

VOLUME 25 - AVALIAÇÃO FINAL - 2023



PRONAP

Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria

25
CICLOS

Ciclo XXV



MÓDULOS DE RECICLAGEM

ISSN 2318-3969





SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Filiada à Associação Médica Brasileira
Associada à IPA - Internacional Pediatric Association

PROJETO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA MÓDULO DE RECICLAGEM AVALIAÇÃO FINAL

VOLUME 25



PRONAP

Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria

ISSN 2318-3969



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

DIRETORIA 2022 - 2024

Presidente:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

1º Vice-Presidente:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

2º Vice-Presidente:

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Secretário Geral:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

1º Secretário:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º Secretário:

Rodrigo Aboudib Ferreira (ES)

3º Secretário:

Claudio Hoineff (RJ)

Diretoria Financeira:

Sidnei Ferreira (RJ)

2ª Diretoria Financeira:

Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)

3ª Diretoria Financeira:

Donizetti Dimer Giambbernardino (PR)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

COORDENADORES REGIONAIS

Norte:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

Nordeste:

Maryneia Silva do Vale (MA)

Sudeste:

Marisa Lages Ribeiro (MG)

Sul:

Cristina Targa Ferreira (RS)

Centro-Oeste:

Renata Belem Pessoa de Melo Seixas (DF)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

Titulares:

Jose Hugo Lins Pessoa (SP)

Marisa Lages Ribeiro (MG)

Maryneia Silva do Vale (MA)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

Suplentes:

Analiaira Moraes Pimentel (PE)

Dolores Fernandez Fernandez (BA)

Rosana Alves (ES)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Sulim Abramovici (SP)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

Coordenação:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Edson Ferreira Liberal (RJ)

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Sidnei Ferreira (RJ)

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

Coordenação:

Hélcio Villaçã Simões (RJ)

Coordenação Adjunta:

Ricardo do Rego Barros (RJ)

Membros:

Clóvis Francisco Constantino (SP) -
Licenciado

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)

Cristina Ortiz Sobrinho Valette (RJ)

Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)

Silvio Ferreira (RJ)

Silvino Rocha Carvalho (RJ)

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

Coordenação:

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Luciana Cordeiro Souza (PE)

Membros:

João Carlos Batista Santana (RS)

Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

Ricardo Mendes Pereira (SP)

Mara Morelo Rocha Felix (RJ)

Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

Sergio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA

Ricardo do Rego Barros (RJ)

INTERCÂMBIO COM OS PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA

Marcela Damasio Ribeiro de Castro (MG)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL

Diretor:

Fabio Augusto de Castro

Guerra (MG)

Diretoria Adjunta:

Sidnei Ferreira (RJ)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Membros:

Gilberto Pascolat (PR)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Cláudio Orestes Britto Filho (PB)

Ricardo Maria Nobre Othon Sidou (CE)

Anenisia Coelho de Andrade (PI)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Donizetti Dimer Giambbernardino

Filho (PR)

Jocileide Sales Campos (CE)

Carlando de Souza Machado e

Silva Filho (RJ)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

DIRETORIA CIENTÍFICA

Diretor:

Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA CIENTÍFICA - ADJUNTA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS:

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

GRUPOS DE TRABALHO

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

MÍDIAS EDUCACIONAIS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Rosana Alves (ES)

Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (ES)

PROGRAMAS NACIONAIS DE ATUALIZAÇÃO

PEDIATRIA - PRONAP

Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira (SP)

Tulio Konstantyner (SP)

Claudia Bezerra Almeida (SP)

NEONATOLOGIA - PRORN

Renato Soibelman Procianny (RS)

Clea Rodrigues Leone (SP)

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPED

Werther Bronow de Carvalho (SP)



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

(continuação)

DIRETORIA 2022 - 2024

TERAPÊUTICA PEDIÁTRICA - PROPED

Claudio Leone (SP)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA - PROEMPED

Hany Simon Júnior (SP)
Gilberto Pascolat (PR)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

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

PUBLICAÇÕES

TRATADO DE PEDIATRIA

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

OUTROS LIVROS

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

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

Diretora:

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

Membros:

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

COORDENAÇÃO DO

PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

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

COORDENAÇÃO DO

CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)

Virginia Resende Silva Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

Coordenação Geral:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Coordenação Operacional:

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

Membros:

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

PORTAL SBP

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

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA

Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

Coordenação:

