

PLANTÃO TEP

FILIPE MARINHO



PEDIATRIA



DIS SECA NDO

a prova



PEDIATRIA



IMUNIZAÇÕES



Calendário - SBP

BCG
HepB

Mng C/ACWY
Mng B

Mng C/ACWY
Mng B

Influenza
COVID-19

COVID 19*

PNM-13, 15
ou 20
Mng C/ACWY
Mng B
Hep. A
T3V + Varicela

Ao
Nascer

2
meses

3
meses

4
meses

5
meses

6
meses

7
meses

9
meses

12
meses

DTP/DTPa
Hib
HepB
VIP
Rotavírus
PNM-13, 15 ou 20

DTP/DTPa
Hib
HepB
VIP
Rotavírus
PNM-13, 15 ou 20

DTP/DTPa
Hib
HepB
VIP
Rotavírus*
PNM-13, 15 ou 20

Influenza
COVID-19

Febre amarela



Calendário - SBP

Hep A



15 meses

18 meses

4-6 anos

Adolescentes



T4V
DTP/DTPa
Hib
VIP



VIP
DTP/DTPa
Febre amarela
Mng ACWY
Dengue (a partir dos 4 anos)



- HPV: 2 doses - a partir dos 9 anos
- Mng ACWY - 11 a 14 anos
- dT/dTpa (10 anos após última dose)





1. (EMR 2026) - Menina, 12 meses de idade, é trazida pelos pais à consulta de puerpério para avaliação do desenvolvimento e atualização do esquema vacinal. Os pais relatam que a lactente recebeu todas as vacinas recomendadas até os 9 meses de vida em clínica privada, seguindo rigorosamente o calendário da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Diante do desejo da família de manter a máxima proteção vacinal disponível no setor privado, qual alternativa traz a melhor combinação de imunizantes?

- A. Tríplice viral, Varicela, Hepatite A, Pneumocócica conjugada 15-valente, Meningocócica ACWY e da Meningocócica B.
- B. Tetraviral, Hepatite A, Pneumocócica 13-valente, Meningocócica B e dose anual de Influenza.
- C. Tríplice viral, Varicela, VIP, Pneumocócica 20-valente e Meningocócica C.
- D. Tetraviral, Hepatite A, VOP, Pneumocócica conjugada 20-valente e Meningocócica ACWY.



PNEUMONIA



Diagnóstico

- OMS

PNEUMONIA

- ↑ FR na ausência de sibilância
- **Valores de corte da FR:** < 2m: FR ≥ 60irpm; 2 a 11m: FR ≥ 50irpm; 1 a 4 anos: FR ≥ 40irpm

PNEUMONIA GRAVE

- Estridor em repouso
- BAN/ Cianose/ SatO₂ < 90%
- Desnutrição grave
- Convulsões
- Sonolência excessiva/ Letargia
- INT

Presença de taquipneia ou tiragem

Diagnóstico clínico!

Não precisa de
radiografia de tórax!



Tratamento ambulatorial

Maioria dos casos

Amoxicilina 50
mg/kg/dia, 7 dias

Se atípicos,
macrolídeos

Reavaliação com
48-72h

Falhou?
RX de tórax

Derrame → Toracocentese

Sem derrame → Avaliar troca de ATB



Tratamento hospitalar

INDICAÇÕES DE INTERNAMENTO

- Hipoxemia ($\text{SatO}_2 < 92\%$)
- Desconforto respiratório moderado/grave (gemência, BAN, retrações e/ou apneia)
- FR $\uparrow \uparrow \uparrow$ (< 1 ano: 70irpm / ≥ 1 ano: 50irpm)
- Complicações/ Comorbidades
- INT

< 2 meses

Ampicilina/Penicilina + Aminoglicosídeo

OU

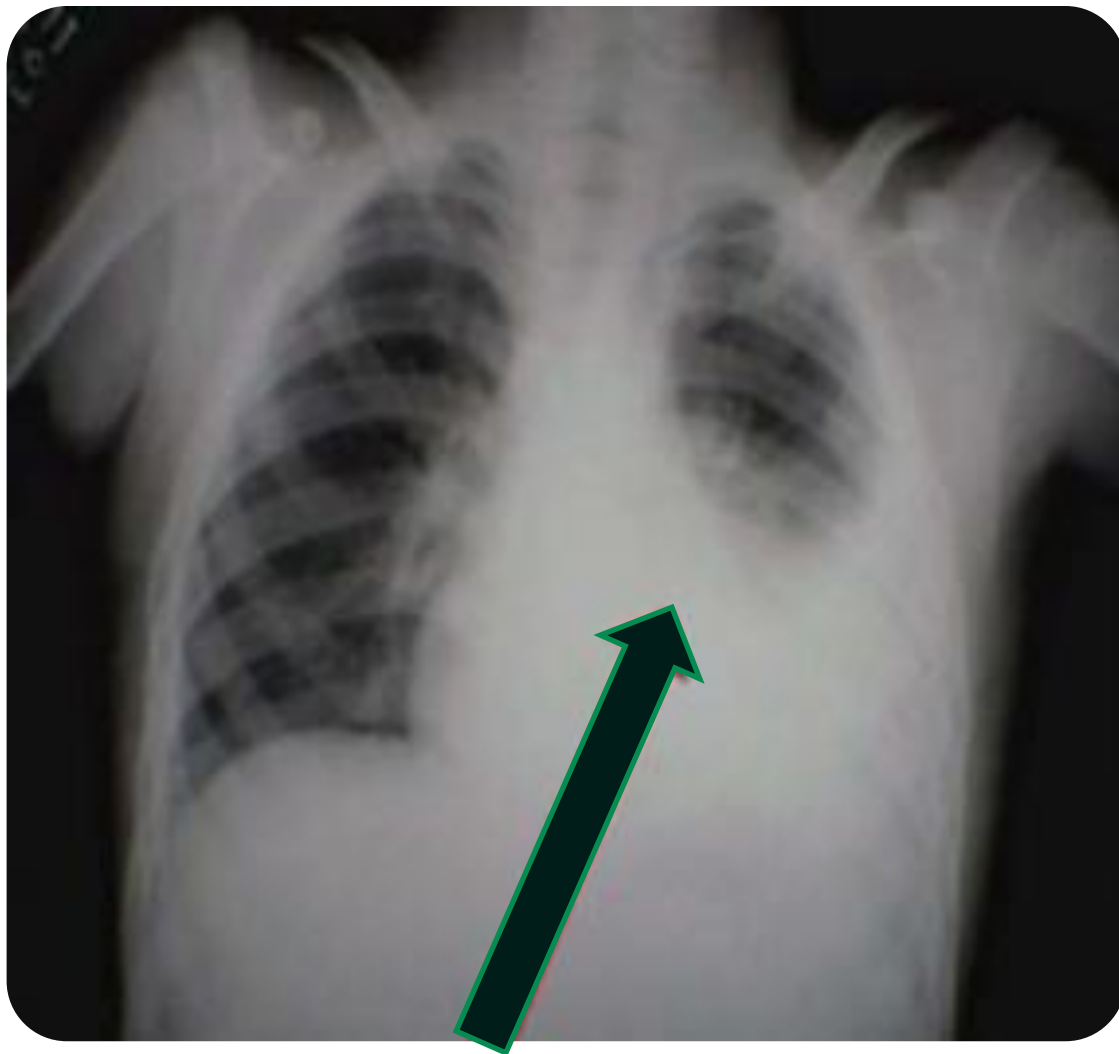
Ampicilina/Penicilina + Cefalosporina 3ª

≥ 2 meses

Ampicilina ou Penicilina Cristalina



Se complicou, derrame pleural pensou!





Tratamento hospitalar

PAC complicada (PACC)

- **Estável** → Ampicilina ou Pen. Cristalina
 - Sucesso na maioria dos casos
- **PACC grave** → Cefalosporina de 3ª geração
- **Suspeita de CA-MRSA:** + Vancomicina
- **Duração mais prolongada:** Pelo menos 2 a 3 semanas

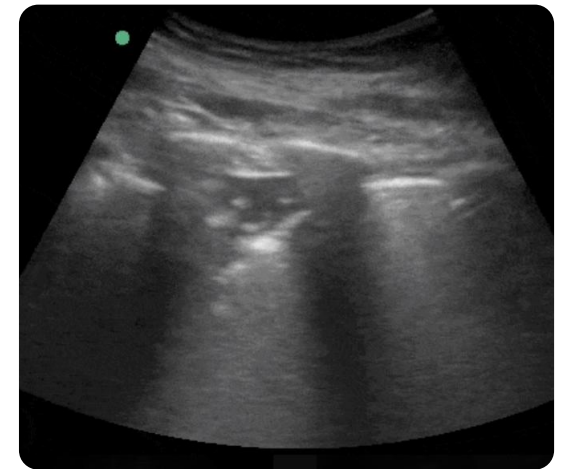
PACC muito grave
(choque, necessidade de VMA ou
admissão em UTI)

**Vancomicina + Cefalosporina de 3ª
geração + Azitromicina**



2. (EMR 2026) - Horácio, 4 anos, previamente hígido recebeu diagnóstico clínico de pneumonia à esquerda na UBS, e está em tratamento há 48 horas com amoxicilina (50 mg/kg/dia). Comparece em pronto socorro com queixa de manutenção da febre desde o início do quadro, piora da tosse e surgimento de dor torácica esquerda há 1 dia. Exame físico: BEG, ativo, reativo, normocorado, acianótico, anictérico e hidratado. Ausculta pulmonar muito reduzida em terço médio e base de hemitórax esquerdo, com estertores na mesma localização. SatO₂: 95%. Sem sinais de desconforto respiratório. Exame cardiovascular e abdome sem alterações. O pediatra do plantão realiza uma ultrassonografia a beira leito e observa a imagem abaixo na transição tóraco-abdominal esquerda. Sobre o caso, o que é correto afirmar:

- A. Cefuroxima endovenosa é a melhor opção para o caso.
- B. A melhor conduta é iniciar ceftriaxona associada a vancomicina.
- C. A realização da toracocentese é necessária para definição da necessidade de drenagem cirúrgica.
- D. Amoxicilina em dose dobrada é uma opção de tratamento para esse paciente.





ASMA



PEDIATRIA



Estratégia terapêutica – *STEPS*

• ADOLESCENTES E ADULTOS

STEP 1

CI dose BAIXA + FORM*
(Batman-Robin da Asma)



STEP 2

CI dose BAIXA + FORM*
CI dose BAIXA

STEP 3

CI dose BAIXA + FORM/LABA
CI dose MÉDIA

STEP 4

CI dose MÉDIA + FORM/LABA
CI dose alta

STEP 5

CI dose MÉDIA/ALTA + LABA + outra droga

ATENÇÃO!

- 6 a 11 anos → CI baixa dose + SABA nas crises
- < 6 anos → SABA nas crises
 - Considerar CI intermitente no curso de doenças virais

SABA de resgate pode ser usado quando não há LABA de resgate!



Classificação da gravidade da crise ≥ 6 anos

LEVE

- Fala normalmente; consegue deitar
- FR normal ou discretamente elevada
- Desconforto respiratório leve ou ausente; entrada de ar normal ou levemente diminuída
- SatO₂ $\geq 94\%$
- PFE ou VEF1 $> 70\%$
- **PRAM: 1-3**

MODERADA

- Fala frases; prefere sentar; sem agitação
- FR $\uparrow$
- Uso de musculatura acessória
- Sibilos expiratórios; $\downarrow$ entrada de ar
- SatO₂ $\geq 92\%$
- PFE ou VEF1 50-70%
- **PRAM 4-7**

SEVERA

- Incapaz de falar, beber ou deitar
- FR > 30 irpm
- Uso de musculatura acessória
- Tórax silencioso
- SatO₂ $< 92\%$
- PFE ou VEF1 $< 50\%$
- **PRAM 8-10**

AMEAÇADORA À VIDA

Confusão mental, sonolência, cianose ou **PRAM 11-12**



O que é o PRAM?

SatO ₂	≥ 95%		0
	92–94%		1
	< 92%		2
Retração supraesternal	Ausente		0
	Presente		2
Uso de musculatura acessória (escalenos)	Ausente		0
	Presente		2
Entrada de ar	Normal		0
	↓ nas bases		1
	↓ nos ápices e nas bases		2
	Mínima ou ausente		3
Sibilos	Ausentes		0
	Apenas expiratórios		1
	Inspiratórios (± expiratórios)		2
	Audível sem estetoscópio ou tórax silencioso (entrada de ar mínima ou sem entrada de ar)		3
PRAM: (max.12)			
Pontuação	0–3	4–7	8–12
Gravidade	Leve	Moderada	Severa



Manejo da crise

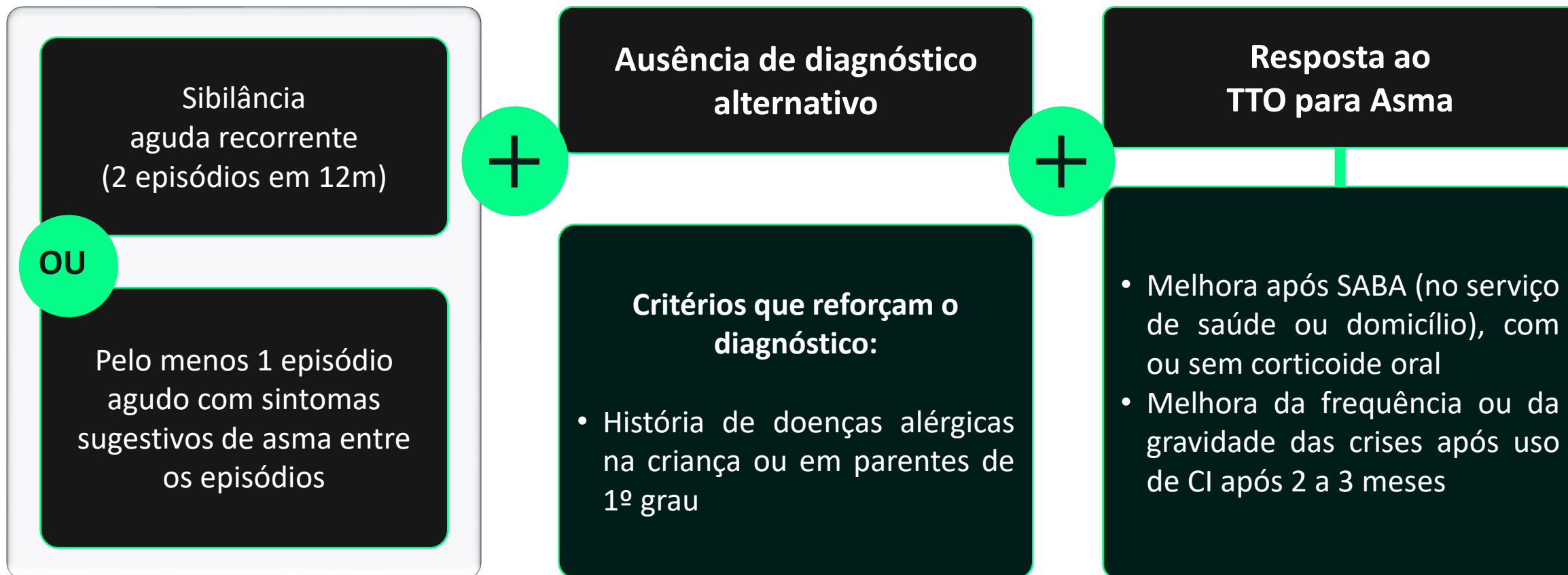
Leve	Moderada	Severa
1ª hora: SABA (4 jatos) ou Budesonida + Formoterol (2 jatos) • Se necessário, repetir com 30-60min	1ª hora: SABA - 4 a 6 jatos + Ipratrópio 4 jatos + Corticoide sistêmico • Se necessário, repetir até 3x (a cada 20-30min)	1ª hora: SABA - 6 a 10 jatos + Ipratrópio 4 jatos + Corticoide sistêmico • Se necessário, repetir até 3x (a cada 20-30min) • Considerar sulfato de magnésio
Oxigênio (alvo): Adultos: 92-95% / Crianças: ≥ 92%		
• Sem melhora, repetir SABA + Considerar ipratrópio	• Sem melhora, repetir SABA + Considerar ipratrópio	• Sem melhora, repetir SABA + Ipratrópio + Fazer sulfato de magnésio
Na alta: 1) Critérios: melhora dos sintomas com sinais de “crise leve” pelo menos 1 a 2h após a última dose de Salbutamol; melhora do PFE ou VEF₁ (> 70%); SatO₂ > 92%; recursos disponíveis em domicílio 2) SABA de alívio; avaliar terapia de manutenção; prednisolona por 5 a 7 dias (adultos) ou 3 a 5 dias (crianças); consulta de seguimento precoce. • Adultos: 40-50 mg/dia; Crianças: 1-2 mg/kg/dia (máx.: 40mg)		

AVISO!

