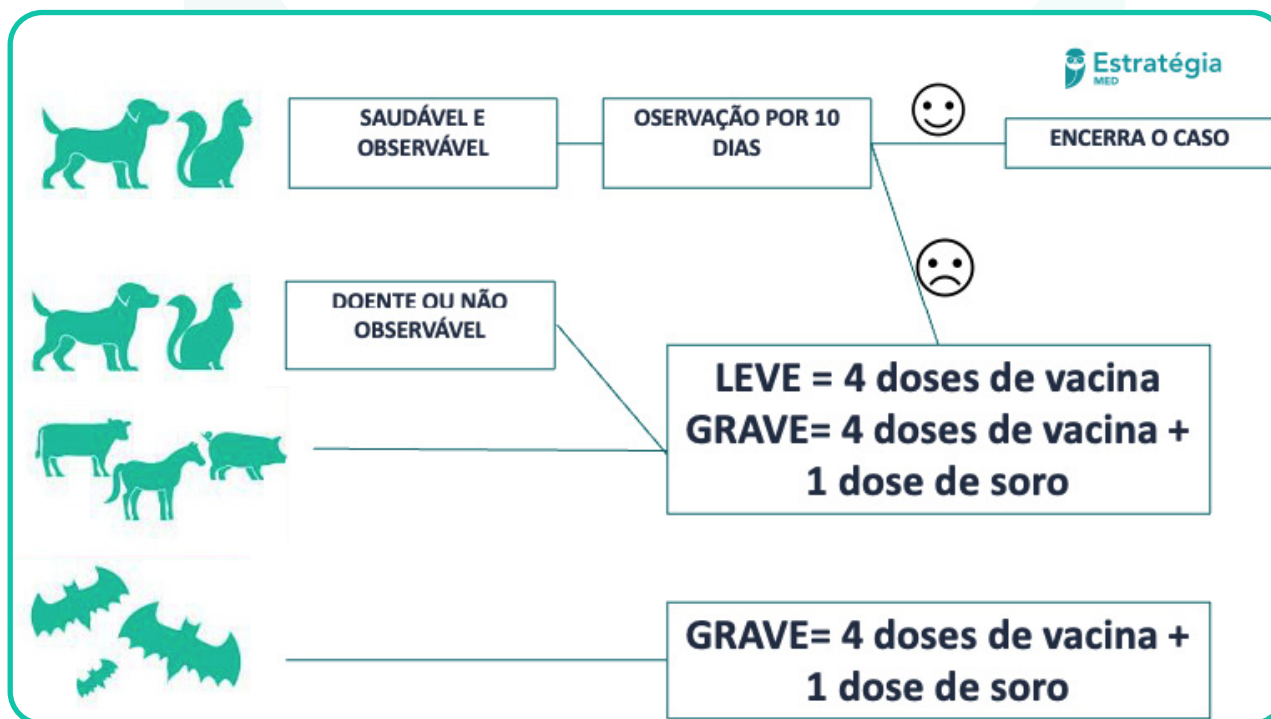
- Se não observável ou com sinais sugestivos da raiva.
 - Acidentes leves recebem 4 doses da vacina.
 - Acidentes graves, 4 doses da vacina mais soro ou imunoglobulina antirrâbicos.

Mamíferos domésticos de interesse econômico, como vaca, boi, cavalo, porco. Devemos sempre agir de imediato.

- Se acidente leve, fazer quatro doses da vacina.
- Se acidente grave, fazer soro ou imunoglobulina antirrâbicos e 4 doses de vacina.

Morcegos e outros animais silvestres. Devemos sempre agir de imediato e considerar o caso como grave;

- Independente do tipo de acidente, fazer soro ou imunoglobulina antirrâbicos e 4 doses de vacina.



Vamos voltar ao caso?

Temos um animal silvestre, apesar de ele ser vacinado, observável e “de casa”, animais silvestres têm alta prevalência de raiva, portanto, precisamos agir de imediato e considerar o caso como grave. A conduta é realizar 4 doses de vacina e 1 dose de soro ou imunoglobulina.

A e B incorretas. Animais silvestres não podem ser observados.

C incorreta. Além da vacina, ele precisa de imunoglobulina.

D correta.

E incorreta. O soro ou imunoglobulina são aplicados em dose única.

06. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Joaquim e Bento são irmãos e têm 8 e 15 anos, respectivamente.

Eles estavam descendo a ladeira na frente da sua casa de carrinho de rolimã, quando foram atropelados por uma moto que seguia na direção contrária. Joaquim se machucou mais, apresentando uma fratura exposta de tíbia direita. Já Bento apresentou apenas escoriações superficiais. Considerando que os dois apresentam calendário vacinal completo e a última dose da vacina do tétano foi quando fizeram 4 anos, é correto afirmar sobre profilaxia pós-exposição do tétano:

- A) Os dois precisam receber uma dose de reforço da vacina.
- B) Joaquim recebe vacinação de reforço e Bento apenas cuidados com os ferimentos.
- C) Bento recebe vacinação de reforço e Joaquim apenas cuidados com os ferimentos.
- D) Bento recebe vacinação de reforço. Joaquim recebe vacina de reforço e uma dose de imunoglobulina.
- E) Os dois recebem apenas cuidados com os ferimentos.

COMENTÁRIOS:

GABARITO C

Olá, Estrategista. Vamos simplificar a profilaxia do tétano?

Vamos começar revisando a prevenção da doença.

Na infância, são feitas 5 doses da vacina antitetânica: 2, 4 e 6 meses com a pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e *H. influenzae B*), 15 meses e 4 anos com a DTP isolada (difteria, tétano e coqueluche). Após essa idade, a vacina dupla bacteriana do tipo adulto (dT) está indicada de 10 em 10 anos como reforço.

Porém, caso ocorra ferimentos com risco para tétano, a profilaxia pós-exposição está indicada em alguns casos. Vamos conhecer os cenários.

1) Quando o paciente apresenta um esquema vacinal completo (mínimo de 3 doses) e a última dose tiver sido aplicada há menos de 5 anos, não há necessidade de vacina ou imunoglobulina. Esse é nosso melhor cenário!

2) Ferimentos superficiais, limpos, sem corpos estranhos ou tecidos desvitalizados são chamados de “ferimentos com risco mínimo de tétano” e devem ser lavados, desinfetados e desbridados. Não utilizamos imunoglobulina nesses casos. Aplicamos vacina se:

- Esquema vacinal desconhecido. 3 doses.
- Esquema vacinal incompleto. Completar o esquema.
- Última dose da vacina há mais de 10 anos. 1 dose de reforço.

3) Ferimento profundo, superficial sujo, com corpos estranhos, tecidos desvitalizados, queimaduras, ferimentos puntiformes, ferimentos por armas brancas ou de fogo, mordeduras, politraumas ou fraturas expostas são chamados de “ferimentos com alto risco de tétano” e irão utilizar vacina (exceto se última dose há menos de 5 anos, conforme falamos em cima) e imunoglobulina se:

- Esquema vacinal desconhecido.
- Esquema vacinal incompleto.
- Última dose da vacina há mais de 5 anos em situações especiais: imunodeprimidos, desnutrido grave, idoso.
- Última dose há mais de 10 anos e o médico julgar que o ferimento não será cuidado apropriadamente.



TOMOU VACINA HÁ MENOS DE 5 ANOS:
NÃO APLIQUE VACINA NEM IMUNOGLOBULINA

RISCO MÍNIMO

ALTO RISCO

- Não utilizar imunoglobulina
- Vacina se:
 - Desconhecido
 - Incompleto
 - > 10 anos

- Vacina
- Imunoglobulina se:
 - Paciente de alto risco com vacina > 5 anos
 - Esquema incompleto
 - Desconhecido

Vamos voltar ao caso...

Os dois irmãos têm o calendário completo, com a última dose com 4 anos de idade.

Joaquim tem 8 anos e seus ferimentos são de alto risco, mas ele está no melhor cenário, já que tem o esquema completo e a última dose há menos de 5 anos. Ele não precisa de profilaxia.

Bento tem 15 anos e tem ferimentos de risco mínimo, mas a última dose de vacina foi há mais de 10 anos, portanto, ele deverá aplicar uma dose de reforço.

Alternativa C correta.

07. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) A enfermeira realiza o teste do coraçozinho em um RN de 36 horas de vida. O resultado foi:

- Membro superior direito = 98%
- Membro inferior esquerdo = 95%

Qual é a conduta adequada, de acordo com as orientações do documento “Sistematização do atendimento ao recém-nascido com suspeita ou diagnóstico de cardiopatia congênita”, da Sociedade Brasileira de Pediatria?

- A) Alta hospitalar e encaminhamento à puericultura.
- B) Realizar nova aferição em 1 hora.
- C) Realizar nova aferição em 24 horas.
- D) Encaminhar para realização de ecocardio em até 24 horas.
- E) Encaminhar à UTI e iniciar prostaglandina.

COMENTÁRIOS:

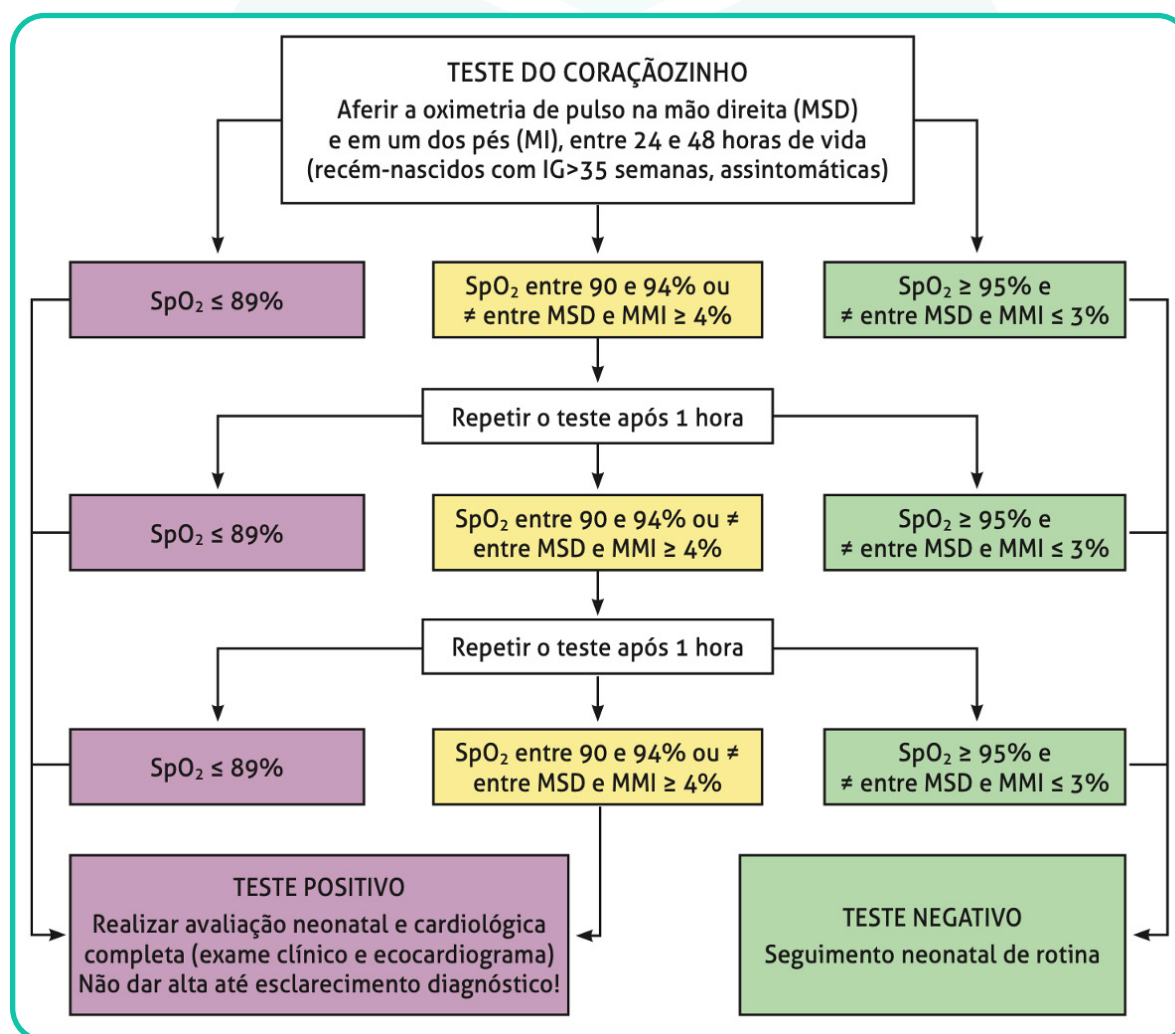
GABARITO A

Olá, Estrategista. O objetivo do teste do coraçãozinho é diagnosticar cardiopatias congênitas ditas “críticas”, que são aquelas que necessitam de intervenção cirúrgica precocemente, como atresia pulmonar, síndrome da hipoplasia do coração esquerdo e transposição de grandes artérias. Ele deve ser realizado em todos os RNs com idade gestacional superior a 34 semanas, entre 24 e 48 horas de vida.

A medida é feita através de um oxímetro de pulso, medindo a saturação pré-ductal no membro superior direito e a pós-ductal de um dos membros inferiores.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, temos 3 possibilidades:

- Teste negativo, quando as saturações são maiores/iguais a 95% e a diferença é menor/igual a 3%.
- Teste positivo imediato, quando qualquer saturação é menor/igual a 89%.
- Teste duvidoso, quando a saturação estiver entre 90% e 94% ou a diferença for maior/igual a 4%. Nesse caso, são indicadas até 2 repetições do teste.



Voltando à questão... esse RN tem as medidas acima de 95% e a diferença é de 3%, ou seja, o teste é negativo e a criança pode seguir a puericultura de rotina.

Alternativa A correta.

08. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Neonato termo, saudável, com 48 horas de vida, está pronto para ir de alta hospitalar do alojamento conjunto, isso quer dizer que, de acordo com a Sociedade Brasileira de pediatria, ele:

- A) Apresentou, no mínimo, 5 episódios de diurese por dia e 3 episódios de eliminação de mecônio.
- B) Realizou o teste do pezinho, da orelhinha, do coraçãozinho, do olhinho e da linguinha.
- C) Teve efetiva coordenação de sucção, deglutição e respiração, pelo menos por duas vezes, com sucesso.
- D) Está com os dados vitais estáveis nas últimas 8 horas que antecederam a alta.
- E) Realizou exames laboratoriais para excluir infecções e/ou icterícia neonatal.

COMENTÁRIOS:

GABARITO C

Olá, colega. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, são critérios para a alta do recém-nascido de termo saudável:

- Garantia de acompanhamento pós-natal.
- Administração de vitamina K e prevenção da oftalmia neonatal. Administrar ou garantir a aplicação das vacinas anti-hepatite B e BCG.
- Presença de diurese e eliminação de mecônio.
- Realizadas triagens neonatais obrigatórias: teste do olhinho, da orelhinha e do coraçãozinho e assegurar a coleta do teste do pezinho entre 48 horas a cinco dias de vida.
- Amamentação adequada e avaliação do teste da linguinha.
- Ausência de situações clínicas que precisem de intervenção, como sepse, infecções congênitas e icterícia.
- Ter efetiva coordenação de sucção, deglutição e respiração, pelo menos por duas vezes, com sucesso.
- Possuir dados vitais estáveis nas 12 horas que antecedem a alta.
- Ter orientado a família sobre cuidados com o coto umbilical.
- Ter orientado a família sobre a importância da continuidade das imunizações.
- Ter orientado a família sobre aspectos de segurança infantil, como prevenção de morte súbita do lactente e transporte do bebê.
- Ter agendado consulta ambulatorial com pediatra em 48 a 72 horas, após a alta, para reavaliação das condições clínicas e de saúde do RN e da mãe, e dar continuidade ao plano de cuidados na consulta do 5º dia.

Alternativa A incorreta. A SBP não define episódios de diurese/eliminação de mecônio. Sabemos que a diurese deve estar presente e ser frequente e o mecônio deve ter sido eliminado, pelo menos, 1 vez.

B incorreta. Deve ter realizado os testes do olhinho, da orelhinha, da linguinha e do coraçãozinho. O teste do pezinho deve ser realizado na própria maternidade após 48 horas de vida ou assegurado sua coleta até o 5º dia de vida.

C correta. Essa é uma das condições para a alta da SBP.

D incorreta. Os dados vitais devem estar estáveis nas últimas 12 horas.

E incorreta. Os exames só devem ser coletados na suspeita clínica, não de rotina.

09. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Atualmente, a profilaxia da oftalmia neonatal indicada deve ser realizada, preferencialmente, com:

- A) Nitrato de prata colírio
- B) Iodopovidona 2,5% colírio
- C) Pomada de eritromicina 0,5%
- D) Ciprofloxacino 3,5mg/ml colírio
- E) Tobramicina colírio.

COMENTÁRIOS:

GABARITO B

Olá, querido colega. A conjuntivite neonatal pode ocorrer por agentes infecciosos transmitidos da mãe para o bebê durante o parto, principalmente gonococo e clamídia, ou pelo colírio de nitrato de prata (conjuntivite química). É importante que vocês saibam diferenciá-las.

GONOCÓCICA	CLAMÍDIA	QUÍMICA
1% das infecciosas	40% das infecciosas	Mais frequente
24 a 48 horas após o parto	5 a 15 dias após o parto	48 horas após o parto
Secreção purulenta abundante	Secreção mucopurulenta menos abundante	Pouca secreção uni ou bilateral
Edema bipalpebral evidente Edema de conjuntiva Úlcera de córnea	Formação de pseudomembranas na conjuntiva	Pouca ou nenhuma hiperemia conjuntival Pouco edema
Diplococos Gram-negativos no Gram	Corpúsculo de inclusão intracitoplasmático no Gram/Giemsa	
Tratamento local (quinolona, aminoglicosídeo) e sistêmico (ceftriaxona)	Tratamento local (isolado) ou sistêmico (outras manifestações - macrolídeos)	Autolimitada. Não há necessidade de tratamento

No Brasil, o método Credé — colírio de nitrato de prata — foi a primeira medida para prevenção de conjuntivite gonocócica. Com o aumento da prevalência de outros agentes infecciosos, como a clamídia, seu uso começou a ser questionado.

Além disso, a possibilidade de conjuntivite química e problemas de conservação levaram à busca de outros medicamentos. Hoje, a iodopovidona 2,5% têm se mostrado a melhor opção, seguida pela pomada de eritromicina 0,5% e pela de tetraciclina 1%.

A incorreta. O método Credé é considerado ultrapassado.

B correta. Esse é o método preferencial atual.

C incorreta. Essa é considerada uma segunda opção.

D incorreta. O colírio de ciprofloxacino não é indicado como profilaxia.

E incorreta. O colírio de tobramicina não é indicado como profilaxia.

10. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Neonato de 33 semanas nasce via cesariana após pré-eclâmpsia materna. Ele apresenta choro forte e tônus ativo em flexão. Qual é a conduta imediata indicada?

- A) Clampeamento imediato do cordão e levá-lo à mesa de reanimação para realização dos passos iniciais.
- B) Clampeamento imediato do cordão, levá-lo à mesa de reanimação para realização dos passos iniciais e colocá-lo em ventilação não invasiva via CPAP.
- C) Clampeamento tardio do cordão em, no mínimo, 30 segundos, dar os primeiros cuidados no contato pele a pele.
- D) Clampeamento tardio do cordão em, no mínimo, 60 segundos, dar os primeiros cuidados no contato pele a pele.
- E) Clampeamento tardio do cordão, entre 1 a 3 minutos, levá-lo à mesa de reanimação para realização dos passos iniciais e colocá-lo em ventilação não invasiva via CPAP.

COMENTÁRIOS:

GABARITO C

Para avaliar a vitalidade de qualquer recém-nascido, devemos ter em mente três parâmetros importantes:

1. RN é maior ou igual a 34 semanas?
2. RN respira ou chora?
3. RN tem bom tônus?

A primeira pergunta determina qual diretriz será utilizada. As duas últimas definem a vitalidade do RN. RNs que respiram, choram e têm bom tônus, têm boa vitalidade.

Nesse caso, devemos:

- Colocar o RN em contato pele a pele com a mãe.
- Clampear tardiamente o cordão.

Para os maiores de 34 semanas, clampeamos o cordão, no mínimo, em 60 segundos. O bebê também deverá ser secado, retirado de campos úmidos e amamentado na primeira meia hora de vida.

Para menores de 34 semanas, clampeamos o cordão, no mínimo, em 30 segundos, não secamos o RN, e, sim, envolvemos o bebê em campos estéreis aquecidos. Após, levamos ele à mesa de reanimação neonatal, realizamos os passos iniciais e, após, encaminhamos para a UTI neonatal.

Portanto, esse RN de 33 semanas com boa vitalidade deverá ter seu cordão clampeado em, no mínimo, 30 segundos enquanto recebe os primeiros cuidados em contato pele a pele.

Alternativa C correta.

Alternativas A e B incorretas, pois ele não precisa clampear de imediato o cordão umbilical.

Alternativa D incorreta. O tempo mínimo de clampeamento é de 30 segundos.

Alternativa E incorreta. O tempo de clampeamento é de, no mínimo, 30 segundos, sem tempo máximo.

11. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) RN termo, nasceu via parto cesariana por sofrimento fetal agudo. O líquido amniótico é meconial espesso e ele nasce em apneia e hipotônico. O pediatra clampeia o cordão de imediato, leva-o para a mesa de reanimação e realiza os passos iniciais. Na reavaliação, ele mantinha apneia e sua frequência cardíaca era de 50bpm. A próxima conduta é:

- A) Ventilação com pressão positiva, com balão, máscara, em ar ambiente.
- B) Ventilação com pressão positiva, com balão, máscara e oxigênio a 100%.
- C) Ventilação com intubação orotraqueal e massagem cardíaca sincronizada.
- D) Ventilação com intubação orotraqueal, massagem cardíaca sincronizada e administração de adrenalina.
- E) Ventilação com intubação orotraqueal e aspiração de traqueia sob visualização direta.

COMENTÁRIOS:

GABARITO A

Olá, colega.

A primeira coisa que você precisa entender sobre reanimação neonatal é que ela é uma SEQUÊNCIA DE PASSOS.

Começamos na recepção do RN, quando fazemos três perguntas.

1. RN é ≥ 34 semanas?
2. RN respira ou chora?
3. RN tem bom tônus?

A primeira define a diretriz a ser utilizada. As duas últimas definem se ele tem boa vitalidade, nesse caso, ele pode fazer o contato pele a pele e ter seu cordão clampeado tardiamente, independente da idade gestacional.

Caso a resposta seja "Não" para qualquer uma das duas últimas perguntas, independente da idade gestacional, iniciamos a sequência de reanimação neonatal.

REANIMAÇÃO PARA MAIORES DE 34 SEMANAS.

1) PASSOS INICIAIS. Realizar estímulo tátil no dorso e clampear de imediato o cordão. Levar o RN à mesa de reanimação. Colocá-lo sob fonte de calor radiante. Prevenir a hipotermia, através da secagem, retirada de campos úmidos e colocação de touca. Manter vias aéreas abertas, através do posicionamento do pescoço em leve extensão e aspiração de vias aéreas, se necessário.

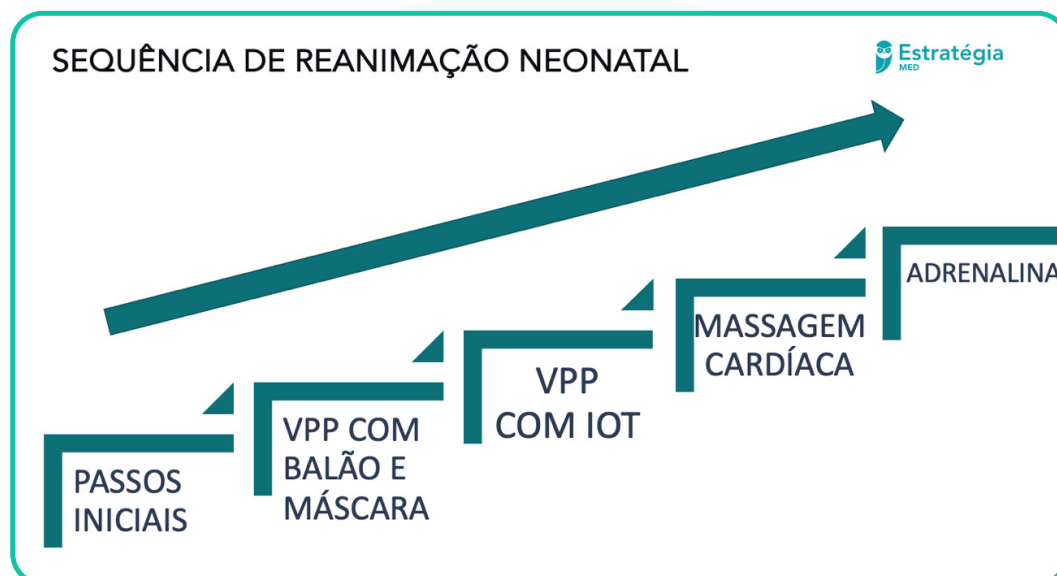
Avaliar frequência cardíaca (deve estar acima de 100bpm) e ritmo respiratório (deve ser regular) para decidir se há necessidade de manobras adicionais.

2) Se apneia, respiração irregular ou FC menor que 100bpm= Ventilação com pressão positiva (VPP), com balão, máscara e oxigênio a 21% (ar ambiente) por 30 segundos. Revisar a técnica e reavaliar.

3) Se apneia, respiração irregular ou FC menor que 100bpm, primeiro consideramos máscara laríngea. Se falhar ou não estiver disponível, intubar e ventilar por mais 30 segundos. Revisar a técnica e reavaliar.

4) Se FC estiver menor que 60bpm, iniciar a massagem cardíaca por 60 segundos, sincronizada com a ventilação 3 compressões :1 ventilação. Revisar a técnica e reavaliar.

5) Se FC persistir menor que 60bpm, administrar adrenalina.



Vamos voltar ao caso... O RN apresentou frequência menor que 100bpm e apneia após os passos iniciais. O próximo passo é realizar VPP com balão, máscara em ar ambiente (FiO₂ de 21%).

Alternativa A correta.

B incorreta. A FiO₂ deve ser de 21% inicialmente.

C e D incorretas, pois estamos pulando etapas.

E incorreta. Além de pular etapas, a aspiração de traqueia não é recomendada de rotina.

12. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Menino de 12 anos inicia com quadro de febre alta, tosse, coriza, hiperemia conjuntival, fotofobia e prostração. Três dias depois surge um exantema maculopapular difuso, que iniciou retroauricular e progrediu cefalocaudal. Considerando o caso clínico descrito, o que está correto sobre o provável diagnóstico?

- A) O exantema pode reaparecer caso o adolescente seja exposto ao sol, frio, exercício físico ou estresse.
- B) A profilaxia pós-exposição com vacina está indicada para imunocompetentes acima dos 9 meses.
- C) A otite média aguda é a principal complicação bacteriana.
- D) O vírus causador é oncogênico e está relacionado ao Linfoma de Burkitt.
- E) Está relacionado à síndrome de Reye em pacientes que utilizam ácido acetilsalicílico de modo contínuo.

COMENTÁRIOS:

GABARITO C

Olá, Colega. Vamos falar de sarampo? Essa é a principal hipótese diagnóstica do caso.

O sarampo é uma doença viral, altamente contagiosa, potencialmente grave, imunoprevenível, que causa vasculite generalizada e de notificação obrigatória.

Ele pode acometer pessoas de qualquer idade, tem ampla ocorrência mundial, sendo que quanto menor as condições socioeconômicas da população, maior sua incidência. O sarampo é amplamente conhecido e estudado como uma enfermidade que há muitos anos vem causando óbitos em crianças do mundo inteiro.

- Agente etiológico: RNA vírus pertencente ao gênero *Morbillivirus*, família *Paramyxoviridae*.
- Modo de transmissão: Através de secreções nasofaríngeas, aerossóis. Por isso, são necessárias precauções contra aerossóis em pacientes internados.
- Período de incubação: Acontece entre 7 e 21 dias, segundo o Ministério da Saúde, ou 8 a 12 dias, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, desde a data da exposição até o aparecimento do exantema.
- Período de transmissibilidade: Inicia 6 dias antes do exantema e dura até 4 dias após seu aparecimento.