Renato Soibelmann Prociandy (RS)

Membros:

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

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Editores Científicos:

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

Editora Adjunta:

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

Conselho Editorial Executivo:

Sidnei Ferreira (RJ)

Editores Associados:

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

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Angelica Maria Bicudo (SP)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA

Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

Coordenação:

Rosana Fiorini Puccini (SP)

Membros:

Rosana Alves (ES)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Ana Lucia Ferreira (RJ)
Silvia Wanick Sarinho (PE)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

Coordenação:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Membros:

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

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

Coordenador:

Lelia Cardamone Gouveia (SP)

MUSEU DA PEDIATRIA (MEMORIAL DA PEDIATRIA BRASILEIRA)

Coordenação:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Membros:

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

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

Coordenação:

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



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

(continuação)

DIRETORIA 2022 - 2024

ACREANA DE PEDIATRIA

Ana Isabel Coelho Montero

ALAGOANA DE PEDIATRIA

Marcos Reis Gonçalves

AMAZONENSE DE PEDIATRIA

Adriana Távora de Albuquerque Taveira

AMAPAENSE DE PEDIATRIA

Camila dos Santos Salomão

BAIANA DE PEDIATRIA

Ana Luiza Velloso da Paz Matos

CEARENSE DE PEDIATRIA

Anamaria Cavalcante e Silva

DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL

Luciana de Freitas Velloso Monte

ESPIRITOSSANTENSE DE PEDIATRIA

Carolina Strauss Estevez Gadelha

GOIANA DE PEDIATRIA

Valéria Granieri de Oliveira Araújo

DE PEDIATRIA DO MARANHÃO

Sílvia Helena Cavalcante de S. Godoy

MINEIRA DE PEDIATRIA

Márcia Gomes Penido Machado

DE PEDIATRIA DO MATO GROSSO DO SUL

Carmen Lúcia de Almeida Santos

MATOGROSSENSE DE PEDIATRIA

Paula Helena de Almeida
Gattass Bumlai

PARAENSE DE PEDIATRIA

Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza

PARAIBANA DE PEDIATRIA

Maria do Socorro Ferreira Martins

DE PEDIATRIA DE PERNAMBUCO

Alexandra Ferreira da Costa Coelho

DE PEDIATRIA DO PIAUÍ

Ramon Nunes Santos

PARANAENSE DE PEDIATRIA

Víctor Horácio de Souza Costa Junior

DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Cláudio Hoineff

DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO NORTE

Manoel Reginaldo Rocha de Holanda

DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA

Wilmerson Vieira da Silva

DE PEDIATRIA RORAIMENSE

Erica Patricia Cavalcante Barbalho

DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL

Sérgio Luis Amantéa

DE PEDIATRIA CATARINENSE

Nilza Maria Medeiros Perin

DE PEDIATRIA SERGIPANA

Ana Jovina Barreto Bispo

DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

Renata Dejtiar Waksman

DE PEDIATRIA TOCANTINENSE

Ana Mackartney de Souza Marinho

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

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

GRUPOS DE TRABALHO

- Atividade física
- Cirurgia pediátrica
- Criança, adolescente e natureza
- Doença inflamatória intestinal
- Doenças raras
- Drogas e violência na adolescência
- Educação é Saúde
- Imunobiológicos em pediatria
- Metodologia científica
- Oftalmologia pediátrica
- Ortopedia pediátrica
- Pediatria e humanidades
- Políticas públicas para neonatologia
- Radiologia e Diagnóstico por Imagem
- Saúde mental
- Saúde digital
- Saúde Oral



FUNDAÇÃO SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Diretoria e Conselhos 2022 - 2024

DIRETORIA EXECUTIVA

Diretor Presidente

Clóvis Francisco Constantino

Diretor Vice-Presidente

Edson Ferreira Liberal

Diretor Secretário

Ana Cristina Ribeiro Zollner

Diretor Tesoureiro

Paulo Tadeu Falanghe

Conselho Curador

Presidente

João Coriolano Rego Barros

José Hugo de Lins Pessoa

Reinaldo Ayer de Oliveira

José Luiz Setubal

Nelson Grisard

Katia Correia Lima

Mário Santoro Júnior

Sérgio Augusto Cabral

Gunnar Alexei Riediger

Gilnei Rodrigues

Tamara Lazarini

Conselho Fiscal

Sérgio Antônio Bastos Sarrubo

Cláudio Leone

Joel Alves Lamounier

Gilda Porta (suplente)