Reforço de que a cada puff precisamos agitar o dispositivo!



Diagnóstico nos < 6 anos





3. (EMR 2026) - Simba, 7 anos de idade, com diagnóstico prévio de Asma, é admitido no pronto-socorro infantil apresentando dispneia progressiva e tosse seca há 8 horas. Ao exame físico: regular estado geral, consciente, falava apenas frases curtas, tempo de enchimento capilar de 2 segundos. Sinais vitais: FR = 38 irpm, FC = 132 bpm, SatO_2 = 91% em ar ambiente. Tiragem intercostal e subcostal. A ausculta pulmonar evidencia murmúrio vesicular reduzido globalmente com sibilos inspiratórios e expiratórios difusos. Pediatric Respiratory Assessment Measure (PRAM): 6. Foi iniciado imediatamente o protocolo terapêutico de primeira hora com oxigenoterapia suplementar via cateter nasal, 3 ciclos broncodilatador de curta ação associado ao brometo de ipratrópio por via inalatória, além de uma dose de corticosteroide sistêmico oral. Após o término da primeira hora, Simba foi reavaliado e apresentou: FR = 36 irpm, FC = 124 bpm, SatO_2 = 93% (em oxigenoterapia), manutenção da tiragem intercostal moderada e persistência de sibilos expiratórios e inspiratórios bilaterais. PRAM = 4. Diante do quadro clínico atual, qual é a conduta subsequente recomendada?

- A. Adicionar sulfato de magnésio por via intravenosa e programar a transferência do escolar para a unidade de terapia intensiva pediátrica devido à refratariedade.
- B. Iniciar corticoterapia inalatória em altas doses associada a um broncodilatador de longa ação (LABA) para otimização sinérgica do tônus muscular liso bronquial.
- C. Manter a oxigenoterapia e repetir o ciclo de SABA a cada 20 minutos na segunda hora e considerar doses adicionais de Ipratrópio, associado à manutenção da vigilância clínica rigorosa.
- D. Prescrever sulfato de magnésio por via inalatória, associado à broncodilatador endovenoso contínuo e instalar ventilação não invasiva.



DIARRREIA E DESIDRATAÇÃO



Como avaliar a desidratação?

A

Diarreia aguda
SEM DESIDRATAÇÃO

B

Diarreia aguda
COM DESIDRATAÇÃO

C

Diarreia aguda
**COM DESIDRATAÇÃO
GRAVE**

Perda de peso é
considerado o melhor
indicador de desidratação!



Como avaliar a desidratação?

Observar	A	B	C
Condições	Ativo, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico, letárgico ou inconsciente*
Olhos	Sem alteração	Fundos	Fundos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca e língua	Úmidas	Secas ou levemente secas	Muito secas
Sede	Sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Não é capaz de beber*





Como avaliar a desidratação?

Examinar	A	B	C
Sinal da prega	Desaparece imediatamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Cheio	Fraco ou ausente*





Manejo

Transição

MANEJO	A	B	C
CONCLUSÃO	SEM DESIDRATAÇÃO	DESIDRATAÇÃO (≥ 2 sinais)	DESIDRATAÇÃO GRAVE (≥ 2 sinais)
TRATAMENTO	Plano A Terapia de reidratação oral (TRO) após evacuações diarreicas • Zinco por 10 a 14 dias • Orientar sinais de alarme	Plano B Terapia de reidratação oral (TRO): <u>Uso do SRO</u> <u>50 a 100 ml/kg em 4 a 6h</u> • Mantém só o aleitamento materno • Possibilidade do uso da Ondansetrona	Plano C Terapia de reidratação parenteral (expansão + manutenção + reposição) • Suspende alimentação até reidratação
ONDE TRATO?	Em casa!	Serviço de Saúde	Serviço de Saúde



Pelo menos
1 sinal com *

Intervenções adjuvantes que podem ser ponderadas, mas não são propostas pelo MS

Probióticos; antissecretor;
vitamina A



Plano C

- **EXPANSÃO**

Indicações para reidratação venosa Plano C

- Desidratação grave/choque
- Contra-indicação a VO: Íleo paralítico, abdome agudo, alteração de consciência ou convulsões
- Ausência de melhora após plano B
- Vômitos intratáveis

FASE RÁPIDA (EXPANSÃO) – MENORES DE 1 ANO

Solução	Volume	Tempo de Administração
Soro Fisiológico 0,9% OU Ringer Lactato	30 mL/kg	1 hora
	70 mL/kg	5 horas

FASE RÁPIDA (EXPANSÃO) – A PARTIR DE 1 ANO

Solução	Volume	Tempo de Administração
Soro Fisiológico 0,9% OU Ringer Lactato	30 mL/kg	30 minutos
	70 mL/kg	2 horas e 30 minutos



Plano C

- **MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO**

FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS		
SOLUÇÃO	VOLUME EM 24 HORAS	
Manutenção* Soro glicosado a 5% + Soro fisiológico a 0,9% Proporção de 4:1	Peso até 10kg	100mL/kg
	Peso de 10 a 20 kg	1000mL + 50mL/kg de peso que exceder 10kg
	Peso acima de 20kg	1500mL + 20mL/kg de peso que exceder 20kg
KCl a 10%*	2mL para cada 100mL de solução de manutenção	
Reposição Soro glicosado a 5% + Soro fisiológico a 0,9% Proporção de 1:1	Iniciar com 50mL/kg/dia Reavaliar quantidade de acordo com as perdas	



4. (EMR 2026) - Magali, 14 meses de idade, previamente hígida, com peso de 10 kg, é trazida ao pronto-atendimento com história de diarreia líquida profusa há dois dias, associada a múltiplos episódios de vômitos e febre de 38,8°C. Há cerca de 12 horas, a mãe notou sangue e muco nas fezes, além de recusa alimentar absoluta, sonolência excessiva e ausência de diurese. Ao exame físico minucioso: encontra-se letárgica, hiporresponsiva, descorada 2+/4+, de extremidades frias, pulsos periféricos finos e rápidos; FC = 168 bpm, FR = 45 irpm, PA = 85 x 40mmHg. Os olhos estão fundos, as lágrimas estão ausentes e a prega cutânea desfaz-se muito lentamente. Os exames laboratoriais colhidos na admissão revelam: Hemoglobina = 10,9 g/dL, Leucócitos = 16.200/mm³, Plaquetas = 152.000/mm³, Ureia = 74 mg/dL, Creatinina = 1,2 mg/dL, Sódio = 136 mEq/L, Potássio = 3,4 mEq/L. Diante do quadro clínico e laboratorial de Magali, assinale a conduta terapêutica imediata e o correto raciocínio clínico evolutivo.

- A. Iniciar de imediato a expansão volêmica venosa rápida com Soro Fisiológico 0,9% na dose de 20 mL/kg em 30 minutos, associando sulfato de zinco por via oral e antibioticoterapia empírica parenteral imediata para conter a translocação bacteriana e evitar a progressão para falência medular por microangiopatia trombótica.
- B. Realizar 30 mL/kg de Ringer Lactato em 30min e reavaliar o paciente para definir progressão para 70 mL/kg em 2 horas e 30 minutos e atentar para a função renal, inclusive para possibilidade de evolução com Síndrome Hemolítica-Urêmica.
- C. Administrar expansão venosa imediata com solução salina a 0,9% na dose de 20 mL/kg em 30 minutos, repetir se necessário até a estabilização hemodinâmica, associado a Racecadotril por via oral e caso haja manutenção do sangramento prescrever Ciprofloxacino.
- D. Iniciar hidratação por via nasogástrica com Soro de Reidratação Oral (SRO), prescrever loperamida para redução imediata da motilidade intestinal e solicitar exames de imagem abdominais urgentes para afastar intussuscepção secundária.



REANIMAÇÃO NEONATAL



PEDIATRIA



Reanimação neonatal



3 PERGUNTAS



≥ 34 semanas?



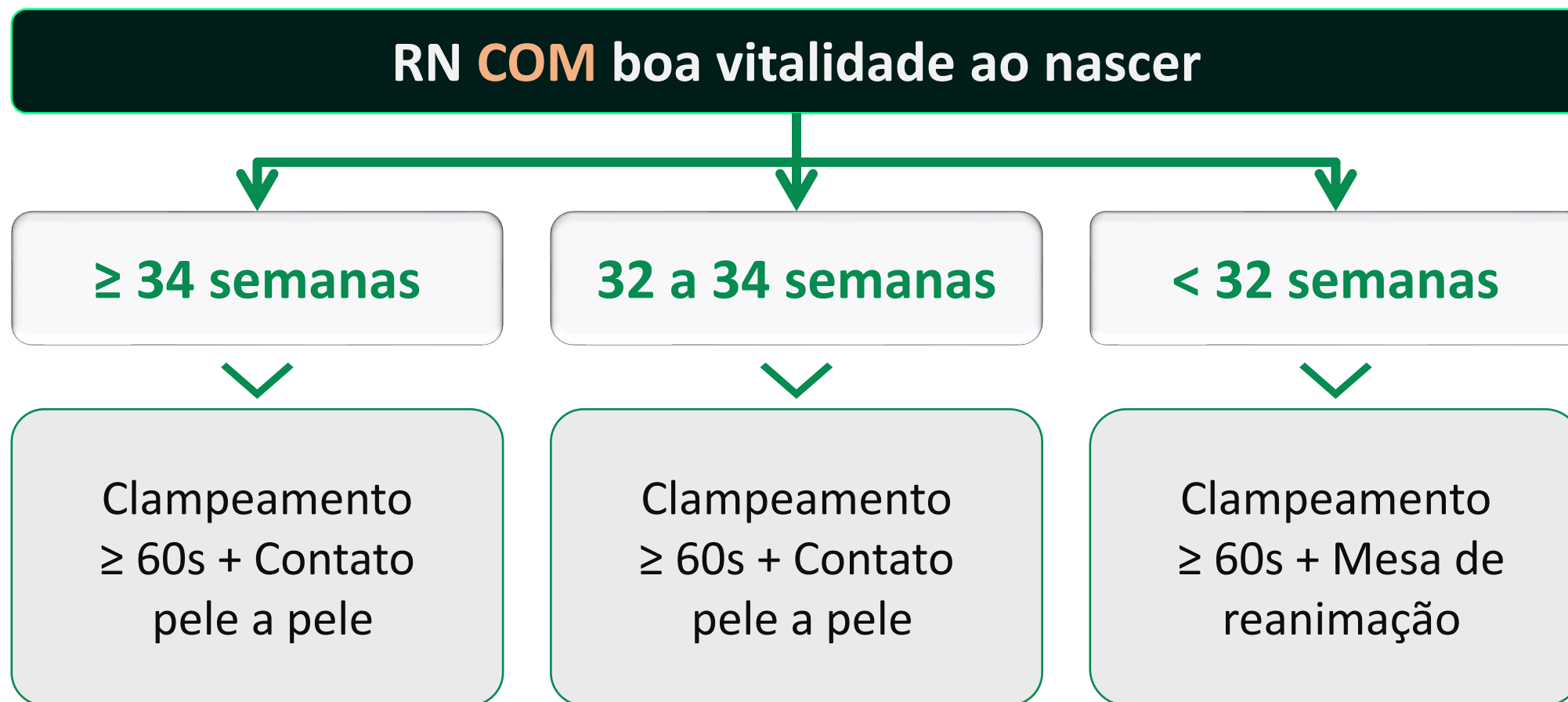
Tônus muscular
em flexão?



Respirando ou
chorando?



