

CONHECIMENTOS ESPECIALIZADOS

31) O Código de Ética Médica estabelece princípios vedados aos médicos relacionados à auditoria e perícia médica. Em relação a esses princípios, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- () É permitido ao médico assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame.
- () É permitido ao médico ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.
- () É vedado ao médico realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.
- () É vedado ao médico receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

- a) V – F – V – F
- b) V – V – F – V
- c) F – F – V – V
- d) F – V – F – F

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Segundo o Código de Ética Médica e o Conselho Federal de Medicina, acerca de auditoria e perícia, é vedado ao médico:

- assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame (art. 92);
- ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado (art. 93);
- realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios (art. 95); e,
- receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor (art. 96).

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

32) O Código de Ética Médica apresenta uma série de princípios que são vedados aos médicos com relação à responsabilidade profissional. A respeito da responsabilidade profissional desse código, assinale a alternativa que **não** contém um princípio vedado ao médico.

- a) Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.
- b) **Esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.**
- c) Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.
- d) Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Segundo o Código de Ética Médica e o Conselho Federal de Medicina, acerca da responsabilidade profissional, é vedado ao médico:

- deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente (art. 3º);
- deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença (art. 13);
- atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado (art. 6º); e,
- assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou (art. 5º).

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

33) Todo médico deve manter uma boa relação com pacientes e familiares, devendo seguir sempre os princípios do Código de Ética Médica. A respeito da relação com pacientes e familiares, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- () É vedado ao médico deixar de atender um paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.
- () É vedado ao médico opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.
- () É vedado ao médico exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

- a) V – F – F
- b) F – V – F
- c) V – F – V
- d) V – V – V

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Segundo o Código de Ética Médica e o Conselho Federal de Medicina, acerca da relação com pacientes e familiares, é vedado ao médico:

- deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo (ar. 33);
- opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal (art. 39); e,
- exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos (art. 35).

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

34) De acordo com o Código de Ética Médica, o médico deve abster-se de fornecer atestado médico sem ter praticado o ato profissional que o justifique ou que não corresponda à verdade (art. 110). Quais são as espécies de atestados médicos mais comumente expedidos na pediatria?

- a) Oficiosos.
- b) Judiciários.
- c) Assistenciais.
- d) Administrativos.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

- Na prática médica em geral e na pediatria em particular, os atestados médicos oficiosos são os mais comumente expedidos, seja para comprovar a ocorrência de determinada condição mórbida, seja para justificar ausências às aulas, dispensar da atividade de educação física ou da prática desportiva, declarar condição de sanidade física e mental ou, até mesmo, atestar o óbito de paciente.
- Os atestados judiciários estão relacionados às demandas judiciais, quando solicitados pela Administração Judiciária.
- A falsidade de atestado médico é crime, e está descrito no art. 302 do Código Penal: *“Dar o médico, no exercício da sua profissão, atestado falso: Pena – detenção, de 1 mês a 1 ano. Se o crime é cometido com o fim de lucro, aplica-se também multa”*.
- Os atestados administrativos são emitidos em favor do interesse público, vinculado à Administração.

Fonte: LOPEZ, Fabio Ancona; JUNIOR, Dioclécio Campos. **Tratado de Pediatria**: SBP. 2. ed. São Paulo: Editora Manole, 2009.

- 35)** Quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás e infusões), sucos de frutas ou soluções de sais de reidratação oral, por definição, ela estará recebendo aleitamento
- a) materno.
 - b) materno exclusivo.
 - c) materno predominante.**
 - d) materno complementado.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

- Aleitamento materno: a criança recebe leite materno (direto ou ordenhado), independentemente de estar recebendo ou não outros alimentos.
- Aleitamento materno exclusivo: a criança recebe somente leite materno, direto do seio ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos.
- Aleitamento materno predominante: a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás e infusões), sucos de frutas ou soluções de sais de reidratação oral.
- Aleitamento materno complementado: a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementar o leite materno, e não substituí-lo.

Fonte: LOPEZ, Fabio Ancona; JUNIOR, Dioclécio Campos. **Tratado de Pediatria**: SBP. 2. ed. São Paulo: Editora Manole, 2009.