Maria Fernanda Branco de

Almeida (suplente)



PRONAP

Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria

Coordenadores

Fernanda Luisa Ceraglioli Oliveira

Tulio Konstantyner

Claudia Bezerra de Almeida

Conselho Editorial

Abelardo Bastos Pinto Junior

Alda Elizabeth B Iglesias Azevedo

Ana Cristina Ribeiro Zollner

Antonio Condino Neto

Carlos Augusto Mello da Silva

Clóvis Artur Almeida da Silva

Crésio de Aragão Dantas Alves

Cristina Helena Targa Ferreira

Denise Bousfield da Silva

Fabiola Isabel Suano de Souza

Gilda Porta

Gustavo Antonio Moreira

Herberto José Chong Neto

Jandrei Rogério Markus

Jorge Yussef Afiune

José Roberto Fioretto

Josefina Aparecida Pellegrini Braga

Licia Maria Oliveira Moreira

Liubiana Arantes de Souza

Luci Yara Pfeiffer

Magda Lahorgue Nunes

Marco Aurélio Palazzi Sáfadi

Maria de Fátima Bazhuni Pombo

Sant'anna

Nilzete Liberato Bresolin

Renata Cantisani di Francesco

Renato de Ávila Kfour

Rossiclei de Souza Pinheiro

Rubens Feferbaum

Salmo Raskin

Sérgio Luis Amantéa

Simone Brasil de Oliveira Iglesias

Tadeu Fernando Fernandes

Vania Oliveira de Carvalho

Revisão Ortográfica e Gramatical

Jorge Alves de Lima

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

Tiragem desta edição: 4.500 exemplares.

Produção e projeto gráfico de

Jotacê Desenhos Gráficos S/C Ltda.

Rua Dr. Cesário Mota Jr., 369 - 7º and.

CEP 01221-020 - São Paulo - SP.

PRONAP/SBP – SP

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

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

GERENCIAMENTO: SBP

AValiação Final DO CICLO XXV

- **Fascículo nº 1: Aleitamento Materno:** Amamentação na primeira hora de vida; Abordagem do aleitamento materno em situações de dificuldade; Amamentação prolongada por mais de dois anos.
- **Fascículo nº 2: Atividade Física:** Cardiologia Esportiva; Esportes e Doenças: uma atualização; Hidratação; Nutrição Esportiva em Pediatria.
- **Fascículo nº 3: Imunizações:** Calendários vacinais: do prematuro ao adolescente; Vacinas COVID-19 e hesitação vacinal: o que o pediatra precisa saber; Vacinação de pacientes especiais: racional, cuidados e recomendações.
- **Fascículo nº 4: Infetologia:** Toxoplasmose Congênita; Infecção congênita pelo citomegalovírus; COVID-19 em crianças e adolescentes.

Correção dos testes do número anterior

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

Tema 1: Toxoplasmose Congênita

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

Tema 2: Infecção congênita pelo citomegalovírus

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

Tema 3: COVID-19 em crianças e adolescentes

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



Saudação dos Coordenadores

Caros Colegas Pediatras!

Esperamos que vocês tenham aproveitado os temas do PRONAP – CICLO XXV. Ficamos felizes em entregar revisões com alta qualidade científica e atualizadas. Vocês terão o até o final de março/2024 para enviarem os cartões com as respostas.

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

Feliz Natal e Excelente Ano Novo!

Abraços

Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira
Túlio Konstantyner
Claudia Bezerra de Almeida
Coordenadores do PRONAP

Instruções para Avaliação Final

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

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

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

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

Esse ano, como os fascículos foram entregues em tempo adequado para o devido período de leitura, o prazo de recebimento das respostas da avaliação será encerrado no dia **28/03/2024. Não haverá prorrogação do prazo!!!**

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

O gabarito será publicado no site da SBP na aba do PRONAP - Ciclo XXV. O certificado de participação será encaminhado por e-mail (caso você tenha acertado um mínimo de 56 questões).