Reanimação neonatal





Reanimação neonatal

Cuidados de rotina junto à mãe

Clampeamento do cordão

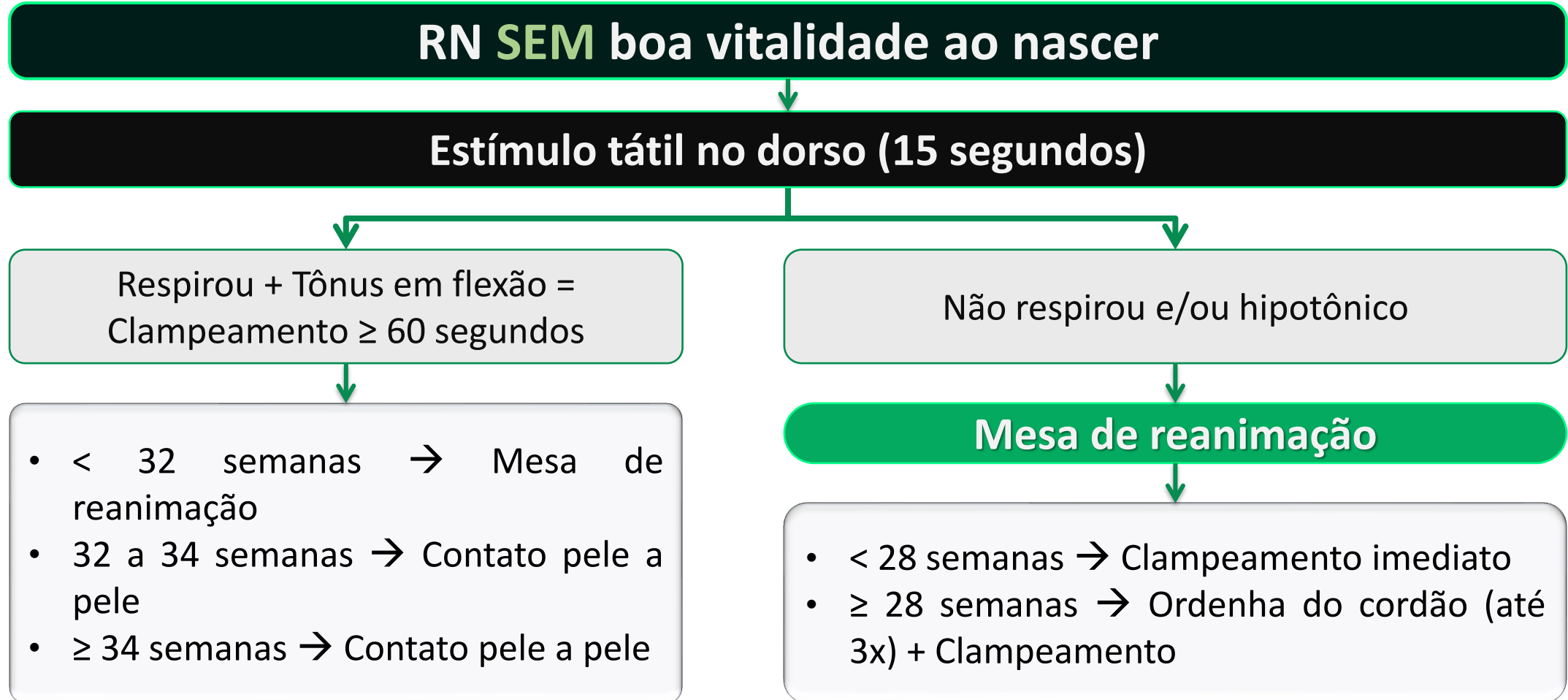
Aleitamento materno na 1ª hora

Vitamina K

Mínimo de
60 segundos

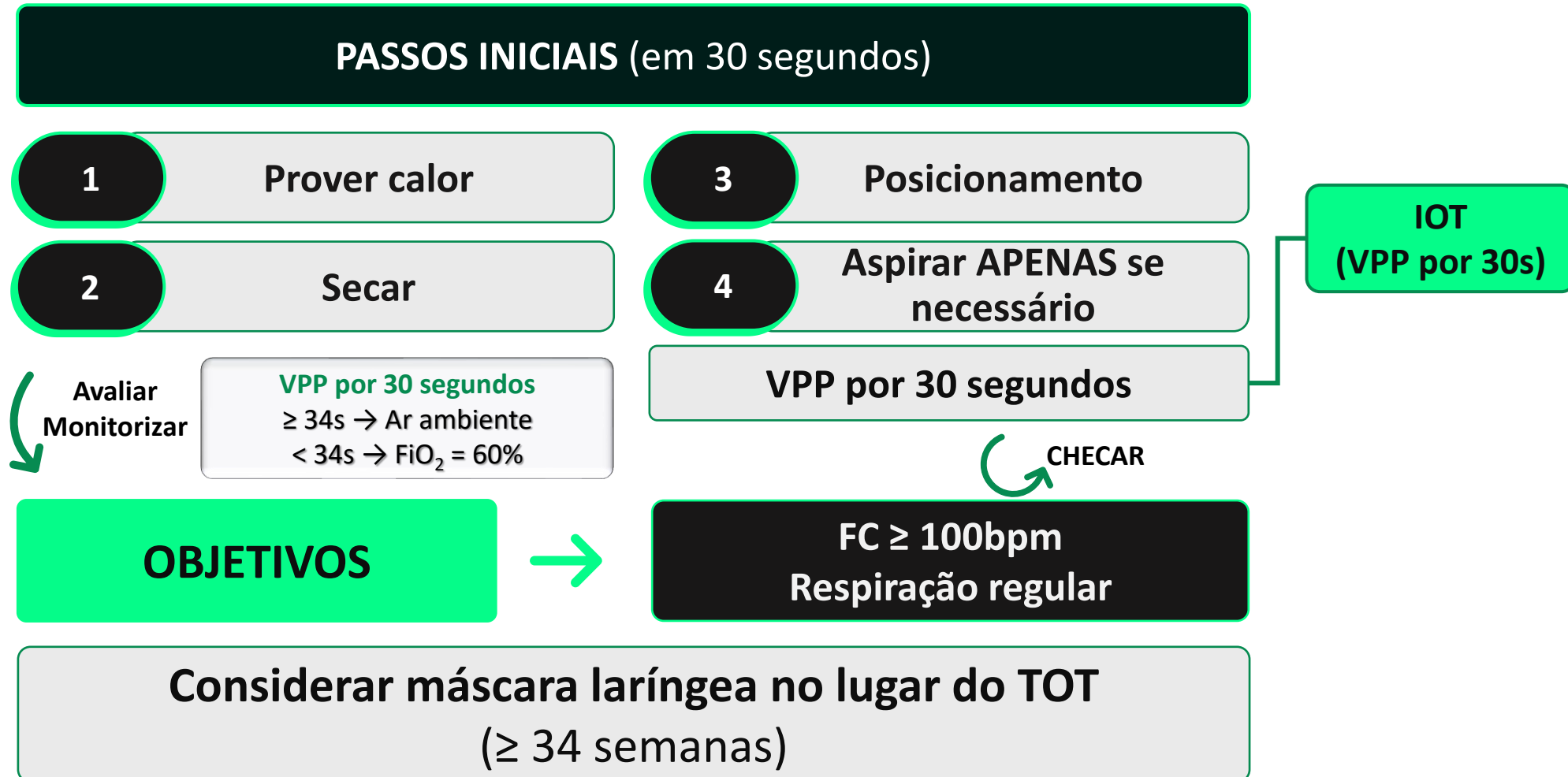


Reanimação neonatal



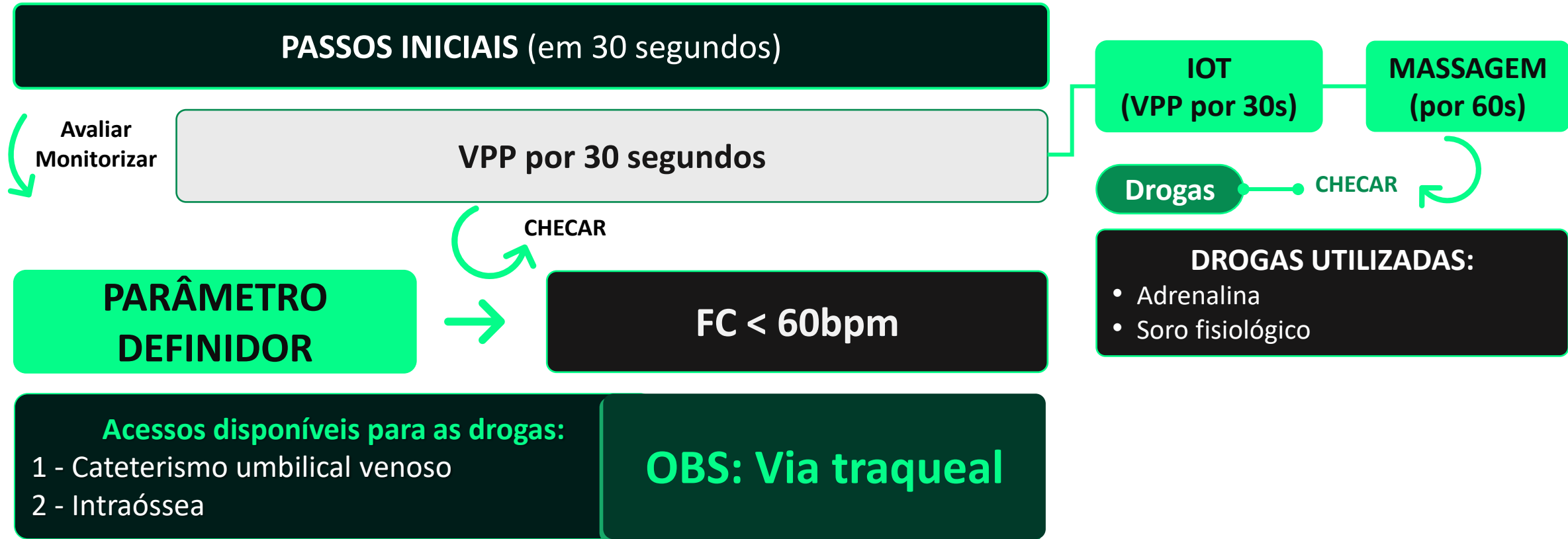


Reanimação neonatal





Reanimação neonatal





Reanimação neonatal

Me preparando para questões conceituais!

**Preferência por ventilador em T
(em especial, nos RNPT)**

**Mudança dos pontos
de corte da SatO₂ alvo**

Clampeamento do cordão com no mínimo 60 segundos em RNs com boa vitalidade, incluindo os < 34 semanas!

< 34 semanas com boa vitalidade:
RNPT moderado (32 a 34s): podem fazer contato pele a pele
RNPT < 32s: encaminhar para a mesa de reanimação

Nasceu com boa vitalidade = Secar a cabeça, cobrir o corpo (sem secar) com plástico de polietileno estéril + Campo estéril aquecido (por cima)

- Não precisa colocar o RN no saco plástico
- Reforço do colchão térmico

Quadro 1. Valores alvo de SpO₂ pré-ductal

Minutos após o nascimento	SpO ₂ alvo pré-ductal
2	65-70%
3	70-75%
4	75-80%
5	80-85%
10	85-95%



5. (EMR 2026) - Recém-nascido pré-termo com idade gestacional estimada de 33 semanas e 4 dias nasce de parto cesáreo indicado por sofrimento fetal agudo. Ao nascimento, o neonato apresenta-se hipotônico e em apneia. Realizado estímulo tátil, sem melhora da vitalidade, sendo realizado o clampeamento do cordão após ordenha. Posterior, o paciente é levado à mesa de reanimação sob calor radiante, posicionado, e realizada a aspiração de vias aéreas superiores devido à presença de quantidade moderada de secreção. Após os passos iniciais concluídos em 30 segundos, o prematuro mantém apneia e frequência cardíaca de 58 bpm. Diante do quadro clínico apresentado e considerando as diretrizes atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) para reanimação em sala de parto, a ventilação com pressão positiva (VPP) com máscara facial deve ser iniciada imediatamente com qual Fração Inspirada de Oxigênio (FiO_2)?

- A. FiO_2 de 21%.
- B. FiO_2 de 30%.
- C. FiO_2 de 60%.
- D. FiO_2 de 100%.



TRIAGEM NEONATAL



Teste da oximetria

POR QUE?

Diagnóstico precoce de cardiopatias congênicas críticas

QUANDO?

Entre 24 e 48h de vida
(antes da alta hospitalar)

COMO?

Oximetria de pulso
Aferição no MSD (pré-ductal) e
qualquer um dos MMII

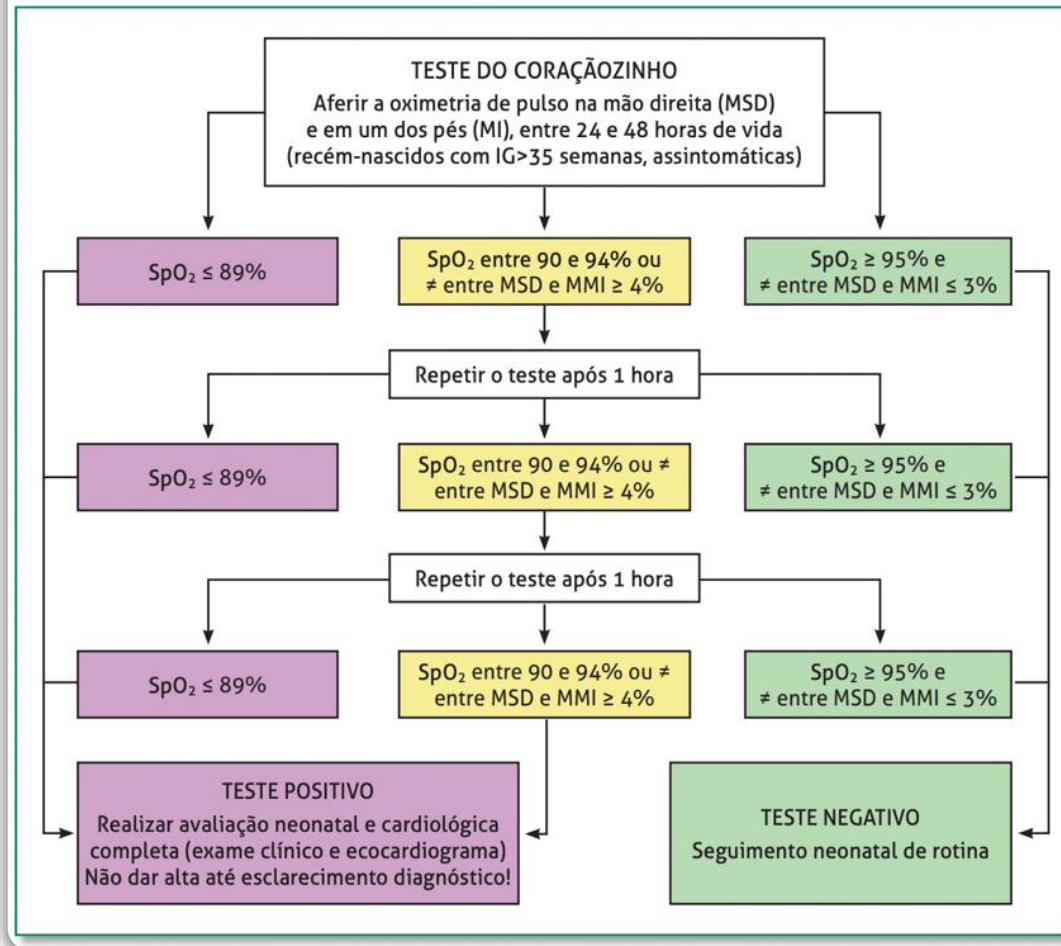
O QUE FAZER COM O RESULTADO?