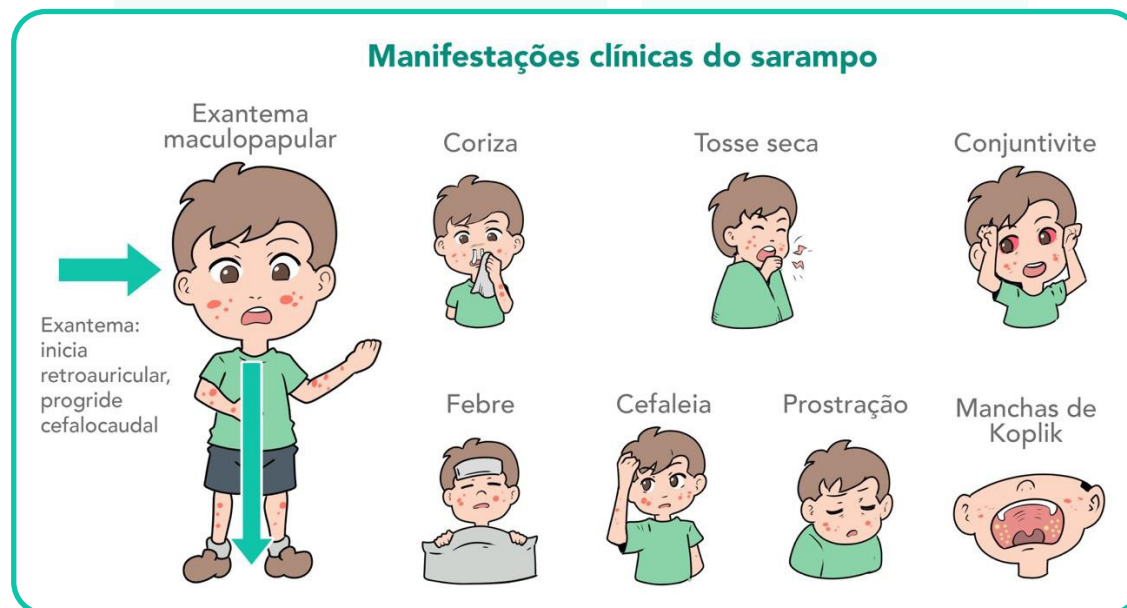
O sarampo começa com pródromos que duram de 3 a 4 dias, acompanhado de algumas manifestações. Confira as mais comuns:

- Febre alta que atinge o auge no aparecimento do exantema e melhora gradativamente.
- Coriza hialina.
- Conjuntivite não purulenta, com lacrimejamento e fotofobia.
- Prostração intensa.
- Tosse seca e constante.
- Adenomegalia cervical posterior.
- Manchas de Koplik: Patognomônico do sarampo. Pequenos pontos na mucosa oral (com cerca de 1mm), amarelados/esbranquiçados, na altura do terceiro molar, que surgem um a dois dias antes do exantema.

Após o pródrômo, há o surgimento do exantema, com isso, o paciente tem aspecto toxemiado, com importante queda do estado geral e piora dos sintomas iniciais. Veja as características do exantema do sarampo:

- EXANTEMA MACULOPAPULAR GENERALIZADO.
- INICIA RETROAURICULAR.
- PROGRESSÃO CEFALOCAUDAL.
- PODE CONFLUIR.

O exantema começa a desaparecer no terceiro ou quarto dia após seu surgimento e pode deixar manchas acastanhadas.



A principal complicação e a maior causa de óbito é a pneumonia, que pode ser causada pelo próprio vírus, o que é mais comum, ou por infecção bacteriana oportunista. A otite média aguda é a principal complicação bacteriana e a panencefalite esclerosante subaguda, a mais grave.

Não há tratamento específico. Recomenda-se utilizar a vitamina A, por via oral, em duas doses, para redução da duração, complicações e da morbimortalidade, principalmente a cegueira.

Como profilaxia pré-exposição, temos a vacina.

A primeira dose da vacina é feita aos 12 meses dentro da tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola). A segunda dose, aos 15 meses na tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela). O esquema completo é de duas doses para pacientes dos 12 meses até os 29 anos e de dose única dos 30 aos 59 anos.

Como profilaxia pós-exposição, temos vacina para maiores de 6 meses, imunocompetentes ou imunoglobulina a qual deve ser utilizada para contactantes suscetíveis que não podem ser vacinados: gestantes, imunodeprimidos e menores de 6 meses.

A incorreta. Essa é uma característica do eritema infeccioso.

B incorreta. A profilaxia pós-exposição deve ser feita para imunocompetentes maiores de 6 meses.

C correta. A OMA é a principal complicação bacteriana.

D incorreta. O vírus relacionado ao linfoma de Burkitt é o Epstein-Barr, causador da mononucleose.

E incorreta. O vírus varicela-zóster está relacionado à síndrome de Reye.

13. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Suzana tem 28 anos e está grávida do primeiro filho. No primeiro trimestre da gestação, descobriu ser HIV positiva. Muito contrariada com o diagnóstico, iniciou o tratamento com 25 semanas de idade gestacional e seguiu à risca até o fim da gestação, com 40 semanas. No terceiro trimestre, sua carga viral estava indetectável. Considerando o caso descrito, está indicado prescrever para o neonato:

- A) Apenas AZT
- B) AZT + 3TC + Raltegravir
- C) AZT + 3TC + Nevirapina
- D) AZT + Nevirapina
- E) Não há indicação de profilaxia contra o HIV.

COMENTÁRIOS:

GABARITO B

Olá, Colega. Vamos falar de RNs expostos ao HIV.

Primeiro, cuidados na hora do parto.

1. Dar preferência ao parto empelado.
2. Realizar o clampeamento imediato do cordão.
3. Realizar banho imediato com água corrente.
4. Cuidar com aspiração de vias aéreas e/ou gástricas.
5. Colocar em contato pele a pele somente após o banho.
6. Não amamentar no seio, mas com leite de fórmula ou banco de leite materno.

Agora, vamos aos medicamentos.

Para definirmos a conduta perante um neonato exposto ao HIV materno, primeiro o classificamos como de alto risco ou baixo risco. Observe:

QUADRO 1. Classificação de Risco de Exposição ao HIV	
Classificação	Critérios
Alto Risco	- Mães sem pré-natal OU - Mães sem TARV durante a gestação OU - Mães com indicação para profilaxia no momento do parto e que não a receberam OU - Mães com início de TARV após 2ª metade da gestação OU - Mães com infecção aguda pelo HIV durante a gestação ou aleitamento OU - Mães com CV-HIV detectável no 3º trimestre, recebendo ou não TARV OU - Mães sem CV-HIV conhecida OU - Mães com Teste Rápido (TR) positivo para o HIV no momento do parto (sem diagnóstico e/ou seguimento prévio).
Baixo Risco	Uso de TARV desde a primeira metade da gestação E com Carga Viral (CV) do HIV indetectável a partir da 28ª semana (3º trimestre) E sem falha na adesão à TARV.

Com essa informação, definimos qual profilaxia utilizar nesse recém-nato.

Quadro 2. Utilização de antirretroviral na profilaxia de criança exposta conforme idade gestacional (IG) e risco de exposição					
Risco	IG	AZT	3TC	RAL	NVP
Baixo Risco	Qualquer IG	X	Não usar	Não usar	Não usar
Alto Risco	37 semanas ou mais	X	X	X	Não usar
	34 semanas a 37 semanas	X	X	Não usar	X
	< 34 semanas	X	Não usar	Não usar	Não usar

Vamos voltar ao caso. Temos um RN de alto risco, pois apesar da mãe ter seguido à risca o tratamento e sua carga viral ser indetectável no 3º trimestre, ela iniciou a medicação na segunda metade da gestação. O RN, por ser de termo, vai utilizar AZT+3TC+RAL.

Alternativa **B correta**.

14. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Menino, 7 dias de vida, portador de síndrome de Down, está internado por vômitos biliosos frequentes desde o nascimento. Seu abdome está levemente distendido e a mãe apresentou polidramnia na gestação. Qual dos exames abaixo seria compatível com o quadro descrito?

- A) Exame físico com oliva pilórica palpável
- B) Ultrassonografia com o sinal do alvo
- C) Biópsia retal com aganglionose
- D) Radiografia de abdome com o sinal da dupla bolha
- E) Endoscopia digestiva alta com polipose intestinal

COMENTÁRIOS:

GABARITO D

Estrategista, temos aqui:

- Síndrome de Down
- Vômitos biliosos desde o nascimento
- Polidramnia materna

O diagnóstico provável é de atresia duodenal.

Durante a quinta e sexta semanas, a luz do duodeno torna-se progressivamente menor e é temporariamente obliterada, devido à proliferação de suas células epiteliais, recanalizando normalmente no final do período embrionário.

Acredita-se que a atresia duodenal ocorra como resultado de uma falha no processo de recanalização do duodeno a partir desse estágio embrionário de cordão sólido.

O neonato com obstrução duodenal apresenta quadro de obstrução alta do trato gastrointestinal, caracterizada por vômitos precoces e distensão abdominal discreta, ou apenas em andar superior do abdome (distensão gástrica). Como na maioria dos casos, a obstrução do duodeno é distal à ampola de Vater, os vômitos costumam ser biliosos.

O polidrânio materno e a dilatação gástrica e do duodeno proximal do feto antecipam o diagnóstico de atresia duodenal. Além disso, cerca de 12% das crianças com síndrome de Down apresentam anormalidades no sistema gastrointestinal, sendo a estenose ou atresia duodenal as mais comuns.

A radiografia abdominal simples mostra o típico “SINAL DA DUPLA BOLHA”, que corresponde à dilatação gasosa do estômago e da porção proximal do duodeno, sem a presença de gás no restante do intestino. Esse sinal radiográfico é altamente sugestivo de atresia duodenal e dispensa a realização de exames adicionais.

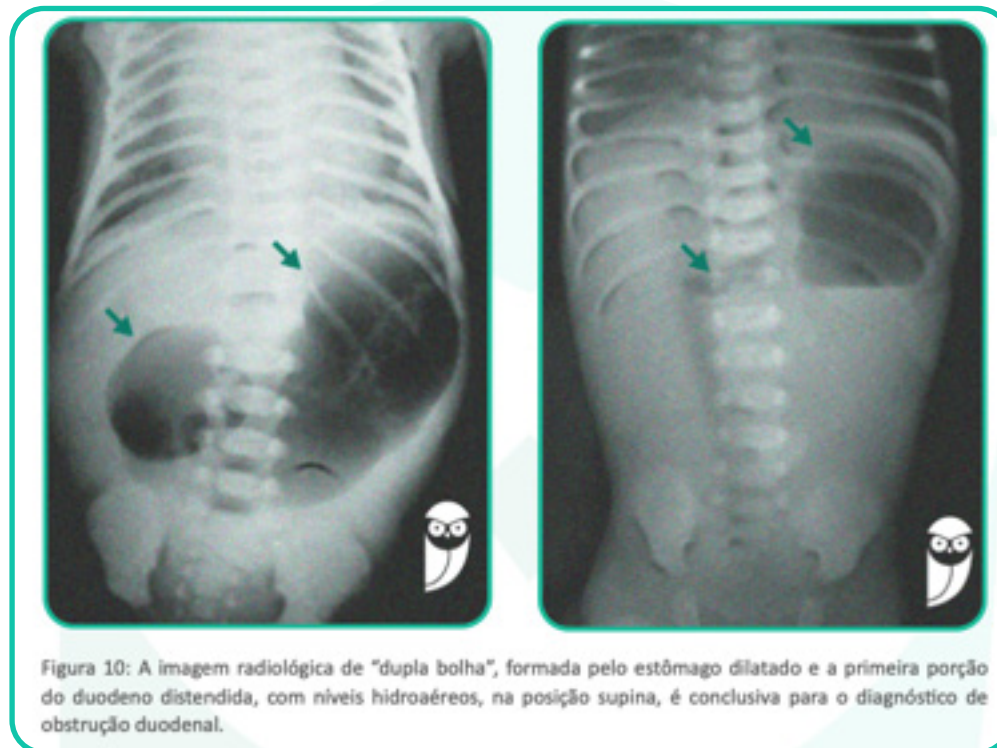


Figura: A imagem radiológica de "dupla bolha", formada pelo estômago dilatado e a primeira porção do duodeno distendida, com níveis hidroaéreos na posição supina, é conclusiva para o diagnóstico de obstrução duodenal.

O tratamento inicial do recém-nascido inclui decompressão gástrica por meio de sondagem nasogástrica, além de reposição hidroeletrólítica e prevenção da hipotermia, para que sejam obtidas condições ótimas para o tratamento cirúrgico da anomalia.

O tratamento para atresia duodenal pode ser restabelecido por anastomose duodenal término-terminal, latero-lateral ou término-lateral.

A incorreta. A estenose hipertrófica do piloro traz vômitos em jato, não biliosos.

B incorreta. O sinal do alvo na ultrassonografia está relacionado à invaginação intestinal.

C incorreta. Esse é o padrão-ouro para o diagnóstico de doença de Hirschsprung.

D correta.

E incorreta. A polipose intestinal não causa os sintomas descritos.

15. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Você recebe na UTI neonatal um neonato de 34 semanas, baixo peso ao nascer, que apresenta deformidade auricular, crânio alongado, micrognatia, excesso de pele na nuca, fendas palpebrais curtas e mãos em garra, com dedos sobrepostos. A hipótese diagnóstica é de:

- A) Síndrome de Edwards
- B) Síndrome de Patau
- C) Síndrome alcoólica fetal
- D) Síndrome de Turner
- E) Síndrome do X frágil

COMENTÁRIOS:

GABARITO A

Caro Colega, temos aqui um quadro compatível com síndrome de Edwards.

A síndrome de Edwards consiste na trissomia do cromossomo 18, sendo a segunda trissomia mais comum em nascidos vivos.

Suas principais manifestações são:

- Restrição de crescimento intrauterino
- Crânio alongado
- Boca de tamanho pequeno
- Tendência à hipertonia
- Micrognatia
- Fendas palpebrais curtas
- Deformidade auricular: orelhas com aspecto pontudo
- Rins em ferradura
- Defeitos cardíacos (principalmente CIV)
- Deformidades nas mãos (mão em garra com dedos sobrepostos), excesso de pele na nuca, pés em mata-borrão
- Problemas gastrointestinais: onfalocele, divertículo de Meckel

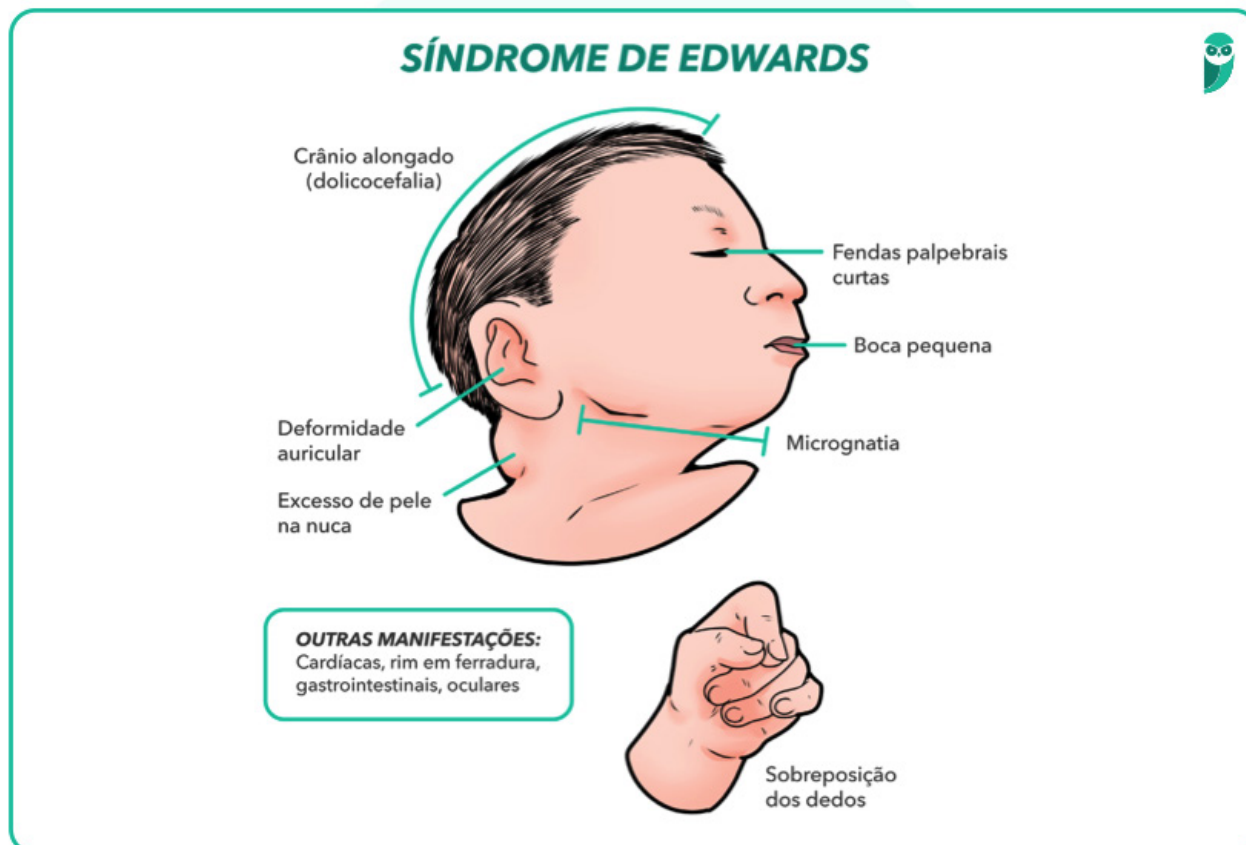
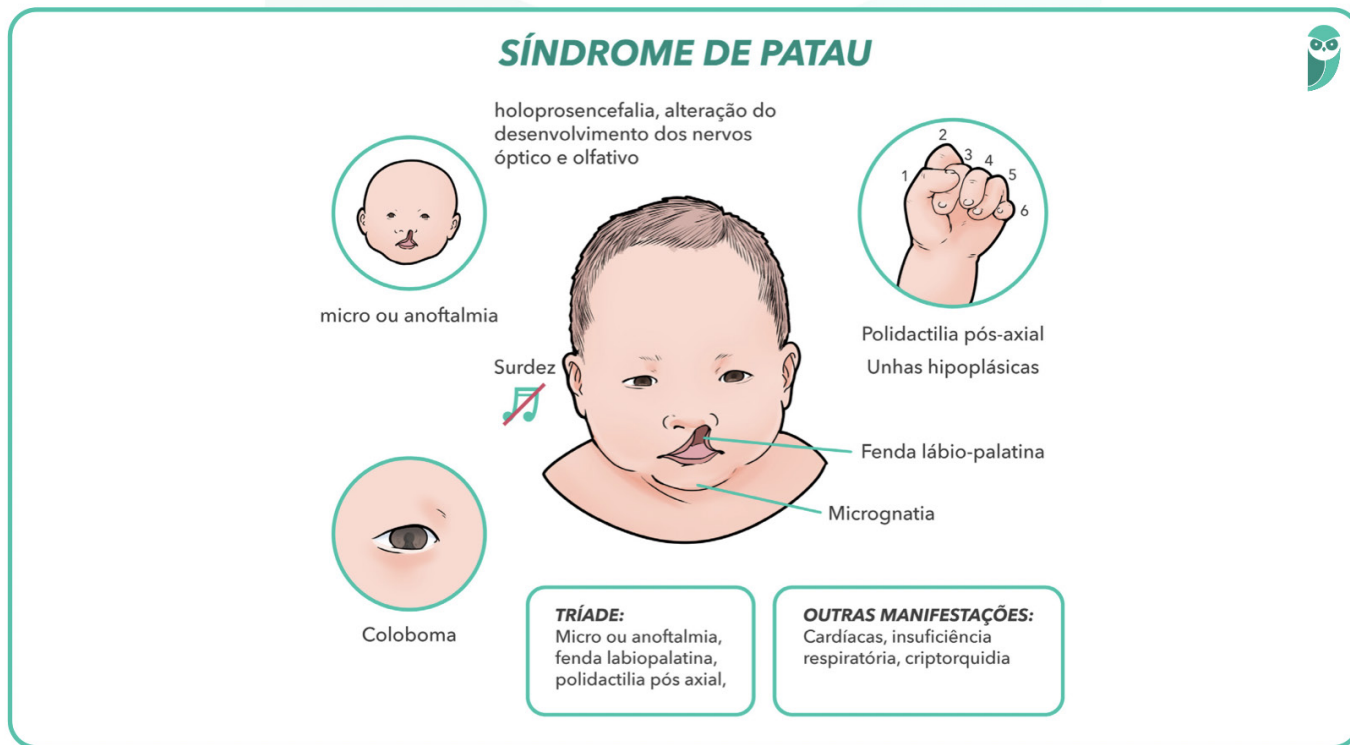


Figura 19: principais características da síndrome de Edwards.

Alternativa A correta.

B incorreta. A síndrome de Patau tem uma tríade clássica: micro ou anoftalmia, fenda labiopalatina e polidactilia pós-axial. Outras alterações também podem ser detectadas. Observe:



C incorreta. A SAF apresenta dismorfismos faciais, retardo de crescimento e alterações de comportamento.

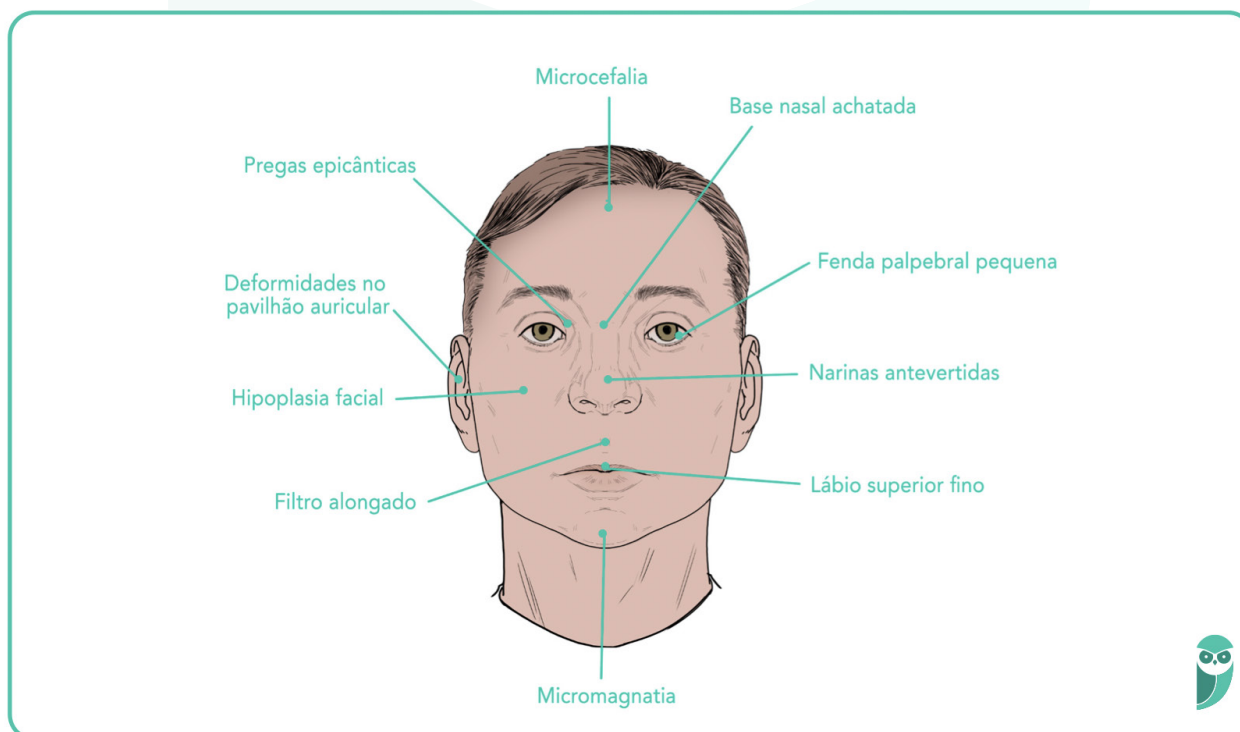


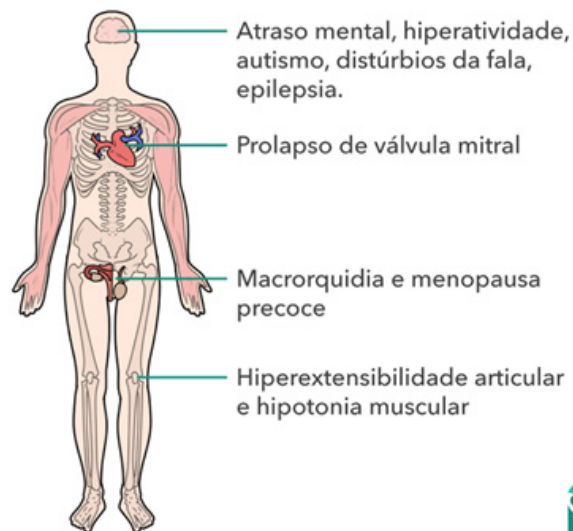
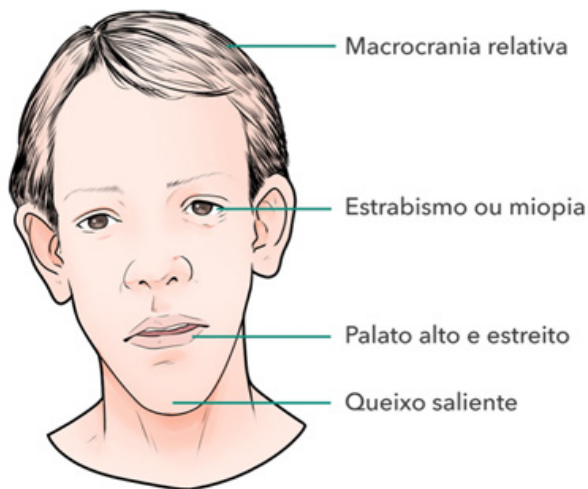
Figura 12: características faciais da síndrome alcoólica fetal.

D incorreta. No período neonatal, a síndrome de Turner apresenta hipotonia, pescoço alado, edema de dorso de mãos e pés e cardiopatia.

E incorreta. A síndrome do X frágil, geralmente, traz face alongada e estreita, com queixo e testa proeminentes, orelhas grandes em abano, aumento do volume testicular, deficiência intelectual.

SÍNDROME DO X FRÁGIL

Face alongada
com fronte proeminente



16. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Neonato pré-termo, está na segunda etapa do método canguru e irá passar para a terceira etapa. Para que isso ocorra, é correto dizer que esse bebê:

- A) Deve ter um peso mínimo de 1800g
- B) Deve ter ganho de peso adequado durante 3 dias antes da alta
- C) Deve ter seu acompanhamento ambulatorial assegurado até o peso de 3kg
- D) Após a alta, a primeira consulta deve ser realizada em até 7 dias de vida, no hospital de origem.
- E) O bebê deve estar em aleitamento materno exclusivo, obrigatoriamente.

COMENTÁRIOS:

GABARITO B

Olá, Colega. Vamos falar do Método Canguru?

Como funciona?

O recém-nascido de baixo peso fica em contato pele a pele, na posição vertical, junto ao peito dos pais e acontece em três etapas:

Primeira etapa

Tem início ainda no pré-natal da gestação de alto risco, com continuidade na internação do recém-nascido na unidade neonatal. Os pais devem ser acolhidos e receber orientações sobre:

- As condições de saúde do seu filho;
- Os cuidados dispensados;
- As rotinas;
- O funcionamento da unidade e da equipe que cuidará do recém-nascido.

Os pais devem ter livre acesso à unidade. Também precisam ser encorajados a tocar no bebê para então colocá-lo na posição canguru. Nesta etapa, o procedimento deverá seguir cuidados especiais:

- Acolher os pais e a família, amparados nos cuidados especializados e posteriormente na unidade neonatal;
- Estimular o livre acesso ao companheiro ou acompanhante materno nos cuidados gestacionais necessários
- Promover o livre e precoce acesso, assim como a permanência dos pais na unidade neonatal, sem restrições de horário;
- Garantir que o primeiro encontro dos pais seja acompanhado por um profissional da equipe de cuidados;
- Propiciar o contato pele a pele precoce, respeitando as condições clínicas do recém-nascido e a disponibilidade de aproximação e interação dos pais com o bebê;
- Oferecer suporte e apoio para a amamentação;
- Garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar, oferecendo o suporte assistencial necessário;
- Garantir cadeira adequada para a permanência da mãe/pai na unidade neonatal e para realização da posição canguru.

Segunda etapa

Durante a segunda etapa, o bebê permanece de maneira contínua com a mãe, que participa ativamente dos cuidados do filho. Sozinha, a mulher se sente mais segura e estimulada a permanecer com o bebê na posição canguru o maior tempo possível. Alguns critérios são determinantes para a realização do método nesta etapa:

- Para o recém-nascido

Estabilidade clínica, nutrição enteral plena e peso mínimo de um quilo, duzentos e cinquenta gramas.

- Para a mãe

Desejo e disponibilidade, apoio familiar para sua permanência no hospital em período integral, consenso entre mãe, familiares e profissionais de saúde, reconhecimento materno dos sinais de comunicação do filho relativos a conforto, estresse, respiração etc. conhecimento e habilidade para manejar o recém-nascido em posição canguru.