- 36)** Imediatamente após o nascimento, a necessidade de reanimação neonatal depende da avaliação rápida de situações referentes à vitalidade do concepto. Diante disso, qual ou quais parâmetros são avaliados num neonato, para saber se há necessidade de iniciar as manobras de reanimação?
- a) Apgar.
 - b) Coloração da pele e mucosas.
 - c) Nível de consciência e diurese.
 - d) Frequência cardíaca e respiração.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

- O boletim de Apgar não é utilizado para determinar o início da reanimação nem as manobras a serem instituídas no decorrer do procedimento. No entanto, sua aplicação permite avaliar a resposta do paciente às manobras realizadas e a eficácia dessas manobras.
- A avaliação da coloração da pele e mucosas do RN não é mais utilizada para decidir procedimentos na sala de parto. Estudos recentes têm mostrado que a avaliação da cor das extremidades, tronco e mucosas, rósea ou cianótica, é subjetiva e não tem relação com a saturação de oxigênio ao nascimento. O processo de transição normal para alcançar uma saturação de oxigênio acima de 90% requer 5 minutos ou mais em recém-nascidos saudáveis que respiram ar ambiente. Sendo assim, conclui-se que a avaliação da vitalidade do neonato, logo após o nascimento, não deve incluir a cor.
- Nível de consciência e diurese não entra nos parâmetros para avaliação do neonato para saber se há necessidade de iniciar as manobras de reanimação.
- A reanimação depende da avaliação simultânea da respiração e da frequência cardíaca (FC). A FC é o principal determinante da decisão de indicar as diversas manobras de reanimação. Logo após o nascimento, o RN deve respirar de maneira regular, suficiente para manter a FC acima de 100 bpm.

Fonte: ALMEIDA, M. F. B. de; GUINSBURG, R. (org.). **Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria**: condutas 2011. Rio de Janeiro: SOB, 2011. Disponível em: <http://www.sbp.com.br>. Acesso em: 12 dez. 2012.

- 37)** A assistência a um recém-nascido com líquido tinto de mecônio irá depender da vitalidade ao nascer. Ao neonato que apresentar, logo após o nascimento, respiração regular, tônus muscular adequado e FC > 100 bpm, são condutas a serem tomadas, **exceto**:
- a) levar o paciente à mesa de reanimação.
 - b) colocar o paciente sob fonte de calor radiante.
 - c) aspirar o excesso de secreções da boca e do nariz com sonda de aspiração traqueal.
 - d) realizar a retirada do mecônio residual da hipofaringe e da traqueia sob visualização.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

- A conduta do pediatra frente à presença de líquido tinto de mecônio depende da vitalidade ao nascer. Caso o neonato apresente, logo após o nascimento, movimentos respiratórios rítmicos e regulares, tônus muscular adequado e FC >100 bpm, levar o paciente à mesa de reanimação, colocar sob fonte de calor radiante, posicionar sua cabeça com uma leve extensão do pescoço, retirar o excesso de secreções da boca e do nariz com a sonda de aspiração traqueal nº 10 e, a seguir, secar e desprezar os campos úmidos, verificando novamente a posição da cabeça e, então, avaliar a respiração e a FC.
- Quando o neonato com líquido amniótico meconial fluido ou espesso, logo após o nascimento, não apresentar ritmo respiratório regular e/ou o tônus muscular estiver flácido e/ou a FC <100 bpm, o pediatra deve realizar a retirada do mecônio residual da hipofaringe e da traqueia sob visualização direta e fonte de calor radiante. A aspiração traqueal propriamente dita é feita através da cânula traqueal conectada a um dispositivo para aspiração de mecônio e ao aspirador a vácuo, com uma pressão máxima de 100 mmHg.

Fonte: ALMEIDA, M. F. B. de; GUINSBURG, R. (org.). **Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria:** condutas 2011. Rio de Janeiro: SOB, 2011. Disponível em: <http://www.sbp.com.br>. Acesso em: 12 dez. 2012.

38) “Neonato prematuro, ao nascer, não estava respirando e encontrava-se hipotônico.” Qual o primeiro passo a ser feito com esse paciente, sabendo-se que a temperatura da sala de parto estava adequada?

- a) Prover calor.
- b) Aspirar vias aéreas.
- c) Posicionar a cabeça em leve extensão.
- d) Clampear o cordão umbilical de forma imediata.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Essa é uma questão de ordem de procedimento. Deve-se, primeiramente, clampar o cordão umbilical imediatamente. Em seguida, o paciente deve ser conduzido à mesa de reanimação para realizar os demais procedimentos.

- Todos os pacientes com menos de 37 semanas de gestação e aqueles de qualquer idade gestacional sem vitalidade adequada ao nascer precisam ser conduzidos à mesa de reanimação, indicando-se os seguintes passos: prover calor, posicionar a cabeça em leve extensão, aspirar vias aéreas (se necessário) e secar o paciente. Tais passos devem ser executados em, no máximo, 30 segundos.
- Caso o RN seja prematuro e apresente boa vitalidade ao nascer, deve-se clampar o cordão umbilical em 30-60 segundos. Se, no entanto, o neonato ao nascer, prematuro ou a termo, não estiver respirando e/ou apresentar-se hipotônico, é preciso clampar o cordão umbilical de forma imediata.