Teste da oximetria

Figura 2. Fluxograma para interpretação do teste do coraçãozinho





Teste do reflexo vermelho

POR QUE?

Deteção precoce de alterações com risco de causar ambliopia ou deficiência visual
Checar a transparência dos meios oculares

QUANDO?

Ideal: Maternidade (até 1 mês)
Deve ser repetido durante a puericultura

COMO?

Oftalmoscopia direta
Procurar reflexo vermelho

O QUE FAZER COM O RESULTADO?

Se reflexo ausente, duvidoso ou assimétrico, encaminhar precocemente ao oftalmologista

Periodicidade na puericultura

No mínimo, 3x/ano, nos primeiros 3 anos de vida





Teste da orelhinha

Diagnóstico de patologias que atrapalhem o desenvolvimento da audição



Figura 1- Etapas da TANU até a intervenção quando necessária (Etapas 1-3-6)

**Realizar antes da alta da maternidade
(ideal: 24 a 48h de vida), no máximo até 1m de vida**

EXAMES

EOA



Crianças sem IRDA ou IRDA 1

PEATE



Crianças com IRDA 2



Teste da orelhinha

Quadro 1 – Síntese do Fluxo de Teste e Reteste da Triagem Auditiva

SEM FATOR DE RISCO e FATOR DE RISCO – IRDA1					
STORCH+Z; Uso medicação ototóxica; Anomalias craniofaciais; Hereditariedade					
TAN teste	TAN reteste	Avaliação audição	Diagnóstico	Intervenção	Acompanhamento
EOAT – Passa	–	–	–	–	Atenção Primária
EOAT-Falha	EOAT-Passa	–	–	–	Atenção Primária
	EOAT-Falha	Serviço especializado ou CER	Normal	–	Atenção Primária
			Perda Auditiva	Serviço especializado ou CER	–
FATOR DE RISCO IRDA2					
UTI mais de cinco dias; peso ao nascimento < 1.500 gramas; hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão; ECMO terapia; anóxia grave (Apgar 0-4 no 1º minuto ou de 0-6 no 5º minuto); encefalopatia hipóxico-isquêmica; hemorragia periventricular					
TAN teste	TAN reteste	Avaliação audição	Diagnóstico	Intervenção	Monitoramento
EOAT + PEATE-A – Passa	–	–	–	–	Serviço especializado ou CER
EOAT + PEATE-A – Falha (mesmo que em um procedimento)	EOAT + PEATE-A – Passa	–	–	–	Serviço especializado ou CER
	EOAT + PEATE-A – Falha (mesmo que em um procedimento)	Serviço especializado ou CER	Normal	–	Serviço especializado ou CER
			Perda Auditiva	Serviço especializado ou CER	
EXCEÇÕES					
Permanência de mais de três meses na UTI; presença de malformação de orelha, mesmo que unilateral; meningite.					
A avaliação audiológica e o seguimento serão realizados pelo serviço especializado ou CER.					



Teste da orelhinha



Passou

Seguimento dos marcos do desenvolvimento



Falhou

Reteste em até 3 meses
(ideal: 15 dias)

**Se nova falha, encaminhar para avaliação
diagnóstica ORL + Audiológica**



Figura 1- Etapas da TANU até a intervenção quando necessária (Etapas 1-3-6)



6. (EMR 2026) - Recém-nascido de 36 horas de vida, sexo feminino, nascido de parto vaginal a termo (39 semanas de idade gestacional), peso ao nascer de 3.200g, sem intercorrências no período perinatal, encontra-se em alojamento conjunto em aleitamento materno exclusivo. Durante a avaliação de rotina antes da alta hospitalar, o pediatra realiza o teste do coraçãozinho. A aferição revela saturação de oxigênio de 93% no membro superior direito (MSD) e 92% no membro inferior direito. Sem alterações no exame físico. Diante desse resultado, qual deve ser a conduta imediata?

- A. Considerar o teste como negativo devido à estabilidade clínica e à ausência de sopros cardíacos ao exame físico, autorizando a alta hospitalar com seguimento ambulatorial na atenção primária.
- B. Classificar o teste como positivo para cardiopatia congênita crítica, suspendendo a alta hospitalar e solicitando a realização de ecocardiograma de urgência dentro das próximas 24 horas.
- C. Caracterizar o resultado como duvidoso, devendo o pediatra repetir a oximetria de pulso no membro superior direito e em um dos membros inferiores após o intervalo de uma hora.
- D. Definir o teste como positivo, indicativo de shunt invertido pelo canal arterial, indicando a internação imediata na unidade de terapia intensiva neonatal para início de infusão contínua de prostaglandina.



INFECÇÕES & CONGÊNITAS



Avaliação da criança exposta

Histórico materno

**Exame físico
do RN**

**VDRL do RN
VDRL da mãe**

ADEQUADAMENTE TRATADA

Penicilina Benzatina

Intervalos de acordo com o estágio clínico

Início 30 dias antes do parto

Maioria dos casos → Assintomáticos

Achados inespecíficos

Lesões cutâneas + Hepatoesplenomegalia

+ Pseudoparalisia de Parrot

Sangue periférico

**Comparação do VDRL RN-mãe:
≥ 2 diluições**

EXAMES PARA O “RN DE RISCO”

VDRL

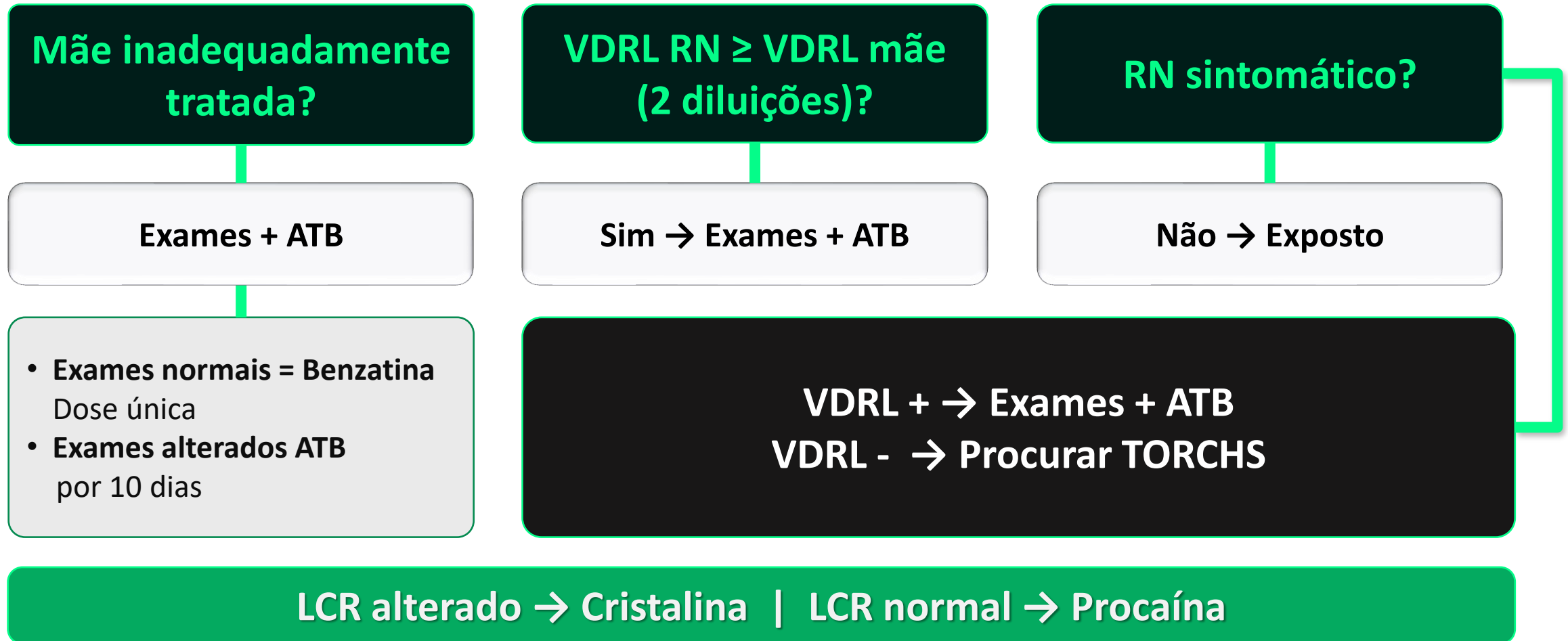
RX de ossos longos

Hemograma

LCR



Resumo do sucesso!





Quimioprofilaxia do RN exposto – HIV

Iniciar o mais
precoce possível

Preferencial: Até 4h

Classificação do risco de
transmissão vertical



Baixo risco x Alto risco

BAIXO RISCO

- Mãe em uso de TARV desde a 1ª metade da gestação
- CV indetectável após a 28ª semana (3º trimestre)
- Sem falha na adesão à TARV



Quimioprofilaxia do RN exposto – HIV

Risco	IG	AZT	3TC	RAL	NVP*
Baixo risco	Qualquer IG	X	NÃO USAR	NÃO USAR	NÃO USAR
Alto risco	$\geq 37s$	X	X	X	NÃO USAR
	34 a 37s	X	X	NÃO USAR	X
	$< 34s$	X	NÃO USAR	NÃO USAR	NÃO USAR
Duração		28 dias			



Infecções congênicas

INFECÇÃO	ACHADOS CLÍNICOS PRINCIPAIS
Sífilis	Hepatoesplenomegalia; pênfigo palmoplantar; rinite serossanguinolenta; osteocondrite; Pseudoparalisia de Parrot
Toxoplasmose	Coriorretinite; hidrocefalia; calcificações intracranianas difusas
CMV	Microcefalia; RCIU; surdez neurosensorial; calcificações periventriculares; petéquias; colestase
Rubéola	Catarata; surdez neurosensorial; PCA; estenose pulmonar



7. (EMR 2026) - Recém nascido do sexo masculino nascido de 36 semanas e 5 dias, Apgar 8/9, baixo peso (1700g), apresentou falha no teste de triagem auditivo (teste da orelhinha). Foi mantido internado para ganho de peso e com 10 dias de vida evoluiu com convulsões e foi realizada tomografia de crânio, com achado de calcificações periventriculares. Suspeitado de infecção por citomegalovírus. Sobre o diagnóstico, é correto afirmar:

- A. O vírus pode ser pesquisado em saliva ou urina.
- B. A sorologia pela técnica ISAGA é o padrão-ouro do diagnóstico.
- C. Sorologia IgM negativa para CMV neste paciente afasta o diagnóstico com segurança.
- D. O resultado da cultura viral é liberado rapidamente (até 24 horas), sendo a melhor alternativa para o caso.



SÍNDROME NEFRÍTICA x SÍNDROME NEFRÓTICA



PEDIATRIA



Diagnóstico diferencial de edema

Como eu posso pensar em causa renal (nefrótica/nefrítica) para o edema?

- Edema periorbitário, principalmente matinal
- HAS
- Alterações urinárias (redução da diurese, hematúria, proteinúria)





Diagnóstico diferencial de edema de origem renal

Síndrome Nefrótica (LHM)

- Proteinúria nefrótica
- Hipoalbuminemia e edema
- Hiperlipidemia ou lipidúria

Síndrome Nefrítica (GNPE/GNDA)

- Hematúria glomerular
- Hipertensão
- Edema
- Oligúria
- C3 e CH50 ↓



Diagnóstico diferencial de edema de origem renal

Síndrome Nefrótica
(LHM)

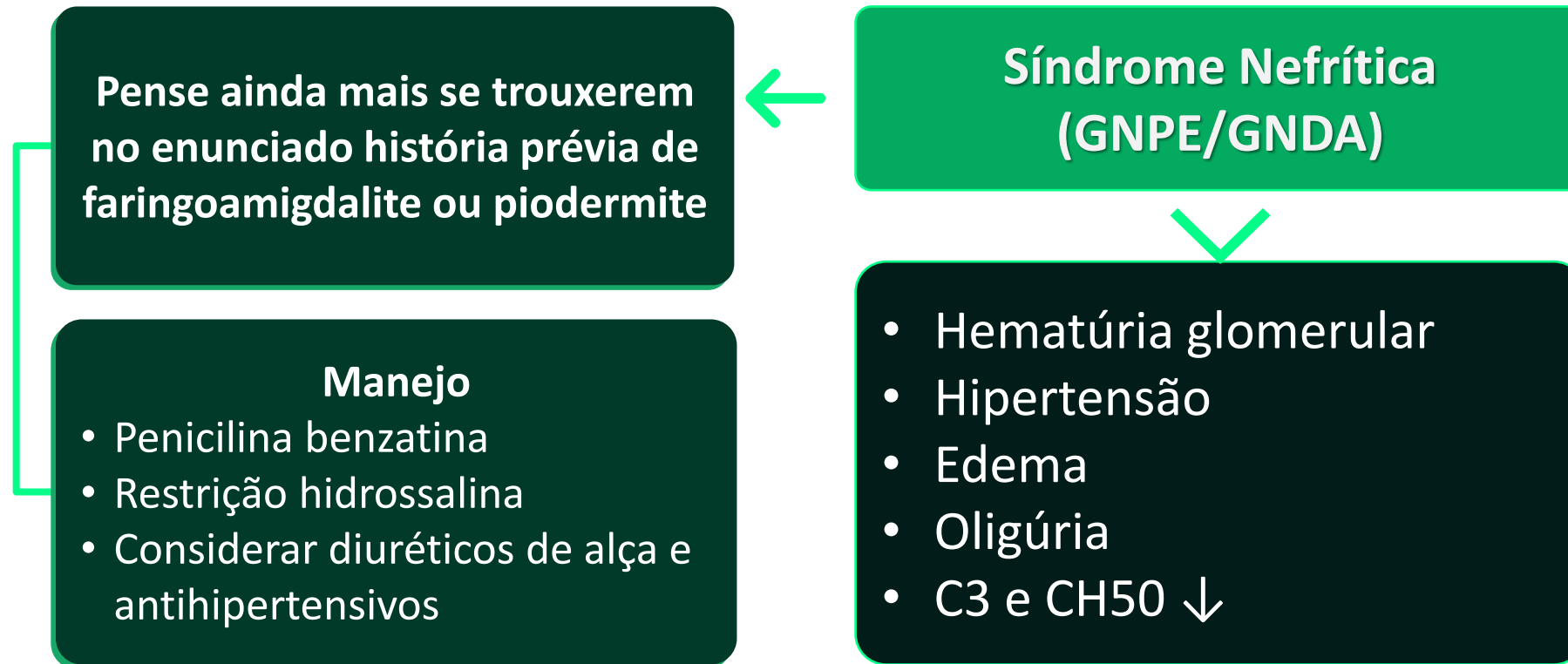


- Proteinúria nefrótica
- Hipoalbuminemia e edema
- Hiperlipidemia ou lipidúria

Se idade típica (1 a 10 anos), pensar em LHM e iniciar corticoterapia



Diagnóstico diferencial de edema de origem renal





8. (EMR 2026) - A síndrome nefrítica aguda na infância é um distúrbio glomerular que resulta em repercussões hemodinâmicas e metabólicas características. Na prática clínica pediátrica, a principal representante desse grupo é a Glomerulonefrite Difusa Aguda (GNDA) pós-estreptocócica. Compreender a fisiopatologia que rege os sinais e sintomas dessa síndrome é fundamental para a correta abordagem diagnóstica e terapêutica. A respeito da síndrome nefrítica, assinale a alternativa correta:

- A. O edema observado na síndrome nefrítica é tipicamente generalizado (anasarca), matutino e de consistência mole, decorrente da perda maciça de proteínas na urina e consequente queda acentuada da pressão oncótica plasmática.
- B. A hematúria de origem glomerular caracteriza-se laboratorialmente pela presença marcante de isomorfismo eritrocitário no EAS e ausência de cilindros hemáticos, refletindo a integridade estrutural da barreira de filtração.
- C. A dosagem de frações do sistema de complemento (C3 e C4) apresenta-se persistentemente normal na GNDA, servindo como o principal marcador para diferenciar essa patologia de nefropatias como o lúpus eritematoso sistêmico.
- D. A hipertensão arterial sistêmica decorre do estado de hipervolemia por retenção primária de sódio e água no néfron distal, podendo cursar com complicações graves como a encefalopatia hipertensiva e congestão volêmica.