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

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

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

EQUIPE PRONAP

Avaliação Final Ciclo XXV

01. Para desempenhar eficientemente o seu papel de incentivador do Aleitamento Materno, o pediatra precisa se manter atualizado nos diversos aspectos da amamentação, sendo assim, a *Golden Hour* (hora de ouro) deve ser prioridade na sala de parto. Se o recém-nascido \geq 34 semanas nascer respirando ou chorando e com bom tônus muscular em flexão, independentemente da característica do líquido amniótico, quais os procedimentos devem ser realizados na primeira hora de vida?
- a) Realizar contato pele a pele, prover calor com campos aquecidos, observar os aspectos instintivos, avaliar a sua vitalidade continuamente e estimular o aleitamento materno.
 - b) Receber com campos aquecidos, levar para fonte de calor, fazer prevenção da doença hemorrágica do RN e realizar contato pele a pele, para estimular aleitamento materno.
 - c) Receber com campos aquecidos, levar para fonte de calor, avaliar vitalidade e, em seguida, realizar contato pele a pele, para estimular aleitamento materno.
 - d) Realizar contato pele a pele rapidamente, avaliar vitalidade, verificar medidas antropométricas e vestir roupas, para reduzir a perda de calor; em seguida, estimular aleitamento materno.
 - e) Realizar contato pele a pele rapidamente, avaliar vitalidade e verificar medidas antropométricas; em seguida, estimular aleitamento materno.
02. A primeira hora de vida após o nascimento evolui com 9 estágios instintivos. Se o bebê for colocado pele a pele no peito da mãe, imediatamente após o nascimento, qual sequência de atividades deve ser observada na *Golden Hour*?
- a) Grito, relaxamento, despertar, atividade, descanso, rastejamento, familiarização, amamentação e descanso.
 - b) Grito, relaxamento, atividade, descanso, rastejamento, despertar, familiarização, amamentação e descanso.
 - c) Grito, relaxamento, descanso, atividade, despertar, rastejamento, amamentação, familiarização e descanso.
 - d) Grito, amamentação, descanso, relaxamento, atividade, rastejamento, despertar, familiarização e descanso.
 - e) Amamentação, grito, relaxamento, atividade, despertar, familiarização e descanso.

03. O momento imediatamente após o nascimento é um choro distinto e, à medida que os pulmões vão se expandindo, o bebê apresenta respiração regular e boa frequência cardíaca. Se o bebê apresentar extremidades cianóticas, qual a melhor conduta?
- Realizar contato pele a pele imediato, prover calor com campo aquecido, avaliar continuamente a vitalidade e estimular aleitamento materno.
 - Realizar contato pele a pele imediato, aquecer em fonte de calor radiante, avaliar continuamente a vitalidade e estimular aleitamento materno.
 - Receber em campo aquecido, aquecer em fonte de calor radiante, avaliar continuamente a vitalidade e colocar no contato pele a pele, para estimular aleitamento materno.
 - Receber em campo aquecido, prover calor na fonte de calor radiante, avaliar continuamente e aguardar a primeira hora de vida para estimular aleitamento materno.
 - Realizar contato pele a pele imediato, prover calor com campo aquecido, avaliação continuada e aguardar a primeira hora de vida para estimular aleitamento materno.
04. Recém-nascido de parto cesáreo, idade gestacional ≥ 34 semanas, apresenta grito forte ao nascimento. É colocado no contato pele a pele e avaliado quanto à vitalidade. O clampeamento do cordão umbilical é realizado entre 1 e 3 minutos, ele tem respiração regular e frequência cardíaca >100 bpm. Em seguida, o bebê para de chorar, fica relaxado por alguns minutos e desperta. Como ocorre o próximo estágio instintivo do recém-nascido?
- Neste estágio instintivo, o bebê apresenta pequenos impulsos de movimentos na cabeça e nos ombros, inclusive consegue abrir os olhos e mostrar atividade de boca, mas ainda não apresenta movimentos de sucção ativa no seio materno.
 - Neste estágio instintivo, o bebê apresenta pequenos impulsos de movimentos na cabeça e nos ombros, inclusive consegue abrir os olhos, mostra atividade de boca e, em seguida, apresenta movimentos de sucção ativa no seio materno.
 - Neste estágio instintivo, o bebê apresenta pequenos impulsos de movimentos na cabeça e nos ombros, inclusive consegue abrir os olhos, mostra atividade de boca, em seguida, volta a dormir e não consegue sugar o seio materno.
 - Neste estágio instintivo, o bebê apresenta pequenos impulsos de movimentos na cabeça e nos ombros, não consegue abrir os olhos e não mostra atividade de boca, inclusive não apresenta movimentos de sucção ativa no seio materno.
 - Neste estágio instintivo, o bebê apresenta pequenos impulsos de movimentos na cabeça e nos ombros, inclusive consegue abrir os olhos, não mostra atividade de boca e, em seguida, apresenta movimentos de sucção ativa no seio materno.