Terceira etapa

Na terceira etapa, o bebê vai para casa e é acompanhado, juntamente com a família, pelo Ambulatório do Método Canguru, situado no hospital de origem. Também passam a ser acompanhados na Unidade Básica de Saúde (UBS) até o bebê atingir o peso de 2,5kg. Nessa fase, alguns critérios devem ser observados e garantidos:

A mãe e o pai, com suporte de uma rede de apoio nas atividades do lar, devem assumir o compromisso de realizar a posição canguru pelo maior tempo possível;

- O peso mínimo do bebê deve ser de 1,6kg;
- O acompanhamento ambulatorial deve ser assegurado até o peso de 2,5kg;
- O ganho de peso deve estar adequado durante três dias antes da alta;
- O bebê deve estar em aleitamento materno exclusivo ou, em situações especiais, a família deve estar habilitada a realizar a complementação;
- Após a alta, a primeira consulta deve ser realizada em até 48 horas no hospital de origem. As demais consultas devem ser alternadas com a UBS e/ou visitas domiciliares pelo agente comunitário de saúde;
- O atendimento na unidade hospitalar de origem deve ser garantido até a alta da terceira etapa.

Entre as principais vantagens trazidas pelo Método Canguru, estão:

- Reduzir o tempo de separação mãe/pai-filho;
- Favorecer o vínculo afetivo mãe/pai-filho;
- Possibilitar maior competência e confiança dos pais no cuidado do filho, inclusive após a alta hospitalar;
- Estimular o aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração;

- Possibilitar ao recém-nascido o adequado controle térmico;
- Contribuir para a redução do risco de infecção hospitalar;
- Reduzir o estresse e a dor;
- Propiciar melhor relacionamento da família com a equipe de saúde;
- Favorecer ao recém-nascido uma estimulação sensorial protetora em relação ao seu desenvolvimento integral;
- Melhorar a qualidade do desenvolvimento neuropsicomotor.

É no contato pele a pele que uma grande superfície do corpo da criança e da mãe se encontram, proporcionando diferentes trocas: táteis, auditivas, sensoriais, globais, entre outras. Os profissionais de saúde podem contribuir para que a experiência seja agradável ao recém-nascido e a todos que estão envolvidos no processo.

A incorreta. O peso mínimo deve ser de 1600g

B correta.

C incorreta. O acompanhamento ambulatorial deve ser assegurado até 2,5kg.

D incorreta. A primeira consulta deve ser realizada em até 48h após a alta, no hospital de origem.

E incorreta. De preferência, o bebê deve estar em aleitamento materno exclusivo, mas, em situações especiais, a família deve estar habilitada a realizar a complementação;

17. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Pré-termo de 28 semanas, baixo peso, com sinais de asfixia perinatal e encefalopatia hipóxico-isquêmica está internado em UTI neonatal. No final da primeira semana de vida, ele evolui com distensão abdominal, hipotermia, bradicardia, apneia e sangue nas fezes. Considerando o caso descrito, qual seria uma indicação absoluta de tratamento cirúrgico?

- A) Alça intestinal fixa na radiografia simples de abdome
- B) Pneumatose intestinal na radiografia simples de abdome
- C) Pneumoperitônio
- D) Gás na veia porta
- E) Escore de Rodwell ≥ 3

COMENTÁRIOS:

GABARITO C

Querido Pediatra, a combinação de prematuridade + asfixia + manifestações abdominais nos leva ao diagnóstico de enterocolite necrosante (ECN). Vamos relembrar a patologia?

A enterocolite necrosante é uma doença gastrointestinal grave, de etiologia desconhecida, que afeta, particularmente, recém-nascidos prematuros de baixo peso. O quadro costuma se manifestar durante a primeira ou segunda semana de vida.

A ECN é a emergência gastrointestinal adquirida mais comum do período neonatal e, atualmente, é a causa mais comum de síndrome do intestino curto em crianças.

A apresentação clínica pode ser variável. Entre as principais características, encontramos:

- Letargia.
- Distensão abdominal.

- Intolerância à alimentação.
- Sangue macroscopicamente visível ou oculto nas fezes.
- Irritabilidade.
- Instabilidade térmica (hipotermia ou febre).
- Episódios de apneia ou bradicardia.

Conforme a ECN progride, há sepse sistêmica e junto à sepse há coagulopatia e deterioração hemodinâmica.

Nas fases mais avançadas, podemos observar edema e eritema da parede abdominal, geralmente periumbilical, que indicam abscesso subjacente, peritonite ou gangrena intestinal.

A presença de massa à palpação abdominal também é um sinal de gravidade, pois indica a presença de necrose intestinal, associada ou não à perfuração, com bloqueio por epíplon e por outras alças.

Na radiografia de abdome, observamos pneumatose intestinal, causada por bolhas de gás hidrogênio na parede das alças. O gás é gerado pela fermentação bacteriana.

Outros achados radiográficos podem incluir:

- Distensão de alças intestinais.
- Gás venoso portal.
- Ascite.
- Alças fixas do intestino delgado.
- Pneumoperitônio.



O tratamento da ECN é essencialmente clínico e torna-se cirúrgico apenas na presença de complicações.

O tratamento inicial consiste em:

- Interromper a alimentação enteral e administrar nutrição parenteral
- Descompressão gástrica com sonda orogástrica.
- Ressuscitação hidroeletrólítica.
- Transfusão de sangue e plaquetas (conforme necessidade).
- Administração de antibióticos de amplo espectro.

As indicações absolutas de cirurgia são:

- Pneumoperitônio
- Deterioração clínica, apesar do tratamento médico máximo
- Massa abdominal com obstrução intestinal persistente ou sepse
- As indicações relativas são:
- Aumento da tensão abdominal, distensão e/ou descoloração
- Alça intestinal fixa
- Gás na veia porta
- Paracentese positiva
- Trombocitopenia

Alternativa C correta. Pois traz uma indicação absoluta de cirurgia.

A, B e D incorreta, pois são indicações relativas.

E incorreta. O escore de Rodwell não indica cirurgia.

18. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Criança, de 5 anos, peso=22 kg, é levada ao pronto atendimento com história de febre, cefaleia, mialgia e dor abdominal intensa e contínua há 3 dias. Seu teste rápido vem positivo para dengue. Realizados exames laboratoriais e de imagem, seu hemograma está normal, assim como os demais exames. Não há sangramento espontâneo nem provocado. A conduta adequada para essa criança é:

- A) Hidratação oral em domicílio, com 100ml/kg/dia de volume
- B) Hidratação oral em domicílio, com 80ml/kg/dia de volume
- C) Internação hospitalar e expansão com 10ml/kg na primeira hora
- D) Internação hospitalar e expansão com 20ml/kg em 20 minutos
- E) Internação hospitalar e expansão com 30ml/kg em 30 minutos

COMENTÁRIOS:

GABARITO C

Olá, Caro Colega, temos aqui um quadro de dengue.

A dengue é uma doença febril aguda que causa sintomas como mialgia, artralgia, cefaleia e exantema, com ou sem manifestações hemorrágicas. As alterações laboratoriais típicas são leucopenia e plaquetopenia, além da elevação do hematócrito devido à hemoconcentração (extravasamento plasmático).

O tratamento da dengue deve ser realizado conforme a classificação de risco:

- Grupo A - ausência de sinais de alarme, comorbidades, grupo de risco ou condições clínicas especiais: hidratação em domicílio e retorno para reavaliação quando ocorrer melhora da febre (ou no quinto dia da doença, caso persista a febre).
- Grupo B – ausência de sinais de alarme, mas com sangramento de pele (petéquias ou prova do laço positiva) ou com comorbidades, grupo de risco ou condições clínicas especiais: realização de hemograma e hidratação oral na unidade de saúde; caso não apresente hemoconcentração ou outros sinais de alarme, encaminhar para hidratação em domicílio com retorno diário para reavaliação com hemograma até 48h após a queda da febre. Veja, na imagem abaixo, as condições de risco que classificam o paciente como grupo B:

Comorbidades e condições especiais e/ou de risco:

- idade < 2 anos ou > 65 anos;
- gestantes;
- risco social (situação social que interfira no autocuidado);
- hipertensão arterial sistêmica ou doenças cardiovasculares graves;
- diabetes *mellitus*;
- doença pulmonar obstrutiva crônica;
- doença renal crônica;
- doença ácido-péptica;
- hepatopatias;
- doenças autoimunes;
- asma;
- obesidade.

Os grupos A e B recebem hidratação oral, com 1/3 do volume com soro de reidratação oral e 2/3 com outros líquidos (água, suco ou chá), da seguinte maneira:

Para crianças (idade inferior a 13 anos):

- até 10kg: 130mL/kg/dia;
- 10 a 20kg: 100mL/kg/dia;
- acima de 20kg: 80mL/kg/dia.

Adultos: 60mL/kg/dia

- Grupo C - presença de sinal de alarme: internação hospitalar e hidratação parenteral.

Aproveite para lembrar os sinais de alarme. Dengue com sinais de alarme é aquela que demonstra algum dos seguintes sinais:

- Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua.
- Vômitos persistentes.
- Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico).
- Hipotensão postural e/ou lipotímia.
- Hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal.
- Sangramento de mucosa.
- Letargia e/ou irritabilidade.
- Aumento progressivo do hematócrito.

Para o grupo C, iniciamos com:

1. Fase de expansão: 20mL/kg em duas horas, dividido em 10mL/kg a cada hora. Pode ser repetido até 3 vezes. Se houver melhora, iniciar fase de manutenção:

- Primeira fase: 25mL/kg, em 6 horas;
- Segunda fase: 25mL/kg, em 8 horas.

Grupo D - presença de sinais de choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos: internação em unidade de terapia intensiva e hidratação parenteral. E quais são os sinais de choque da dengue?

- Taquicardia.
- Extremidades distais frias.
- Pulso fraco e filiforme.
- Enchimento capilar lento (>2 segundos).
- Pressão arterial convergente (diferença entre sistólica e diastólica <20 mm Hg).
- Oligúria (< 1,5 ml/kg/h).
- Hipotensão arterial (fase tardia do choque).
- Cianose (fase tardia do choque).

Para o grupo D, deve ser realizada, inicialmente, com solução salina isotônica, administrando-se 20mL/kg em 20 minutos, que pode ser repetida até três vezes. Caso ocorra melhora clínica e laboratorial, a hidratação deve seguir as recomendações para o grupo C.

Vamos voltar ao caso, temos aqui uma criança com sinal de alarme na dengue: dor abdominal intensa e contínua, mas não há sinais de choque. Ela deve ser classificada no grupo C e, além do internamento, deverá receber a fase inicial de expansão com 20ml/kg, sendo 10ml/kg a cada hora.

Incorreta A. Essa é a conduta dos grupos A e B para crianças de 10 a 20kg.

Incorreta B. Essa é a conduta dos grupos A e B para crianças com mais de 20kg.

Correta C.

Incorreta D. Essa é a conduta do grupo D.

Incorreta E. Não há essa conduta.

19. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Ariadne Becker) Sobre os achados laboratoriais da cetoacidose diabética, é correto afirmar que:

- A) Os pacientes costumam apresentar acidose metabólica de ânion gap normal, por perda de bicarbonato.
- B) O distúrbio eletrolítico mais comum envolvendo o fósforo é a hiperfosfatemia, por catabolismo.
- C) Diante de um paciente com hemograma evidenciando 18.000 leucócitos, 0% bastões, o valor preditivo positivo para infecção é alto, devendo-se iniciar antibioticoterapia empírica baseada nesse achado laboratorial.
- D) O potássio sérico aferido é superestimado pela acidose.
- E) A glicemia tende a estar normal ou discretamente reduzida pela ação da insulina endógena residual.

COMENTÁRIOS:

GABARITO: D

Caro Pediatra, vamos revisar os achados laboratoriais da acidose diabética?

- **Hipocalemia:** perda urinária pela diurese osmótica (potássio corporal total baixo), perda gastrointestinal pelos vômitos (potássio corporal total baixo), ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona (potássio corporal baixo), tratamento com insulina (joga potássio para dentro da célula), correção da acidemia (joga potássio para dentro da célula).

- **Potássio sérico superestimado:** diante de um pH ácido, as células fazem o shift de potássio do meio intracelular para o extracelular, “superestimando” o potássio sérico aferido. Estima-se que a cada 0,1 ponto de variação no pH, ocorre variação de aproximadamente 0,6 ponto no potássio.

- **Hiponatremia dilucional:** com a hiperglicemia ocorre aumento da osmolaridade plasmática, que puxa água de dentro das células para o meio intravascular, diluindo o sódio.

$$\text{Sódio corrigido} = \text{Sódio medido} + \left[1,6 \times \left(\frac{\text{Glicemia} - 100}{100} \right) \right]$$

- **Hipernatremia:** por perda de água livre > perda de sódio (diurese osmótica, vômitos, diarreia, na vigência de ingestão insuficiente de água).
- **Leucocitose:** por efeito do cortisol, catecolaminas e acidose. Passa-se a suspeitar de infecção se >25.000 leucócitos e/ou > 10% bastões.
- **Elevação de amilase e lipase:** sem necessariamente significar presença de pancreatite.
- **Hipofosfatemia:** fósforo corporal total baixo pela diurese osmótica.
- **Hiperlipidemia:** pelo aumento da lipólise.
- **Acidose metabólica:** pH < 7,35 com HCO₃ < 22 mEq/L, causada pelo consumo de bicarbonato tentando neutralizar o excesso de corpos cetônicos.
- **Alcalose respiratória compensatória:** pulmões tentando eliminar CO₂ para compensar a queda do pH. Para isso calculamos o pCO₂ esperado = (1,5 x bicarbonato) + 8] ± 2.

- **Aumento do ânion gap (pelos corpos cetônicos).** No entanto, Ânion gap > 35 mmol/L sugere acidose láctica concomitante.

- **Hiperosmolaridade sérica:** pela hiperglicemia.

Vamos analisar as alternativas.

A. INCORRETA. A acidose é sim metabólica, mas por CONSUMO de bicarbonato por AUMENTO de ânion gap (corpos cetônicos).

B. INCORRETA. O mais comum é HIPOFOSFATEMIA pela perda urinária de fósforo por diurese osmótica.

C. INCORRETA. A acidose por si só é estímulo de linhagem branca na medula óssea, e é extremamente comum pacientes apresentarem leucocitose até 25.000 sem a presença de infecção. Por isso a história clínica é soberana para definir ou não o início de antibiótico.

D. CORRETA E RESPOSTA DA QUESTÃO. Pelo shift intracelular de potássio e H⁺ na vigência de acidose, em que a célula joga H⁺ para dentro da célula, e K⁺ para fora, superestimando o potássio sérico.

E. INCORRETA. O pré-requisito para o diagnóstico de cetoacidose diabética é a glicemia ≥ 200 mg/dL, devido à deficiência absoluta de insulina.

20. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Ariadne Becker) São locais indicados para realização de punção intraóssea, exceto:

- A) Tíbia distal em uma criança de 10 anos.
- B) Tíbia proximal em uma criança de 6 meses.
- C) Manúbrio esternal em uma criança de 2 anos.
- D) Úmero proximal em um adolescente de 18 anos.
- E) Espinha ilíaca anterossuperior em um adolescente de 14 anos.

COMENTÁRIOS:

GABARITO: C

Colega Pediatra, apesar de quase sempre utilizarmos a tíbia proximal para punção intraóssea, é importante lembrarmos os outros locais passíveis de punção por esse tipo de acesso! Vamos relembrar?

O acesso IO pode ser obtido em crianças de **todas as idades e adultos** e **diversas localizações** já foram descritas como possíveis de punção IO na literatura. Abaixo estão **os locais mais comumente utilizados**, com suas respectivas particularidades.

- **Tíbia proximal:** facilmente acessível (pouco tecido subcutâneo mesmo em obesos), pode ser usada em qualquer idade, desde neonatos até adultos.
- **Tíbia distal (acima do maléolo medial):** evitar em crianças < 1 ano (pouco ossificada, maior risco de transfixar).
- **Fêmur distal:** acessível praticamente somente nos < 1 ano. Após essa idade o tecido subcutâneo e musculatura tornam o acesso ao osso mais difícil.
- **Esterno (manúbrio):** desde que com dispositivo para punção IO específico para punção esternal, e somente em > 12 anos.
- **Úmero proximal:** somente nos adolescentes que já tenham terminado fase de crescimento e adultos (pelo risco de puncionar cartilagem de crescimento).

- **Espinha ilíaca anterossuperior**

Contraindicações ao acesso IO:

- Fraturas e lesões por esmagamento no local da punção;
- Osteogênese imperfeita e osteopetrose;
- Tentativas anteriores de estabelecer acesso IO no mesmo osso *(afinal esse osso está fraturado — o que eu infundir pelo acesso IO irá vazar pela fratura e não irá atingir a corrente sanguínea de maneira efetiva).*

Vamos analisar as alternativas.

A. CORRETO. A tíbia distal (maléolo medial da tíbia) é um excelente local para punção intraóssea, devendo apenas ser evitado (perceba que não é uma contraindicação formal — apenas deixa de ser a primeira escolha) em crianças < 1 ano, já que nessa idade o maléolo medial ainda é pouco ossificado e há maior risco de transfixação.

B. CORRETO. Grave o seguinte: tíbia proximal (face anterior e medial) é um excelente local de punção EM QUALQUER IDADE! Há pouco tecido subcutâneo, o local é de fácil acesso e fácil posicionamento do membro.

C. INCORRETO E RESPOSTA DA QUESTÃO. Pelo risco de transfixação, o manúbrio esternal só é um local possível de punção intraóssea quando se tratar de crianças maiores de 12 anos. Além disso existe uma agulha específica para essa localização de punção.

D. CORRETO. Adolescentes já fora da fase de crescimento e adultos já ossificaram a cartilagem de crescimento umeral, podendo ter esse local puncionado com agulha intraóssea.

E. CORRETO. A espinha ilíaca anterossuperior é um local passível de punção intraóssea em qualquer idade.

21. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Ariadne Becker) Qual é a conduta imediata a ser instituída diante de uma criança de 5 anos, vítima de afogamento, que é trazida pelos pais por procura direta ao pronto-socorro, apresentando-se torporosa, pálida, cianótica, FC 55 bpm sinusal, FR 15 mrpm superficial, sat 70% AA, PA 60 x 30 mmHg, pulsos finos e extremidades frias, T 34 °C?

- A) Intubação orotraqueal.
- B) Massagem cardíaca intercalada com ventilações na proporção de 15 compressões e 2 ventilações.
- C) Ventilação com pressão positiva e FiO₂ 100%.
- D) Expansão volêmica com 20ml/kg de soro fisiológico aquecido.
- E) Administração imediata de atropina 0,02 mg/kg por via endovenosa.

COMENTÁRIOS:

GABARITO: C

Estrategista, bradicardia instável sempre gera confusão nas provas e muito candidato cai nas pegadinhas. Vamos aproveitar para deixá-lo afiado nesse tema!

O primeiro passo diante de uma criança bradicárdica será determinar se há ou não sinais de instabilidade hemodinâmica (ou seja, se essa bradicardia está sendo grave o suficiente para causar queda de débito cardíaco e má perfusão de órgãos e tecidos). Que sinais são esses?

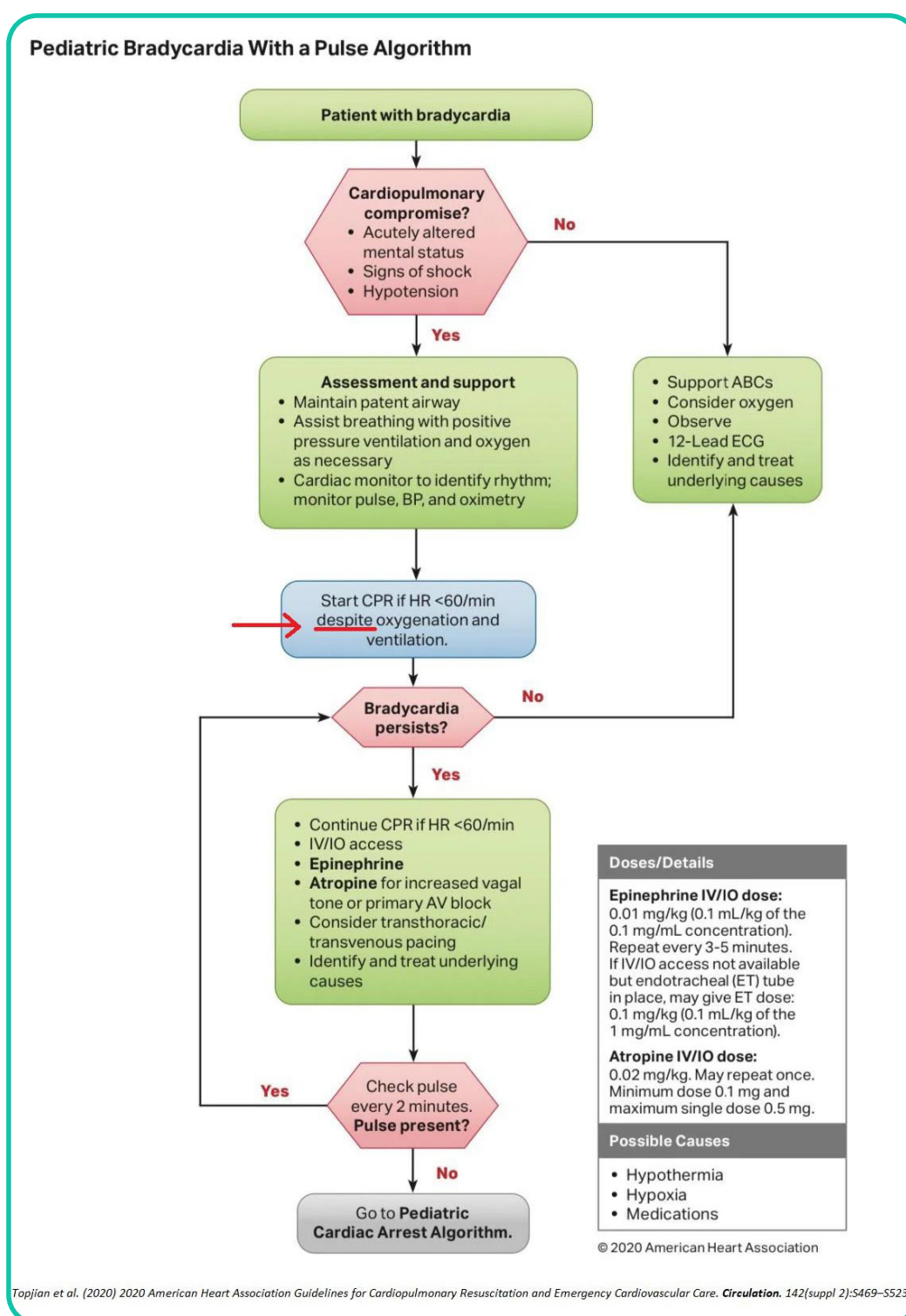
SINAIS DE INSTABILIDADE HEMODINÂMICA:

- Má perfusão periférica
- Hipotensão
- Rebaixamento de nível de consciência
- Colapso súbito
- Dor torácica

A principal causa de bradicardia instável em crianças é HIPÓXIA, e a imensa maioria desses pacientes irá apresentar aumento da frequência cardíaca com ventilação e oxigenação adequada.

Por esse motivo, o primeiro passo do tratamento desses pacientes é a VENTILAÇÃO COM PRESSÃO POSITIVA (bolsa-válvula-máscara, com uma ventilação a cada 2-3 segundos) com FiO₂ 100%. Se após 30 segundos de VPP a bradicardia instável persistir e a frequência cardíaca for menor que 60 bpm, devemos iniciar a reanimação cardiopulmonar, sincronizando compressões e ventilações (30:2 se um socorrista, 15:2 se dois socorristas), e manter a RCP por 2 minutos. Se após 2 minutos a bradicardia persistir, realizamos uma dose de adrenalina em bolus 0,01 mg/kg. A partir daqui perceba que a sequência de atendimento seguirá o mesmo fluxo da parada cardiorrespiratória em ritmo não chocável!

Veja no algoritmo original da American Heart abaixo. Atente-se para o detalhe (pegadinha que ainda derruba muito aluno nas provas) do “**inicie RCP se frequência cardíaca <60 bpm APESAR de oxigenação de ventilação adequadas**”.



Dicas para memorizar e não confundir:

1. O paciente que chega bradicárdico AINDA TEM PULSO e chegou VIVO (a questão vai trazer algum sinal de vida presente nessa criança, seja movimentação de membros ou face, choro, gemência, respiração). Se ele chegou VIVO, o fluxograma de raciocínio não é de parada cardiorrespiratória, mas sim de bradicardia instável. Não saia fazendo adrenalina precoce porque NÃO SE TRATA DE UMA PCR EM AESP!
2. Há sinais de instabilidade? A sequência será VPP (30 - 60 segundos) --> RCP 2 minutos --> adrenalina 0,01 mg/kg.
3. É somente após a adrenalina que o fluxograma segue como o da PCR em ritmos não chocáveis (mantém RCP de qualidade, alternando massagador a cada 2 minutos, com adrenalina a cada 3-5 minutos – ciclo sim/ciclo não).
4. QUANDO FAZER ATROPINA? Somente se tônus vagal aumentado (intoxicação por organofosforado, uso de Fisostigmina).
5. Pense sempre nas causas reversíveis (a principal é hipóxia, mas não se esqueça dos 6Hs e 5Ts).

Vamos analisar as alternativas.

A. INCORRETO. A sedação da sequência rápida de intubação e o estímulo vagal causado pela laringoscopia irão exacerbar a depressão miocárdica, fazendo essa criança evoluir para parada cardiorrespiratória.

B. INCORRETO. Perceba que essa criança AINDA ESTÁ VIVA (está torporosa e tem respiração). Portanto ela não está em parada cardiorrespiratória, mas sim com uma bradicardia instável (hipotensão, rebaixamento de nível de consciência e má perfusão periférica). A primeira conduta é ventilação com pressão positiva e FiO₂ 100% (cerca de 30-60 segundos). Somente se a bradicardia persistir apesar de ventilação e oxigenação adequadas é que estará indicada a massagem cardíaca.

C. CORRETO. Essa é a primeira conduta diante de uma criança com bradicardia e sinais de instabilidade hemodinâmica (rebaixamento de nível de consciência, hipotensão e má perfusão periférica).

D. INCORRETO. Primeiramente porque essa criança não precisa necessariamente de expansão volêmica. A má perfusão periférica e hipotensão estão acontecendo porque o débito cardíaco está baixo pela BAIXA FREQUÊNCIA CARDÍACA. E qual a causa dessa bradicardia? HIPÓXIA. Diante de uma bradicardia instável, a primeira conduta é ventilação com pressão positiva. A imensa maioria dos pacientes irá recuperar frequência, e, conseqüentemente, pressão arterial, com essa medida. A história de afogamento fala contra a hipótese de choque hipovolêmico e necessidade de expansão volêmica. Se ainda assim quiséssemos argumentar sobre o aquecimento com soro, pois a criança está hipotérmica, lembre-se de que temperatura entra apenas na letra E do ABCDE da avaliação primária.

E. INCORRETA. A atropina só está indicada como primeira escolha quando a bradicardia for causada por aumento do tônus vagal (intoxicação por organofosforados, laringoscopias repetitivas, etc). No contexto de afogamento, a bradicardia é secundária à hipóxia — portanto, o tratamento inicial deve ser ventilação com oxigênio a 100%.

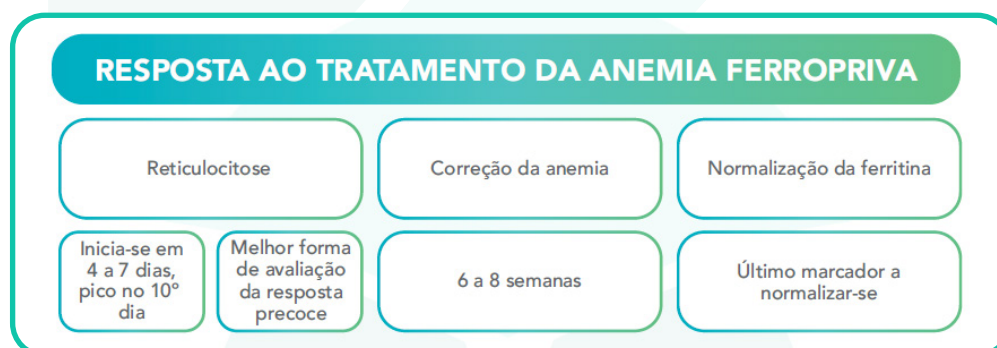
22. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Ariadne Becker) Lactente de 7 meses de idade está em uso de sulfato ferroso 5 mg/kg/dia de ferro elementar há 30 dias para tratamento de anemia ferropriva. A mãe questiona se já há, nesse momento, alguma forma de saber se “o tratamento está funcionando”. Dessa forma, você adequadamente responde que:

- A) Sim, por meio do aumento da contagem de reticulócitos.
- B) Sim, por meio da redução da anisocitose (RDW).
- C) Sim, por meio da normalização da ferritina.
- D) Sim, por meio dos sinais e sintomas clínicos.
- E) Sim, por meio do aumento imediato da hemoglobina nos primeiros dias de tratamento.