CHOQUE EM PEDIATRIA



Sepse em pediatria

- *PHOENIX SEPSIS SCORE*

Escore de Sepsis de Phoenix (Phoenix Sepsis Score – PSS)				
Variáveis	0 ponto	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Respiratório 0-3 pontos	$\text{PaO}_2:\text{FiO}_2 \geq 400$ ou $\text{SpO}_2:\text{FiO}_2 \geq 292$	$\text{PaO}_2:\text{FiO}_2 < 400$ em qualquer suporte respiratório ou $\text{SpO}_2:\text{FiO}_2 < 292$ em qualquer suporte respiratório	$\text{PaO}_2:\text{FiO}_2$ 100-200 e VMI ou $\text{SpO}_2:\text{FiO}_2$ 148-220 e VMI	$\text{PaO}_2:\text{FiO}_2 < 100$ e VMI ou $\text{SpO}_2:\text{FiO}_2$ < 148 e VMI
Cardiovascular 0-6 pontos	Sem DVA Lactato < 5 mmol/L	1 ponto cada até 3 1 DVA Lactato 5 - 10,9 mmol/L	2 pontos cada até 6 ≥ 2 DVA Lactato ≥ 11 mmol/L	



Sepse em pediatria

• PHOENIX SEPSIS SCORE

Idade	Pressão arterial média (mmHg)		
Até 1m	> 30	17 - 30	< 17
1 a 11m	> 38	25 - 38	< 25
1 a 2a	> 43	31 - 43	< 31
2 a 5a	> 44	32 - 44	< 32
5 a 12a	> 48	36 - 48	< 38
12 a 17a	> 51	38 - 51	< 38
Coagulação 0-2 pontos	Plaquetas ≥ 100.000 INR $\leq 1,3$ D-dímero ≤ 2 mg/L Fibrinogênio ≥ 100 mg/dL	1 ponto cada (máx. 2) Plaquetas < 100.000 INR $> 1,3$ D-dímero > 2 mg/L Fibrinogênio < 100 mg/dL	
Neurológico 0-2 pontos	Glasgow > 10 Pupilas reativas	Glasgow ≤ 10	Pupilas fixas bilateralmente

Sepse: ≥ 2 pontos

Choque séptico:
Sepse + ≥ 1 ponto
cardiovascular



Manejo

Identificação precoce

Ferramentas de triagem
podem ser úteis

Fluidoterapia

- **Preferência por cristaloides balanceados e tamponados**
 - Plasma Lyte ou Ringer Lactato
- Opção: Soro fisiológico 0,9%

Coleta de exames

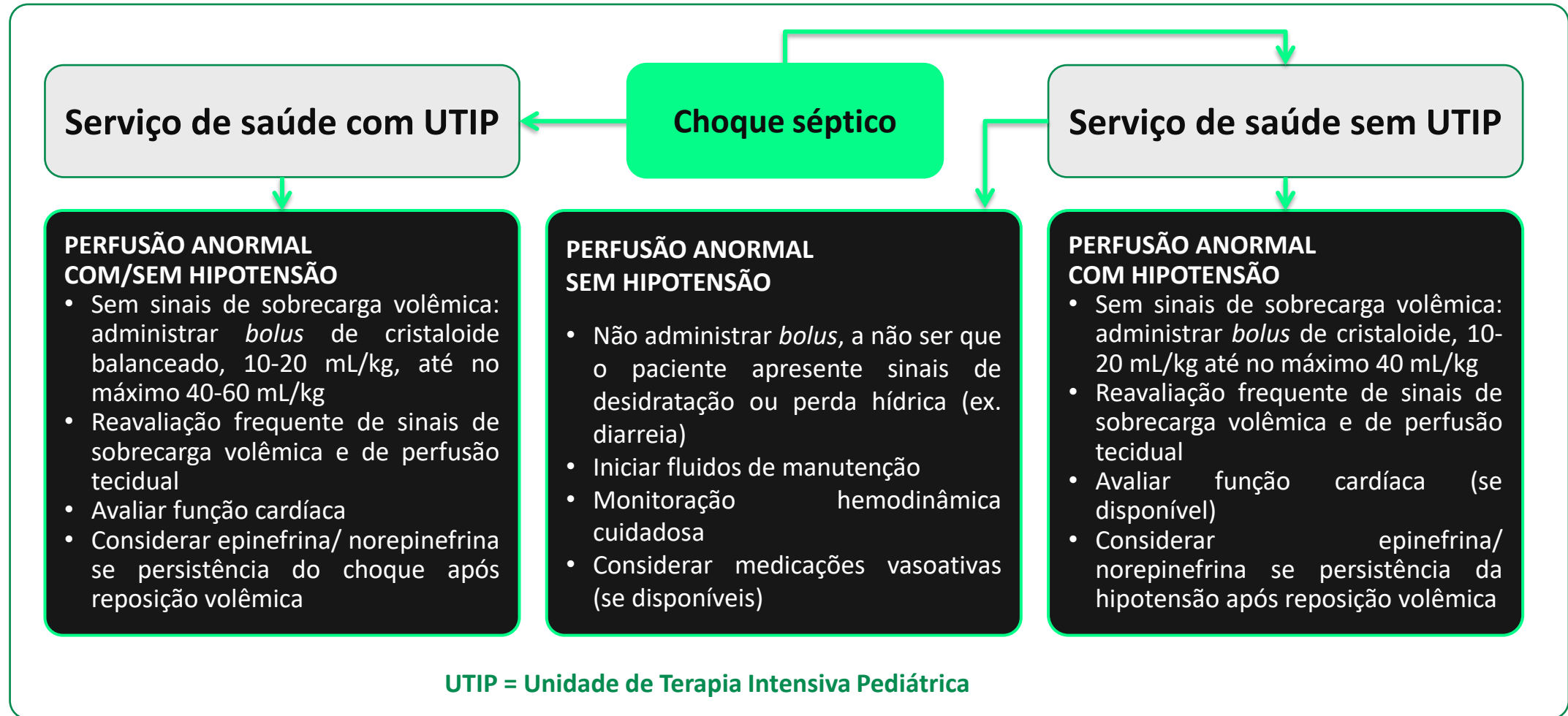
- Avaliar lesões de órgão-alvo
- Avaliar marcadores inflamatórios
- Não esquecer das culturas!

Bolus de 10-20mL/kg, até no máximo 40-60mL/kg

Monitorização hemodinâmica



Manejo





Manejo

Drogas vasoativas

Choque não responsivo à reposição volêmica

Drogas preferenciais

- Adrenalina
- Noradrenalina

Suporte ventilatório

Fornecer oxigênio a 100% por meio de MNR

Antibioticoterapia parenteral precoce

Outras terapêuticas

- Suporte enteral precoce
- Corticoides
- Correção de distúrbios
- Hemotransfusões





Teste do pezinho

POR QUE?



Diagnóstico precoce
de doenças com
objetivo de reduzir
morbimortalidade

Fase pré-sintomática

QUANDO?



**Entre 48h e o
5º dia de vida**

RNs em UTI
neonatal podem
necessitar
de repetição

COMO?



**Sangue em
papel filtro**

Utiliza exames de
alta sensibilidade





Teste do pezinho

Recomendações para a coleta de amostras, segundo peso e idade gestacional		
Características	Coleta	Exames
RN com peso $\geq$ 1.500 g Idade gestacional $\geq$ 32 semanas RN agudamente doente, instabilidade respiratória ou hemodinâmica.	1ª amostra: na admissão na UTI Neo 2ª amostra: 48 – 72 horas 3ª amostra: até o 28º dia	1ª amostra: TSH, PKU, IRT, Hb, HAC, DBT. 2ª amostra: TSH, PKU, IRT, HAC, DBT. 3ª amostra: TSH.
RN com peso $<$ 1.500 g Idade gestacional $<$ 32 semanas	1ª amostra: à admissão na UTI Neo 2ª amostra: 48 – 72 horas 3ª amostra: até o 28º dia 4ª amostra: 4 meses de vida, apenas para prematuros $<$ 32 semanas e hemotransfundidos	1ª amostra: TSH, PKU, IRT, Hb, HAC, DBT. 2ª amostra: TSH, PKU, IRT, HAC, DBT. 3ª amostra: TSH. 4ª amostra: análise de Hb.

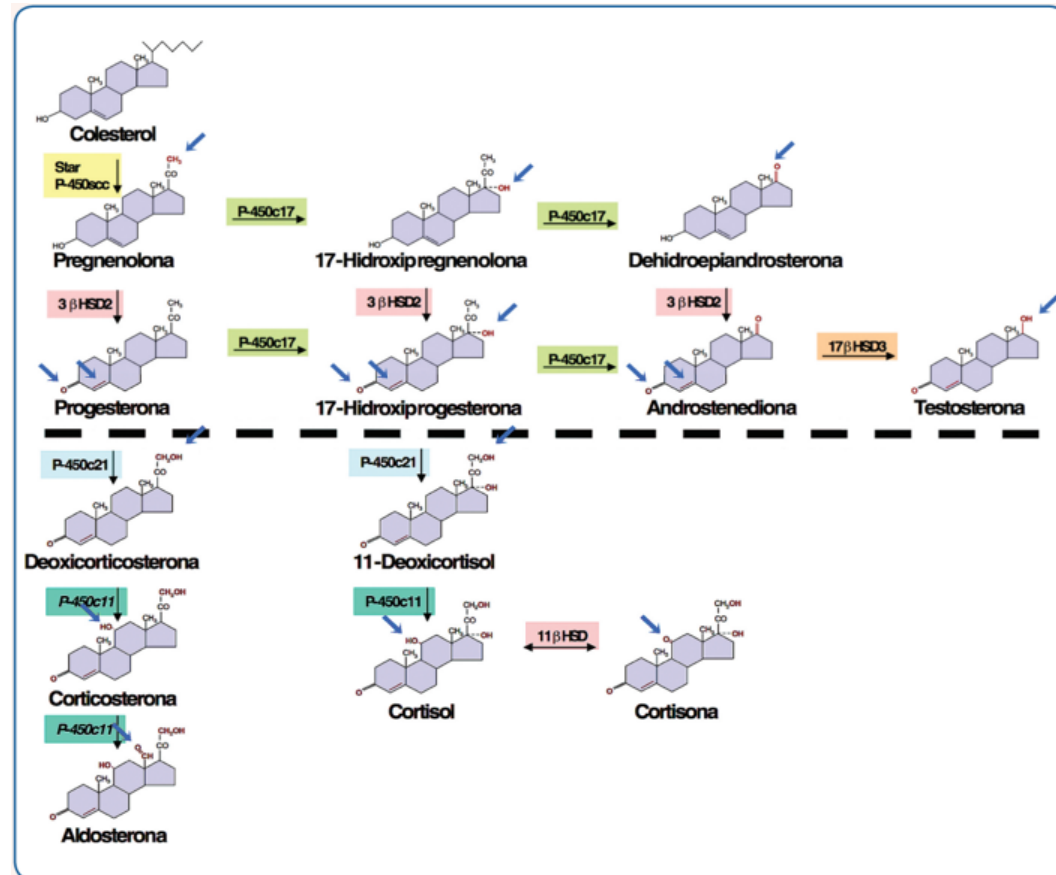


Hiperplasia adrenal congênita

Doença autossômica
recessiva

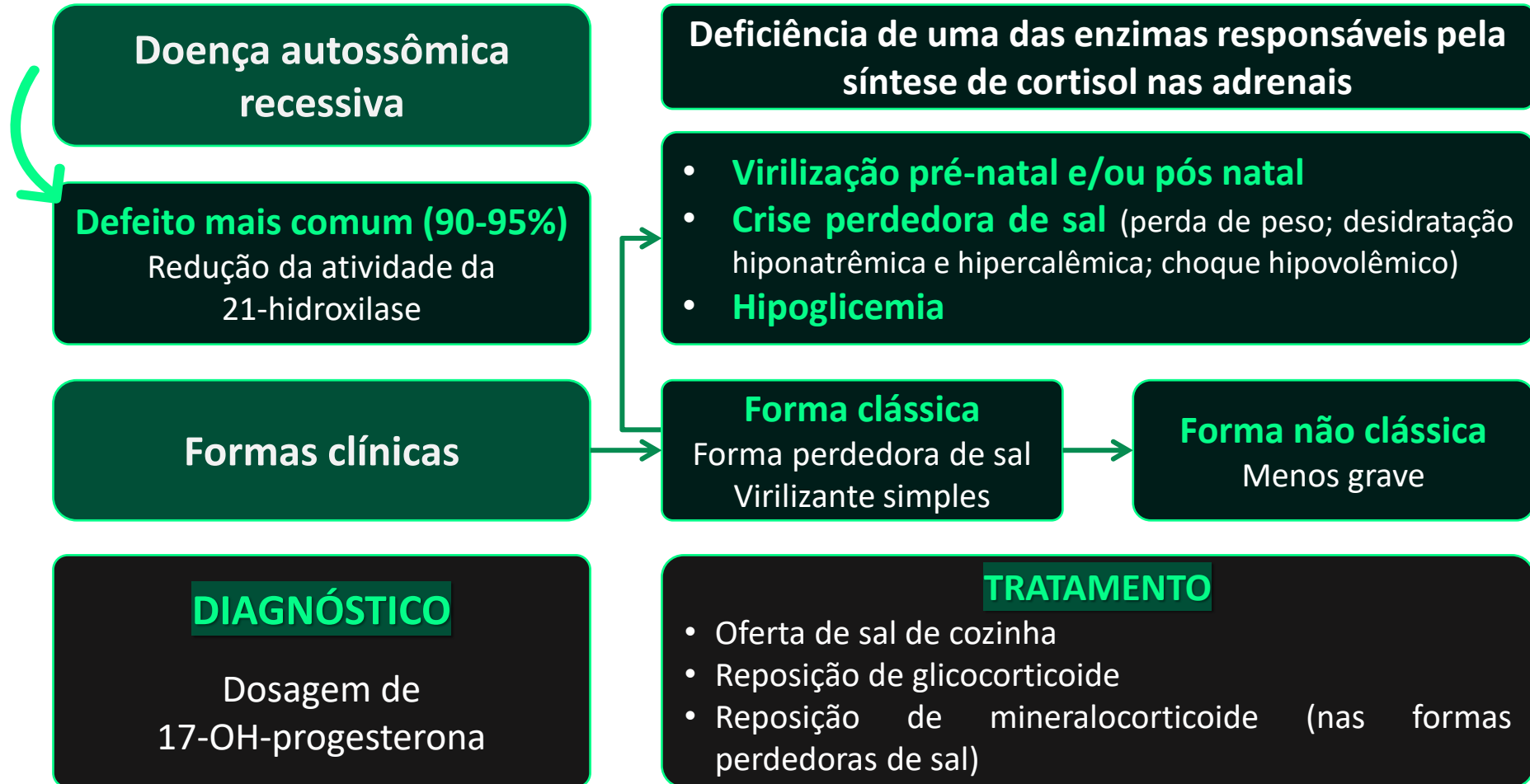
Defeito mais comum (90-95%)
Redução da atividade da
21-hidroxilase