Fonte: ALMEIDA, M. F. B. de; GUINSBURG, R. (org.). **Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria:** condutas 2011. Rio de Janeiro: SOB, 2011. Disponível em: <http://www.sbp.com.br>. Acesso em: 12 dez. 2012.

39) O risco de persistência da asma até a idade adulta aumenta com a gravidade da doença, a presença de atopia, tabagismo e gênero feminino. As principais características utilizadas para prever se a sibilância recorrente na criança irá persistir na vida adulta são, **exceto**:

- a) pai ou mãe com asma.
- b) sibilância sem resfriado (virose).
- c) diagnóstico de eczema nos três primeiros anos de vida.
- d) diagnóstico de rinite após os três primeiros anos de vida.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

As principais características utilizadas para prever se a sibilância recorrente na criança irá persistir na vida adulta são:

- pai ou mãe com asma;
- sibilância sem resfriado (virose);
- diagnóstico de eczema nos três primeiros anos de vida;
- diagnóstico de rinite nos três primeiros anos de vida; e,
- eosinofilia sanguínea > 3% (na ausência de parasitoses).

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma.** J Bras Pneumologia. 2012; v. 38 (Supl 1).

40) O diagnóstico clínico da asma é sugerido por um ou mais sintomas, como dispneia, tosse crônica, sibilância, opressão ou desconforto torácico. São manifestações que sugerem fortemente o diagnóstico de asma, **exceto**:

- a) **piora dos sintomas de dia, especialmente após o almoço.**
- b) melhora dos sintomas após o uso de medicações específicas para asma.
- c) o desencadeamento de sintomas por aeroalérgenos (como ácaros e fungos).
- d) o desencadeamento de sintomas por irritantes inespecíficos (como fumaças, odores fortes e exercícios).

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

As manifestações que sugerem fortemente o diagnóstico (e não o controle) de asma são:

- piora dos sintomas à noite;
- melhora dos sintomas após uso de medicações específicas para asma;
- o desencadeamento de sintomas por aeroalérgenos (como ácaros e fungos); e,
- o desencadeamento de sintomas por irritantes inespecíficos (como fumaças, odores fortes e exercícios).

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma.** J Bras Pneumologia. 2012; v. 38 (Supl 1).

41) A confirmação do diagnóstico de asma, usualmente, é feita através da espirometria, a qual fornece duas medidas importantes para o diagnóstico de limitação ao fluxo de ar das vias aéreas: VEF1 e CVF. O diagnóstico de asma é confirmado não apenas pela detecção da limitação ao fluxo de ar, mas, principalmente, pela demonstração de significativa reversibilidade, parcial ou completa, após a inalação de um broncodilatador de curta ação. A resposta ao broncodilatador é considerada significativa e indicativa de asma quando o VEF1 aumenta, pelo menos, 200 mL

- a) e 7% de seu valor previsto.
- b) e 12% de seu valor previsto.
- c) **de seu valor pré-broncodilatador e 7% do valor previsto.**
- d) de seu valor pré-broncodilatador e 12% do valor previsto.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A resposta ao broncodilatador é considerada significativa e indicativa de asma quando o VEF1 aumenta, pelo menos: 200 mL e 12% de seu valor pré-broncodilatador ou 200 mL de seu valor pré-broncodilatador e 7% do valor previsto.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma.** J Bras Pneumologia. 2012; v. 38 (Supl 1).

42) “Criança apresenta infecção do trato urinário sem comprometimento do estado geral, sem febre, apenas com sintomas urinários.” Como deve ser o tratamento desse paciente?

- a) O tratamento deve ser ambulatorial com antimicrobiano via oral.
- b) Solicita-se nova cultura de urina entre 2 a 5 dias após o tratamento.
- c) **O tratamento deve ser ambulatorial com cefalosporina de terceira geração via IM.**
- d) O uso de antimicrobiano deve ser direcionado pelo antibiograma da urucultura ou, quando não disponível, pelo conhecimento dos principais agentes etiológicos.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A criança mencionada no enunciado da questão apresenta uma infecção do trato urinário (ITU) não complicada. Sendo assim:

- o tratamento deve ser ambulatorial com antimicrobianos via oral por 7 a 10 dias;
- solicita-se nova cultura de urina de 2 a 5 dias após o tratamento para controle de cura;
- o tratamento deve ser ambulatorial com cefalosporina de terceira geração via IM em caso de pielonefrite aguda não complicada e com probabilidade de aderência satisfatória. Não há necessidade desse tratamento numa ITU não complicada; e,
- o uso de antimicrobianos deve ser direcionado pelo antibiograma da urucultura ou, quando não disponível, pelo conhecimento dos principais agentes etiológicos, sendo eles o gram-negativos.