COMENTÁRIOS:

GABARITO: A

Caro aluno, vamos relembrar como avaliamos a resposta ao tratamento da anemia ferropriva?



Além disso, em 30-45 dias também já esperamos um aumento de pelo menos 1 ponto (1g/dL) no valor de hemoglobina do paciente!

Vamos analisar as alternativas.

A. CORRETO. Com o início da reposição de ferro, a medula óssea já começa a produzir seus precursores hematopoiéticos (reticulócitos), e isso acontece de forma muito precoce: a partir do 4º dia, com pico no 10º dia de tratamento. Por isso é o melhor parâmetro de resposta ao tratamento da anemia ferropriva.

B. INCORRETO. Apesar da anisocitose reduzir, sim, com o tratamento (pois as hemácias voltam a ser produzidas “dentro do padrão de tamanho normal”), esse é um achado laboratorial tardio do tratamento.

C. INCORRETO. Muito cuidado! Uma coisa é “saber se o tratamento está funcionando”, ou seja, avaliar a resposta ao tratamento. Outra coisa é “saber se a doença foi curada”, ou seja, se a anemia ferropriva e deficiência de ferro foram resolvidos. A ferritina é o ÚLTIMO parâmetro a ser normalizado, pois representa os estoques de ferro. Portanto é um parâmetro de avaliação de TÉRMINO de tratamento e resolução da deficiência de ferro.

D. INCORRETO. Os sinais e sintomas clínicos da deficiência de ferro são muito inespecíficos e subjetivos (fadiga, baixo ganho ponderal, atraso cognitivo, palidez etc.), não sendo parâmetros acurados para avaliar resposta ao tratamento.

E. INCORRETO. A elevação da hemoglobina só se torna evidente apenas após 30-45 dias de tratamento.

23. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Ariadne Becker) Considerando que todos os pacientes abaixo possuem diagnóstico laboratorial confirmatório de dengue, indique qual alternativa contém um paciente que NÃO possui indicação de internação, de acordo com a classificação de gravidade da dengue em grupos ABCD do Ministério da Saúde.

- A) Menina de 4 anos de idade, diabética tipo I, prova do laço positiva.
- B) Menino, 14 anos de idade, dor abdominal difusa intensidade 7/10.
- C) Menina, 7 anos de idade, fígado palpável a 6 cm do rebordo costal direito.
- D) Menino, 6 anos de idade, hematócrito = 50% e FC 150 bpm.
- E) Menino de 10 anos com gengivorragia.

COMENTÁRIOS:

GABARITO: A

Caro colega Pediatra, um dos pontos mais importantes sobre o manejo da dengue é saber classificar o quadro clínico do paciente nos grupos A, B, C e D do escore de gravidade do Ministério da Saúde. Vamos relembrar esses grupos?

Dengue			
Classificação			
A	B	C	D
-	PROVA DO LAÇO POSITIVA	PROVA DO LAÇO POSITIVA	PROVA DO LAÇO POSITIVA
	FATORES DE RISCO < 2 anos Risco social Diabéticos Asma Obesidade Nefropata Cardiopata Pneumopata Dç autoimune Dç hematológica		
		SINAIS DE ALARME	
			Choque, hemorragia ou disfunção orgânica

Prof. Ariadne Becker

Para memorizarmos os sinais de alarme, utilizamos o mnemônico SILVA-3H:

SINAIS DE ALARME NA DENGUE:

S	Sangramento de mucosa
I	Irritabilidade ou letargia
L	Líquido acumulado (ascite, derrame pleural ou derrame pericárdico)
V	Vômitos persistentes
A	Abdome doloroso (dor contínua)
H	Hipotensão postural ou lipotímia
H	Hepatomegalia
H	Hematócrito elevado (hemoconcentração)

E qual é a conduta diante de cada um dos grupos?

Dengue Tratamento			
A	B	C	D
HIDRATAÇÃO ORAL 60 ML/KG/DIA 1/3 SRO 2/3 Outros líquidos	HIDRATAÇÃO ORAL 60 ML/KG/DIA 1/3 SRO 2/3 Outros líquidos	HIDRATAÇÃO EV 20 ml/kg em 2 horas Se boa resposta: manutenção 25 ml/kg em 6-8h	20 ml/kg em 20 minutos
Alta	HMG	Coletar HMG, albumina, TGO, TGP, RxT e USG Abdome	Coletar HMG, albumina, TGO, TGP, RxT e USG Abdome
	Alta com reavaliação	Internação	Internação em UTI
		Obrigatório NS1 e sorologia	Obrigatório NS1 e sorologia

Prof. Ariadne Becker

Vamos analisar as alternativas?

A. INCORRETO E RESPOSTA DA QUESTÃO. O diabetes tipo I consiste em fator de risco para dengue grave e automaticamente classificaria a paciente como grupo B. A prova do laço positiva evidencia fragilidade capilar, e classifica a paciente no grupo B. Não há sinais de alarme que classifiquem a criança como grupo C, nem sinais de choque, hemorragia ou disfunção orgânica que classifiquem como grupo D. Portanto, não há indicação de internação.

B. CORRETO. Dor abdominal é sinal de alarme na dengue, o que automaticamente classifica o paciente como grupo C e indica internação hospitalar.

C. CORRETO. Hepatomegalia é sinal de alarme na dengue, o que automaticamente classifica o paciente como grupo C e indica internação hospitalar.

D. CORRETO. Hemoconcentração já classifica esse paciente no mínimo como grupo C, indicando internação hospitalar. A presença de taquicardia alerta para a possibilidade de choque da dengue, que, caso seja confirmado (com outros detalhes do exame físico e laboratório), classifica a criança como grupo D (também indicando internação hospitalar).

E. CORRETO. A presença de sangramento mucoso é sinal de alarme, o que classifica o paciente como grupo C e indica internação hospitalar.

24. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Ariadne Becker) Um lactente de 5 meses é admitido no pronto-socorro com desidratação grave por quadro de diarreia aguda. Os exames laboratoriais foram os seguintes: gasometria venosa pH 7,19, pCO₂ 30 mmHg, pO₂ 50 mmHg, HCO₃ 16 mEq/L, BE -8, lactato 1,0 Na 135 Cl 108. A partir desses exames é possível concluir que:

- A) Trata-se de uma acidose metabólica de ânion gap normal.
- B) Trata-se de uma acidose metabólica de ânion gap aumentado.
- C) Trata-se de uma acidose respiratória.
- D) Trata-se de uma alcalose metabólica.
- E) Trata-se de uma alcalose respiratória.

COMENTÁRIOS:

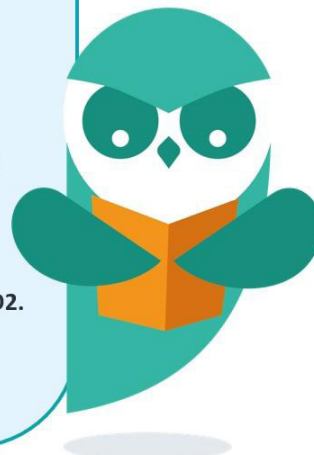
GABARITO: A

Caro colega, vamos relembrar os pontos mais importantes sobre a interpretação da gasometria?

Passo a passo para interpretar a gasometria

1. Analise o pH: há **acidemia** (pH < 7,35) ou **alcalemia** (pH > 7,45)?
2. Encontre o distúrbio primário.
 - **Acidose?** Respiratória (pCO₂ > 45) ou metabólica (HCO₃ < 22)?
 - **Alcalose?** Respiratória (pCO₂ < 35) ou metabólica (HCO₃ > 26)?
3. Calcule o **Ânion GAP** (Na – Cl – HCO₃ → normal 8 – 12 mEq/L)
 - Certifique-se de que ele não está subestimado por hipoalbuminemia!
4. Analise a compensação.
 - **Acidose metabólica?** pCO₂ esperado = [(1,5 x HCO₃) + 8] ± 2
 - **Acidose respiratória?** Aguda: 1 HCO₃ : 10 CO₂; Crônica: 3 HCO₃ : 10 CO₂.
 - **Alcalose metabólica?** pCO₂ esperado = HCO₃ + 15
 - **Alcalose respiratória?** Aguda: ΔHCO₃ = 0,2 x ΔpCO₂

Prof. Ariadne Becker

 **Estratégia**
MED

Agora vamos relembrar do que se trata o ânion gap?

No nosso plasma, o número de elementos com carga negativa precisa ser igual ao número de elementos com carga positiva, de forma a manter a eletroneutralidade (GRÁFICO A). O principal cátion extracelular é o sódio (135-145 mEq/L), enquanto os principais ânions são o cloreto (95 - 105 mEq/L), o bicarbonato (22-26 mEq/L) e mais uma parcela de elementos com carga negativa que não são individualmente aferidos na gasometria. Essa parcela de vários ânions nada mais é do que o ÂNION GAP, a diferença entre cátions (sódio) e ânions (bicarbonato e cloreto).

O ânion gap ou hiato aniônico é a diferença entre os cátions (sódio) e os ânions (bicarbonato e cloreto).

Ânion Gap = Na – (Cloreto + Bicarbonato)

Valor normal: **8 a 12mEq/L**

Na acidose metabólica ocorre redução do bicarbonato, ou porque ele está sendo CONSUMIDO para neutralizar ácidos produzidos em excesso (ex.: acidose láctica, sepse, etc.), ou porque ele está sendo PERDIDO (na urina, no intestino, etc). Diante do excesso de ácidos (ânions nem sempre mensuráveis), é mais intuitivo entender que o ânion gap estará aumentado (GRÁFICO C). Agora, diante da PERDA direta de bicarbonato (não há ácidos a mais sendo produzidos), como o plasma fará para manter a eletroneutralidade? Ele irá RETER CLORETO. Assim surge a "acidose metabólica de ânion gap normal" ou "hiperclorêmica" (GRÁFICO B).



INTERPRETAÇÃO DO ÂNION GAP



GRÁFICO A

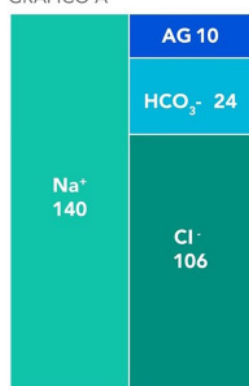
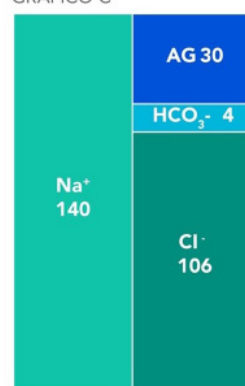


GRÁFICO B



GRÁFICO C



As acidoses metabólicas com **ânion gap aumentado** são geradas a partir do **acúmulo de um ácido!**

As acidoses metabólicas com **ânion gap normal (hiperclorêmicas)** são causadas por **perda de bases!**

Com isso em mente, vamos analisar as alternativas.

A. CORRETO. Temos uma acidemia (pH < 7,35) que está ocorrendo por culpa de uma acidose metabólica (HCO₃ < 22 mEq/L). Ao calcularmos o ânion gap (Na – Cl – HCO₃) chegamos no valor de 9 mEq/L, que está dentro da normalidade para o ânion gap (8-12 mEq/L). Portanto, acidose metabólica de ânion gap normal, ou acidose metabólica hiperclorêmica, compatível com o quadro de diarreia aguda onde há perda de bicarbonato nas fezes.

B. INCORRETO. Ao calcularmos o ânion gap (Na – Cl – HCO₃), chegamos no valor de 9 mEq/L, que está dentro da normalidade para o ânion gap (8-12 mEq/L).

C. INCORRETO. Temos uma acidemia (pH < 7,35) que está ocorrendo por culpa de uma acidose metabólica (HCO₃ < 22 mEq/L), e não respiratória. Como resposta compensatória o paciente está hiperventilando eliminando CO₂ (pCO₂ < 35 mmHg).

D. INCORRETO. Temos uma acidemia (pH < 7,35) que está ocorrendo por culpa de uma acidose metabólica (HCO₃ < 22 mEq/L), e não alcalose.

E. INCORRETO. Temos uma acidemia (pH < 7,35) que está ocorrendo por culpa de uma acidose metabólica (HCO₃ < 22 mEq/L), e não alcalose.

25. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Ariadne Becker) Sobre a encefalite aguda em pediatria é correto afirmar que:

- A) A principal etiologia é a infecção bacteriana.
- B) A alteração do nível de consciência e/ou mudança de comportamento é critério obrigatório para suspeita diagnóstica.
- C) O uso de aciclovir é recomendado para todas as encefalites virais.
- D) A encefalite autoimune é mais comum em lactentes <2 anos.
- E) O diagnóstico definitivo só é possível por meio de biópsia.

COMENTÁRIOS:

GABARITO: B.

Caro aluno, vamos falar um pouco mais sobre a encefalite aguda?

A encefalite aguda consiste em uma inflamação do parênquima cerebral, e se manifesta com disfunção neurológica associada e evidência líquórica e/ou radiológica de inflamação. Por se tratar de uma emergência médica com potencial letal (afinal há risco de comprometimento de tronco encefálico e edema cerebral progressivo), uma abordagem sistemática é necessária para o reconhecimento precoce e tratamento adequado, de acordo com a etiologia mais provável.

Felizmente trata-se de uma doença pouco frequente na pediatria, com incidência anual estimada entre 5 a 8 casos para cada 100.000 indivíduos. Pode afetar qualquer faixa etária, sendo a encefalite aguda viral mais comum após os 2 anos de idade, e a encefalite autoimune mais comum em maiores de 5 anos e adolescentes.

O diagnóstico de encefalite é clínico de acordo com os critérios abaixo:

Critério obrigatório: Alteração de nível de consciência e/ou mudança de comportamento com duração ≥ 24 horas, sem outra causa que justifique, E

- **Pelo menos 2 critérios adicionais: encefalite possível;**

- **Pelo menos 3 critérios adicionais: encefalite provável.**

Critérios adicionais:

- Febre $\geq 38^\circ\text{C}$ nas primeiras 72h de início dos sintomas;
- Crise convulsiva (focal ou generalizada) não completamente atribuível à epilepsia prévia;
- Novo déficit neurológico focal;
- ≥ 5 leucócitos/microL no líquido;
- Neuroimagem sugestiva de encefalite;
- Anormalidade no eletroencefalograma sugestiva de encefalite.

Em pediatria, a **principal etiologia é a encefalite viral aguda**, com os Enterovírus sendo os mais prevalentes (*Echovirus*, *Coxsackie*, *Poliovirus*), seguidos pelo Herpes simples 1 e 2 (HSV), Influenza, Epstein-Barr, Citomegalovírus e Varicela zóster. Outras etiologias comuns em crianças são a **encefalite autoimune, encefalite pós-infecciosa e encefalite tóxica/metabólica**.

Com exceção do uso de aciclovir para encefalite pelo HSV, o tratamento das outras encefalites virais é suportivo, incluindo monitorização rigorosa pelo risco de convulsões, edema cerebral, distúrbios eletrolíticos por secreção inapropriada de hormônio antidiurético (siADH) e rebaixamento de nível de consciência.

Nos pacientes com encefalite autoimune, o tratamento envolve imunossupressão, com pulsoterapia, imunoglobulina e/ou plasmaférese.

Vamos analisar as alternativas?

A. INCORRETA. A principal etiologia é viral.

B. CORRETO. A alteração de nível de consciência e/ou mudança de comportamento com duração ≥ 24 horas, sem outra causa que justifique, é o critério obrigatório para o diagnóstico de encefalite.

C. INCORRETO. Aciclovir está indicado somente nos casos de encefalite por herpes.

D. INCORRETO. A encefalite autoimune é mais comum nas crianças >5 anos.

E. INCORRETO. A indicação de biópsia para o diagnóstico de encefalite é a exceção, da exceção, da exceção! Lembre dos riscos de um procedimento extremamente invasivo como esse! O diagnóstico é feito por meio dos critérios de neuroimagem, laboratório e apresentação clínica!

26. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Ariadne Becker) Sobre o diagnóstico de endocardite infecciosa, são considerados critérios menores de Duke, EXCETO:

- A) Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$.
- B) Lesões de Janeway.
- C) Novo sopro cardíaco.
- D) Vegetação em ecocardiograma.
- E) Nódulos de Osler.

COMENTÁRIOS:

GABARITO: D.

Caro colega, vamos revisar os pontos mais importantes sobre endocardite aguda?

Endocardite é a inflamação da membrana interna que reveste as cavidades e valvas cardíacas, podendo ser de etiologia infecciosa ou não infecciosa (lúpus eritematoso sistêmico — Endocardite de Libman Sacks — neoplasias, febre reumática, trauma físico ou outras doenças autoimunes).

O principal fator de risco são alterações (congenitas ou adquiridas) valvares, como doença valvar reumática, prótese valvar e cardiomiopatia hipertrófica, e exposição a situações que aumentam o risco de bacteremia, como procedimentos odontológicos, cateter venoso profundo, hemodiálise, imunodepressão e uso de drogas injetáveis.

Veja abaixo os principais agentes etiológicos da endocardite infecciosa:

- ***Streptococcus* do grupo *viridans*** (geralmente quadros subagudos em >1 ano de idade):

- *S. sanguis*

- *S. mitis*

- *S. mutans*

- ***Staphylococcus aureus***

- **Enterococo**

- **BGN do grupo HACEK:**

- *Haemophilus*

- *Actinobacillus*

- *Cardiobacterium*

- *Eikenella*

- *Kingella*

- **Candida**

O quadro clínico reflete as alterações hemodinâmicas no local da infecção, fenômenos embólicos e toxicidade da infecção. Febre é o achado mais frequente, sopro cardíaco (novo ou diferente do basal), petéquias, fenômenos embólicos, esplenomegalia e alterações renais por embolização ou deposição de imunocomplexos. Os clássicos nódulos de Osler nos pés e mãos, manchas de Roth na retina e lesões de Janeway palmoplantares são raros em crianças.



Figura 10 – O nódulo de Osler consiste em um pequeno nódulo eritematoso e doloroso, podendo ter um centro opaco. Localiza-se distalmente nos membros, mas principalmente em polpas digitais.

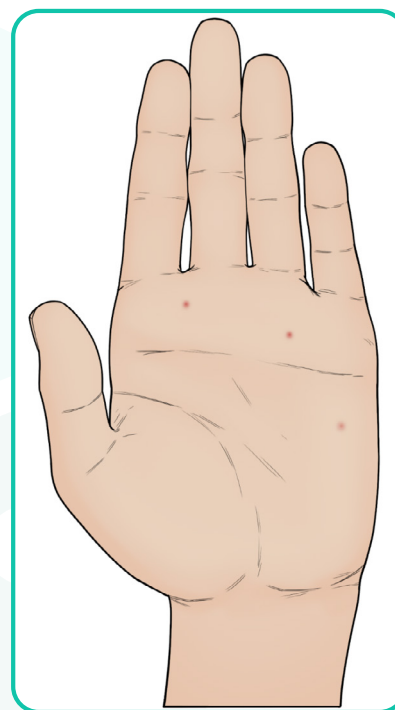


Figura 11 – Manchas de Janeway são máculas violáceas ou hemorrágicas, não dolorosas, que também são encontradas em mãos e pés, mais frequentemente em regiões tenares ou hipotenares.

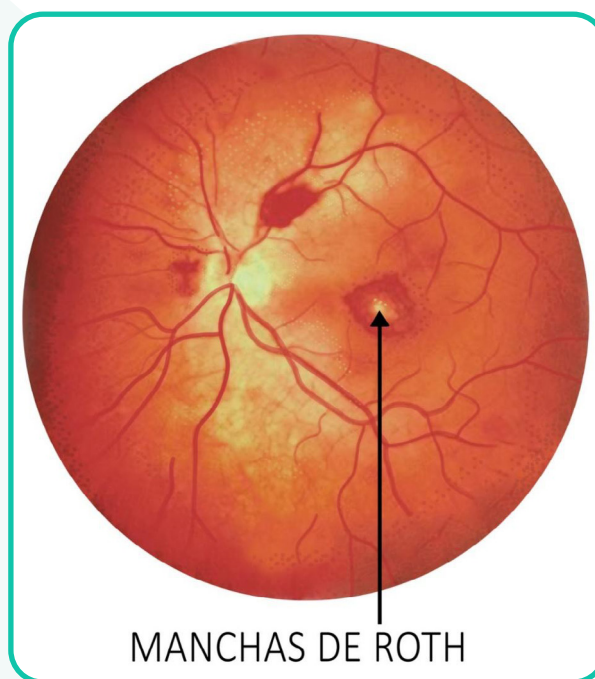


Figura 12 – Manchas de Roth são um fenômeno imunológico da endocardite infecciosa. A área de palidez central surge devido ao acúmulo de leucócitos e/ou plaquetas com fibrina.

O diagnóstico é feito pelos Critérios de Duke, criados em 1994 e modificados em 2000:

CRITÉRIOS DE DUKE PARA ENDOCARDITE INFECCIOSA	
CRITÉRIOS MAIORES	CRITÉRIOS MENORES
Ecocardiograma com vegetações, abscesso, nova regurgitação valvar ou deiscência parcial de prótese valvar nova	Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$
2 hemoculturas positivas com microorganismos típicos de EI (<i>Strepto viridans</i> , <i>S. aureus</i> , HACEK, Enterococo, <i>Candida</i>)	Novo sopro cardíaco
1 HMC positiva para <i>Coxiella burnetii</i> ou IgG antifase 1:1.800	Condição cardíaca predisponente ou uso de droga injetável
	Fenômenos vasculares (embolização arterial, infarto pulmonar séptico, aneurisma micótico, hemorragia intracraniana, hemorragia conjuntival, lesões de Janeway).
	Fenômenos imunológicos (glomerulonefrite, nódulos de Osler, manchas de Roth, fator reumatoide).
DIAGNÓSTICO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA	
DEFINITIVO	2 critérios MAIORES 1 critério MAIOR + 3 menores 5 critérios menores ou Cultura positiva de vegetação cardíaca
PROVÁVEL	1 critério MAIOR + 1 critério menor 3 critérios menores

O **tratamento** deve ser feito com **antibióticos bactericidas endovenosos** por **4 a 6 semanas**, de modo a garantir penetração na vegetação (ambiente fibrinoso avascular). O esquema empírico inicial de **pacientes provenientes da comunidade** geralmente envolve a combinação de **Penicilina G cristalina + gentamicina** ou então **Ceftriaxona + gentamicina**. Para **endocardites nosocomiais (maioria dos casos)**, o esquema envolve **Vancomicina + Gentamicina/Amicacina**.

A **abordagem cirúrgica** é indicada quando houver hemocultura persistentemente positiva após 1 semana de antibioticoterapia, abscessos de valva, abscesso de miocárdio, vegetação móvel $>1\text{cm}$ (comum em infecções fúngicas) e/ou eventos embólicos graves nas primeiras 2 semanas de tratamento.

A **profilaxia** está indicada conforme tabela abaixo:

PROFILAXIA DE ENDOCARDITE		
PARA QUEM	EM QUAIS SITUAÇÕES	ESQUEMA ANTIBIÓTICO DOSE ÚNICA 1 HORA ANTES DO PROCEDIMENTO
- Endocardite prévia - Cardiopatia congênita cianótica não corrigida - Transplantado cardíaco com lesão valvar residual - Portadores de prótese valvar	- Procedimentos odontológicos - Adenoamigdalectomia - Biópsia ou manipulação de trato respiratório superior	Amoxicilina 50mg/kg VO (máx. 2g). ou Cefalexina 50mg/kg VO (máx. 2g) ou Ceftriaxona 50mg/kg (máx. 2g) EV ou IM. ou Clindamicina 20mg/kg VO (máx. 600mg) ou Azitromicina 15mg/kg VO (máx. 500mg)

Vamos às alternativas.

A. CORRETO. Febre é um dos critérios menores de Duke.

B. CORRETO. As manchas de Janeway são máculas violáceas ou hemorrágicas, indolores, encontradas em mãos e pés, e são consideradas um critério menor de Duke.

C. CORRETO. Novo sopro cardíaco é um dos critérios menores de Duke.

D. INCORRETO E RESPOSTA DA QUESTÃO. A visualização de vegetação em ecocardiograma consiste em um critério MAIOR de Duke.

E. CORRETO. Os nódulos de Osler são pequenos nódulos eritematosos doloridos que surgem nos dedos das mãos e dos pés, e são considerados um critério menor de Duke.

27. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Ariadne Becker) Menino de 2 anos de idade, previamente hígido, é admitido no pronto-socorro com histórico de diarreia intensa e vômitos há 3 dias. Apresenta-se desidratado, com hipotensão e oligúria. Exames laboratoriais revelam creatinina sérica elevada, ureia alta e uma fração excretora de sódio (FENa) de 0,5. O sedimento urinário é normal. Qual é a etiologia mais provável da Injúria Renal Aguda (IRA) neste paciente, e a explicação correta correspondente?

- A) Injúria Renal Aguda Intrínseca (Necrose Tubular Aguda), devido à FENa <1.
- B) Injúria Renal Aguda Pós-Renal, devido à FENa <1.
- C) Injúria Renal Aguda Pré-Renal, devido à FENa <1.
- D) Injúria Renal Aguda Pré-Renal devido à FENa <2.
- E) Injúria Renal Aguda Intrínseca (glomerulonefrite), devido à FENa > 5.

COMENTÁRIOS:

GABARITO: C.

Caro colega, vamos revisar os principais conceitos envolvendo a injúria renal aguda na pediatria: a classificação em pré-renal, intrínseca e pós-renal, e a análise da fração excretora de sódio (FENa). Venha comigo!

- **IRA pré-renal (mais comum):** causada pela redução da perfusão renal, seja por hipovolemia (sangramento, perdas gastrointestinais, grandes queimados, poliúria), seja por má distribuição da volemia (insuficiência cardíaca, cirróticos e choque séptico). Na IRA pré-renal a função tubular renal está intacta (afinal o problema está “antes do rim”). A partir da má perfusão, o glomérulo entende que “está faltando volume no corpo”, e, como resposta compensatória, começa a reabsorver sódio (na tentativa de reter sódio e água e restaurar a volemia).

- **IRA intrínseca:** causada por danos estruturais ao parênquima renal. As principais causas são isquemia prolongada (trombose artéria renal, microangiopatias trombóticas, choque prolongado), nefrotoxinas (anti-inflamatórios não esteroides, aminoglicosídeos, anfotericina B, inibidores da calcineurina, mioglobínúria por rabdomiólise), doenças glomerulares (principalmente síndrome hemolítico-urêmica e glomerulonefrite pós-estreptocócica) e sepse.

- **IRA pós-renal/obstrutiva:** causada por obstrução congênita (válvula de uretra posterior, estenose de JUP, estenose de JUV) ou adquirida (cálculos, coágulos, bexiga neurogênica) do trato urinário inferior, causando estase urinária no néfron e prejuízo à TFG.

Ótimo! Agora vamos à famosa **Fração excretora de sódio (FENa)**, uma medida direta da absorção renal de sódio.

- **FENa <1** = sódio sérico mais alto que o urinário, demonstrando que os rins estão conseguindo reabsorver o sódio porque a função tubular está preservada — ou seja, **IRA PRÉ-RENAL** (o problema está antes do rim).

- **FENa >2** = sódio sendo perdido na urina, pois os rins perderam sua capacidade de reabsorção — ou seja, **IRA INTRÍNSECA**, altamente sugestivo de necrose tubular aguda (NTA).

$$FENa = \frac{Na_u \times Cr_s}{Na_s \times Cr_u}$$

s = sérico
u = urinário

Portanto, considerando a história de diarreia e vômitos, desidratação, hipotensão e oligúria, fala fortemente a favor de IRA pré-renal. A FENa <1 confirma nossa hipótese diagnóstica (o glomérulo está funcionando normalmente — o que chega de sódio até ele é reabsorvido; o problema está na perfusão desse rim). Resposta da questão: letra C.

A. INCORRETO. Até poderíamos pensar em IRA intrínseca caso a hipovolemia fosse prolongada (o que não foi o caso). Além disso, para pensarmos em IRA intrínseca precisaríamos de uma FENa >2.

B. INCORRETO. Não há nada que sugira obstrução de via urinária na história desse paciente para pensarmos nessa hipótese diagnóstica.