-
05. Recém-nascidos com idade gestacional ≥ 34 semanas, com boa vitalidade, podem ser colocados no contato pele a pele imediatamente após o nascimento, se a mãe estiver em boas condições clínicas. Dentre os benefícios/riscos iniciais para o recém-nascido, assinale abaixo a opção incorreta.
- a) Recém-nascidos que não tiveram contato pele a pele imediato e sustentado apresentam menor risco de hipotermia e hipoglicemia neonatal.
 - b) Recém-nascidos que tiveram contato imediato pele a pele e sustentado têm melhor sucção na mama e maior duração geral do aleitamento materno exclusivo.
 - c) Recém-nascidos que tiveram contato imediato e sustentado têm menor incidência de hipoglicemia neonatal, melhor termorregulação e estabilização cardiopulmonar melhorada.
 - d) Recém-nascidos que tiveram contato imediato pele a pele e sustentado melhoram a satisfação e a confiança da mãe e promovem o cuidado centrado na família.
 - e) Recém-nascidos que não tiveram contato pele a pele imediato e sustentado apresentam melhores glicemia e controle de temperatura.
06. Mães com boas condições clínicas, imediatamente após o nascimento, independentemente de parto vaginal ou cesáreo, podem manter o contato pele a pele com recém-nascidos de idade gestacional ≥ 34 semanas e boa vitalidade, independentemente do aspecto do líquido amniótico. Assinale abaixo a opção correta com relação aos efeitos maternos que a “Hora de Ouro” proporciona?
- a) O contato pele a pele diminui os sintomas de depressão e estresse fisiológico no período pós-parto.
 - b) O contato pele a pele diminui os sentimentos de vínculo e apego e aumenta o estresse fisiológico pós-parto.
 - c) O contato pele a pele não interfere no risco de hemorragia pós-parto e evita a hipotensão pós-parto.
 - d) O contato pele a pele não foi associado ao aleitamento materno exclusivo e prolongado, e protege contra a depressão pós-parto.
 - e) O contato pele a pele aumenta os sentimentos de vínculo e apego, além de aumentar o estresse fisiológico pós-parto.
07. A implementação do protocolo de contato pele a pele na sala de parto inicia-se com a avaliação das políticas institucionais existentes e com a realização de uma revisão da literatura atual. Ao criar um protocolo para a “Hora de Ouro”, qual, das alternativas abaixo, é uma contraindicação para o aleitamento materno?
- a) Mães que vivem com HIV e HTLV 1 e 2.
 - b) Mães com Covid-19 positivo na hora do parto.
-

- c) Mães com H1N1 diagnosticado na hora do parto.
 - d) Mães que não tenham acompanhante no parto.
 - e) Mães muito estressadas durante o parto.
08. O leite materno tem grande variabilidade de composição, atendendo às necessidades do lactente, e sabe-se que há mudança de sua composição de uma mamada para outra. A glândula mamária tem como principal papel produzir leite e não o estocar. Assinale a alternativa correta:
- a) O leite anterior é mais ralo e deve ser desprezado antes das mamadas.
 - b) O leite anterior é produzido entre as mamadas e desce por difusão passiva dos alvéolos para os ductos e não contém nenhuma gordura ao ser retirado da mama.
 - c) O leite anterior é produzido pela ação da prolactina, que continua ainda tendo um efeito menor de estimular a glândula mamária entre as mamadas, mas não possui alto teor energético.
 - d) O leite anterior tem papel destacado na oferta hídrica, na ingestão de eletrólitos e fatores imunológicos, entre outros, e corresponde a, aproximadamente, um terço da mamada.
 - e) O leite anterior deve ser desprezado, pois não tem importância na nutrição e saúde do bebê.
09. O pediatra deve observar a mamada para poder avaliar se está ocorrendo alguma inadequação e aconselhar a mãe. Assinale a alternativa correta:
- a) A duração de uma mamada é sempre uma constante, assim como a oferta de uma mama por mamada.
 - b) A duração de uma mamada é variável e cabe à mãe saber se a criança sugou todo o leite posterior.
 - c) As mamadas devem durar enquanto a sucção for ativa e eficaz. Quando as mães observarem pausas longas entre as sucções, devem trocar de mama na mesma mamada.
 - d) A oferta de uma mama por mamada acarreta haver leite na outra mama. A mama que não foi ofertada só deve ser oferecida na próxima mamada.
 - e) A oferta de ambas as mamas por mamada não evita os ingurgitamentos e traumatismos mamilares, nem a assimetria entre as mamas.
10. Lactante chega à unidade de saúde, com bebê de 20 dias de vida em aleitamento materno exclusivo. Peso de nascimento: 3.400g. Peso de alta da maternidade com 2 dias de vida: 3.200g. Peso hoje: 3.600g. Mãe refere que o bebê apresenta irritação ao mamar, joga o corpo para trás em alguns momentos e há presença de jato de leite espontâneo. Mãe queixa de área dolorosa