Fonte: BEVILACQUA, Cesar Corrêa; MORAES, Sylvia *et al.* **Emergências Pediátricas do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira:** Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPPMG – UFRJ. São Paulo: Atheneu, 2001.

43) “Criança, sabidamente asmática, apresentando sintomas diurnos (dois episódios por semana) há três semanas, necessitando de medicação de alívio nesses episódios. Nega limitação de atividades, nega despertares noturnos e a função pulmonar estava normal.” Segundo a avaliação do controle clínico dessa criança, essa asma é considerada

- a) curada.
- b) controlada.**
- c) não controlada.
- d) parcialmente controlada.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

O caso clínico trata-se de asma controlada, segundo sua classificação.

Avaliação do controle clínico atual – preferencialmente nas últimas 04 semanas			
	Asma controlada	Asma parcialmente controlada	Asma não controlada
Parâmetros	Todos os parâmetros abaixo	Um ou dois dos parâmetros abaixo	Três ou mais dos parâmetros abaixo
Sintomas diurnos	Nenhum ou ≤ 2 por semana	Três ou mais por semana	Três ou mais por semana
Limitação de atividades	Nenhuma	Qualquer	Qualquer
Sintomas/despertares noturnos	Nenhum	Qualquer	Qualquer
Necessidade de medicação de alívio	Nenhuma ou ≤ 2 por semana	Três ou mais por semana	Três ou mais por semana
Função pulmonar (PFE ou VEF1)	Normal	< 80% predito ou do melhor prévio (se conhecido)	< 80% predito ou do melhor prévio (se conhecido)

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma.** J Bras Pneumologia. 2012; v. 38 (Supl 1).

44) Como regra geral, as vacinas virais vivas promovem proteção mais completa e duradoura com menor número de doses. Isso se deve à penetração nas células do hospedeiro, intensa replicação e apresentação de epítopos tanto pelas moléculas MHC de classe I quanto de classe II, ativando respostas imunes muito mais completas e potentes. Quando administradas por via mucosa (mucosa digestiva, no caso da VOP), induzem imunidade secretora na porta de entrada natural. Sobre as características das vacinas vivas atenuadas é **incorreto** afirmar que

- a) o tipo de imunidade induzida é humoral e celular.
- b) não há riscos se forem utilizadas em imunocomprometidos.**
- c) é possível a administração via oral ou pela mucosa respiratória.
- d) sobre a necessidade de reforços, em geral, a repetição das doses visa cobrir falhas da vacinação anterior.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

- A imunidade induzida nas vacinas vivas atenuadas será do tipo humoral e celular, e nas vacinas não vivas será, principalmente, humoral.
- Há riscos se forem utilizadas em imunocomprometidos, sendo essa uma desvantagem, pois existe a possibilidade de provocar doença nesses pacientes, devido ao seu estado imune debilitado. Nesses pacientes, devem ser indicadas vacinas não vivas.
- Nas vacinas vivas atenuadas é possível a administração por via oral ou pela mucosa respiratória (como, por exemplo, a VOP). Nas vacinas não vivas, a administração é por via parenteral.
- Os reforços nas vacinas vivas atenuadas visam cobrir falhas da vacinação anterior. E, nas vacinas não vivas, vários reforços visam induzir boa imunidade (excluindo as vacinas polissacarídicas não conjugadas).

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais.** Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2001.

45) “Mulher com sorologia para hepatite B, apresenta HBsAg/HBeAg-positivo e esperando entrar em trabalho de parto.” Visando evitar a transmissão vertical do vírus, o que deve ser feito?

- a) Vacinar a mãe 10 horas antes do parto.
- b) **Vacinar a criança até 12 horas após o parto.**
- c) Nada, pois com esse resultado da sorologia, não há risco para a criança.
- d) Vacinar a mãe, 10 horas antes do parto, e a criança, nas primeiras 24 horas após o parto.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

- Não realizam vacinas na mãe.
- A vacina é eficaz em, aproximadamente, 95% dos casos, na prevenção da transmissão vertical para recém-nascidos quando a mãe for HBsAg/HBeAg-positiva, desde que aplicada nas primeiras 12 horas após o nascimento, mesmo sem aplicação simultânea de IGHAHB (imunoglobulinas).
- O resultado da sorologia apresentada indica que a mãe está com hepatite B, na fase replicativa da doença, resultando em risco de transmissão do vírus para a criança (transmissão vertical).