C. CORRETO. Considerando a história de diarreia e vômitos, desidratação, hipotensão e oligúria, fala fortemente a favor de IRA pré-renal. A FENa <1 confirma nossa hipótese diagnóstica (o glomérulo está funcionando normalmente — o que chega de sódio até ele é reabsorvido; o problema está na perfusão desse rim).

D. INCORRETO. Muito cuidado com os valores! Memorize: FENa <1 = IRA pré-renal; FENa >2 = IRA intrínseca!

E. INCORRETO. Não há dados suficientes na história para pensarmos em glomerulonefrite, mas sim uma história clássica de depleção volêmica e risco de IRA pré-renal. Além disso memorize os valores de corte para interpretação da FENa: FENa < 1 = IRA pré-renal; FENa > 2 = IRA intrínseca!

28. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Ariadne Becker) Um menino de 5 anos de idade é levado ao pediatra com histórico de balanopostites de repetição e dificuldade progressiva na retração do prepúcio. Ao exame, observa-se um anel fibrótico esbranquiçado na parte distal do prepúcio, que impede a exposição da glândula. Os pais relatam que já tentaram o tratamento com corticoide tópico por 8 semanas, sem sucesso. Qual é o diagnóstico e a conduta mais apropriada neste caso?

- A) Fimose fisiológica; repetir o tratamento com corticoide tópico por mais tempo.
- B) Aderência balanoprepucial; aguardar a resolução espontânea.
- C) Fimose patológica; indicar correção cirúrgica (postectomia).
- D) Cisto de esmegma; orientar higiene local e observação.
- E) Parafimose; indicar correção cirúrgica de emergência.

COMENTÁRIOS:

GABARITO: C.

Caro Estrategista, vamos revisar esse assunto tão comum no consultório da pediatria?

A fimose consiste na incapacidade de retrain o prepúcio, não expondo nenhuma porção da glândula. A imensa maioria dos meninos nasce com fimose (fisiológica), com 90% dos casos resolvendo espontaneamente até os 3 anos de idade e 99% até os 17 anos.

O diagnóstico é clínico, sendo importante diferenciar algumas condições:

- Fimose fisiológica: Presente ao nascimento e é decorrente da aderência entre a mucosa interna do prepúcio e a mucosa da glândula. A pele do prepúcio é saudável. Como 90% dos casos resolvem espontaneamente até os 3 anos, a conduta expectante é a mais aceita na literatura. Nos casos em que há demora para resolução, queixa frequente dos pais ou em pacientes com predisposição a infecções urinárias (ex.: válvula de uretra posterior, refluxo vesicoureteral, bexiga neurogênica, etc.) pode-se considerar o tratamento com corticoides tópicos (betametasona ou dexametasona) em baixa concentração por 6-8 semanas. Esse tratamento costuma ter 95% de sucesso em 1 ano, evitando os riscos da cirurgia.

- Fimose patológica (adquirida): estenose do prepúcio em formato de cone, com a parte distal fibrótica e esbranquiçada, causada por trauma, balanopostites de repetição, irritação amoniacal ou balanite xerótica (líquen escleroatrófico). Nesses pacientes está indicada a correção cirúrgica (postectomia).

- Aderência balanoprepucial: Ocorre após a liberação da fimose, em que persiste uma união da mucosa prepucial com a glândula. Habitualmente se desfaz espontaneamente, e, quando isso ocorre e há exposição de mucosa cruenta, o paciente pode se queixar de ardência ao urinar.

- Cisto de esmegma: Formado pelo esmegma (massa branca resultante da descamação da mucosa da glândula) retido na forma de pseudocisto entre o corpo do pênis/glândula e prepúcio. É um processo benigno que se resolve espontaneamente após liberação das aderências prepuciais (elimina o espaço virtual onde o esmegma acumula). Nos casos recorrentes, que estejam gerando muita apreensão nos pais, pode-se considerar o tratamento com corticoide tópico para acelerar a resolução dos sintomas.

- Parafimose: Prepúcio distal estenosado que, ao ser tracionado, constribe a glândula e o corpo do pênis, causando estrangulamento da estrutura e isquemia distal. É uma emergência cirúrgica.

- Balanopostite: Na maioria das vezes, irritativa (pelo contato com amônia da urina), e eventualmente por infecção bacteriana secundária.

A. INCORRETO. A presença de balanopostites de repetição e a persistência do quadro após os 3 anos de idade fecha o diagnóstico de fimose patológica, indicando correção cirúrgica.

B. INCORRETO. A aderência balanoprepucial consiste numa fina “membrana/ área cruenta” que fica exposta após liberação da fimose. Essa aderência une a mucosa do prepúcio com a glândula, e resolve espontaneamente com o tempo.

C. CORRETO. A presença de balanopostites de repetição e a persistência do quadro após os 3 anos de idade fecha o diagnóstico de fimose patológica, indicando correção cirúrgica.

D. INCORRETO. O cisto de esmegma é o acúmulo de debris celulares da descamação da mucosa da glândula que fica retido entre o prepúcio e a glândula, não interferindo na retração do prepúcio.

E. INCORRETO. O paciente com parafimose apresenta um anel constritor ao redor da glândula, extremamente doloroso e com sinais de isquemia da glândula, o que não é compatível com o caso apresentado.

29. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Ariadne Becker) Um menino de 2 anos de idade é levado ao pronto-socorro pelos pais, que relatam que há cerca de 1 hora a criança está se queixando de “dor na garganta”, salivando e tossindo muito. Não há nenhum sintoma infeccioso associado, os dados vitais estão estáveis e a criança está eupneica em ar ambiente. Suspeitando da aspiração e/ou ingestão de corpo estranho, o pediatra solicita um Rx de tórax (vide abaixo). Considerando a imagem radiológica, qual é a conduta apropriada para esse caso?

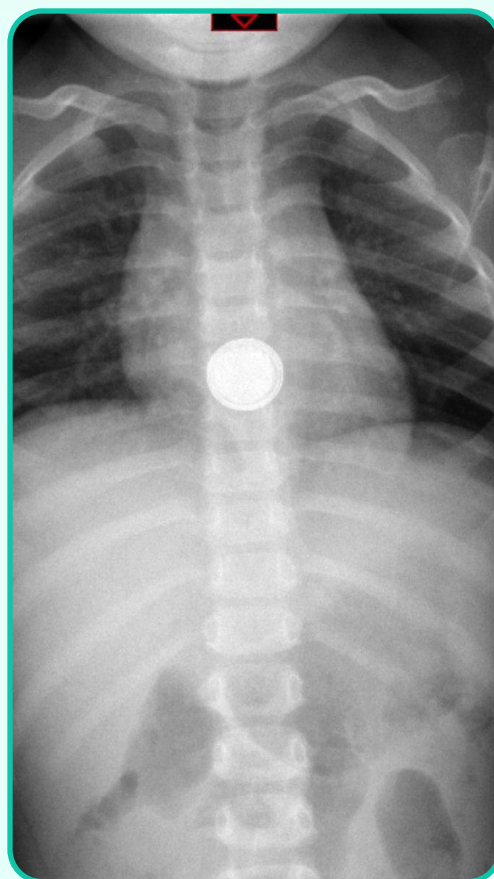


IMAGEM 1. FONTE: Perfil da Gastroenterologista Pediátrica Dra. Lissy de Rider no twitter. Ridder, Lissy. (@lissyderidder). 06 de Janeiro de 2021, 14:07. Holanda. Tweet. (LINK DA IMAGEM NOS COMENTÁRIOS).

- A) Broncoscopia de emergência para remoção da moeda da traqueia.
- B) Observação domiciliar e acompanhamento com raio-X seriado para verificar a progressão do objeto pelo trato gastrointestinal.
- C) Administração de laxantes para acelerar a eliminação da moeda e dieta rica em fibras.
- D) Endoscopia digestiva alta de emergência para remoção da bateria.
- E) Manobra de Heimlich para remover o corpo estranho da via aérea.

COMENTÁRIOS:

GABARITO: D.

FONTE COMPLETA DA IMAGEM: <https://www.webmd.com/children/features/button-batteries-children>

Caro aluno, quando falamos sobre INGESTÃO de corpo estranho, é importante lembrarmos que em 80%-90% dos casos o objeto passa espontaneamente pelo trato gastrointestinal, sendo eliminado nas fezes sem complicações. No entanto, os seguintes fatores devem ser levados em consideração na avaliação de cada caso:

1. Se a criança está sintomática: sintomas de obstrução de via aérea (tosse, estridor, dispneia), salivação, odinofagia importante, vômitos, dor torácica, demandam intervenção mais precoce.

2. Localização do objeto: devido ao menor diâmetro, e, consequentemente, maior risco de perfuração e sintomatologia, o esôfago costuma ser a localização que requer intervenção precoce, na maioria das vezes.

3. Tipo, tamanho e formato do objeto: objetos pontiagudos, baterias e magnetos, na maioria das vezes, precisarão de intervenção precoce, pelo risco de perfuração e lesão da mucosa.

4. Tempo decorrido desde a ingestão: com a peristalse é possível que o objeto já tenha se deslocado ao longo do trato gastrointestinal, o que mudará a escolha da intervenção (endoscopia x colonoscopia, por exemplo).

E qual é o principal objeto deglutido por crianças? MOEDAS! No entanto, caro aluno, é FUNDAMENTAL SABER DIFERENCIAR UMA MOEDA DE UMA BATERIA NA RADIOGRAFIA, pois **baterias liberam solução alcalina, capaz de corroer, necrosar e perfurar a mucosa gastrointestinal**.

Para permitir essa diferenciação radiológica em casos de emergências, a indústria de baterias fabrica UM HALO RADIOLUCENTE na bateria, de forma que esse seja evidenciado na radiografia. É o famoso **SINAL DO HALO**. Veja abaixo:

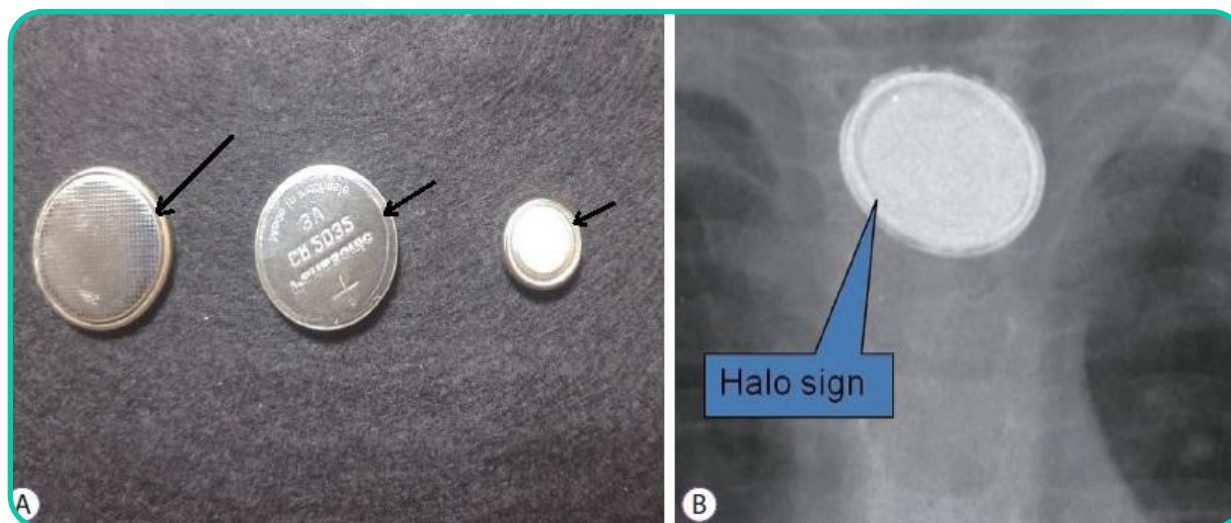
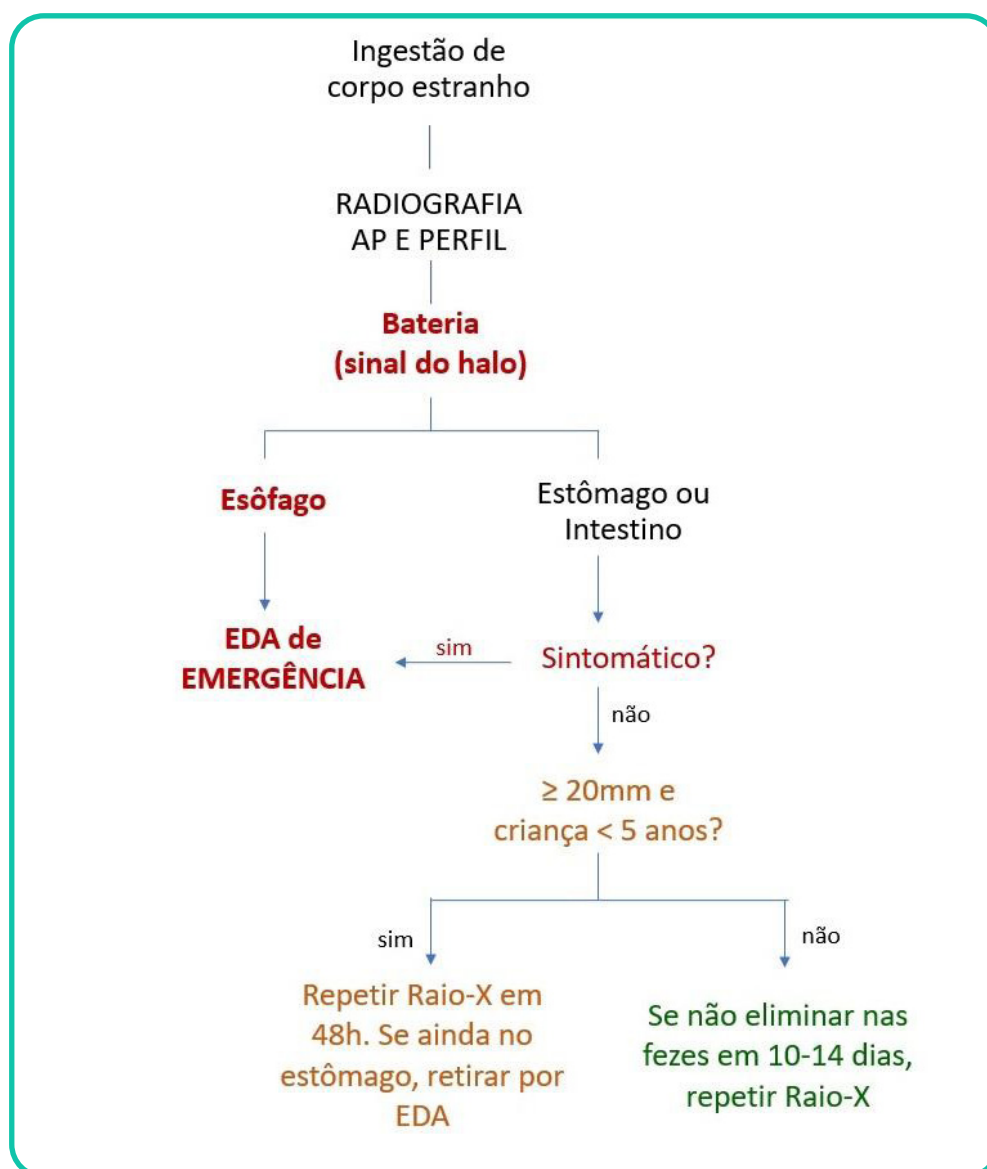


IMAGEM: Diferentes tamanhos de baterias (A), e sinal radiográfico do halo em bateria alojada no esôfago proximal (B).

FONTE: LEE, Ji Hyuk. Foreign body ingestion in children. Clinical Endoscopy, Korea, 51, 129-136, 2018.

Diante da ingestão de uma bateria, a conduta seguirá o seguinte fluxograma:



Portanto, diante de uma bateria alojada no esôfago, há ALTÍSSIMO RISCO de necrose e perfuração da mucosa, com risco de complicações graves como fístula traqueo-esofágica, mediastinite e estenose esofágica pós-cicatricial no futuro. Por isso, a conduta será a ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DE EMERGÊNCIA.

A. INCORRETO. Perceba que a via aérea da criança está pérvia (a traqueia está centralizada, com coluna de ar visível, e pulmões estão expandidos). O corpo estranho está, portanto, NO ESÔFAGO. Além disso, o sinal do duplo halo indica que o corpo estranho é uma BATERIA, e há risco de corrosão da mucosa esofágica, com perfuração!

B. INCORRETO. O sinal do duplo halo indica que o corpo estranho é uma BATERIA, e há risco de corrosão da mucosa esofágica, com perfuração! Precisamos de endoscopia digestiva alta de urgência para retirada imediata.

C. INCORRETO. Primeiramente porque o corpo estranho está impactado no esôfago (portanto dieta rica em fibras não ajudaria em nada nesse caso). Além disso, o sinal do duplo halo indica que o corpo estranho é uma BATERIA, e há risco de corrosão da mucosa esofágica, com perfuração! Precisamos de endoscopia digestiva alta de urgência para retirada imediata.

D. CORRETO. O sinal do duplo halo indica que o corpo estranho é uma BATERIA, e há risco de corrosão da mucosa esofágica, com perfuração! Precisamos de endoscopia digestiva alta de urgência para retirada imediata.

E. INCORRETO. A manobra de Heimlich é uma manobra de emergência para desengasgar alguém! Essa criança não tem sinal de obstrução de via aérea pelo corpo estranho (nem na história clínica, nem na imagem – veja a traqueia centralizada com coluna de ar visível).

30. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Ariadne Becker) Um menino de 3 anos de idade apresenta quadro de vômitos e sonolência há 2 dias. Previamente hígido, pais relatam que a criança fez uso de ibuprofeno, paracetamol e amoxicilina há cerca de 15 dias para tratamento de amigdalite aguda. Ao exame físico, a criança apresenta-se sonolenta, reativa a estímulos verbais, com escleras ictéricas 3+/4. Exames laboratoriais revelam: TAP de 22 segundos (RNI 2.1), bilirrubina total de 10 mg/dL (direta 8 mg/dL), TGO/TGP > 1500 U/L, amônia de 150 µmol/L e glicemia de 50 mg/dL. Sobre esse caso é INCORRETO afirmar que:

- A) A hipoglicemia indica incapacidade do fígado, já em falência, em realizar gliconeogênese.
- B) A administração de vitamina K objetiva normalizar o RNI.
- C) Independentemente da resposta do paciente às medidas iniciais de estabilização, deve-se priorizar a transferência dessa criança para um centro especializado em transplante hepático.
- D) Deve-se evitar o uso de benzodiazepínicos nesses pacientes, pela baixa metabolização da medicação e maior risco de intoxicação.
- E) O paciente já apresenta sinais de encefalopatia hepática.

COMENTÁRIOS:

GABARITO: B.

A insuficiência hepática aguda (IHA) é decorrente de danos hepáticos súbitos e graves, gerando perda das funções metabólicas e imunológicas do fígado, em uma criança sem história prévia de doença hepática.

Apesar de rara, a IHA possui mau prognóstico, com aproximadamente 50% dos casos evoluindo para transplante hepático e 25% evoluindo para óbito, sendo a principal causa de mortalidade o reconhecimento e encaminhamento tardio para os centros de referência em transplante hepático. Por esse motivo as provas (principalmente a USP) têm cobrado cada vez mais esse assunto desde 2023!

Os **critérios do Pediatric Acute Liver Failure (PALF) para diagnóstico da IHA** em crianças são:

- TAP ≥ 15 segundos ou RNI $\geq 1,5$ não corrigido por vitamina K na presença de encefalopatia hepática; ou TAP ≥ 20 segundos ou RNI $\geq 2,0$ com ou sem encefalopatia.
- Evidência bioquímica de dano hepático agudo;
- Sem evidência de doença hepática crônica nas 8 semanas que antecedem a apresentação.

O **quadro inicial clássico** se manifesta pelo surgimento de icterícia em um paciente sem história de hepatopatia prévia. Progressivamente podem surgir ascite, hepatomegalia, sangramentos espontâneos e encefalopatia hepática.

Os **exames laboratoriais** podem apresentar:

- Transaminases $> 10x$ o valor normal;
- Aumento de bilirrubinas (inicialmente bilirrubina direta, pela baixa capacidade de excreção biliar, e progressivamente aumento também da bilirrubina indireta, pela perda da capacidade de conjugação).
- Amônia $> 2-8$ vezes o valor normal.
- Hipoglicemia de difícil controle (pela destruição dos estoques de glicogênio no fígado e redução da capacidade hepática de gliconeogênese).
- Aumento do lactato.

Encefalopatia hepática:

- Causada pela neurotoxicidade da amônia e perda da capacidade de autorregulação do fluxo sanguíneo cerebral.
- **Grau 1:** inversão do ciclo sono-vigília, choro inconsolável, confusão mental, esquecimento, hiperreflexia, apraxia, tremor, alteração de caligrafia.

EEG ainda pode estar normal.

- **Grau 2:** comportamento inadequado, disartria, ataxia. EEG obrigatoriamente alterado (ondas lentas ou trifásicas).
- **Grau 3:** Sonolência, estupor, rigidez, sinal de Babinski. EEG obrigatoriamente alterado (ondas lentas ou trifásicas).
- **Grau 4:** coma, descerebração ou decorticação. EEG com ondas delta.

As principais etiologias a serem pesquisadas em um paciente com IHA são:

- **Infecciosas:** Herpes simples, hepatites virais, CMV, EBV, sífilis, toxoplasmose, rubéola, HIV, febre amarela, adenovírus;
- **Drogas:** paracetamol, ácido valproico, AAS, vitamina A, envenenamento por cogumelos;
- **Metabólico:** erros inatos do metabolismo, doença de Wilson, defeitos mitocondriais.
- **Cardiovasculares/isquêmicas:** insuficiência cardíaca aguda, choque, tromboembolismo, síndrome de Budd-Chiari (obstrução da veia hepática ou veia cava inferior causando hipertensão portal).

- **Autoimune.**

E o que você DEFINITIVAMENTE PRECISA SABER PARA A SUA PROVA, já que essa doença é rara?

1. Identificar que é um caso de insuficiência hepática aguda.
2. Saber que esses pacientes PRECISAM ser internados, preferencialmente em UTI.
3. Saber que há indicação de encaminhamento precoce, com o paciente ainda estável, para um serviço especializado em transplante hepático

-> e é aqui que muitas bancas podem derrubar muitos candidatos, que nunca estudaram o tema e vão acreditar que devem esperar a piora clínica para encaminhar!

Tratamento:

- Monitorização em UTI
- Controle rigoroso de pressão arterial, glicemias, eletrólitos
- Idealmente: eletroencefalograma EEG diário
- Sedação: evitar benzodiazepínicos (podem precipitar encefalopatia)
- Prevenir sangramento digestivo com inibidor de bomba de prótons
- Intubação eletiva nas encefalopatias graus 3 e 4
- Tratar hipotensão agressivamente: IHA grave costuma cursar com choque quente/vasodilatação - noradrenalina como droga de 1ª escolha
- Avaliar se há tratamento específico para a etiologia
- Intoxicação por paracetamol -> acetilcisteína
- Hepatite B -> Lamivudina
- Herpes simples -> aciclovir
- CMV -> Ganciclovir
- Síndrome de Budd-Chiari -> shunt porto-sistêmico transjugular (TIPS)
- Parvovírus -> imunoglobulina
- Autoimune -> imunossupressão
- Adenovírus -> cidofovir

Vamos analisar as alternativas.

A. CORRETO. Essa é a exata fisiopatologia e o tratamento da hipoglicemia do paciente em insuficiência hepática aguda.

B. INCORRETO É RESPOSTA DA QUESTÃO. A coagulopatia da insuficiência hepática aguda ocorre por falha na síntese de fatores de coagulação pelo fígado em falência, e não por deficiência de vitamina K. Portanto, apesar de ser frequentemente administrada por 5 dias como tentativa terapêutica (principalmente de pacientes com sangramento ativo), a não normalização do RNI é esperada (além do fato do RNI persistentemente $\geq 1,5$ após vitamina K ser um critério diagnóstico de insuficiência hepática aguda).

C. CORRETO. Pacientes com insuficiência hepática aguda devem ser encaminhados precocemente, ainda estáveis, para um serviço especializado em transplante hepático. O atraso no encaminhamento é a principal causa de mortalidade desses pacientes.

D. CORRETO. Com o fígado em falência, esses pacientes não metabolizam adequadamente uma série de medicamentos. Dentre eles, benzodiazepínicos e opioides como morfina e fentanil devem ser evitados pelo risco de intoxicação.

E. CORRETO. A presença de sonolência já indica um grau avançado (grau 3) de encefalopatia hepática.

31. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Ariadne Becker) Assinale a alternativa que contém uma indicação formal do uso de bicarbonato de sódio endovenoso:

- A) Acidose metabólica com ânion gap aumentado.
- B) Intoxicação por amitriptilina.
- C) Intoxicação por benzodiazepínicos.
- D) Alcalose respiratória.
- E) Intoxicação por opioides.

COMENTÁRIOS:

GABARITO: B.

Caro aluno, vamos lembrar em qual intoxicação temos indicação de reposição de bicarbonato? **INTOXICAÇÃO POR ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS, PRINCIPALMENTE AMITRIPTILINA! Vamos revisar esse tema!**

A Amitriptilina: antidepressivo tricíclico que inibe a recaptação de serotonina e norepinefrina por meio do bloqueio de receptores serotoninérgicos, muscarínicos, histamínicos e beta-adrenérgicos. Em altas doses causará diversos efeitos colaterais:

- **Anticolinérgicos:** constipação, retenção urinária, xerostomia, midríase e visão turva.

- **Cardiovasculares:** alterações eletrocardiográficas como alargamento do complexo QRS (mais comum), taquicardia, distúrbios da condução atrioventricular e prolongamento do intervalo QT.

- **Neurológicos:** tontura, sonolência, ataxia, confusão mental e disfunção cognitiva.

A conduta diante de uma intoxicação por essa classe medicamentosa inclui:

1. Garantir oxigenação e ventilação adequadas (intubação orotraqueal se necessário).

2. Garantir circulação e perfusão (expansão volêmica e drogas vasoativas se necessário).

3. Se crise convulsiva: NÃO utilizar fenitoína. Preferir benzodiazepínicos.

4. Carvão ativado para descontaminação gastrointestinal (desde que ingestão nas últimas 2 horas).

5. Se QRS alargado: teste terapêutico com bicarbonato de sódio endovenoso 3 mEq/kg em bolus (máximo 150 mEq). Se após o bolus houver estreitamento progressivo do QRS, realizar infusão contínua de manutenção almejando um pH sérico alvo entre 7,50 – 7,55.

1 - O mecanismo de ação proposto do bicarbonato na intoxicação por tricíclicos é que o pH alcalino favorece a forma inativa da droga, que, consequentemente, se ligará menos nos canais de sódio do miocárdio e causará menos cardiotoxicidade.

2 - Como a fenitoína age em canais de sódio, assim como os tricíclicos, esse anticonvulsivante deve ser EVITADO nas crises convulsivas por intoxicação por tricíclico. Deve-se dar prioridade a benzodiazepínicos.

Por isso, resposta da questão: letra B.

A. INCORRETO. As acidoses metabólicas ($\text{pH} < 7,35$ com $\text{HCO}_3^- < 22$) de ânion gap aumentado cursam com CONSUMO de bicarbonato pelo excesso de ácidos. Realizar bicarbonato de sódio nesses casos não irá corrigir o pH, nem corrigir o distúrbio metabólico de base, funcionando somente como “lenha na fogueira”: o bicarbonato repostado será tamponado pelos ácidos em excesso.

B. CORRETO. O mecanismo de ação proposto do bicarbonato na intoxicação por tricíclicos é que o pH alcalino favorece a forma inativa da droga, que, consequentemente, se ligará menos nos canais de sódio do miocárdio e causará menos cardiotoxicidade.

C. INCORRETO. Não há indicação de reposição de bicarbonato na intoxicação por benzodiazepínicos. Pode-se utilizar o Flumazenil como antagonista.

D. INCORRETO. Não há indicação de reposição de bicarbonato na alcalose respiratória (hiperventilação com queda de CO_2 e consequente aumento do pH sérico).

E. INCORRETO. Não há indicação de reposição de bicarbonato na intoxicação por opioides. Pode-se utilizar a naloxona como antagonista.

32. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Ariadne Becker) Uma criança de 1 ano de idade é diagnosticada com Leucemia Aguda. Considerando que ao diagnóstico essa criança apresentava bastonetes de Auer no mielograma e evoluiu com coagulação intravascular disseminada (CIVD), qual é o subtipo de leucemia mais provável?

- A) LLA B.
- B) LMA M3 (promielocítica).
- C) LMA M7.
- D) DLLA T.
- E) LMC

COMENTÁRIOS:

GABARITO: B.

Estrategista, vamos revisar os pontos mais importantes sobre as leucemias nas provas de Residência R+?