-
- em região localizada da mama, sem hiperemia ou calor local, nega febre ou sintomas sistêmicos. Às vezes, a região aumenta de tamanho, quando se torna mais dolorosa. Após as mamadas, há tendência a diminuir a dor no local. Sua conduta será:
- a) Enfaixar as mamas com gases para cessar a produção de leite e dar mamadeira para o bebê, devido a quadro clínico de abscesso.
 - b) Orientar a mãe a manter aleitamento materno exclusivo e realizar massagem leve no local doloroso e esvaziamento adequado da mama pelo bebê. Se dor persistir ou se aumentar a região ingurgitada, procurar serviço médico novamente, por se tratar de uma galactocele, com necessidade de drenagem para alívio dos sintomas.
 - c) Interromper aleitamento materno, tendo em vista que o bebê está com baixo ganho ponderal.
 - d) Ordenhar com bomba várias vezes ao dia para aliviar a dor.
 - e) Tomar banhos em chuveiro quente para diminuir o fluxo de leite.
11. Mãe procura atendimento médico porque apresenta lesão extensa em mamilo, com sangue e crosta bilateral. Está em amamentação exclusiva, porém bebê de 15 dias de vida chora o dia inteiro, mama por 1 hora e, em menos de 30 minutos, já solicita mamar novamente. Qual a sua orientação para a lactante?
- a) Dizer para a mãe que é normal sentir dor ao amamentar e que ela tem que continuar amamentando exclusivamente porque é o melhor para o seu filho.
 - b) Traumatismos mamilares são muito comuns nos primeiros dias de vida e isso significa que está tudo bem com o binômio mãe-filho.
 - c) Recorrer às técnicas de aconselhamento materno, solicitar para avaliar o bebê mamando para orientar a mãe de maneira gentil sobre dificuldades de pega ou posicionamento na mama.
 - d) Dizer para a mãe que todo bebê mama por 1 hora ou mais em cada mama para ficar satisfeito.
 - e) Orientar a mãe a parar de oferecer as mamas e dar suplementação para o bebê ficar satisfeito.
12. Sobre o diagnóstico e o tratamento da mastite bacteriana em aleitamento materno, pode-se afirmar que:
- a) A mastite é uma entidade rara com resolução espontânea e não cursa com complicações sistêmicas.
 - b) O leite materno é estéril, portanto, em caso de mastite, em que há contaminação do leite materno por bactérias, está indicado interromper o aleitamento materno.

- c) A mastite bacteriana é resultado de um conjunto de fatores de interação complexa que levam à disbiose mamária associada à estase do leite na glândula mamária.
- d) O tratamento consiste em massagens vigorosas frequentes, com uso de compressas quentes e interrupção temporária da amamentação. Não está indicado o uso de antibiótico.
- e) Se não for resolvida, não apresenta risco de evoluir para abscesso mamário.

13. Lactante procura serviço médico por apresentar ardência em mamilos, bilateralmente, com fisgadas, durante e após as mamadas, com irradiação da dor para região axilar. Bebê está com 2 meses de idade, em aleitamento materno exclusivo com bom ganho ponderal. Ao exame clínico, é observado alto fluxo de leite, o sutiã e a roupa da nutriz estão molhados e ela faz uso de concha de silicone para coletar o leite que derrama. Ao exame do mamilo, pode ser observada uma área de hiperemia, mas não são visualizados traumas mamilares. O bebê apresenta placas esbranquiçadas em mucosa oral.