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais**. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2001.

46) Sobre a vacinação de criança pré-termo, é **incorreto** afirmar que

- a) **o peso mínimo para vacinar com BCG é 3 kg.**
- b) não se deve reduzir as doses em prematuros ou crianças de baixo peso.
- c) familiares de crianças pré-termo devem ser vacinados contra *influenza*, para protegê-las indiretamente.
- d) a vacinação dessas crianças deve ser efetuada segundo o mesmo calendário adotado para as crianças nascidas a termo.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Como regra geral, a vacinação das crianças pré-termo deve ser efetuada de acordo com o mesmo calendário adotado para as crianças nascidas a termo. Não se devem reduzir as doses em prematuros ou crianças de baixo peso. Há duas exceções: o peso mínimo para vacinar com BCG é 2 kg; em recém-nascidos com peso igual ou menor que 2 kg ou com 34 semanas ou menos de gestação, a vacinação contra hepatite B deve seguir o esquema 0,1, 2 e 6 meses. As crianças pré-termo que apresentarem doença respiratória crônica devem receber vacina contra *influenza* anual a partir dos 6 meses de idade. Os profissionais de saúde e familiares dessas crianças também devem ser vacinados contra *influenza*, para protegê-las indiretamente.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais**. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2001.

47) Sobre as manifestações clínicas da febre reumática, é **incorreto** afirmar que

- a) o acometimento da pele aparece mais associado à cardite.
- b) no comprometimento neurológico, está presente a coreia de Sydenham.
- c) **no comprometimento articular, caracteriza-se como uma monoartrite de grandes articulações.**
- d) no comprometimento cardíaco, observa-se acometimento dos três folhetos (pancardite), associado ou isoladamente.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

- O acometimento da pele (eritema marginado) e do tecido celular subcutâneo (nódulos subcutâneo) é raro, aparece mais frequentemente nos quadros com surtos recorrentes e associados à cardite.
- No comprometimento neurológico, está presente a coreia de Sydenham, caracterizada por movimentos involuntários e não coordenados que se agravam com o exame e desaparecem com o sono.
- O comprometimento articular é a manifestação clínica mais comum da febre reumática, sendo caracterizada por poliartrite migratória que acomete grandes articulações (joelhos, tornozelos, cotovelos, punhos e ombros).
- O comprometimento cardíaco é o mais grave, podendo causar óbito na fase aguda e determinar o prognóstico da doença através de suas sequelas. Observa-se o acometimento dos três folhetos (pancardite), associado ou isoladamente.

Fonte: BEVILACQUA, Cesar Corrêa; MORAES, Sylvia *et al.* **Emergências Pediátricas do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira**: Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPPMG – UFRJ. São Paulo: Atheneu, 2001.

48) Sobre o tratamento da febre reumática, é **incorreto** afirmar que

- a) na cardite, o tratamento é com prednisona.
- b) o haloperidol faz parte do tratamento da coreia.
- c) na artrite isolada, o tratamento é com prednisona.
- d) na profilaxia primária, o tratamento é com penicilina benzatina.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

- Na cardite, repouso e dieta hipossódica são prescritos, e prednisona (1 a 2 mg/kg/dia), via oral, dose única matinal.
- Na coreia, o tratamento visa o controle dos movimentos, já que o quadro é autolimitado. Devem-se evitar estímulos luminosos e situações de estresse. Faz parte do tratamento o haloperidol e o ácido valproico.
- Na artrite isolada, o tratamento é com AAS (80 a 100 mg/kg/dia), dividido em 3 doses diárias, após as refeições, por 6 a 8 semanas.
- A profilaxia primária da febre reumática deve ser realizada no surto agudo inicial e nas recorrências, visando a erradicação do foco estreptocócico. Utiliza-se penicilina bezatina (600.000UI em < 25 kg e 1.200.000UI em > 25 kg) em dose única. Eritromicina pode ser feita nos alérgicos.

Fonte: BEVILACQUA, Cesar Corrêa; MORAES, Sylvia *et al.* **Emergências Pediátricas do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira:** Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPPMG – UFRJ. São Paulo: Atheneu, 2001.

49) A pneumonia por *P. jiroveci* (anteriormente denominado *Pneumocystis carinii*) é a mais frequente infecção oportunista em crianças infectadas pelo HIV, sendo a faixa de maior risco aquela compreendida no primeiro ano de vida, quando o diagnóstico definitivo da infecção pelo HIV, na maioria das crianças expostas, ainda não pode ser feito. A doença pode manifestar-se rapidamente, causando insuficiência respiratória aguda com alta letalidade, justificando a indicação de profilaxia primária. Em qual idade **não** está indicada a profilaxia primária em crianças infectadas pelo HIV?