As leucemias são as neoplasias malignas mais comuns da infância, sendo a leucemia linfóide aguda (LLA) o subtipo mais comum (aproximadamente 80% dos casos), seguida pela leucemia mieloide aguda (LMA), que corresponde a 15%-20% dos casos.

A **LLA** possui maior pico de incidência entre 2 e 5 anos de idade, e as principais manifestações clínicas e laboratoriais são:

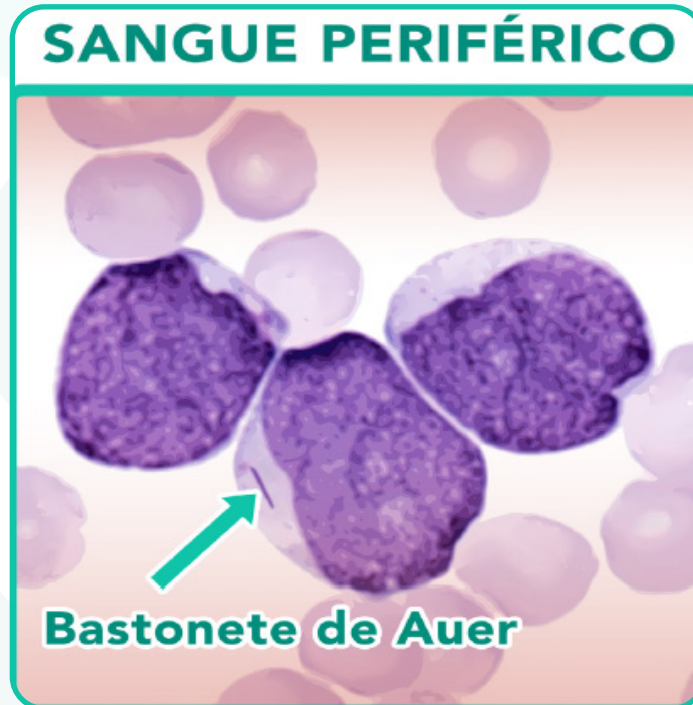
- Dor óssea (principalmente MMII);
- Febre (50%-60%)
- Infiltração periférica: esplenomegalia, linfonodomegalia, testículos, hepatomegalia.
- 5% infiltração de SNC ao diagnóstico (porém maioria assintomático).
- Infiltração de mediastino e sintomas respiratórios (nesses casos pensar em LLA-T).
- Anemia (aprox. 100%) – Normocítica e normocrômica, com baixa contagem de reticulócitos.
- Trombocitopenia (75%)
- Leucocitose (70%)

O diagnóstico é feito pelo mielograma (aspirado de medula óssea) contendo pelo menos 25% de linfoblastos.

Já a **LMA** possui pico bifásico de incidência: <2 anos e adolescentes, e pacientes com síndrome de Down consistem em um importante grupo de risco.

As principais manifestações clínicas são:

- Infiltração de órgãos por células neoplásicas (“cloromas”)
 - o Hiperplasia gengival
 - o Proptose ocular
 - o Leucemia cútis
 - o Raramente infiltram linfonodos e cortical óssea (principal diferença de LLA)
- Mieloblastos com presença de bastonetes de Auer



O diagnóstico de LMA é feito pelo aspirado de medula óssea contendo no mínimo 20% de mieloblastos anômalos, frequentemente apresentando os famosos “bastonetes de Auer”.

Os subtipos de LMA, frequentemente cobrados em provas, e suas principais características são:

- M2 - cloromas
- M3 (promielocítica) - CIVD - tratamento com ácido transretinoico (ATRA)
- M4 e M5 - infiltração gengival
- M7 - Síndrome de Down

Vamos às alternativas.

A. INCORRETO. Os bastonetes de Auer são característicos das leucemias MIELOIDES, e não linfoides.

B. CORRETO. A presença de bastonetes de Auer corroboram a linhagem mieloide da leucemia, e a evolução com CIVD é característica da LMA M3 – promielocítica.

C. INCORRETO. Apesar dos bastonetes de Auer corroborarem a linhagem mieloide da leucemia, a CIVD é classicamente associada à LMA M3. A leucemia LMA M7 é classicamente associada a pacientes com síndrome de Down.

D. INCORRETO. Os bastonetes de Auer são característicos das leucemias MIELOIDES, e não linfoides.

E. INCORRETO. A leucemia mieloide crônica é extremamente rara na pediatria, não sendo a principal hipótese diagnóstica na imensa maioria dos casos.

33. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Ariadne Becker) Um menino de 6 anos de idade, previamente hígido, apresenta, há cerca de 1 mês, quadro de febre diária intermitente de até 38 °C e cefaleia progressiva com despertar noturno devido à dor. Há 2 dias apresenta-se mais letárgico e com dificuldade para movimentar um dos olhos. Ao exame físico, apresenta sinal de Brudzinski e paralisia do nervo abducente bilateralmente. Assinale a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável:

- A) Meningite tuberculosa.
- B) Meningite aguda viral.
- C) Encefalite herpética.
- D) Meningite fúngica.
- E) Meningite pneumocócica.

COMENTÁRIOS:

GABARITO: A.

Caro aluno, esta questão é para ajudá-lo a memorizar o “pulo do gato” quando ela quiser lhe mostrar uma meningite tuberculosa: PARALISIA DO NERVO ABDUCENTE, com um quadro arrastado. Vamos revisar um pouco mais sobre ela?

A meningite tuberculosa ocorre pela disseminação do *Mycobacterium tuberculosis* a partir de um foco primário pela via hematogênica, atravessando a barreira hematoencefálica. Com a presença de bacilos no encéfalo, meninges e ossos adjacentes ocorre a resposta inflamatória, formação de lesões nodulares (tuberculomas — normalmente assintomáticos) e inflamação das meninges.

O quadro costuma ser arrastado, cursando com meningite crônica (>4 semanas), com sintomas que melhoram e pioram espontaneamente, incluindo cefaleia, febre, perda ponderal e náuseas. Com a progressão do edema perilesional surgem os sintomas de encefalite: confusão mental, letargia, crises convulsivas e déficits focais.

O ponto-chave para a suspeita diagnóstica está no fato de que a atividade inflamatória da meningite tuberculosa acomete principalmente AS MENINGES ADJUNTAS DA BASE DO CRÂNIO, gerando a clássica paralisia do nervo abducente e realce preferencial das meninges nessa localização nos exames de neuroimagem.

Veja na imagem abaixo:



Figura 21: Tuberculomas com realce anelar na tomografia computadorizada de crânio Fonte: Shutterstock

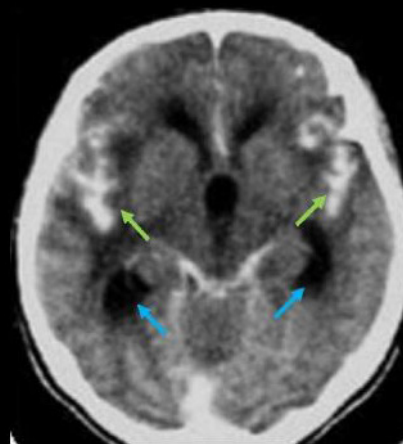


Figura 22: Realce meníngeo nas cisternas da base (setas verdes) e dilatação ventricular indicando hidrocefalia (setas azuis) Fonte: Prova de Acesso Direto UNICAMP / 2017

O teste diagnóstico padrão-ouro é o teste molecular (RT-PCR) para *M. tuberculosis* no liquor, que possui até 95% de sensibilidade e 98% de especificidade.

O grande receio do tratamento da neurotuberculose é a resposta paradoxal ao tratamento, quando ocorre lise de micobactérias nas primeiras duas semanas, liberando produtos extremamente inflamatórios que pioram o edema e recrutam ainda mais linfócitos localmente, com risco de hidrocefalia obstrutiva e edema cerebral. Por esse motivo é fundamental a associação de corticoide em altas doses nos primeiros 28 dias de tratamento.

A. CORRETO. A evolução arrastada de >4 semanas, com febre baixa diária e paralisia de nervo abducente (indicando provável comprometimento de meninges adjuntas da base do crânio), falam fortemente a favor de meningite tuberculosa.

B. INCORRETO. A meningite viral cursaria com um quadro muito mais agudo (no máximo 2-3 dias de evolução), e raramente está associada à paralisia de nervos cranianos.

C. INCORRETO. A encefalite herpética não cursaria com um quadro tão arrastado. Além disso, não há sinais de comprometimento de PARÊNQUIMA cerebral (alteração de comportamento, crise convulsiva, alteração de nível de consciência), clássicos da encefalite.

D. INCORRETO. Apesar da meningite fúngica poder, sim, cursar com um quadro arrastado como esse, ela dificilmente acometeria um paciente previamente hígido, sendo muito mais comum em imunodeprimidos.

E. INCORRETO. A meningite pneumocócica apresentaria um quadro muito mais agudo (no máximo 2-3 dias de evolução), com comprometimento grave de estado geral e sinais clássicos como Brudzinski, Lasegue e rigidez de nuca.

34. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Ariadne Becker) Menino de 1 ano de idade, 10 kg, está em protocolo de reanimação cardiopulmonar devido à parada cardiorrespiratória em fibrilação ventricular. Já recebeu uma desfibrilação de 20 joules. Assinale a alternativa que contém os próximos passos da reanimação a serem realizados logo após essa desfibrilação:

- A) Manter a massagem cardiopulmonar por mais 2 minutos. Após esse período realizar a checagem de ritmo e, se paciente permanecer em ritmo chocável, administrar segunda desfibrilação a 40 joules, seguida de adrenalina 0,01 mg/kg.
- B) Realizar adrenalina 0,01 mg/kg seguida de massagem cardiopulmonar por mais 2 minutos.
- C) Realizar adrenalina 0,01 mg/kg, seguida de amiodarona 5 mg/kg.
- D) Manter a massagem cardiopulmonar por mais 2 minutos. Após esse período realizar a checagem de ritmo e, se paciente permanecer em ritmo chocável, administrar segunda desfibrilação a 60 joules, seguida de adrenalina 0,1 mg/kg.
- E) Realizar amiodarona 5 mg/kg.

COMENTÁRIOS:

GABARITO: A.

Caro aluno, vamos revisar a reanimação nos ritmos chocáveis?

Identificando os ritmos chocáveis:

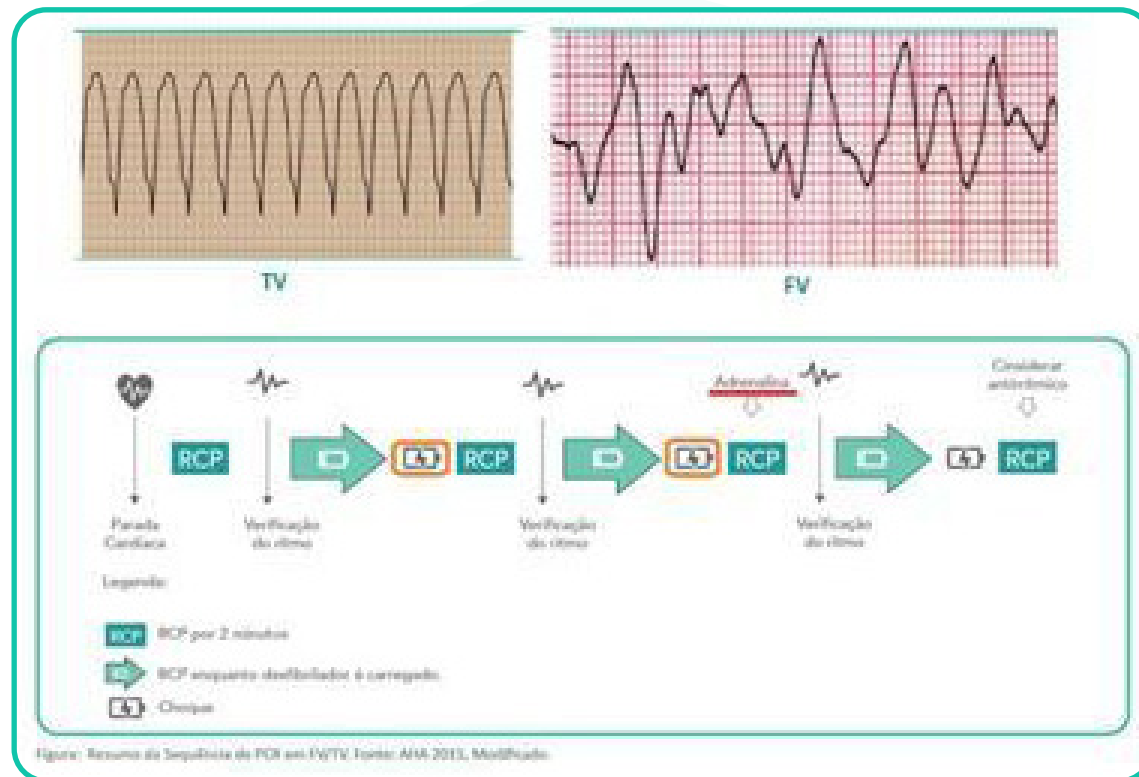
TAQUICARDIA VENTRICULAR SEM PULSO: Complexos QRS organizados e rítmicos, porém largos. Pode ser polimórfico ou monomórfico.

FIBRILAÇÃO VENTRICULAR: Atividade totalmente desorganizada e caótica no monitor.

Conduta nos ritmos chocáveis:

- A carga dos choques para desfibrilação inicia em 2J/kg, aumentando em 2J/kg a cada ciclo até o máximo de 10 J/kg (2 – 4 – 6 – 8 – 10 J/kg) ou carga máxima para adultos (360J desfibrilador monofásico, 200J no bifásico).
- A adrenalina só deve ser administrada após o 2º choque.

- Após o 3º choque deve-se administrar um antiarrítmico (amiodarona ou lidocaína).



DOSES E VIA DE ADMINISTRAÇÃO DAS MEDICAÇÕES:

- **ADRENALINA:**
 - o Endovenosa (EV) ou intraóssea (IO): 0,01 mg/kg (ou 0,1 ml/kg da solução diluída em 1:10.000)
 - o Endotraqueal (ET): 0,1 mg/kg (concentração 10x maior)
- o A cada 3-5 minutos (“ciclo sim, ciclo não”)
- **AMIODARONA:**
 - o EV ou IO: 5mg/kg (até 3x)
 - o A cada 3-5min, alternando com adrenalina.
- **LIDOCAÍNA:**
 - o EV ou IO: Ataque 1mg/kg + infusão contínua manutenção após
 - o ET: 2-3 mg/kg

Vamos às alternativas.

A. CORRETO. A segunda desfibrilação deve ser realizada com 2 joules por kg, e a adrenalina deve ser realizada após esse segundo choque na dose de 0,01 mg/kg.

B. INCORRETO. A conduta nos ritmos chocáveis após o primeiro choque é sempre RETOMAR A MASSAGEM E NÃO FAZER NENHUMA MEDICAÇÃO (memorize: choque – nada – choque – adrenalina).

C. INCORRETO. A conduta nos ritmos chocáveis após o primeiro choque é sempre RETOMAR A MASSAGEM E NÃO FAZER NENHUMA MEDICAÇÃO. A adrenalina, portanto, entrará somente após o 2º choque, e a amiodarona não será realizada logo em seguida, e sim somente após o 3º choque!

D. INCORRETO. A dose do segundo choque é de 4 joules/kg, e a dose da adrenalina é de 0,01 mg/kg.

E. INCORRETO. A amiodarona entra somente após o 3º choque!

35. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Lígia Modelli) Sobre a adolescência, julgue os itens a seguir:

- A) Adolescência corresponde à idade entre 9 a 16 anos.
- B) O adolescente tem o direito de ser atendido sozinho e seu sigilo deve ser preservado em todas as situações.
- C) Sugere-se que a consulta do adolescente tenha dois momentos: entrevista com paciente e familiares juntos e entrevista com o paciente a sós.
- D) A SBP preconiza, para a anamnese, utilizar a abordagem HEEADSSS.
- E) Adolescência corresponde à idade entre 9 a 18 anos.

COMENTÁRIOS:

Gabarito: D

Hebiatria é a medicina do adolescente.

Definição de adolescente:

- De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, corresponde à idade de 10 a 19 anos;
- de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, a idade vai de 12 a 18 anos.

O adolescente tem o direito de ser atendido sozinho e seu sigilo deve ser preservado, exceto em situações que representem risco para ele mesmo ou terceiros.

Sugere-se que a consulta do adolescente tenha três momentos:

- 1- entrevista com paciente e familiares juntos;
- 2- entrevista com o paciente a sós;
- 3- retorno dos pais ou responsáveis.

A SBP e outros autores preconizam, para a anamnese, utilizar a abordagem HEEADSSS.

- *Home* (casa): tudo sobre a casa. Desde quem mora com ele até como é o clima e a dinâmica familiar.
- *Education/Employment* (educação/emprego): se estuda, em que ano, como vai na escola ou, se trabalha, aonde, em que horário.
- *Eating disorders* (distúrbios alimentares): hábitos alimentares e percepção sobre o corpo.
- *Activities* (atividades): o que faz além dos estudos, quais são os *hobbies*, quanto tempo passa em seus *hobbies*.
- *Drugs* (drogas): uso de drogas lícitas ou ilícitas.
- *Sexuality* (sexualidade): se namora, se já iniciou a vida sexual, usa preservativos, relacionamentos com mesmo sexo ou sexo oposto.
- *Security* (segurança): pesquisar se já sofreu ou provocou algum tipo de violência.
- *Suicide* (suicídio): estimar se há risco de autoextermínio.

Vamos às alternativas:

Alternativa A e E: incorreta, Definição de adolescente:

- de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, corresponde à idade de 10 a 19 anos;
- de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, a idade vai de 12 a 18 anos.

Alternativa B: **Incorreta**, o adolescente tem direito a sigilo e direito a ser atendido sozinho. Contudo, em algumas situações, o sigilo deve ser quebrado, como discutido acima.

Alternativa C: **Incorreta**. Sugere-se que a consulta do adolescente tenha três momentos:

- 1- entrevista com paciente e familiares juntos;
- 2- entrevista com o paciente a sós;
- 3- retorno dos pais ou responsáveis

Alternativa D: Correta, o médico deve ativamente fazer questionamento, seguindo o HEEADSSS.

36. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Lígia Modelli) Sobre o crescimento, assinale a alternativa correta:

- A) É importante para avaliar o crescimento da criança desde o nascimento, parâmetros de peso e comprimento. A avaliação desses dois parâmetros deve ser realizada rotineiramente desde o nascimento até os 3 anos de vida.
- B) O cálculo da velocidade de crescimento é o parâmetro mais importante na avaliação clínica de uma criança com problemas de crescimento.
- C) A radiografia de idade óssea é um exame ultrapassado que está caindo em desuso.
- D) Se o resultado mostrar idade óssea adiantada, significa que o paciente ainda pode crescer mais, quando comparado a um paciente de mesma idade e altura, com idade óssea atrasada.
- E) A radiografia de idade óssea é realizada na mão e no punho direito, mas pode ser feita nas duas mãos, para melhorar a acurácia.

COMENTÁRIOS:

Gabarito: B

Olá, Estrategista. O crescimento reflete as condições de saúde da criança, sendo considerado um sinal vital. Sua monitorização permite a detecção de agravos à saúde infantil.

Um crescimento anormal pode ser o primeiro sinal de uma condição patológica, sendo fundamental seu acompanhamento rotineiro e dinâmico.

Os principais objetivos da avaliação do crescimento são:

- Avaliar variações da normalidade que permitem tranquilizar tanto a família quanto a criança;
- Identificar precocemente fatores que interferem no crescimento, com o objetivo de fazer intervenções no sentido de sua recuperação;
- Identificar fatores que afetam o crescimento que possam ser minimizados, porém não curados, oferecendo apoio adequado e aconselhamento a pais e familiares.

Para que se obtenha uma visão completa do crescimento da criança desde o nascimento, são usados os parâmetros de peso, comprimento e perímetro cefálico. A avaliação desses três parâmetros deve ser realizada rotineiramente desde o nascimento até os 3 anos de vida.

Após essa idade, o peso e a estatura precisam ser monitorados rotineiramente.

Ao avaliar uma criança com problemas no seu crescimento, a anamnese e o exame físico minuciosos são essenciais, pois podem detectar estigmas genéticos, displasias esqueléticas e doenças endócrinas ou sistêmicas. Assim, é possível avaliar condições que interferem no crescimento normal.

Vamos lá, passo a passo!

1º Passo: Anamnese bem feita, com dados anteriores de peso e estatura, dados de desenvolvimento neuropsicomotor, inquérito alimentar, intercorrências gestacionais, doenças pregressas, dados familiares e uso de medicamentos.

2º Passo: Exame Físico

O exame físico deve estar voltado para detectar as alterações relacionadas às causas de baixa estatura e deve incluir as medidas antropométricas de peso, estatura, relação segmento superior/segmento inferior (SS/SI) e avaliação do estágio puberal.

3º Passo: Cálculo da velocidade de crescimento

Esse parâmetro é o mais importante na avaliação clínica de uma criança com problemas de crescimento. Uma criança com baixa estatura e adequada velocidade de crescimento dificilmente terá uma doença subjacente como causa da baixa estatura. Ao constatar uma baixa velocidade de crescimento associada a atraso de idade óssea, deve-se suspeitar de causa endocrinológica para a baixa estatura.

4º Passo: Cálculo do alvo genético

Esse cálculo é um parâmetro clínico, que pode orientar o diagnóstico diferencial entre os desvios de normalidade, assim como pode tranquilizar pacientes e familiares quanto ao padrão genético de cada paciente.

Não se esqueça de que uma criança cuja estatura se afasta mais do que 2 desvios-padrão em relação ao alvo genético, mesmo que não tenha o diagnóstico de baixa estatura, tem problemas de crescimento e deve ser investigada.

5º Passo: Idade óssea

A avaliação da maturação óssea complementa os dados extraídos da anamnese e exame físico, auxiliando no diagnóstico da maior parte dos casos de baixa estatura, além de estimar o potencial de crescimento.

Quando estamos diante de uma criança com velocidade de crescimento normal e idade óssea atrasada, constata-se que há um bom potencial de crescimento em estatura até que sua maturação óssea se torne completa.

6º passo: Exames laboratoriais

Crianças que crescem com adequada velocidade de crescimento, e que não apresentem na anamnese e exame físico nenhuma patologia associada, necessitam apenas de exames gerais.

7º passo: Avaliação endocrinológica

Nos casos em que há déficit de crescimento e a pesquisa ampliada não obteve sucesso em diagnosticar a causa da baixa estatura, o apoio do endocrinologista será importante para conduzir o diagnóstico de patologias menos frequentes e, se necessário, indicar os testes endocrinológicos para pesquisa de deficiência de GH.

Vamos mais a fundo no exame de idade óssea?

A avaliação da maturação esquelética por meio da radiografia de punho (idade óssea) pode fornecer a informação da idade fisiológica diferentemente da idade cronológica.

A progressão da ossificação das epífises ósseas (maturação óssea) pode determinar o potencial de crescimento de um indivíduo. Ao avaliar o surgimento dos centros de ossificação de uma criança, é possível aferir sua maturação esquelética e compará-la à sua idade cronológica.

Essa avaliação é realizada através da radiografia de punho esquerdo, utilizando-se os Atlas de Greulich-Pyle e de Tanner-Whitehouse.

De acordo com esses Atlas, a idade óssea pode ser determinada e comparada à idade cronológica da criança.

É considerada normal a idade óssea que está entre 2 desvios-padrão (DP) para cima ou para baixo em relação à idade cronológica.

Dessa forma, o esperado é que a diferença entre a idade óssea (IO) e a idade cronológica (IC) seja de:

- 12 meses em crianças de 2 a 4 anos.
- 18 meses entre 4 e 12 anos.
- 24 meses após os 12 anos.

Muitos autores aceitam a diferença entre IO e IC de até 1 a 2 anos para cima ou para baixo como normal.

A estatura final de um indivíduo é determinada quando ocorre a fusão completa entre a epífise e a metáfise dos ossos (estágio final da maturação óssea).

Mas que informação prática podemos extrair desses dados?

1. Idade óssea atrasada: pode indicar que a criança tem maior potencial de crescimento, uma vez que o crescimento se dá até o fechamento das epífises. Por outro lado, o atraso na idade óssea pode refletir um déficit hormonal subjacente (hipotireoidismo, deficiência de hormônio de crescimento).

2. Idade óssea avançada: pode sugerir que o paciente apresentará uma parada mais precoce do crescimento. Essa situação pode ser encontrada em crianças com puberdade precoce e nos maturadores rápidos.

Agora, vamos julgar as alternativas:

Alternativa A incorreta, para que se obtenha uma visão completa do crescimento da criança desde o nascimento, são usados os parâmetros de peso, comprimento e perímetro cefálico. A avaliação desses três parâmetros deve ser realizada rotineiramente desde o nascimento até os 3 anos de vida.

Alternativa B: Correta, é a VC que nos direciona para o diagnóstico ou não de patologias. VC atrasada pensamos em endocrinopatias, por exemplo. VC normal, atraso constitucional do crescimento ou baixa estatura idiopática.

Alternativa C: Incorreta, a avaliação da maturação óssea complementa os dados extraídos da anamnese e exame físico, auxiliando no diagnóstico da maior parte dos casos de baixa estatura, além de estimar o potencial de crescimento.

Alternativa D: Incorreta.

Ao contrário, a idade óssea atrasada tem maior potencial de crescimento que a idade óssea adiantada.

Alternativa E: Incorreta, é feito de mão e punho esquerdo, de forma padronizada.

37. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Lígia Modelli) Em relação ao registro civil de nascimento das crianças, qual é a orientação correta?

- A) No Brasil, a emissão da primeira via da Certidão de Nascimento tem um pequeno custo.
- B) Quando os pais são casados, ambos devem comparecer ao cartório portando a certidão de casamento.
- C) O prazo para registro é de 20 dias após o parto, ampliando-se até 3 meses para os lugares distantes mais de 30 quilômetros da sede do cartório.
- D) Pais e mães maiores de 15 anos de idade podem declarar o nascimento de seu filho sem restrições.
- E) O pai que é menor de 16 anos não poderá declarar o nascimento do filho, mesmo na presença de seu representante legal.

COMENTÁRIOS:

Gabarito E

Caro aluno, vamos revisar rapidamente os pontos mais importantes que o médico precisa saber sobre o registro de nascimento perante a Constituição Brasileira?

A certidão de nascimento é o primeiro documento com validade jurídica de uma pessoa. Por meio dela, a criança passa a ter nome, sobrenome, nacionalidade, filiação e direitos à saúde e à educação. É o comprovante de existência do cidadão. Sem esse documento, a pessoa é impedida de exercer os seus direitos civis e sociais, na prática ela fica invisível.

No Brasil, a emissão da primeira via da Certidão de Nascimento é totalmente gratuita para todos os que nascem em solo brasileiro, garantida por lei federal (Lei nº 9.534/97).

A lei que regulamenta os registros públicos é a Lei nº 6015/73, e os pontos principais acerca do registro de nascimento são os seguintes:

1. Todo nascimento que ocorrer no território nacional deverá ser registrado em cartório do lugar onde tiver ocorrido o parto;
2. São necessários a Declaração de Nascido Vivo (DNV) do bebê e documento original com foto da pessoa que estiver realizando o registro em cartório;
3. Quando os pais são casados, basta a presença de um dos cônjuges em cartório portando a certidão de casamento.
4. Quando os pais são solteiros, faz-se necessária a presença de ambos no cartório.
5. O prazo para registro é de 15 dias após o parto, ampliando-se até 3 meses para os lugares distantes mais de 30 quilômetros da sede do cartório.

6. São obrigados a fazer a declaração de nascimento:

- a. O pai;
- b. No impedimento do pai, a mãe. Nesse caso o prazo para declaração é prorrogado por mais 45 dias;
- c. No impedimento do pai e da mãe, o parente mais próximo;
- d. No impedimento dos anteriores, os administradores de hospitais, médicos ou parteiras que tiverem assistido o parto;
- e. Pessoas encarregadas da guarda do menor.

7. Em caso de partos domiciliares, é necessária a presença de duas testemunhas maiores de idade que presenciaram o parto, no momento do registro em cartório.

8. Pais e mães maiores de 16 anos de idade podem declarar o nascimento de seu filho sem restrições.

9. Mães menores de 16 anos de idade deverão ser representadas pelos pais ou seus responsáveis legais (avós do recém-nascido) no momento do registro de seu filho.

10. Pais menores de 16 anos NÃO poderão declarar o nascimento do filho, mesmo na presença de seu representante legal. O registro de nascimento no nome desse pai só poderá ser realizado por meio de autorização judicial.

Alternativa A incorreta, a emissão da primeira via de certidão de nascimento é totalmente gratuita.

Alternativa B incorreta, quando os pais são casados, basta apenas um comparecer ao cartório.