Em relação ao caso clínico, é correto afirmar que:

- a) Trata-se de caso de mastite bacteriana e é necessário suspender a amamentação.
- b) A lactante pode apresentar quadro de candidíase mamária, devido ao uso de conchas e alto fluxo de leite, sendo recomendada a suspensão da amamentação.
- c) A dor mamar é muito comum no segundo mês de vida do bebê e não é necessária nenhuma intervenção.
- d) Trata-se de quadro clínico de candidíase mamária; portanto, é necessário o uso de antifúngico tópico para mãe e bebê, além de orientações de não deixar a região mamilar molhada ou abafada, além de não usar conchas de silicone. Não é recomendado suspender a amamentação.
- e) A mãe pode recorrer ao uso de bicos de silicone e chupeta para alívio dos sintomas.

14. Mãe apresentou hiperemia de mama direita em quadrante externo, com edema e endurecimento da região há 2 dias. Evoluiu com febre e procurou serviço médico, onde foi prescrita antibioterapia. Retorna ao presente serviço, após 3 dias de uso do antibiótico, com taquicardia, vômitos, piora do estado geral e aumento da área de hiperemia em mama.

Em relação ao quadro clínico exposto, é correto afirmar que:

- a) O bebê deve ser afastado de sua mãe, pois se trata de doença contagiosa.
- b) A conduta inicial foi inadequada, pois não era necessário uso de antibiótico, apenas pomadas antifúngicas.

-
- c) Recomenda-se a suspensão da amamentação devido à taquicardia materna.
- d) Trata-se de quadro clínico compatível com abscesso mamário, situação de urgência médica, em que devem ser avaliados sintomas sistêmicos de sepse e necessidade de intervenção cirúrgica.
- e) O abscesso mamário é muito comum e tem resolução espontânea; portanto, não é necessária intervenção médica.
15. Qual dos sinais abaixo sinaliza que a criança está apta a iniciar o processo de desmame gradual, caso seja o desejo da mãe?
- a) Recusar frutas e legumes na refeição.
- b) Necessita mamar para induzir o sono.
- c) Mostra-se segura em relação à mãe.
- d) Não consola sem ir ao seio materno.
- e) Demonstra interesse em mamar seguidamente.
16. Assinale a alternativa correta com relação aos fatores imunológicos específicos e não específicos presentes no leite materno:
- a) Propiciam apenas proteção ativa contra agentes infecciosos.
- b) Propiciam apenas proteção passiva contra agentes infecciosos.
- c) Não modificam sua concentração ao longo da lactação.
- d) Possuem IgA e oligossacarídeos, mas há ausência de lactoferrina e fator bifido.
- e) São transferidos para a criança enquanto perdurar a amamentação.
17. Qual a estimativa potencial de o aleitamento materno prevenir todas as mortes por doenças evitáveis em crianças com idade inferior a 5 anos em todo o mundo?
- a) 13%.
- b) 26%.
- c) 39%.
- d) 50%.
- e) 75%.
18. Segundo o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), realizado em 2019, a prevalência de aleitamento materno continuado no segundo ano de vida (crianças de 12 a 23 meses de vida) no Brasil é maior na:
- a) Região Nordeste.
- b) Região Norte.
- c) Região Centro-Oeste.
- d) Região Sudeste.
- e) Região Sul.

19. O desmame abrupto deve ser indicado quando:
- a) A criança tiver a erupção dentária.
 - b) A mulher engravidar.
 - c) A criança aceitar plenamente os alimentos sólidos.
 - d) A criança completar dois anos.
 - e) Nunca deve ser indicado.
20. Qual das alternativas abaixo **não é uma doença materna** cuja evolução seja influenciada pela prática do aleitamento materno?
- a) Diabetes gestacional.
 - b) Doença hipertensiva específica da gestação.
 - c) Câncer de endométrio.
 - d) Esclerose múltipla.
 - e) Síndrome metabólica.
21. Sobre a realização e a importância do teste cardiopulmonar em crianças e adolescentes, é correto afirmar que:
- a) Só está indicado em casos de arritmia.
 - b) Não tem indicação nenhuma devido ao baixo VO₂ desta população.
 - c) Teste cardiopulmonar é o padrão ouro na avaliação cardiorrespiratória, fornecendo informações diagnósticas, fisiológicas e prognósticas.
 - d) Teste muito caro sem aplicabilidade clínica – não deve ser indicado.
 - e) Tem valor apenas para atletas de alto rendimento.
22. A menor capacidade anaeróbica em crianças é devido a:
- a) Maior prevalência de fibras musculares tipo II e alta frequência cardíaca.
 - b) Maior prevalência de fibras musculares tipo I e baixos níveis de glicogênio muscular.
 - c) Maior atividade das enzimas-chave do metabolismo aeróbico e diferença arteriovenosa de oxigênio maior, com o aumento da intensidade do exercício.
 - d) Altas concentrações de glicogênio muscular e platô do volume de ejeção, com o aumento da intensidade do exercício.
 - e) Baixa estatura e genética.
23. O risco de morte súbita durante o exercício associado à miocardite é devido a:
- a) Infecção viral.
 - b) Risco de sepse.
 - c) Risco de arritmias malignas associadas à necrose e à fibrose dos cardiomiócitos.