Deficiência de uma das enzimas responsáveis pela
síntese de cortisol nas adrenais





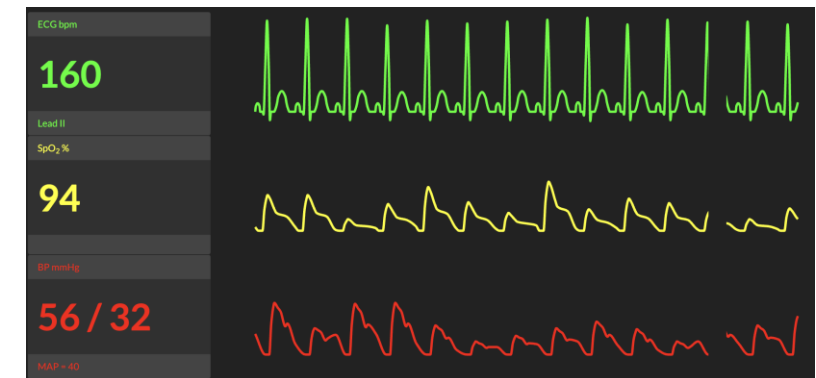
Hiperplasia adrenal congênita





9. (EMR 2026) - Pluto, 25 dias de vida, é trazido à emergência por recusa alimentar, vômitos e hipoatividade há 48 horas. Ao exame físico: paciente em regular estado geral, letárgico, mucosas secas, tempo de enchimento capilar de 5 segundos, pulsos periféricos filiformes. O exame físico não revela visceromegalias ou sopros cardíacos, mas nota-se hiperpigmentação discreta em bolsa escrotal. Ausculta pulmonar com MV presente, simétrico e difuso. FR: 55irpm. Exames laboratoriais de emergência revelam: Glicemia: 55 mg/dL; Sódio: 122 mEq/L; Potássio: 7,8 mEq/L; pH: 7,18; Bicarbonato: 12 mEq/L. Paciente foi levado para sala vermelha e monitorizado (imagem). Diante do quadro clínico-laboratorial, qual é a principal hipótese diagnóstica e a melhor conduta terapêutica imediata?

- A. Choque séptico de foco urinário; expansão volêmica com soro fisiológico e antibioticoterapia de amplo espectro após coleta de culturas.
- B. Insuficiência adrenal primária por Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC) forma perdedora de sal; expansão volêmica e reposição de glicocorticoide endovenoso.
- C. Miocardite; administração de soro glicosado hipertônico e correção rápida da acidose metabólica com bicarbonato de sódio EV.
- D. Estenose hipertrófica de piloro com desidratação grave; correção cirúrgica imediata após estabilização hemodinâmica com soro fisiológico e cloreto de potássio.





BAIXA ESTATURA



Variantes normais

RCCP

- VC normal
- IO atrasada
- Estatura familiar normal
- Estatura alvo é atingida (normal)

BE familiar

- VC normal
- IO atrasada ou compatível
- Estatura familiar baixa
- Estatura alvo é atingida (baixa)





Baixa estatura proporcional (VC baixa)

Deficiência de GH

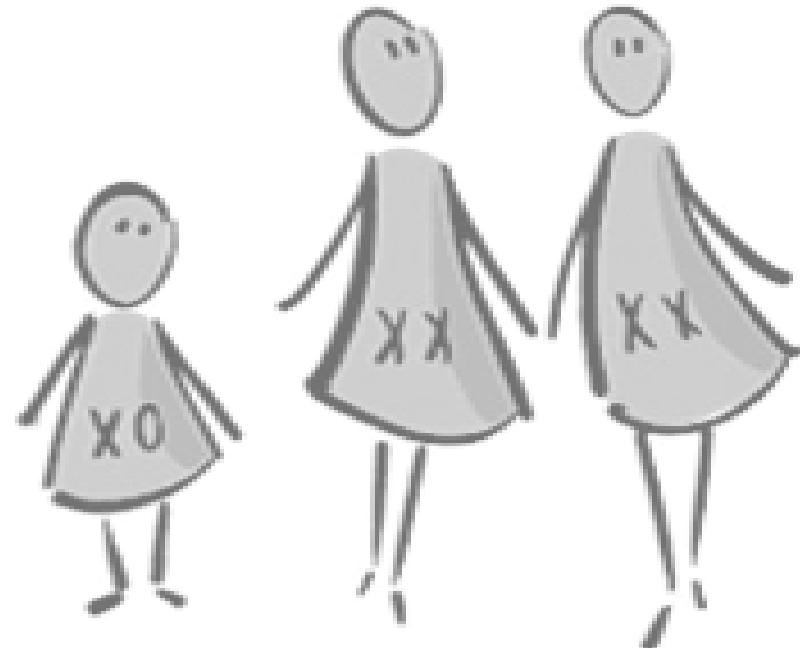
Causas sistêmicas:



- Hipotireoidismo
- Cardiopatia
- Nefropatia
- Doença Celíaca

Síndrome de Turner

Baixa estatura idiopática





Investigação e tratamento

EXAMES LABORATORIAIS

- Testes de estímulo para o GH
- IGF1 + IGFBP3
- Avaliar alteração em outros sistemas (TSH, T4 Livre, TGO, TGP, Ur, Cr, iono, Vit. D, anti-transglutaminase)
- Cariótipo (Meninas)

EXAMES DE IMAGEM

- Idade óssea (prognóstico)
- RNM de sela túrcica

TRATAMENTO

- Def. GH / BE idiopática / Síndrome de Turner / PIG: Somatropina (SC)
- Outras causas: Tratar doença de base



10. (EMR 2026) - Moana, 9 anos, acompanhada na atenção básica, é encaminhada ao ambulatório por ser “baixinha”. A mãe relata que a filha sempre foi pequena, mas vem apresentando um crescimento ainda mais lento nos últimos meses. Nega uso de medicamentos e história familiar de baixa estatura. Refere diagnóstico de coarctação de aorta no período neonatal, tendo sido operada e evoluído sem repercussão desde então. No exame físico, apresenta estatura de 115cm (escore $Z \approx -3,2$ na curva estatura/idade), velocidade de crescimento no último ano de 3,0 cm/ano e IMC normal para idade. Encontra-se em estágio puberal M1P1. A radiografia de mão e punho revela idade óssea de 9 anos. Exame físico: BEG, ativa, normocorada, hidratada. Sem alterações nas ausculta cardíaca ou pulmonar. Sem alterações no exame abdominal. Sem alterações de pulsos ou de pressão arterial. A mãe tem 1,77m e o pai 1,82m. Considerando o quadro clínico descrito e a principal suspeita clínica, qual é a propedêutica mais adequada para investigar a baixa estatura dessa criança?

- A. Solicitar TSH, T4L, GH e RNM de sela túrcica.
- B. Solicitar cariótipo.
- C. Solicitar angio-TC de tórax.
- D. Solicitar EAS e urocultura.





CONSTIPAÇÃO INTESTINAL



PEDIATRIA



Constipação intestinal

Maioria dos casos são funcionais!

Diagnóstico clínico



- Poucas evacuações
- Incontinência fecal
- Comportamento retentivo
- Defecações dolorosas/endurecidas
- Grande quantidade de fezes no reto
- Fezes volumosas que obstruem o vaso

E quando não é?

Sinais de ALARME

- Início precoce (< 30 dias)
- Retardo na eliminação de mecônio (48h)
- Antecedente familiar de doença de Hirschsprung
- Sangue nas fezes não associado com fissura anal
- Fezes em fita / Déficit ponderoestatural
- Vômitos biliosos / Ampola retal vazia
- Alteração cutâneas pigmentares
- Refratariedade ao TTO
- Sintomas urinários obstrutivos
- Sintomas neurológicos

Escala de Bristol

Tipo 1		Pedacos separados e duros, feito coquinhos ou fezes de cabrito
Tipo 2		Formato de salsicha encaroçada, com bolinhas grudadas
Tipo 3		Formato de salsicha com rachaduras na superficie
Tipo 4		Alongada, com formato de salsicha ou cobra, lisa e macia
Tipo 5		Pedacos macios e separados, com bordas bem definidas
Tipo 6		Massa pastosa e fofa, com bordas mal definidas
Tipo 7		Sem forma ou liquida, sem pedacos solidos



Constipação intestinal

- MANEJO

**Mudança comportamental e
de estilo de vida**

Desimpactação fecal

**Prevenção da
retenção das fezes**

Seguimento

**Lembrar que óleo mineral é contraindicado
em < 2 anos e pacientes com ECNP**

Padrão ouro da terapia medicamentosa
Polietilenoglicol (PEG) → Doses de desimpactação e manutenção



11. (EMR 2026) - Mônica, 6 anos, com queixa de que evacua uma vez por semana, com esforço, sempre chorando pois tem medo de sentir dor no momento. Sente vontade de evacuar na escola, porém não vai ao banheiro por medo do julgamento dos amigos. A mãe relata ver fezes no vaso sanitário em formato de “bolinhas de cabrito”, e que a paciente usa o mesmo vaso dos pais sem adaptações. Refere o seguinte inquérito alimentar da criança: 7h - come um pão com queijo e toma um achocolatado de caixinha; 10h - come um salgado na cantina da escola; 12h - come arroz, feijão, bife, batata frita e tomate e um suco em pó; 15h - come biscoito de polvilho ou bolinho industrializado; 19h - jantar semelhante ao almoço e um suco de caixinha; Sobre o manejo do caso, assinale a correta:

- A. Consumir de 3 a 4 porções de frutas e legumes por dia, cessar o consumo de leite e derivados, adicionar fibras como farelo de aveia, chia e linhaça na alimentação e diminuir o consumo dos produtos ultraprocessados são orientações dietéticas adequadas para o caso.
- B. A terapia medicamentosa e intervenção dietética são condutas suficientes para a resolução completa do caso.
- C. A desimpactação é a primeira etapa do tratamento e deve ser realizada com orientação detalhada à família.
- D. Histórico neonatal é irrelevante no caso, pois a criança tem mais de 5 anos de idade.



DOENÇA CELÍACA X APLV



Etiologia

- DIARREIA NÃO INFECCIOSA

	APLV	Doença Celíaca
“Problema”	Proteína do leite da vaca	Glúten (TCC - Trigo, centeio e cevada)
Tempo de aparecimento dos sintomas	Primeiros meses de vida	Após a introdução alimentar
Características clínicas	Manifestações gastrintestinais: Proctite e proctocolite alérgica: iniciou fórmula/leite integral e sangrou! FPIES Enteropatia Manifestações cutâneas, pulmonares ou sistêmicas (anafilaxia)	Clássico: diarreia crônica, disabsortiva, com perda de peso, distensão abdominal e hipotrofia da musculatura glútea Quadros atípicos: pode ser tudo!
Propedêutica	Teste de provocação oral	Anti-TTG IgA + IgA sérica → EDA
Tratamento	Exclusão da proteína do leite de vaca	Exclusão do glúten da dieta



12. (EMR 2026) - Sansão, um lactente de 2 meses e 15 dias de vida, nascido a termo, em aleitamento materno exclusivo, é levado à consulta devido à presença de estrias de sangue vivo misturadas a fezes amolecidas com muco há duas semanas. A mãe relata que o bebê evacua cerca de 5 a 6 vezes ao dia, mantém-se ativo, amamenta bem e não apresenta vômitos ou febre. Ao exame físico: bom estado geral, hidratado, corado, ativo e reativo; FC = 124 bpm, FR = 34 irpm, afebril. O exame do abdômen encontra-se normotenso, indolor, com ruídos hidroaéreos normais e sem visceromegalias. A avaliação antropométrica demonstra escores-z de peso por idade (- 0,4) e comprimento por idade (- 0,6). Diante do quadro clínico, qual deve ser o manejo terapêutico imediato?

- A. Orientar a exclusão imediata de glúten e derivados da dieta habitual da nutriz, mantendo o aleitamento materno sob livre demanda e programando o teste de provocação oral após quatro semanas de estabilização do quadro intestinal.
- B. Suspender o aleitamento materno temporariamente e introduzir fórmula infantil com proteína extensamente hidrolisada, dosando simultaneamente os níveis séricos de IgE específica contra a caseína e as proteínas do soro do leite no lactente.
- C. Manter o aleitamento materno exclusivo e instituir uma dieta de restrição rigorosa à proteína do leite de vaca para a mãe, sem a necessidade de exames laboratoriais complementares diagnósticos invasivos neste momento.
- D. Prescrever fórmula à base de aminoácidos elementares para o lactente em substituição ao leite materno e solicitar coprocultura e pesquisa de toxinas A e B do *Clostridioides difficile* para descartar colite infecciosa secundária.



BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA



Bronquite viral aguda

• PREVENÇÃO

- **Vacina para VSR aplicada na gestante** → Passagem de anticorpo pela placenta
 - Objetivo: prevenir as formas graves em crianças menores de 6 meses de vida
- Dose única, por via IM
- **MS: aplicação a partir de 28 semanas de idade gestacional** (em cada gestação)
 - Sem restrição de idade materna
 - Pode ser administrada associada às outras vacinas (dTpa, Influenza e COVID-19)
 - Bula: 24 a 36 semanas

Abrysvo

- **Anticorpo monoclonal** neutralizante para VSR, aplicado por via IM
- **Dose única**
- Aplicação próxima ou durante a estação de maior circulação do VSR
- **MS - Indicações:**
 - **Prematuros** (até 36 semanas e 6 dias) durante todo o ano
 - **Comorbidades** (cardiopatias congênitas, broncodisplásicos, imunossuprimidos, síndrome de Down, Fibrose Cística, doença neuromuscular, anomalias congênitas das vias aéreas) durante o período sazonal - fevereiro a agosto - **com idade inferior a 24 meses**

Nirsevimabe

Não há tratamento antiviral específico para o VSR, sendo, portanto, um tratamento essencialmente de suporte, reforçando a necessidade de prevenção!



13. (EMR 2026) - Bento, 3 meses de idade, nascido a termo, é levado à UPA com história de coriza, obstrução nasal e febre baixa há três dias. Há 24 horas, evoluiu com taquipneia. Ao exame físico, apresenta-se reativo, com FR = 62 irpm, FC = 142 bpm, SatO₂ de 91% em ar ambiente, além de tiragem subcostal discreta e tempo de enchimento capilar de 2 segundos. A ausculta pulmonar revela murmúrio vesicular presente com estertores subcrepitantes bilaterais e sibilos expiratórios difusos. Em relação ao diagnóstico mais provável do caso clínico, assinale a alternativa correta.

- A. A oxigenoterapia está indicada neste caso, devendo o suporte medicamentoso inicial incluir a inalação com beta-2 agonista de curta duração e corticoide sistêmico para redução do tempo de internamento hospitalar.
- B. Embora bebês prematuros e com comorbidades possuam maior risco de evolução grave, a grande maioria das hospitalizações por VSR em nosso meio ocorre em lactentes previamente saudáveis e nascidos a termo.
- C. Se a mãe deste lactente tivesse recebido a vacina inativada Abrysvo na 32ª semana de gestação, a indicação de nirsevimabe ao nascer seria mandatória por se tratar de um lactente jovem no período sazonal do vírus.
- D. O Nirsevimabe é o anticorpo monoclonal de longa ação preferencial recomendado em 2026 pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) para a profilaxia universal dos lactentes na sua primeira sazonalidade.



MANEJO DA CRISE EPILEPTICA



Crise febril

Tipo de crise epiléptica mais comum na infância

Crise epiléptica

3 meses a 5 anos



Doença febril



Sem evidência de infecção intracraniana ou causa definida para sua convulsão

Pico: < 3 anos

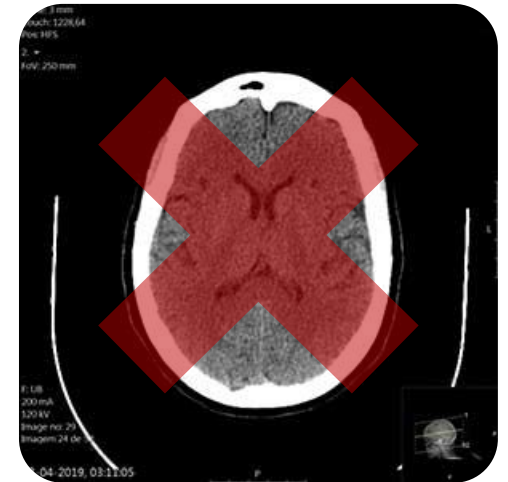
Primeiras 24h

Excluído crianças com crises afebris anteriores

Diagnóstico é **CLÍNICO!**

- Diagnóstico diferencial principal = Meningite
- LCR indicado nas suspeitas de MGE e < 6 meses

Exames para investigação do **foco infeccioso**





Crise febril

CLASSIFICAÇÃO DAS CRISES

CRISE FEBRIL SIMPLES	CRISE FEBRIL COMPLEXA
Generalizada	Focal
< 15 min	≥ 15 min
Ausência de recorrência em 24h	Recorrência nas primeiras 24h
Exame neurológico pós ictal normal	Exame neurológico pós-ictal alterado Ex.: Paralisia de Todd



Manejo da crise febril

Controle térmico

Abortar a crise aguda

MOV + ABCDE

HGT

Benzodiazepínicos



Manejo do Mal Epiléptico





Manejo do mal epiléptico

1ª linha (pode-se repetir a dose)



Midazolam 0,2 mg/kg
IM, IN ou IV



DIAZEPAM 0,2 a 0,5 mg/kg
IV ou retal

2ª linha



Fenitoína ou Fenobarbital
Obs: não diluir fenitoína
em solução glicosada



Opções: Levetiracetam ou
Ácido Valproico

**3ª linha
(drogas contínuas)**



Midazolam ou Cetamina



Outros: Tiopental ou
Propofol



14. (EMR 2026) - Paciente do sexo masculino, 2 anos de idade, previamente hígido, com marcos de desenvolvimento neuropsicomotor adequados para a idade, é trazido ao pronto-socorro pelo serviço de resgate por estar em crise convulsiva ativa. A mãe relata que o lactente apresentou coriza e febre aferida de $38,7^{\circ}\text{C}$ há cerca de 12 horas. Há 20 minutos, em domicílio, o paciente iniciou um quadro de desvio ocular superior fixo associado a abalos clônicos restritos ao dimídio esquerdo, que persistem sem interrupção até o momento. Ao ser admitido na sala de reanimação, o paciente mantém a atividade convulsiva. Sinais vitais na admissão: frequência cardíaca de 138 bpm, frequência respiratória de 28 irpm, temperatura axilar de $39,1^{\circ}\text{C}$ e saturação de oxigênio de 94% em ar ambiente. Glicemia capilar realizada imediatamente revela 92 mg/dL. Enquanto a equipe médica instala oxigênio suplementar e monitorização, duas tentativas de punção venosa periférica são realizadas pela equipe de enfermagem, ambas sem sucesso. Diante da classificação desse evento convulsivo e da impossibilidade imediata de acesso endovenoso, qual é o diagnóstico correto e a conduta terapêutica imediata de primeira linha?

- A. Crise febril simples; deve-se proceder imediatamente à tentativa de punção de acesso venoso central ou dissecação de veia para administração de Diazepam endovenoso.
- B. Síndrome de West em crise; deve-se realizar a infusão de Fenitoína por via intramuscular imediata para garantir a proteção cerebral e evitar a progressão para o estado de mal epilético.
- C. Crise febril complexa; deve-se realizar a punção intraóssea imediata na tíbia proximal para a administração de ataque de Fenobarbital ou Ácido Valproico na primeira linha.
- D. Crise febril complexa; deve-se administrar Midazolam por via intramuscular ou Diazepam por via retal como terapêutica de primeira linha para interrupção da crise.



MENINGITES



Meningite

- AVALIAÇÃO DO LCR

Alteração do LCR em algumas patologias (exames laboratoriais)			
Exames laboratoriais	Meningites		
	Bacteriana	Tuberculosa	Viral
Aspecto	Turvo	Límpido ou ligeiramente turvo (opalescente)	Límpido
Cor	Branca-leitosa ou ligeiramente xantocrômica	Incolor ou xantocrômica	Incolor ou opalescente
<u>Glicose</u>	<u>Diminuída</u>	<u>Diminuída</u>	<u>Normal</u>
<u>Proteínas totais</u>	<u>Aumentadas</u>	<u>Aumentadas</u>	<u>Levemente aumentada</u>
<u>Leucócitos</u>	<u>200 a milhares (neutrófilos)</u>	<u>25 a 500 (Linfócitos)</u>	<u>5 a 500 (Linfócitos)</u>

Diplococo *Gram* positivo

Pneumococo

Diplococo *Gram* negativo

Meningococo

Cocobacilo *Gram* negativo

Haemophilus influenzae



15. (EMR 2026) - Patinhas, 6 anos de idade, sexo masculino, com esquema vacinal completo para a idade, é admitido na emergência com história de febre alta, cefaleia holocraniana progressiva e vômitos há 36 horas. Ao exame físico: regular estado geral, gemente, discretamente desidratado,. Sinais vitais: frequência cardíaca de 104 bpm, frequência respiratória de 24 irpm, temperatura axilar de 38,9°C e pressão arterial de 110 x 72mmHg. Presença sinais de Brudzinski e Kernig. Realizada coleta do líquido cefalorraquidiano (LCR) e realizada sua análise com os seguintes resultados: aspecto turvo; pleocitose com 4.200 células/ mm^3 (88% de polimorfonucleares); hiperproteínoorraquia de 180 mg/dL; e hipoglicorraquia de 12 mg/dL (glicemia plasmática de 98 mg/dL). A bacterioscopia pelo método de Gram identificou cocos Gram-positivos em pares (diplococos). Diante do perfil de sensibilidade do patógeno isolado, qual é o esquema terapêutico recomendado para este paciente?

- A. Vancomicina em monoterapia por infusão contínua.
- B. Ceftriaxona associada à Vancomicina.
- C. Meropenem associado à Linezolida.
- D. Ampicilina associada à Ceftriaxona.



CIRURGIA PEDIÁTRICA

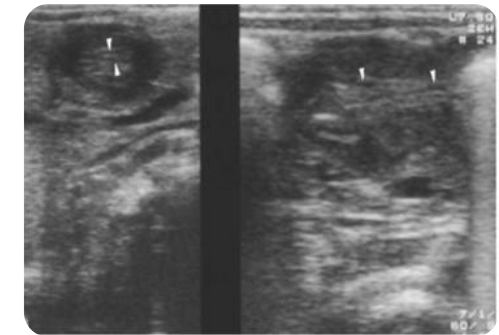
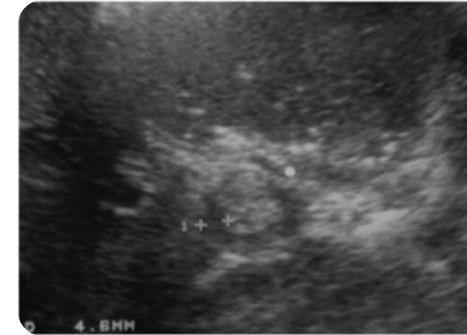


Estenose hipertrófica do piloro

Hipertrofia e hiperplasia da musculatura lisa do piloro

↑ Meninos

Geralmente, acomete os < 4 meses



QUADRO CLÍNICO

- Vômitos com resíduos alimentares, não biliosos, pós-alimentares
- Fome insaciável
- Desidratação / Perda de peso
- Palpação da oliva pilórica
- Alcalose metabólica com hipocalcemia e hipocloremia

MANEJO

- USG → Exame mais utilizado (sinal do ombro, sinal do alvo, sinal do mamilo pilórico, duplo/triplo trilho)
- EED (risco de broncoaspiração)
- TTO clínico: Hidratação e correção dos distúrbios
- TTO cirúrgico: Pílorotomia



Atresia duodenal/intestinal

ATRESIA DUODENAL

ATRESIA INTESTINAL

QUADRO CLÍNICO

Grande volume de aspirado gástrico
Abdome escavado
Vômitos biliosos

Vômitos biliosos
Distensão abdominal
Falha na eliminação de mecônio

EXAMES DE IMAGEM

Diagnóstico pré-natal
Polidrômio

Aspecto em “favo de mel”
Níveis hidroaéreos

Sinal da dupla bolha

Enema opaco





16. (EMR 2026) - Minnie, 2 dias de vida, sexo feminino, nascida de parto cesáreo com 38 semanas de idade gestacional, peso ao nascer de 2.650g, apresenta fácies típica de Trissomia do 21. Em USG pré-natal, notou-se polidrâmnio na USG do 3º trimestre. Desde o primeiro dia de vida, a paciente evoluiu com episódios repetidos de vômitos biliosos logo após as tentativas de aleitamento materno, associados à distensão abdominal restrita ao andar superior. Houve eliminação apenas de pequena quantidade de mecônio acizentado nas primeiras 24 horas. Ao exame físico atual: ativa, reativa, anictérica, eupneica em ar ambiente, com abdome flácido, discretamente distendido na região gástrica e sem massas palpáveis. Foi realizada radiografia simples de abdome em posição ortostática, apresentada a seguir (imagem). Considerando o caso clínico, a associação síndrome e o achado radiológico, qual é o diagnóstico e a conduta inicial correta?

- A. Estenose hipertrófica de piloro; a conduta inicial consiste na correção cirúrgica por piloromiotomia após correção dos distúrbios hidroeletrólíticos.
- B. Atresia duodenal; a abordagem inicial inclui descompressão gástrica com sonda calibrosa, jejum oral, hidratação venosa e programação cirúrgica.
- C. Volvo de intestino médio por má rotação intestinal; o manejo inicial definitivo baseia-se na laparotomia imediata devido ao risco de necrose.
- D. Íleo meconial por fibrose cística; a conduta imediata consiste na realização de enemas seriados com contraste hiperosmolar iodado solúvel sob controle fluoroscópico direto.