- a) De 4 até 10 meses.
- b) De 10 até 12 meses.
- c) De 6 semanas até 4 meses.
- d) Do nascimento até 6 semanas.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Em crianças menores de 12 meses, a contagem de células T-CD4+ não é marcadora do risco de doença. Recomenda-se que todas as crianças expostas recebam profilaxia com sulfametoxazol-trimetoprima (SMX-TMP) a partir de 6 semanas de idade até completar 1 ano, exceto se a infecção pelo HIV puder ser afastada durante esse período. Esta profilaxia é mantida depois de 1 ano de idade somente para as crianças infectadas, quando a indicação será orientada pela contagem de células TCD4+.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria.** 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

50) “Criança apresenta edema (anasarca), proteinúria maciça, hipoproteinemia e hiperlipidemia.” Diante da principal hipótese diagnóstica para o caso clínico apresentado, qual complicação **não** faz parte desse quadro?

- a) Infecção.
- b) Trombose.
- c) Hipovolemia.
- d) Insuficiência renal crônica.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A principal hipótese diagnóstica para essa criança é a Síndrome Nefrótica (SN), aplicada onde se encontram situações de edema, proteinúria maciça, hipoproteinemia e hiperlipidemia. A forma primária mais comum na infância é caracterizada por lesões mínimas à microscopia ótica e pela boa resposta ao tratamento com corticoides.

- A infecção clássica na SN é a peritonite primária, geralmente causada pelo *S. pneumoniae* e, às vezes, por germes gram-negativos com *E. coli*. O quadro é grave, podendo evoluir rapidamente para septicemia e morte, quando não diagnosticado e tratado precocemente.
- O estado de hipercoagulabilidade do paciente nefrótico predispõe a trombooses arteriais e venosas, devendo ser o tratamento com anticoagulantes imediato e cuidadosamente instituído com o objetivo de prevenir o tromboembolismo pulmonar ou trombose de vasos renais.

- Na SN, leva a hipovolemia com a transudação de líquidos para o terceiro espaço, secundária à hipoproteinemia acentuada com consequente diminuição da pressão oncótica.
- A SN, num primeiro momento, leva a um quadro de insuficiência renal aguda (IRA), e não insuficiência renal crônica. A IRA, geralmente secundária ao estado de hipovolemia acentuada, pode evoluir para necrose tubular aguda e necessidade de tratamento dialítico. O uso abusivo de diuréticos deve ser evitado, constituindo um fator predisponente a esta complicação.

Fonte: BEVILACQUA, Cesar Corrêa; MORAES, Sylvia *et al.* **Emergências Pediátricas do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira**: Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPPMG – UFRJ. São Paulo: Atheneu, 2001.

51) Sobre a glomerulonefrite difusa aguda, é **incorreto** afirmar que

- a) o nível de complemento sérico não se altera.
- b) a proteinúria não costuma atingir níveis nefróticos.
- c) a retenção de escórias nitrogenadas pode variar de leve à grave.
- d) a dosagem da antiestreptolisina O pode auxiliar no diagnóstico retrospectivo da infecção estreptocócica.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

- O complemento sérico, diminuído nas primeiras semanas, confirma o diagnóstico e deve ser sempre solicitado tão logo haja a suspeita da doença. A fração de C3 encontra-se diminuída a cerca de 95-98% dos casos.
- A proteinúria não costuma atingir níveis nefróticos (> 50 mg/kg/dia), sendo considerada patológica, permanecendo entre 10 e 50 mg/kg/dia.
- A retenção de escórias nitrogenadas, secundária à diminuição da taxa de filtração glomerular, pode variar de leve a grave, chegando algumas vezes à indicação de diálise peritoneal.
- A dosagem da antiestreptolisina O pode auxiliar no diagnóstico retrospectivo da infecção estreptocócica, permanecendo alta por 4 a 6 semanas, para depois diminuir gradativamente.

Fonte: BEVILACQUA, Cesar Corrêa; MORAES, Sylvia *et al.* **Emergências Pediátricas do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira**: Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPPMG – UFRJ. São Paulo: Atheneu, 2001.

52) Qual o agente mais comum causador da meningite bacteriana numa criança de 2 meses de idade?

- a) *Neisseria meningitidis*.
- b) ***Streptococcus grupo B*.**
- c) *Haemophilus influenzae B*.
- d) *Streptococcus pneumoniae*.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

O agente causador, mais comum, da meningite bacteriana na faixa etária de 1 a 3 meses é o *Streptococcus grupo B*. *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae B* e *Streptococcus pneumoniae* estão relacionados à meningite em crianças de 3 meses a 5 anos.