Alternativa C incorreta, o prazo para registro é de 15 dias.

Alternativa D incorreta, a idade é maior que 16 anos.

Alternativa E correta, o registro de nascimento no nome desse pai só poderá ser realizado por meio de autorização judicial.

38. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Lígia Modelli) A obesidade é um assunto de grande importância atualmente. Sobre esse tema, julgue os itens a seguir.

- A) Em crianças abaixo de 5 anos, o diagnóstico de obesidade acontece entre o scoreZ +2 e +3 do IMC/I.
- B) A principal causa de obesidade na pediatria é a obesidade exógena.
- C) É necessário reduzir a atividade física nesses pacientes, pelo risco de lesão.
- D) O diagnóstico de síndrome metabólica pode ser feito para crianças menores de 6 anos.
- E) Para o diagnóstico de síndrome metabólica, para crianças entre 10 a 16 anos, o triglicérides tem que ser maior que 130.

COMENTÁRIOS:

Gabarito B

Caro aluno, vamos aproveitar para revisar o que as bancas podem cobrar sobre esse tema na sua prova? Venha comigo!

O diagnóstico de **sobrepeso e obesidade** na pediatria dependerá do **percentil ou Z-score em que o IMC (índice de massa corpórea)** da criança se encontra. É importante lembrarmos que a OMS "amenizou" o diagnóstico de obesidade nas crianças menores, as **abaixo de 5 anos de idade**, em que **só serão consideradas obesas** as crianças com **IMC > Escore z+3**. Já nos **maiores de 5 anos**, crianças com **IMC > z+2** já são consideradas obesas, e aquelas com **IMC > z+3, obesas graves**.

Veja na tabela abaixo:

Percentil	Escore Z	Zero a 5 anos incompletos	5 a 20 anos incompletos
< Percentil 0,1	< Escore-Z -3	Magreza acentuada	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-Z -3 e < Escore-Z -2	Magreza	Magreza
≥ Percentil 3 e ≤ 85	≥ Escore-Z -2 e ≤ +1	Eutrofia	Eutrofia
> Percentil 85 ≤ 97	> Escore-Z +1 e ≤ +2	Risco de sobrepeso	Sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ 99,9	> Escore-Z +2 e ≤ +3	Sobrepeso	Obesidade
> Percentil 99,9	> Escore-Z +3	Obesidade	Obesidade grave

São diversas as **etiologias** de obesidade na pediatria (fatores ambientais, genéticos, endocrinológicos, medicamentosos...), mas a **principal** causa continua sendo a obesidade **exógena**, causada por consumo de alimentos com alto índice glicêmico, bebidas açucaradas e alimentos ultraprocessados, associados ao sedentarismo.

Com o crescente aumento da prevalência de obesidade na faixa etária pediátrica, tem ocorrido também maior prevalência de **síndrome metabólica**. A síndrome metabólica cursa com resistência à insulina, adiposidade visceral, disfunção endotelial e estados pró-trombóticos, aumentando o risco de doenças cardiovasculares, dislipidemia, diabetes *mellitus* tipo 2, hiperuricemia e esteatose hepática não alcoólica.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) adota os mesmos critérios diagnósticos da International Diabetes Federation (IDF), e a aplicabilidade desses critérios também dependerá da idade da criança:

- **<6 anos:** não é feito esse diagnóstico.
- **6-10 anos:** se circunferência abdominal $>p90$ + história familiar de síndrome metabólica, dislipidemia, doença cardiovascular, hipertensão e/ou obesidade = criança com risco aumentado para síndrome metabólica.
- **10-16 anos:** circunferência abdominal $>p90$ + 2 critérios = diagnóstico de síndrome metabólica.

Veja como é feito o **diagnóstico e o tratamento da síndrome metabólica** nas crianças entre **10 e 16 anos de idade**:

Critérios diagnósticos da IDF para crianças entre 10 e 16 anos	
Para diagnóstico: circunferência abdominal $\geq$ percentil 90 + 2 critérios	
Glicose	≥ 100 mg/dL
Triglicérides	≥ 150 mg/dL
HDL-colesterol	< 40 mg/dL
Pressão arterial	PAS > 130 mmHg ou PAD > 85 mmHg

Tratamento da síndrome metabólica em crianças e adolescentes	
Obesidade	Redução de 7%-10% do peso corporal, visando atingir IMC <25 kg/m ² Atividade física moderada a intensa, 30 minutos por sessão, 5 vezes por semana
Dislipidemias	Redução de alimentos contendo gorduras saturadas, trans e colesterol
Hipertensão arterial	Diminuir pressão arterial <percentil 90 para idade e gênero
Hiperglicemia	Aumentar atividade física e reduzir peso Em pacientes com diabetes <i>mellitus</i> tipo 2, atingir hemoglobina glicada fração A1c < 7%
Estados pró-trombóticos	AAS em baixas doses para pacientes de alto risco ¹

¹O uso de AAS está na diretriz da Sociedade Brasileira de Pediatria, sendo que tal recomendação é adaptada de uma publicação da renomada revista *Circulation*, porém, de 2005. Como vimos em adultos, há dados mais recentes que não demonstraram benefícios do uso do AAS na prevenção primária! Assim, aguardamos atualizações das diretrizes pediátricas quanto a esse tópico.

Vamos analisar as alternativas.

Alternativa A incorreta, é importante lembrarmos que a OMS "amenizou" o diagnóstico de obesidade nas crianças menores, as abaixo de 5 anos de idade, em que só serão consideradas obesas as crianças com IMC > Escore z+3.

Alternativa B correta, são diversas as etiologias de obesidade na pediatria (fatores ambientais, genéticos, endocrinológicos, medicamentosos...), mas a principal causa continua sendo a obesidade exógena, causada por consumo de alimentos com alto índice glicêmico, bebidas açucaradas e alimentos ultraprocessados, associados ao sedentarismo.

Alternativa C incorreta, a orientação deve ser exatamente o contrário: realizar atividade física com acompanhamento adequado.

Alternativa D incorreta, para crianças menores de 6 anos não é feito esse diagnóstico.

Alternativa E incorreta, o triglicérides tem que ser maior que 150.

39. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Lígia Modelli) Em relação à ordenha do leite materno, julgue o que for correto.

- A) O leite pode ser armazenado na geladeira por até 15 horas e no freezer por até 15 dias.
- B) Podemos usar o micro-ondas para descongelar o leite materno.
- C) Recomenda-se a utilização de pomadas ou cremes umectantes antes do procedimento.
- D) O leite deve ser guardado em frascos de vidro com tampa plástica, previamente lavados e fervidos por 15 minutos.
- E) A mãe deve ingerir medicação lactogoga para ajudar na liberação de ocitocina.

COMENTÁRIOS:

Gabarito: D

Olá, caro Ped. A ordenha do leite materno pode ser feita manual ou com bombas extratoras. Veja como realizar:

1. Lave bem as mãos com água e sabão.
2. Escolha um local limpo e tranquilo.
3. Massageie levemente as mamas em movimentos circulares para estimular a descida do leite.
4. Posicione o polegar acima da aréola e os dedos abaixo (em forma de “C”).
5. Pressione suavemente em direção à parede torácica e depois comprima em direção ao mamilo – sem deslizar os dedos.
6. Repita o movimento ritmicamente até que o leite comece a sair.
7. Alterne as mamas a cada 5–10 minutos, ou quando o fluxo diminuir.

Guarde o leite em frascos de vidro com tampa plástica, previamente lavados e fervidos por 15 minutos.

O leite deve ser coletado diretamente no recipiente limpo e identificado com data e hora.

Lembre-se de que, na geladeira, ele pode ser armazenado por até 12 horas e, no freezer, até 15 dias.

Para descongelar, use sempre o banho maria, nunca o micro-ondas.

Vamos julgar as alternativas.

Alternativa A incorreta, pode ser armazenado na geladeira por até 12 horas.

Alternativa B incorreta, devemos descongelar em banho maria.

Alternativa C incorreta, essas pomadas não são indicadas.

Alternativa D correta, como conversamos acima.

Alternativa E incorreta, o uso de lactogogos não deve ser orientado como primeira linha. Ele pode ser utilizado somente quando há falha de todas as medidas não farmacológicas.

40. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Lígia Modelli) Sabemos que aos 6 meses os primeiros dentinhos dos bebês podem aparecer. O que é correto sobre a dentição das crianças.

- A) A dentição geralmente se inicia pelos dentes superiores.
- B) Não é necessário usar pasta nos primeiros dentes que nasceram.
- C) Durante a escovação dos dentes com pasta em crianças que não sabem cuspir, a quantidade colocada deve ser de um grão de ervilha (0,3g).
- D) A primeira dentição deve estar completa até 1 ano de idade.
- E) A partir dos 6 anos, os dentes permanentes começam a substituir os primários, iniciando pelo pré-molar.

COMENTÁRIOS:

Gabarito: E

Vamos falar da dentição da criança e seus cuidados?

A primeira dentição é chamada de primária, decídua, “de leite” ou temporária. Ela inicia antes de um ano de vida, deve estar completa dos 30 aos 36 meses de idade e permanece até os 6 anos aproximadamente. Ela é composta por 20 dentes (10 em cima e 10 embaixo). A partir dos 6 anos, os dentes permanentes começam a substituir os primários, iniciando pelo pré-molar. A dentição permanente está completa, aproximadamente, aos 18 anos e é composta por 32 dentes.

A prática de escovar os dentes das crianças deve iniciar assim que eles aparecerem, pelo menos 2 vezes ao dia, principalmente antes de dormir. Recomenda-se colocar um pouco de pasta de dentes com flúor na escova macia e orientar a criança a cuspi-la depois de escovar os dentes.

Para as que ainda não sabem cuspir a pasta completamente, a quantidade deve ser de um grão de arroz (0,1g) e para as que conseguem cuspir, um grão de ervilha (0,3g). Até os sete anos de idade, o adulto responsável deve realizar a escovação, pois as crianças ainda não possuem destreza suficiente. Depois dos sete anos, a criança pode escovar dentes sozinha, mas sempre com supervisão dos adultos. Aos 10 anos, as crianças podem realizar a escovação sozinhas.

Alternativa A incorreta, geralmente se inicia pelos dentes inferiores.

Alternativa B incorreta, é indicado escovação com pasta fluorada desde o nascimento dos primeiros dentes.

Alternativa C incorreta, para crianças que não sabem cuspir a quantidade deve ser de um grão de arroz (0,1g).

Alternativa D incorreta, a primeira dentição inicia antes de um ano de vida, deve estar completa dos 30 aos 36 meses de idade e permanece até os 6 anos aproximadamente.

Alternativa E correta, como conversamos acima.

41. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Lígia Modelli) Paciente de 2 anos de idade relata dificuldade em evacuar, ficando até 7 dias sem eliminação de fezes. Mãe refere fazer uso de laxativos com frequência. Ao nascimento, demorou 3 dias para evacuar. Ao exame físico, abdome encontra-se distendido e fezes explosivas ao toque retal. Sobre a principal hipótese diagnóstica, julgue os itens a seguir.

- A) no exame radiológico uma área de intestino: dilatada, apresentando extensão limitada, iniciando em qualquer local no colo, correspondendo à região agangliônica;
- B) O comprimento do segmento aganglionar é variável. O retossigmoide é afetado em aproximadamente 80% dos casos.
- C) A manifestação mais precoce é a ausência de eliminação do mecônio nas primeiras 24 horas após o nascimento.
- D) Nessa doença podemos observar distensão abdominal, constipação intestinal crônica, mas não é característico encontrar déficit pondero-estatural.
- E) O toque retal revela uma ampola retal repleta de fezes.

COMENTÁRIOS:

Gabarito: B.

Esse enunciado descreve a apresentação clínica típica de um quadro de megacólon agangliônico, também chamado doença de Hirschsprung (DH), um distúrbio congênito do cólon decorrente de alteração da inervação intestinal parassimpática. Trata-se de uma das principais causas de suboclusão intestinal baixa no período neonatal.

O comprimento do segmento aganglionar é variável. O retossigmoide é afetado em aproximadamente 80% dos casos (forma clássica), o cólon esquerdo ou transverso em 17% (forma longa) e todo o cólon em 8% dos casos (aganglionose cólica total).

A DH pode apresentar-se sob diferentes formas clínicas, dependendo da extensão e da espasticidade da zona aganglionar. A manifestação mais precoce é a ausência de eliminação do mecônio nas primeiras 48 horas após o nascimento. Esse é um sinal clássico, mas não deve ser considerado como fundamental para o diagnóstico.

Caso o diagnóstico e o tratamento não sejam realizados no período neonatal, iniciam-se as manifestações de constipação intestinal crônica, distensão abdominal, desnutrição, além de déficit de crescimento e desenvolvimento e peristaltismo visível, de caráter progressivo.

Ao exame físico, um grande bolo fecal pode ser palpável e o toque retal revela uma ampola retal vazia. Após sua realização, pode ocorrer eliminação de fezes explosivas. Esse sinal também é característico da DH.

O enema contrastado é um bom exame para elucidação diagnóstica. Em crianças normais, o reto tem calibre igual ou discretamente maior que o restante do cólon. Em pacientes com doença de Hirschsprung, o espasmo do reto distal (agangliônico) geralmente resulta em calibre menor quando comparado com o do cólon sigmoide proximal. A identificação de uma zona de transição (mudança de calibre do reto aganglionar para o reto saudável) é um dos achados diagnósticos. Veja a imagem abaixo.



Após essa revisão sobre a apresentação e gênese da doença, vamos avaliar, separadamente, cada uma das alternativas.

Alternativa A incorreta, a alternativa sugere que no exame radiológico é esperado encontrar uma área de intestino dilatada, de extensão limitada, iniciando em qualquer local do cólon e correspondendo à região agangliônica. No entanto, na doença de Hirschsprung, que é a principal hipótese diagnóstica para este caso, a área agangliônica (onde não há células ganglionares) apresenta-se espástica, portanto, afilada. A dilatação ocorre proximal à área agangliônica, onde há acúmulo de fezes e gases devido à obstrução funcional.

Alternativa B: Correta, o comprimento do segmento aganglionar é variável. O retossigmoide é afetado em aproximadamente 80% dos casos (forma clássica), o cólon esquerdo ou transverso em 17% (forma longa) e todo o cólon em 8% dos casos (aganglionose cólica total).

Alternativa C incorreta, A manifestação mais precoce é a ausência de eliminação do mecônio nas primeiras 48 horas após o nascimento.

Alternativa D incorreta, caso o diagnóstico e o tratamento não sejam realizados no período neonatal, iniciam-se as manifestações de constipação intestinal crônica, distensão abdominal, desnutrição, além de déficit de crescimento e desenvolvimento e peristaltismo visível, de caráter progressivo.

Alternativa E incorreta, o toque retal revela uma ampola vazia.

42. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Lígia Modelli) Em relação à doença inflamatória intestinal na pediatria, julgue os itens a seguir.

- A) A Doença de Crohn (Dcaracteriza-se por sua capacidade de acometimento transmural e as lesões são descontínuas.
- B) O reto é frequentemente acometido na D
- C) O acometimento oral é comum na DC.
- D) Nos pacientes portadores de DC, esperamos encontrar um aumento dos marcadores inflamatórios e plaquetopenia.
- E) A DC não é capaz de afetar qualquer parte do trato gastrointestinal.

COMENTÁRIOS:

Gabarito A

Olá, Estrategista.

A Doença de Crohn (DC) caracteriza-se por sua capacidade de acometimento TRANSMURAL, ou seja, a inflamação pode afetar todas as camadas (MUCOSA, SUBMUCOSA, MUSCULAR e SEROSA) de QUALQUER PARTE DO TRATO GASTROINTESTINAL. Na DC, 30%-40% dos pacientes apresentam comprometimento apenas do intestino delgado, 40%-55% têm acometimento dos intestinos delgado e grosso e 15%-25% apresentam apenas acometimento do intestino grosso. Nos pacientes que têm acometimento do intestino delgado, em 90% dos casos, o íleo terminal é afetado. O reto é, com frequência, poupado na DC.

As lesões da DC ocorrem de forma DESCONTÍNUA, havendo áreas afetadas separadas por áreas do trato gastrointestinal preservadas. As lesões iniciais da DC costumam apresentar-se como úlceras aftoides. Tais úlceras podem tornar-se estreladas ou serpiginosas e, ao unirem-se, formam úlceras longitudinais ou transversais. A presença dessas ulcerações entremeadas por mucosa são confere-lhes o aspecto “em paralelepípedo/calçamento/cobblestone” visualizado no exame endoscópico ou no clister opaco.

A DC também pode cursar com ocorrência de fístulas, fissuras e abscessos perirretais e estenose anal em 1/3 dos pacientes. Além disso, ela promove espessamento e fibrose da parede intestinal, que podem evoluir com obstruções intestinais.

O principal sintoma é dor abdominal frequente. Sintomas constitucionais como perda de peso e retardo no crescimento podem ocorrer isoladamente. Atraso puberal também pode ocorrer nas crianças e adolescentes. Como a DC pode afetar qualquer porção do trato gastrointestinal, ela admite uma gama variada de apresentações clínicas. É importante reforçar o caráter crônico e a possível intermitência de qualquer uma dessas apresentações.

- Acometimento oral: raro e caracterizado por ulcerações na mucosa, associadas à dor.
- Acometimento gastroduodenal: o acometimento gastroduodenal é incomum, presente em 5% a 15% dos doentes. Caso ocorra, náuseas, vômitos e dor epigástrica são descritos.
- Acometimento ileal (principal local de acometimento da DC): ocorre diarreia associada à dor em cólica no quadrante inferior direito, podendo simular uma apendicite aguda. Perda ponderal é frequente, bem como obstrução intestinal, causada principalmente por estenose secundária à inflamação crônica.
- Acometimento jejunoileal: a gordura é absorvida a nível de intestino delgado proximal; portanto, na vigência de acometimento jejunoileal, ocorre esteatorreia associada a déficit absorptivo conforme extensão do acometimento. Deficiências nutricionais são descritas e a diarreia é similar à forma de acometimento ileal.
- Acometimento do cólon: ao afetar o cólon, diarreia, dor abdominal, hematoquezia e mal-estar são comuns, podendo haver obstrução intestinal.
- Acometimento perianal: apresentação comum da DC, a afecção perianal causa fissuras e fístulas anorretais, hemorroidas, úlceras superficiais e abscessos perirretais. Estenose retal também pode ocorrer.
- Acometimento extraintestinal: artrite periférica, sacroileite, espondilite anquilosante, eritema nodoso, uveíte, episclerite, nefrolitíase, aumento do risco de trombose.

Infelizmente não existe um único exame que, isoladamente, dê a certeza de que estamos diante de um quadro de RCU e/ou DC. História clínica, exames laboratoriais, endoscópicos, radiológicos e anatomopatológicos fazem parte do arsenal disponível e, muitas vezes, necessários para chegarmos a um diagnóstico.

Nos pacientes portadores de DC, esperamos encontrar um aumento dos marcadores inflamatórios, plaquetose. A perda sanguínea intermitente dos pacientes com DIIs pode levar à queda nos níveis de hemoglobina. A calprotectina e lactoferrina fecais também podem ser dosadas, se disponíveis, funcionando como ferramenta auxiliar na diferenciação entre causas inflamatórias e não inflamatórias de diarreia crônica. O marcador sorológico da DC é o ASCA.

Quais os objetivos do tratamento das DIIs? Melhorar a qualidade de vida e nutrição dos pacientes; reduzir a inflamação intestinal e promover cicatrização das camadas afetadas; manter remissões sem necessidade de uso de glicocorticoides; evitar hospitalizações e cirurgias por complicações. Ele é baseada em:

- DIETA E PROBIÓTICOS
- AGENTES ANTI-INFLAMATÓRIOS: aminossalicilatos e corticoides
- IMUNOMODULADORES: azatioprina, 6-mercaptopurina, metotrexato, ciclosporina, tacrolimo
- TERAPIAS BIOLÓGICAS: anti-TNF e anti-integrinas
- CIRURGIA

Vamos julgar as alternativas.

Alternativa A correta, como vimos acima.

Alternativa B incorreta, o reto é frequentemente poupado.

Alternativa C incorreta, o acometimento oral não é frequente.

Alternativa D incorreta, encontramos plaquetose, não plaquetopenia.

Alternativa E incorreta, a DC afeta qualquer parte do trato gastrointestinal.

43. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Lígia Modelli) Paciente de 8 anos de idade, portador de asma, controlada e sem crises. Relata sintomas frequentes de prurido nasal, coriza, espirros e obstrução nasal, sem febre. Os sintomas pioram ao deitar e quase todas as manhãs, e atrapalham as atividades escolares e o sono. Consegue brincar e realizar atividade física, sem dificuldades. Refere que não é a primeira vez que tem esses sintomas, mas que eles se intensificaram recentemente. Exame segmentar sem alterações significativas. Diante do exposto, qual seria a primeira opção terapêutica?

- A) Anti-histamínico oral.
- B) Montelukaste.
- C) Cromoglicato nasal.
- D) Corticoide nasal.
- E) Corticoide inalatório.

COMENTÁRIOS:

Gabarito: D

Olá, Estrategista, vamos falar de rinite alérgica?

Essa patologia apresenta uma grande prevalência na população, ela ocorre em 20% da população pediátrica. Os principais alérgenos que desencadeiam essas reações são os aeroalérgenos, com destaque para: pólen, fungos, ácaro, poeira doméstica, barata e pelos/epitélios de animais.

Os sintomas nasais das rinites alérgicas mais frequentes são:

- coriza hialina;
- espirros em salva;
- obstrução nasal;
- prurido nasal.

Pode ocorrer também prurido ocular e tosse seca, embora os sintomas descritos acima sejam mais característicos dessa apresentação.

As linhas de Dennie-Morgan são dobras (ou uma dupla prega orbital) que ocorrem nas pálpebras inferiores, podendo ocorrer em pacientes com rinite alérgica.

Uma prega transversal no nariz também ocorre na rinite alérgica, devido ao prurido recorrente, que leva o paciente a coçar, de forma frequente, a ponta do nariz. Com isso, desenvolve-se uma prega cutânea entre a ponta e o dorso nasal.

Na rinoscopia anterior, vemos uma hipertrofia e palidez (ou arroxeamento) dos cornetos inferiores, também ocorrendo essa palidez nas demais regiões da mucosa nasal.

Como os pacientes que apresentam rinite alérgica desenvolvem obstrução nasal crônica, pela recorrência das crises, quando essa manifestação ocorre durante a infância, pode levar à má oclusão dentária gerada pela respiração bucal.

O diagnóstico da rinite alérgica é realizado clinicamente, através da identificação de história pessoal e familiar, associada aos sinais e sintomas clínicos desencadeados após contato com os alérgenos.

Para o tratamento, a higiene ambiental para profilaxia do contato com os alérgenos respiratórios é indicada para todos os pacientes com rinite alérgica como medida inicial.

Para os quadros com frequência mensal (intermitente) e intensidade leve, a medida farmacológica mais recomendada é a utilização de anti-histamínico oral.

Já nos casos intermitentes leves e em todos os casos persistentes, o spray nasal de corticoide é a base do tratamento.

Aqui, temos uma criança com sintomas persistentes, portanto, a indicação é de corticoterapia nasal.

Alternativa A: Incorreta. Esses medicamentos são indicados para casos intermitente e leve.

Alternativa B: Incorreta. A primeira escolha de tratamento não é um antileucotrieno, mas sim um corticoide nasal.

Alternativa C: Incorreta. O cromoglicato de sódio (um estabilizador da membrana dos mastócitos), pode ser utilizado na rinite vasomotora, bem como na rinite do esporte.

Alternativa D: Correta, como conversamos acima.

Alternativa E: Incorreta. Para tratamento de rinite utilizamos o corticoide nasal.

44. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Lígia Modelli) Criança de 3 anos apresenta história de várias infecções respiratórias, com algumas internações e está sempre com tosse e secreção espessa. Ultimamente tem apresentando fezes muito pastosas/líquidas, volumosas e gordurosas. Ao exame físico encontrado aumento do diâmetro anteroposterior do tórax; índice de massa corpórea score Z -3. Qual exame devemos solicitar para confirmar o suposto diagnóstico?

- A) dosagem de calprotectina
- B) ultrassonografia abdominal
- C) realizar protoparasitológico de fezes (PPF)
- D) dosagem de elastase fecal
- E) colonoscopia com biópsias

COMENTÁRIOS:

Gabarito: D

Querido Estrategista, qual é o diagnóstico desse paciente? Vamos listar os sintomas:

- Infecções respiratórias de repetição;

- Alterações gastrointestinais com fezes esteatorreicas;
- Magreza – deficiência de absorção?

Não podemos deixar de pensar em Fibrose Cística!!

A fibrose cística (FC), também conhecida como mucoviscidose, é uma doença genética de caráter autossômico recessivo, crônica, progressiva, de caráter sistêmico e potencialmente letal, consequente a um defeito na proteína CFTR (*cystic fibrosis transmembrane regulator*), que regula o transporte do cloro nas células epiteliais.

O sistema respiratório é o mais afetado e essa manifestação é a maior causa de morbimortalidade em pacientes portadores da doença.

A produção excessiva de muco prejudica o *clearance* mucociliar e aumenta a suscetibilidade a infecções. A lesão pulmonar começa com obstrução difusa das pequenas vias aéreas, por secreções mucosas espessas. Com o passar do tempo, acontece bronquiolite de repetição, infecção do trato respiratório, pneumonias recorrentes, bronquiectasias, fibrose, falência pulmonar e morte.

O trato digestivo é acometido em 85% dos casos. A principal manifestação é a insuficiência exócrina do pâncreas, que leva a uma deficiência da absorção de gorduras. Pacientes com insuficiência pancreática apresentam baixo ganho pondero-estatural, fezes gordurosas, brilhantes e que “boiam” no vaso sanitário, distensão abdominal e podem manifestar sintomas das deficiências das vitaminas lipossolúveis (A, D, E e K). A insuficiência pancreática endócrina também pode ocorrer e manifesta-se com intolerância à glicose e diabetes.

A avaliação do comprometimento gastrointestinal pode ser feita a partir da segunda semana de vida por meio do teste da elastase fecal. Esse exame deve ser realizado anualmente em pacientes com diagnóstico de FC que estejam assintomáticos em relação à insuficiência pancreática e em crianças que estejam apresentando perda de peso ou baixo ganho pondero-estatural.

Além do respiratório e do digestivo, outros sistemas também são afetados, observe a imagem abaixo.

Órgãos afetados pela Fibrose Cística

SEIOS DA FACE:

Sinusite pode ocorrer com mais frequência



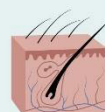
PULMÕES:

Apresentam muco espesso e viscoso; propensão a infecções bacterianas



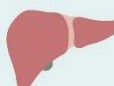
PELE:

Glândulas sudoríparas produzem um suor mais salgado que o normal. Acrodermia.



FÍGADO:

Os ductos biliares são obstruídos



PÂNCREAS:

Os ductos pancreáticos são obstruídos



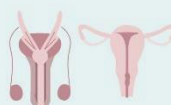
INTESTINO:

Síndrome de má absorção



ÓRGÃOS REPRODUTORES:

Infertilidade



O que o paciente do texto apresenta provavelmente é a evolução para uma pancreatite exócrina, concorda? Como diagnosticar? Sim! Com a elastase fecal, valores abaixo de 100 mcg/g indicam insuficiência pancreática grave.

O teste do cloro no suor apresenta alta sensibilidade e especificidade (maior do que 95%), sendo o principal teste utilizado para o diagnóstico de fibrose cística. Esse teste deve ser indicado nas seguintes situações:

- Bebês com resultados positivos na triagem neonatal (teste do pezinho, discutido mais abaixo);
- Pacientes com sintomas sugestivos de fibrose cística. Exemplo: íleo meconial nos bebês; infecções pulmonares de repetição;
- Paciente com irmão portador de fibrose cística (se o teste genético não puder ser realizado).

Vamos julgar as alternativas.

Alternativa A: Incorreta. A calprotectina é uma proteína para pesquisar doença inflamatória intestinal.

Alternativa B: Incorreta. Quando queremos analisar as fezes esteatorreicas e estamos pensando em fibrose cística, a elastase fecal é o exame inicial de escolha.

Alternativa C: Incorreta. Assim como a realização do USG de abdome, o PPF também pode ser realizado, contudo, para confirmar a hipótese diagnóstica de insuficiência pancreática e iniciar logo o tratamento, é a elastase fecal.

Alternativa D: Correta. Esse teste é utilizado para determinar a necessidade do uso de enzimas pancreáticas. Tem alta sensibilidade (86% a 100%) e especificidade para detectar insuficiência pancreática exócrina grave em crianças portadoras de fibrose cística, mas apresenta desempenho inferior na detecção da insuficiência pancreática leve a moderada. A elastase fecal $<200 \mu\text{g/g}$ indica insuficiência pancreática.