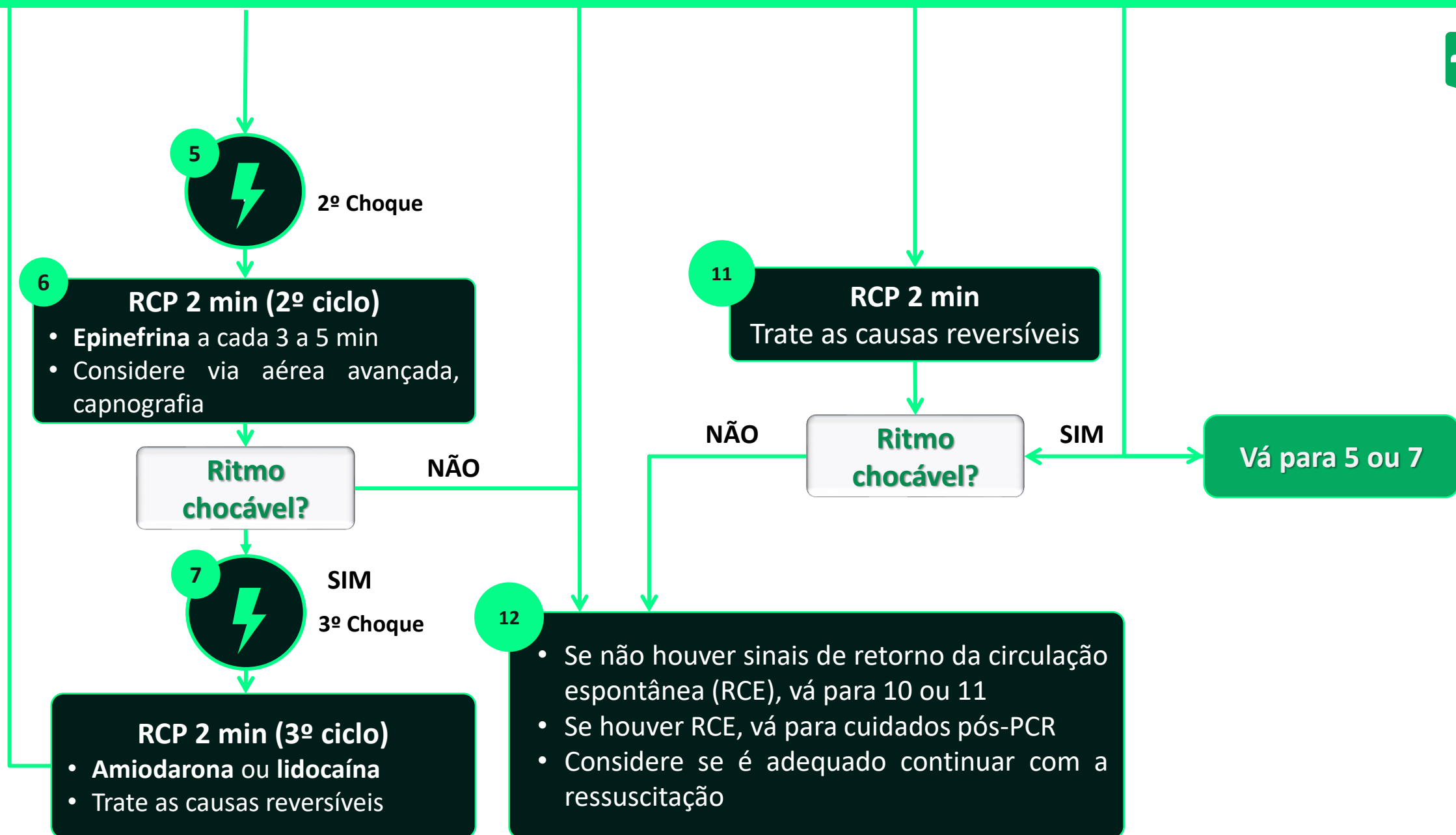


PCR EM PEDIATRIA



- 1 **Inicie a RCP**
 - Forneça oxigênio
 - Coloque o monitor/desfibrilador







Suporte avançado

**PREFERÊNCIA POR
TUBOS COM CUFF**

E se tiver via aérea avançada?

Ventilações independentes das compressões
→ 1 ventilação a cada 2 a 3 segundos

ADRENALINA
(administrar o mais
precoce possível)

Dose: 0,01 mg/kg

Droga utilizada nos ritmos
chocáveis e não chocáveis!

**AMIODARONA/
LIDOCAÍNA**

Indicação:
TV/FV refratários

DEFIBRILAÇÃO

1ª carga: 2-4 J/kg
(máx.: 10 J/kg)

Mais rápido possível!



17. (EMR 2026) - Margarida, 9 meses, sexo feminino, previamente hígida, é trazida à UPA pelos pais devido a quadro clínico de tosse e desconforto respiratório de início há dois dias. Durante a triagem, a técnica de enfermagem observa que a paciente apresenta-se letárgica, acentuadamente pálida e com respiração agônica (gaspings). Imediatamente, a equipe médica assume o atendimento e posiciona a paciente na sala de reanimação. Ao avaliar os sinais vitais e a estabilidade clínica, o médico plantonista constata ausência de resposta aos estímulos e ausência de movimentos torácicos eficazes. A palpação do pulso braquial revela uma frequência cardíaca de 42 batimentos por minuto, associada a sinais de má perfusão periférica. Diante do quadro apresentado, qual deve ser a conduta imediata da equipe?

- A. Iniciar ciclos de 30 compressões torácicas seguidas por 2 ventilações, utilizando preferencialmente a técnica de dois dedos posicionados logo abaixo da linha intermamilar.
- B. Iniciar ciclos de 15 compressões torácicas seguidas por 2 ventilações, adotando a técnica de dois polegares envolvendo o tórax.
- C. Realizar ventilações de resgate na frequência de 1 respiração a cada 2 a 3 segundos (20 a 30 incursões por minuto).
- D. Iniciar ciclos de 15 compressões torácicas seguidas por 2 ventilações, adotando a técnica de dois dedos envolvendo o tórax.





CETOACIDOSE DIABÉTICA



CAD

- DIAGNÓSTICO

CETO



Cetonemia/Cetonúria

ACIDOSE



pH < 7,3 e/ou BIC < 15 mEq/L

DIABÉTICA



Glicemia > 200 mg/dL



CAD

- TRATAMENTO

HIDRATAÇÃO



INSULINOTERAPIA



**CUIDADOS QUANTO AO MANEJO/PREVENÇÃO DOS
DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS**
(principalmente, relacionados ao potássio)



Tratamento

1° passo

Hidratação



ANTES DA INSULINA!!!!

Depois deixar
hidratação de
reposição/
manutenção

SF 0,9%

10-20 mL/Kg
(1.000mL) →
Primeira hora

Máx. → 50 mL/Kg
(Risco de edema
cerebral)



Tratamento

2° passo

Insulinização

Insulina Rápida (Regular)

Em BIC (0,1 U/Kg)

Glicemia capilar de 1/1h

Queda da glicemia desejada:
50 – 70 mg/dL/h

Manter glicemia entre 150-250 mg/dL



Tratamento

3° passo

Reposição do potássio



CUIDADO COM O K!!!!

K: < 3,3
(**não iniciar insulina**)
Repor 0,5 mEq/Kg/h
(25 mEq/h)

K: 3,3 – 5,0
Manutenção
(0,3 mEq/Kg/h)

K: > 5,0
Não iniciar e
manter vigilância
na queda

ATENÇÃO:
NÃO iniciar K se
paciente ainda
anúrico



18. (EMR 2026) - Mickey, 10 anos de idade, sexo masculino, previamente hígido, dá entrada na emergência pediátrica com história de poliúria, polidipsia e perda ponderal não quantificada nas últimas 3 semanas. Há 24 horas evoluiu com dor abdominal difusa, náuseas e vômitos incontroláveis. Ao exame físico: regular estado geral, desidratado moderado (olhos encovados, saliva espessa, turgor cutâneo discretamente lentificado), vígil, orientado, sem déficits neurológicos (Escala de Coma de Glasgow = 15). Sinais vitais: frequência cardíaca de 118 bpm, frequência respiratória de 38 irpm, pressão arterial de 102 x 66mmHg e temperatura de 36,6°C. Peso atual estimado em 30kg. Os exames laboratoriais colhidos na admissão revelam: Glicemia capilar: 420 mg/dL; Gasometria venosa: pH de 7,12, pCO_2 de 22 mmHg, HCO_3^- de 8 mEq/L, BE de -16 mEq/L; Sódio: 132 mEq/L; Potássio: 3,9 mEq/L; Cetonemia: 4,2 mmol/L; Creatinina: 0,8 mg/dL. Diante do diagnóstico firmado, qual deve ser a conduta sequencial imediata?

- A. Iniciar expansão volêmica com Soro Fisiológico 0,9% (20 mL/kg na 1ª hora) e posteriormente iniciando a insulinoaterapia contínua 0,1 UI/kg/h, associado a fluidoterapia de manutenção com soro fisiológico e potássio.
- B. Iniciar hidratação venosa de manutenção e reposição de perdas com Soro Fisiológico 0,9% adicionado de Potássio, postergando o início da infusão contínua de insulina regular por pelo menos 3 horas para reavaliação da cetonúria.
- C. Prescrever infusão contínua de insulina regular a 0,1 UI/kg/h imediatamente, associada à correção do potássio e infusão lenta de bicarbonato de sódio a 8,4%.
- D. Iniciar expansão volêmica com Soro Fisiológico 0,9% (10 mL/kg na 1ª hora) e iniciar infusão de insulina NPH contínua endovenosa, associada a hidratação de manutenção com solução de partes iguais entre Soro Fisiológico 0,9% e Soro Glicosado 5%.



DOENÇAS EXANTEMÁTICAS



Doenças exantemáticas

Doença/Etiologia	Quadro clínico
Sarampo <i>Paramyxoviridae</i>	Pródromo gripal com TOSSE + Koplik → Exantema : maculopapular, cefalocaudal → Toxemia → Remissão (descamação furfurácea) Complicações (diarreia, OMA, laringite, pneumonia...)
Rubéola <i>Togaviridae</i>	Febre ↓ + Adenopatia retroauricular e occipital + Exantema maculopapular difuso, cefalocaudal, com raras áreas de confluência
Eritema infeccioso Parvovírus B19	Exantema trifásico: Esbofetada → Rendilhado → Recidiva Complica em pacientes com Anemia Falciforme → Crise aplástica
Exantema Súbito Herpes Vírus 6 e 7	Lactentes FEBRE alta (pode ter crise febril) → Febre cessa → Exantema
Varicela Vírus Varicela-Zóster	Exantema com polimorfismo regional Mácula → Pápula → Vesícula → Crosta
Escarlatina Estrep. <i>β</i> HGA	Febre ↑ + Micropápulas (em lixa) + Faringoamigdalite purulenta + Sinal de Pastia/Filatov + Língua em framboesa → Complicações: GNPE/FR
Kawasaki Autoimune	Febre por ≥ 5 dias (4 dias) + Conjuntivite não purulenta, língua em framboesa, edema mãos e pés, exantema e adenomegalia Complicações : Aneurisma de coronária Tratamento: Imunoglobulina + AAS

Síndrome Mão-Pé-Boca

- Vírus Coxsackie
- Febre
- Odinofagia
- Recusa alimentar
- Lesões papulovesiculares



19. (EMR 2026) - Cebolinha, 7 meses, vem ao PS com os pais com queixa de cinco dias de tosse produtiva, e há um dia aparecimento de febre e “bolinhas vermelhas” pelo corpo. Tem um irmão de 20 dias de vida da mesma mãe e um de 11 meses por parte de pai, mas que frequenta a casa da família regularmente. Nega comorbidades prévias, nega outras queixas, refere vacinas em dia pelo SUS, frequenta creche. Ao exame físico paciente se apresenta alerta, hidratado, com febre (38,7°C), hiperemia conjuntival bilateral e exantema maculopapular difuso em cervical, tronco e membros, confluindo em algumas áreas. Em relação à principal hipótese diagnóstica, marque a alternativa correta:

- A. A família deve ser orientada a vacinar o irmão de 11 meses com a dose zero da vacina do sarampo, e essa dose deve ser contabilizada no esquema total de duas doses necessárias para a proteção contra a doença.
- B. A creche deve ser notificada do caso e o paciente ser afastado das atividades nela por mais três dias.
- C. O tratamento é de suporte e não há qualquer medida adicional a ser feita para evitar complicações nesse caso.
- D. Antibiótico deve ser prescrito devido o alto risco de pneumonia bacteriana secundária, contexto com alta mortalidade nesses pacientes.



BRUE

*BRIEF RESOLVED
UNEXPLAINED EVENT*



PEDIATRIA



BRUE

Definição

Brief resolved unexplained event

BRUE

Idade

Menores de 1 ano

Duração

Menos de 1min

Método de avaliação

Avaliação do risco pelo profissional

Presença de ≥ 1 alterações:

- **Coloração da pele:** cianose ou palidez
- **Respiração:** apneia, irregularidade ou redução
- **Tônus:** alteração do tônus (flacidez ou hipertonia)
- **Nível de responsividade**

Obs: só devemos colocar a hipótese de BRUE após realização de anamnese e exame físico detalhados e quando não encontrarmos explicação para o evento



BRUE

Critérios de baixo risco (precisam estar presentes todos):

- Idade > 60 dias
 - Se prematuro: IG $\geq$ 32s e IGC $\geq$ 45s
- Primeiro e único episódio
- Duração do evento < 1min
- Sem necessidade de RCP por profissional treinado
- Ausência de antecedentes importantes
- Ausência de alterações importantes ao exame físico

**Protocolo bem definido
para os casos de baixo risco**

Alto risco

Abordagem individualizada



Manejo do BRUE

- BAIXO RISCO

Manejo

- Observação hospitalar breve com oximetria contínua e observações seriadas
 - 1-4h
- ECG com 12 derivações
- A depender da epidemiologia local: PCR para *Bordetella pertussis*
- Reavaliação com 24h



20. (EMR 2026) - Lactente de 3 meses de vida, nascido a termo (39 semanas de idade gestacional), sem intercorrências no período neonatal e em aleitamento materno exclusivo, é trazido ao pronto-socorro pelos pais devido a um episódio ocorrido há cerca de duas horas. A mãe relata que, enquanto o filho estava deitado, notou subitamente palidez facial associada a uma diminuição do tônus muscular global. O episódio durou aproximadamente 40 segundos e cessou espontaneamente, sem necessidade de qualquer manobra de reanimação. No momento da avaliação médica, o lactente encontra-se em ótimo estado geral, ativo, reativo, corado, hidratado e com boa pega ao seio. O exame físico detalhado é completamente normal, com frequência cardíaca de 128 bpm, frequência respiratória de 36 irpm, saturação de oxigênio de 99% em ar ambiente e glicemia capilar de 82 mg/dL. Não há relatos de febre, sintomas infecciosos ou episódios semelhantes prévios. Diante desse cenário clínico, qual é a classificação correta do evento e a conduta inicial recomendada?

- A. Trata-se de um Evento Inexplicado Brevemente Resolvido (BRUE) de baixo risco, sendo indicada a alta hospitalar imediata após observação clínica de 4 horas, ECG de 12 derivações, reavaliação com 24 horas e treinamento de reanimação cardiopulmonar para os pais.
- B. Classifica-se o episódio como um Evento Inexplicado Brevemente Resolvido (BRUE) de alto risco devido à idade do paciente, recomendando-se um período de observação clínica com internamento de pelo menos 24 horas, com definição de exames complementares a depender da evolução do paciente.
- C. Caracteriza-se como um evento com aparente risco de morte (ALTE), sendo mandatória a internação hospitalar em unidade de terapia intensiva pediátrica para triagem infecciosa completa e antibioticoterapia empírica de amplo espectro.
- D. Define-se o quadro como uma quase morte súbita do lactente, sendo necessária a internação imediata para a monitorização de apneias, gasometria arterial e tomografia computadorizada de crânio de urgência.



Gabarito

1	A	11	C
2	D	12	C
3	C	13	B
4	B	14	D
5	C	15	B
6	C	16	B
7	A	17	C
8	D	18	A
9	B	19	B
10	B	20	A