Fonte: BEVILACQUA, Cesar Corrêa; MORAES, Sylvia *et al.* **Emergências Pediátricas do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira**: Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPPMG – UFRJ. São Paulo: Atheneu, 2001.

53) Num quadro de diarreia aguda, em que a criança apresenta febre, dor abdominal e diarreia disenteriforme, considerando que o causador dessa diarreia é um agente enteroinvasivo, é **incorreto** afirmar que

- a) a *Shigella sp* pode ser a causadora dessa diarreia.
- b) poderia ser uma infecção causada por *E. coli* enteroinvasora.
- c) essa infecção pode ser causada por *Salmonella sp*, e sua transmissão por alimentos contaminados.
- d) **essa infecção pode ser causada por *E. coli* enterotoxigênica, e sua transmissão por alimentos contaminados.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

As bactérias enteroinvasoras – *Shigella sp*, *Salmonella sp* e *E. coli* enteroinvasores – podem ser causadoras da diarreia (disenteriforme) citada. Já a *E. coli* enterotoxigênica causa a diarreia secretora e não apresenta febre.

Fonte: BEVILACQUA, Cesar Corrêa; MORAES, Sylvia *et al.* **Emergências Pediátricas do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira**: Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPPMG – UFRJ. São Paulo: Atheneu, 2001.

54) Numa criança a termo, comparando o colostro com o leite materno maduro, o nutriente que possui a maior quantidade no colostro é o(a)

- a) lactose.
- b) caloria.
- c) lipídeo.
- d) **proteína.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

O nutriente em maior quantidade no colostro, comparado ao leite maduro, é a proteína (colostro – 1,9 g/dL; leite maduro – 1,3 g/dL). As calorias no colostro são de 48 g/dL e no leite maduro, 32 g/dL. Os lipídios no colostro são de 1,8 g/dL e no leite maduro, 3 g/dL. A lactose no colostro é de 5,1 g/dL e no leite maduro, 6,5 g/dL

Fonte: LOPEZ, Fabio Ancona; JUNIOR, Dioclécio Campos. **Tratado de Pediatria:** SBP. 2. ed. São Paulo: Editora Manole, 2009.

55) O comportamento característico de determinada etapa do desenvolvimento da criança é, “a usar as mãos, colocá-las frequentemente na boca, junto com roupas e qualquer outro objeto ao seu alcance”. Este comportamento é característico de qual etapa da vida da criança?

- a) 0 a 3 meses.
- b) **3 a 6 meses.**
- c) 6 a 9 meses.
- d) 9 a 12 meses.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

- De 0 a 3 meses de vida: inicialmente, o período de sono fica em torno de 50 min e alerta de 10 min, evoluindo para um sono de 2 horas e alerta de 20 a 30 min.
- De 3 a 6 meses de vida: ao usar as mãos, o bebê as coloca frequentemente na boca, junto com roupas e qualquer outro objeto ao seu alcance.
- De 6 a 9 meses de vida: busca pela mãe, fazendo com que o padrão de sono noturno seja alterado por várias interrupções.
- De 9 a 12 meses: a troca de roupas ou fraldas torna-se uma batalha física entre a criança e seu cuidador, e a consulta médica, antes tranquila, só será possível com a criança no colo do cuidador ou contida fisicamente.

Fonte: LOPEZ, Fabio Ancona; JUNIOR, Dioclécio Campos. **Tratado de Pediatria:** SBP. 2. ed. São Paulo: Editora Manole, 2009.

56) São pontos-chave para uma boa técnica de amamentação, **exceto:**

- a) na pega, a boca do bebê deve estar bem aberta.
- b) no posicionamento, o bebê deve estar bem apoiado.
- c) **na pega, o queixo do bebê deve estar afastado da mama.**
- d) no posicionamento, o rosto do bebê deve estar de frente para a mama, com o nariz em oposição ao mamilo.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

O queixo do bebê deve estar tocando a mama da mãe, para uma boa pega, e não afastado.

Fonte: LOPEZ, Fabio Ancona; JUNIOR, Dioclécio Campos. **Tratado de Pediatria:** SBP. 2. ed. São Paulo: Editora Manole, 2009.