Alternativa E: Incorreta. O mesmo caso dos outros exames! A elastase fecal é o exame de escolha inicialmente.

45. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Lígia Modelli) Criança de três meses de vida, com quadro de coriza, febre e tosse há 4 dias, é trazida ao Serviço Médico devido à piora dos sintomas desde ontem. Ao exame físico, apresenta-se gemente e com retração subcostal, com aumento de tempo expiratório e sibilos esparsos; frequência respiratória = 60 irpm; saturação de $\text{O}_2 = 91\%$ em ar ambiente e frequência cardíaca = 132 bpm. Paciente previamente hígido, sem histórico de doenças anteriormente. Com base no quadro clínico apresentado, a conduta adequada é:

- A) Monitorização da saturação de oxigênio, oxigenoterapia e hidratação venosa.
- B) Administração de beta-2 agonista e brometo de ipratrópio.
- C) Administração de beta-2 agonista, macrolídio e cultura de secreção da nasofaringe.
- D) Monitorização da saturação de oxigênio, fisioterapia respiratória e nebulização com brometo de ipatrópio.
- E) Monitorização de saturação de oxigênio, fisioterapia respiratória e uso de salbutamol de 4/4 horas.

COMENTÁRIOS:

Gabarito: A

Olá, Estrategista!

Esta questão aborda o tema bronquiolite, muito frequente em provas. Vamos nos recordar das principais características desta doença para não “perdermos” nenhuma questão?

A bronquiolite é a principal causa de internação em lactentes. Trata-se de uma doença viral, causada mais frequentemente pelo vírus sincicial respiratório. A história natural da doença inicia-se com sintomas de infecção de vias aéreas superiores, podendo ou não ter febre associada. Após cerca de cinco dias de doença, costuma evoluir com sibilância e graus variáveis de desconforto respiratório.

Na maioria dos casos, trata-se de doença autolimitada com resolução espontânea. Entretanto, os seguintes grupos têm maior chance de desenvolver complicações e necessidade de internação:

- Lactentes jovens;
- Cardiopatas;
- Prematuros, com histórico de broncodisplasia pulmonar;
- Imunodeficientes.

O diagnóstico da bronquiolite é clínico, levando em conta a história e o exame físico. O exame físico pode revelar presença de sibilos, estertores e graus variáveis de desconforto respiratório. O Rx de tórax, quando solicitado, pode apresentar sinais de hiperinsuflação e, eventualmente, complicações, como atelectasias.

O tratamento da bronquiolite é apenas de suporte, não existindo nenhuma recomendação científica para o uso corriqueiro de broncodilatadores ou de corticoide. Lembre-se de que a bronquiolite é uma doença que cursa com edema e aumento da produção de muco em vias aéreas, e, geralmente, não está associada a broncoespasmo. Em decorrência disso, medicamentos classicamente utilizados na asma não têm aplicabilidade na bronquiolite.

Repare que a questão nos fornece um enunciado com quadro clínico condizente com bronquiolite e com necessidade de internação hospitalar. A conduta será de suporte para este paciente, com oxigenioterapia e manutenção da hidratação.

Vamos julgar as alternativas.

Alternativa A correta. Em decorrência do desconforto respiratório e da hipoxemia, este paciente tem indicação de internação hospitalar. São indicadas medidas de suporte com oxigenioterapia e manutenção da hidratação. Não há medicação específica para ser feita no contexto de bronquiolite.

Alternativa B incorreta. Trata-se de quadro de bronquiolite. A fisiopatologia da bronquiolite é distinta da asma, não havendo indicação do uso de broncodilatadores. Como estamos diante de uma doença viral, também não há indicação de antibioticoterapia.

Alternativa C incorreta. Trata-se de quadro de bronquiolite. A fisiopatologia da bronquiolite é distinta da asma, não havendo indicação do uso de broncodilatadores. Como estamos diante de uma doença viral, também não há indicação de antibioticoterapia. Não são preconizados exames como a cultura de secreção.

Alternativa D incorreta. Trata-se de quadro de bronquiolite. A fisiopatologia da bronquiolite é distinta da asma, não havendo indicação do uso de medicações com efeito broncodilatador como o brometo de ipratrópio.

Alternativa E incorreta. Não há indicação de uso de broncodilatadores.

46. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Lígia Modelli) Sobre os exames complementares para coqueluche, assinale a alternativa correta.

- A) É indispensável ter hemograma com presença de linfocitose.
- B) A cultura tem positividade maior quando colhida na fase catarral e até as duas primeiras semanas de tosse paroxística.
- C) A cultura é realizada através de amostra de escarro em pacientes suspeitos e nos pacientes contactuantes.
- D) A reação em cadeia de polimerase é um método bastante específico, mas sua positividade não confirma a doença.
- E) A sorologia é o melhor exame para diagnóstico e confirma se há infecção ativa ou se há imunidade.

COMENTÁRIOS:

Gabarito: B

Estrategista, vamos falar de coqueluche?

A coqueluche é causada predominantemente pela bactéria *Bordetella pertussis*.

A doença ocorre principalmente nos menores de um ano de idade. Ela acomete principalmente traqueia e brônquios, e isso explica, em parte, a sintomatologia. Ela ocorre em 3 fases:

- Catarral: dura de 1 a 2 semanas, apresenta sintomas leves como de quaisquer infecções de vias aéreas superiores (IVAS), com febre baixa, sendo indistinguível das outras IVAS nessa fase. No final desse período, a tosse seca vai se intensificando e passa a ocorrer em surtos, cada vez mais frequentes e intensos e passamos para a próxima fase.

– Fase paroxística: dura de 2 a 6 semanas. Como o nome diz, iniciam-se os paroxismos de tosse seca, com duração de menos de 45 segundos, nos quais o paciente tem uma súbita crise de vários episódios seguidos de uma tosse curta, seguida de uma dificuldade de inspirar, então, o paciente costuma forçar a inspiração súbita e prolongadamente, causando um barulho característico, que é o guincho. Podemos ter também cianose e vômitos pós-tosse.

- Fase de convalescença: dura também mais 2 a 6 semanas, somem os paroxismos e, portanto, os guinchos, e volta a tosse “normal”, que pode durar até 3 meses.

Os exames quase sempre são solicitados e ajudam no diagnóstico, apesar de não serem específicos. A radiografia de tórax tem como padrão mais frequente as opacidades peri-hilares, chamadas de “coração borrado ou franjado” (ou ainda, “felpudo”) porque as bordas cardíacas não são nítidas, devido às opacidades pulmonares.

O hemograma é um grande auxílio ao diagnóstico da coqueluche. As alterações laboratoriais típicas são a leucocitose com linfocitose, que se intensificam na fase paroxística.

O diagnóstico específico pode ser feito por cultura para identificação da *B. pertussis* em material coletado da nasofaringe. É considerado o “padrão-ouro” do diagnóstico e que deve ser feito em coletas realizadas na fase aguda, antes do início do tratamento antibiótico ou, no máximo, em até 3 dias de seu início. Porém, esse exame é de difícil realização técnica.

Outro exame específico é o da reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR), que também deve ser realizado antes da introdução antibiótica ou em até 3 dias dela, mas que pode ser realizado posteriormente durante a fase aguda da doença. O RT-PCR pode detectar antígenos da *Bordetella* até em pacientes que fizeram uso de antibiótico e que foram vacinados, sendo positivo até mesmo após a segunda semana da doença.

O tratamento da coqueluche deve ser feito com macrolídeos. Atualmente, indica-se como primeira opção a azitromicina.

Vamos às alternativas?

Alternativa A incorreta. O hemograma é um grande auxiliar, mas não é determinante, pois não é específico para a coqueluche.

Alternativa B correta. A maior positividade da cultura é na fase catarral e no início da paroxística. Observe abaixo a linha do tempo.

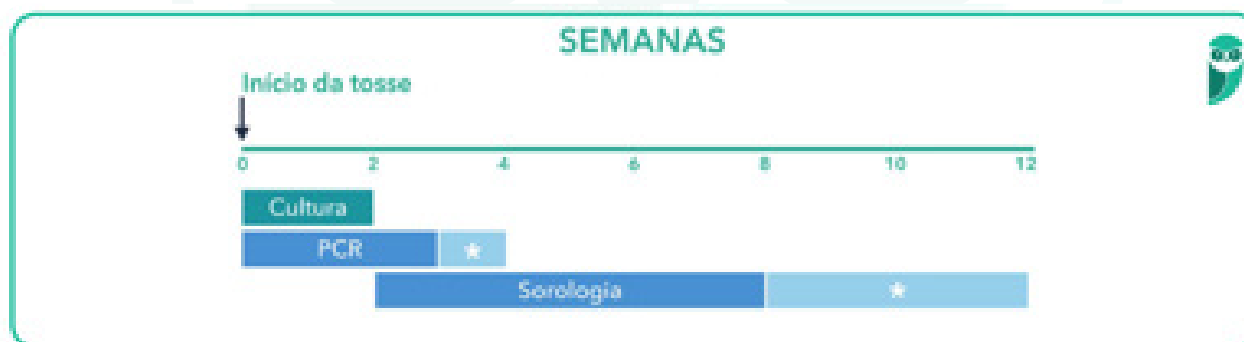


Figura 7: linha do tempo para o diagnóstico específico da coqueluche, fonte

Alternativa C incorreta. A coleta de cultura, como dito acima, depende do tempo de sintomas do paciente. Além disso, ela é coletada através de swab nasofaríngeo.

Alternativa D incorreta. A RT-PCR tem alta sensibilidade (90%-100%) e especificidade (95%-99%). De acordo com o Ministério da Saúde, a coqueluche é confirmada por critério laboratorial em todo caso que atenda à definição de caso suspeito de coqueluche e que tenha isolamento por cultura ou identificação por PCR de *B. pertussis*.

Alternativa E incorreta. A sorologia não é o melhor exame diagnóstico. No Brasil, não existem testes sorológicos adequados e padronizados para o diagnóstico da coqueluche. Inclusive, eles poderiam encontrar-se positivos devido à vacinação.

47. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Lígia Modelli) Paciente de 8 anos dá entrada em PS com queixa de tosse há 2 dias. Há 1 dia iniciou com dificuldade para respirar. Ao exame físico apresenta-se com FR 40 irpm, saturando 90% em ar ambiente e agitado. Ainda observada presença de tiragem intercostal, subdiafragmática e retração de fúrcula. Ausculta pulmonar com presença de sibilos inspiratórios e expiratórios. Qual deve ser a conduta na emergência?

- A) Iniciar uso de beta-2 agonista de curta duração, 4 puffs de 20 em 20 min, e corticoide sistêmico. Oxigenoterapia para manter a saturação entre 94% e 98% e brometo de ipratrópio caso paciente não melhore após 1 hora de início do beta 2 agonista.
- B) Iniciar uso de beta-2 agonista de curta duração, 4 puffs de 20 em 20 min, e corticoide sistêmico. Oxigenoterapia para manter a saturação acima de 94% e brometo de ipratrópio caso paciente não melhore após 1 hora de início do beta 2 agonista.
- C) Iniciar uso de beta-2 agonista de curta duração, 6 puffs de 20 em 20 min, corticoide sistêmico e brometo de ipratrópio. Oxigenoterapia para manter a saturação entre 94% e 98%.
- D) Iniciar uso de beta-2 agonista de curta duração, 6 puffs de 20 em 20 min, corticoide sistêmico e brometo de ipratrópio. Oxigenoterapia para manter a saturação acima de 94%.
- E) Iniciar o beta-2 agonista de curta duração, 4 puffs de 20 em 20 min, corticoide sistêmico e brometo de ipratrópio se não houver melhora em 2 horas.

COMENTÁRIOS:

Gabarito: D

Olá, meu querido colega Estrategista. Fique atento a essas questões. Tenho certeza que estarão presentes em suas provas.

A criança apresentada está em crise de asma, certo? Exacerbação de asma caracteriza-se por um aumento progressivo nos sintomas de tosse, sibilos, sensação de aperto no peito e dispneia, com risco de causar insuficiência respiratória. Há mudança dos sintomas e da função pulmonar em relação ao basal do paciente. Portanto, não há dúvidas do diagnóstico dessa criança.

Mas a crise é leve, moderada ou grave? Veja:

PARÂMETROS	CRISE LEVE A MODERADA	CRISE GRAVE
Nível de consciência	Não agitado	Agitado
Postura	Prefere sentar a ficar deitado	Encurvado para a frente
Padrão respiratório	Sem uso de musculatura acessória	Uso de musculatura acessória
FR	Aumentada, mas ≤ 30 irpm	> 30 irpm
FC	100 - 120 bpm	> 120 bpm
Saturação	90% - 95%	$< 90\%$
Capacidade de falar	Frases	Palavras
PFE	$> 50\%$ do previsto	$\leq 50\%$ do previsto

Portanto, nosso paciente é um asmático em exacerbação grave!

A base do tratamento da crise de asma faz-se baseada em uma tríade de medicamentos:

Oxigenioterapia, se saturação <94%. O objetivo é manter a saturação acima de 94% segundo as novas diretrizes do GINA 2025 (antes falava-se em manter a saturação entre 94% e 98%).

Usar β_2 agonista de curta duração, de 20 em 20 minutos, na primeira hora, e agora o GINA estabelece bem essa dose: 4 puffs nas crises leves a moderadas e 4-10 puffs nas crises graves.

O corticoide sistêmico atua como uma medicação anti-inflamatória, também usado de imediato nas crises de asma grave. Por esse mesmo motivo, já associamos o brometo de ipratrópio às medicações. Veja:

TRATAMENTO DE EXACERBAÇÃO 0 a 6 anos	Leve a moderada	Grave
SABA	4 puffs ATÉ 20 em 20 minutos SN	4-10 jatos de 20 em 20 minutos
Corticoide Sistêmico (Prednisolona 1-2mg/kg/dia max 40mg/dia)	Na admissão para crises moderadas	Na admissão
O2 suplementar	Manter SpO2 $\geq$ 94%	Manter SpO2 $\geq$ 94%
Brometo de ipratrópio 4 puffs de 20 mcg de 20 em 10 minutos em 1 hora	Considerar para crises moderadas	Na admissão
MgSO4 EV 40 - 50 mg/kg/dose por 20 min, máx. 2g Usar somente se $\geq$ 2 anos	Não é considerado	Na ausência de resposta inicial

Vamos avaliar as afirmativas:

Alternativa A: Incorreta. São usados 4-10 puffs de 20 em 20 min, além de já iniciar o uso de brometo de ipratrópio e a saturação não tem um limite superior.

Alternativa B: Incorreta. São 4-10 puffs de beta-2 agonista de curta duração e uso de brometo de ipratrópio ainda na admissão.

Alternativa C: Incorreto. A saturação deve se manter acima de 94%, sem estabelecimento do nível superior.

Alternativa D: Correta, como conversamos logo acima.

Alternativa E: Incorreto. São 4-10 puffs e manter a saturação acima de 94%. Corticoide e brometo de ipratrópio já devem ser iniciados na admissão.

48. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Lígia Modelli) Paciente de quatro meses, em aleitamento materno exclusivo, iniciou com história de sangramento intestinal de pequena monta e diarreia com presença de muco e sangue, bom estado geral e ganho de peso dentro da normalidade. Em alguns momentos, a criança também apresenta cólica intestinal e irritabilidade. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A) Gastroenteropatia eosinofílica.
- B) Proctite ou proctocolite alérgica.
- C) Enteropatia induzida por proteínas alimentares.
- D) Síndrome da enterocolite induzida por proteína alimentar (FPIES).
- E) Cólica do lactente.

COMENTÁRIOS:

Gabarito: A

Olá, querido Estrategista.

SEMPRE que o examinador trazer LACTENTE JOVEM + SANGUE NAS FEZES, devemos pensar em ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA (APLV).

A APLV é uma patologia imunomediada, característica de lactentes jovens alimentados ao seio materno ou no momento que a família introduz fórmula láctea na alimentação do bebê.

Suas manifestações podem ser IgE mediadas, não IgE mediadas ou mistas.

IgE mediadas: Broncoespasmo, urticária, angioedema, anafilaxia.

Não IgE mediadas: São as mais comuns - enterocolite, proctocolite e enteropatia.

Mistas: Esofagite e gastrite eosinofílicas, dermatite de contato e asma.

Avaliando o caso, temos um lactente jovem, com sangue nas fezes, cólicas e irritabilidade, porém sem perda de peso ou queda no estado geral. Esse é um típico caso de proctite ou proctocolite alérgica, na qual temos uma inflamação intestinal causando os sintomas acima.

A hipótese diagnóstica deve ser confirmada pelo teste de provocação oral. Ou seja, retirada das proteínas do leite da dieta, estabilização do quadro e reintrodução posterior do alimento.

A dieta de exclusão das proteínas do leite pode ser feita através de dieta materna, caso em aleitamento exclusivo ou com fórmula infantil de proteínas extensamente hidrolisadas.

Vamos julgar as alternativas

Alternativa A: Incorreta.

Na gastroenteropatia eosinofílica, o paciente apresenta disfagia e impactação de alimentos, associado à anorexia, hematêmese e déficit de crescimento. A confirmação é por biópsia. Na histologia temos a presença de mais de 15 eosinófilos por campo.

Alternativa B: Correta, como conversamos acima.

Alternativa C: Incorreta.

A enteropatia induzida por proteínas ocorre por má absorção intestinal. Apresenta diarreia crônica, vômitos, anemia, atrofia muscular e déficit pondero-estatural. Pode causar também hipoalbuminemia e edema.

A forma mais grave é a Doença Celíaca, uma enteropatia ligada à ingestão de glúten.

Alternativa D: Incorreta. A FPIES - *Food Protein Induced Enterocolitis Syndrome* ocorre geralmente em lactentes jovens, no primeiro mês de vida. É considerada a mais grave das reações gastrointestinais e deve ser tratada como emergência anafilática.

O paciente apresenta-se com náuseas, vômitos incoercíveis, letargia, palidez e diarreia que pode vir com muco e sangue, podendo levar à desidratação, acidose metabólica e choque hipovolêmico.

Alternativa E: Incorreta. A cólica do lactente pode se manifestar como choro inconsolável, porém, não tem sintomas constitucionais como sangue nas fezes.

49. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Lígia Modelli) Quanto à síndrome do intestino irritável (SII), assinale a opção incorreta.

- A) Caracteriza-se por dor e (ou) desconforto abdominal, associado à alteração ou alternância do hábito intestinal.
- B) No tratamento da SII, deve-se orientar dieta rica em fibras e pobre em gorduras, e excluir glúten e leite de vaca dos sabidamente intolerantes.
- C) Entre as doenças que podem mimetizar a SII estão: doença celíaca, parasitoses intestinais, hipersensibilidade ao glúten, doença inflamatória intestinal inicial e supercrescimento bacteriano intestinal.
- D) Cerca de 10% dos pacientes desenvolvem a SII após episódio de diarreia aguda infecciosa.
- E) A dor abdominal alivia com a evacuação.

COMENTÁRIOS:

Gabarito: B

Querido estrategista!

A SII é um distúrbio funcional do trato gastrointestinal que se caracteriza por dor abdominal crônica de variável intensidade e alteração do hábito intestinal. Trata-se de doença crônica e recidivante, com períodos de piora e melhora.

Afeta cerca de 10% a 20% dos adolescentes e adultos em todo o mundo, sendo duas a três vezes mais comum em mulheres. A faixa etária mais afetada gira em torno de 20 a 30 anos e a maioria dos pacientes apresenta os primeiros sintomas antes dos 45 anos. Além disso, algumas outras condições estão comumente associadas à SII, como fibromialgia, síndrome da fadiga crônica, doença do refluxo gastroesofágico, dor torácica não cardíaca, dispepsia funcional, depressão, ansiedade e somatização.

A dor abdominal é critério obrigatório para o diagnóstico da síndrome do intestino irritável, sendo sua intensidade e localização altamente variáveis. Costuma apresentar-se como dor abdominal em cólica transitória e recidivante, podendo estar associada a desconforto abdominal. Alguns fatos interessantes sobre a dor abdominal na SII devem ser pontuados. São eles:

- Não costuma acordar o paciente durante o sono;
- Raramente determina anorexia ou desnutrição;
- Melhora com a eliminação de fezes e flatos;
- Piora com alimentação;
- Piora com o estresse; e
- Pode piorar na fase menstrual ou pré-menstrual.

A alteração do hábito intestinal na SII pode incluir predominância de diarreia, predominância de constipação, alternância entre diarreia e constipação ou até hábito intestinal normal que, periodicamente, cursa com diarreia e/ ou constipação. Trata-se do sintoma mais consistente com o diagnóstico de SII e, mais frequentemente, apresenta-se como alternância entre diarreia e constipação.

A diarreia geralmente se apresenta com aumento da frequência de evacuações associada a volumes fecais pequenos, inferiores a 200 mL, não desperta o doente à noite, piora com estresse, piora com ingestão de alimentos, pode ser acompanhada da eliminação de muco, não é acompanhada da eliminação de sangue e não há disabsorção ou perda de peso.

O paciente deverá preencher os critérios de ROMA IV:

Critérios diagnósticos de ROMA IV para síndrome do intestino irritável
Dor abdominal recidivante, pelo menos 1x por semana nos últimos 3 meses
Associada a dois ou mais dos seguintes critérios:
Relação com evacuação
Mudança na frequência das evacuações
Mudança no aspecto das fezes

As portadoras dessa condição não cursam com perda de peso ou qualquer alteração nos exames laboratoriais ou de imagem.

Assim, existem algumas situações nas quais devemos pensar em outros diagnósticos que não Síndrome do Intestino Irritável. A tabela abaixo sintetiza as principais delas:

Quando pensar em outros diagnósticos que não SII?	
Início dos sintomas >50 anos	Diarreia que persiste após 48 horas de jejum
Perda de peso inexplicada	Diarreia noturna
Fezes esteatorreicas	Exames laboratoriais alterados (anemia, PCR elevado, aumento de calprotectina fecal etc.)
Fezes com sangue	
Dor abdominal com piora progressiva	História familiar de câncer colorretal ou DII

A constipação intestinal costuma ser inicialmente episódica. Porém, com o passar do tempo, ela pode tornar-se cada vez mais frequente e evoluir para uma forma contínua e refratária ao uso de laxativos. As fezes costumam ser duras, desidratadas e de calibre estreito. Tenesmo e sensação de evacuação incompleta também podem ser encontrados entre os portadores de SII subtipo constipante.

Distensão abdominal, eructações e flatulência são alguns dos sintomas reportados por portadores de SII, assim como dispepsia, pirose, náuseas e vômitos.

Feita essa revisão, vamos julgar as alternativas.

Alternativa A incorreta, pois é uma afirmação correta e o autor pede a **incorreta**.

Alternativa B correta, pois é uma afirmativa errada. Atualmente, advoga-se uma adoção de dieta rica em fibras e substâncias que aumentem a massa fecal e pobre em dissacarídeos, monossacarídeos e polióis fermentáveis. O paciente poderá excluir da dieta os alimentos que sabidamente fazem-no piorar, sem que isso leve a uma dieta muito deficitária nutricionalmente.

Alternativa C incorreta, pois é uma afirmação correta e o autor pede a **incorreta**. Todas são diagnóstico diferencial com SII.

Alternativa D incorreta, pois é uma afirmação correta e o autor pede a **incorreta**.

Alternativa E incorreta, pois é uma afirmação correta e o autor pede a **incorreta**.

50. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Lígia Modelli) Pais de uma criança de 6 anos vêm à consulta com uma carta da escola relatando que o paciente é desatento e tem dificuldade em aprender. A conduta inicial do médico da Atenção Primária nessa situação deve ser

- A) encaminhar paciente ao neuropediatra.
- B) solicitar avaliação adicional tanto auditiva como visual.
- C) realizar testes de aptidão intelectual.
- D) solicitar eletroencefalograma.
- E) Apenas observar.

COMENTÁRIOS:

Gabarito: B

O Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento que atinge cerca de 5% das crianças, e 2,5% dos adultos. Seus sintomas são divididos entre desatenção, hiperatividade e impulsividade, e causam grande prejuízo acadêmico e interpessoal para a maioria dos pacientes.

Essas manifestações precisam se iniciar até os 12 anos de idade, e se manifestar frequentemente em pelo menos 2 ambientes diferentes (como casa, escola e trabalho). Cerca de metade dos pacientes tem remissão dos sintomas até o início da vida adulta. Seu tratamento é realizado com psicoestimulantes, como metilfenidato ou lisdexanfetamina.

Vamos às alternativas!

Alternativa A incorreta, inicialmente esse paciente deve ser melhor investigado e encaminhado para avaliação multidisciplinar.

Alternativa B correto, devido à dificuldade escolar, precisamos avaliar concomitantemente se paciente tem alguma dificuldade auditiva ou de visão.

Alternativa C incorreta, embora testagens psicométricas sejam fundamentais para uma avaliação aprofundada, não seria a primeira medida a ser tomada.

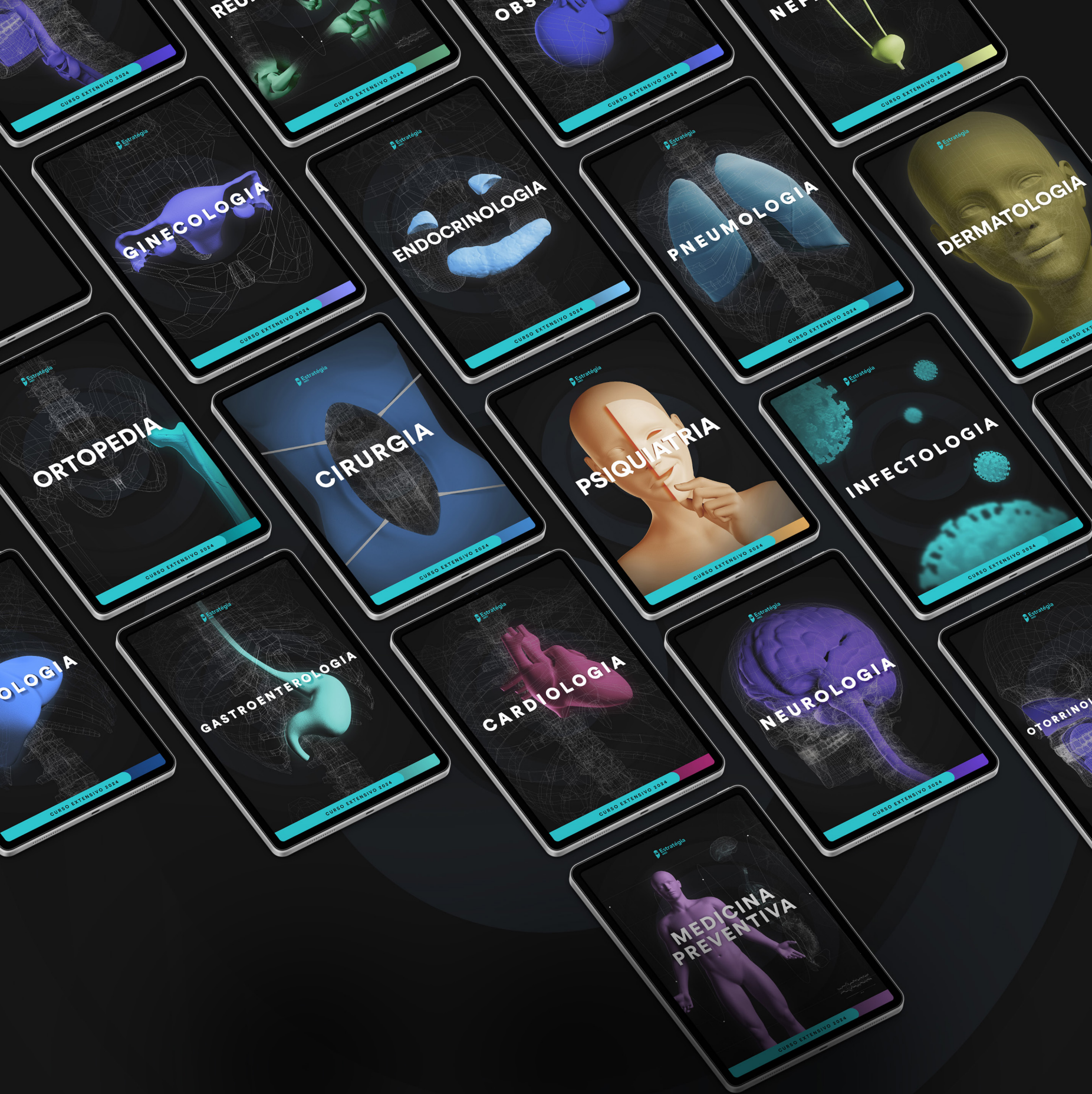
Alternativa D incorreta, como discutimos acima.

Alternativa E incorreta, esse paciente deve ser melhor investigado.



VEJA O RANKING





med.estrategia.com