57) No seu desenvolvimento, o bebê apresenta funções cerebrais importantes, como a função motora, perceptiva, proprioceptiva, cognitiva, afetiva e, principalmente, a de linguagem. A linguagem permite a integração da criança com o meio. A integração de uma criança de 6 a 10 meses com o meio será por

- a) emissão de sons consoantes.
- b) percepção da fala, do riso e do brincar com os sons que ouve.
- c) começo da compreensão de palavras, uso de gestos sociais e fala da primeira palavra.
- d) **balbúcio, apresentação de gestos para a comunicação e demonstração de uma sequência de consoantes e vogais.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

- De 5 a 6 meses: a criança emite sons consoantes.
- De 0 a 3 meses: a criança percebe a fala, ri e brinca com os sons que ouve.
- De 6 a 10 meses: a criança balbucia, apresenta gestos para comunicação e mostra uma sequência de consoantes e vogais.
- De 10 a 12 meses: a criança começa a compreender palavras, usa gestos sociais e diz a primeira palavra.

Fonte: LOPEZ, Fabio Ancona; JUNIOR, Dioclécio Campos. **Tratado de Pediatria**: SBP. 2. ed. São Paulo: Editora Manole, 2009.

58) As crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV deverão ser atendidas, preferencialmente, em unidades especializadas, pelo menos até a definição de seu diagnóstico. Fazem parte dos cuidados dos recém-nascidos de mães infectadas pelo HIV, **exceto**:

- a) o aleitamento não é contraindicado numa criança que a mãe é infectada pelo HIV.
- b) aspirar delicadamente, se necessário, as vias aéreas do recém-nascido, evitando traumatismo em mucosas.
- c) assegurar que, ao ter alta da maternidade, o recém-nascido tenha consulta agendada no serviço de referência.
- d) devido à possibilidade de ocorrência de anemia no recém-nascido em uso de zidovudina (AZT), recomenda-se a realização de hemograma completo da criança no início do tratamento e após 6 e 12 semanas.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Nos cuidados com recém-nascido de mãe infectada por HIV, o aleitamento é contraindicado para a criança. Consequentemente, deverá ser assegurado o fornecimento contínuo de fórmula infantil no mínimo por 12 meses (grau de evidência A).

Fontes:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- BEVILACQUA, Cesar Corrêa; MORAES, Sylvia *et al.* **Emergências Pediátricas do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira**: Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPPMG – UFRJ. São Paulo: Atheneu, 2001.

59) Na adolescência, o crescimento físico é intenso e próprio dessa fase. Há o aparecimento dos caracteres sexuais secundários, que tipificam a puberdade da forma como está descrita nos estágios de Tanner. “Criança apresenta pelos escassos e finos, pouco encaracolados ao redor dos grandes lábios e broto mamário.” Segundo os estágios de Tanner, como classificar essa criança?

- a) P1M1.
- b) P2G2.
- c) P2M2.
- d) P3G3.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Na classificação de Tanner: “P” se relaciona com crescimento dos pelos; “M” se relaciona com crescimento genital feminino; e, “G” se relaciona com o crescimento genital masculino.

- P1M1: no P1 os pelos pubianos estão ausentes e no M1 a mama é infantil.
- P2G2: no P2 os pelos são escassos e finos, pouco encaracolados na base do pênis e no G2 há aumento do volume do testículo, mudança da coloração do escroto e discreto aumento do pênis.
- P2M2: no P2 os pelos são escassos e finos, pouco encaracolados ao redor dos grandes lábios e no M2 há presença do broto mamário.
- P3G3: no P3 há maior pigmentação e espessura, pelos mais encaracolados, estendendo-se para a sínfise púbica e no G3 há crescimento do comprimento do pênis, dos testículos e do escroto.

Fonte: LOPEZ, Fabio Ancona; JUNIOR, Dioclécio Campos. **Tratado de Pediatria**: SBP. 2. ed. São Paulo: Editora Manole, 2009.

60) A urticária aguda é uma patologia bastante comum na infância, com incidência estimada em 20%. Caracteriza-se por placas eritematosas de tamanho e forma variáveis, frequentemente pruriginosas. São agentes causadores mais frequentes de urticária aguda, **exceto**:

- a) antibióticos.
- b) leite de vaca.
- c) infecção estreptocócica.
- d) **artrite reumatoide juvenil.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A urticária classifica-se em: aguda, quando tem duração menor que 6 semanas, e crônica, com duração maior que 6 semanas. As causas agudas são: AINH, antibiótico, leite de vaca, amendoim, clara de ovo, infecção viral e estreptocócica, entre outras. As causas crônicas são: dermatografismo, pressão, frio, colinérgica, artrite reumatoide juvenil, lúpus eritematoso sistêmico, doenças tireoidianas, entre outras.

Fonte: BEVILACQUA, Cesar Corrêa; MORAES, Sylvia *et al.* **Emergências Pediátricas do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira**: Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPPMG – UFRJ. São Paulo: Atheneu, 2001.