-
- d) Risco de sepse fúngica.
e) Depende dos antecedentes familiares.
24. Adolescente, 14 anos, masculino, apresenta há 24 horas quadro de febre elevada (39°C), adinamia, cefaleia e dores nas articulações dos punhos. Exame físico: prostrado, orofaringe hiperemiada com pontos pustulosos e petéquias no palato. A hipótese diagnóstica é:
- a) Mononucleose.
b) Citomegalovirose.
c) Estreptococcia.
d) Rubéola.
e) Toxoplasmose.
25. Pela *American Heart Association*, o atleta competitivo é aquele que:
- a) Participa de competições.
b) Treina nas horas vagas.
c) Participa de um time organizado ou esporte individual, que requeira treinamento sistemático, e de competições regulares visando um objetivo, seja ele prêmio ou excelência na modalidade.
d) Gosta de esportes.
e) Apresenta bons resultados no time.
26. Adolescente com 14 anos, masculino, queixa-se de dor na região infrapatelar direita relacionada ao esforço físico, que cede com repouso. Exame físico: dor à palpação do tubérculo anterior da tíbia direita. A hipótese diagnóstica é:
- a) Doença de Osgood Schlatter.
b) Condromalácia de patela.
c) Artrite juvenil.
d) Dor do crescimento.
e) Doença de Séver.
27. A maioria das mortes súbitas não traumáticas em atividades esportivas, em adolescentes que praticam atividades esportivas, é resultado de:
- a) Choque térmico.
b) Doença cardíaca oculta.
c) Hipertermia maligna.
d) Mal asmático.
e) Hipotermia sintomática.
-

28. Adolescente atleta, portador de asma induzida pelo exercício, deverá receber antes do exercício:
- Cromoglicato dissódico inalável.
 - Mometasona inalável.
 - Salbutamol inalável.
 - Formoterol inalável.
 - Fluticasona inalável.
29. Epilepsia controlada é estar sem crises:
- Por 6 meses, em uso de medicação.
 - Por 12 meses, em uso de medicação.
 - Sem medicação e após 24 meses.
 - 5 anos após terminar o tratamento.
 - Por 18 meses, em uso de medicação.
30. Crianças e adolescentes com viroses agudas podem desenvolver:
- Hepatite.
 - Miocardite.
 - Otite.
 - Sinusite.
 - Pancardite.
31. Qual a recomendação que você daria para um adolescente de 15 anos que vai treinar futebol por uma hora e meia num calor de aproximadamente 30°C?
- Beba apenas água pura sempre que sentir sede.
 - Evite ingerir líquidos durante o treino, para evitar o desconforto gástrico.
 - Beba água ou bebidas esportivas, conforme sua preferência durante e após o treino, para evitar a desidratação.
 - Beba apenas água pura em grande quantidade, antes do treino, para evitar a desidratação durante as duas horas de treino.
 - Beba apenas água durante o treino e contraindique bebidas esportivas, para evitar sobrecarga na ingestão de sódio e carboidrato.
32. Pedro (16 anos) é atleta de tênis e tem participado de torneios de verão, com pouco tempo de repouso para a recuperação entre as partidas. Para que, nesses curtos intervalos entre as partidas, a recuperação e a reposição hidroeletrolítica sejam otimizadas, convém que o líquido para hidratação também contenha quantidades adequadas de:

-
- a) Sódio, para ajudar na retenção do líquido.
- b) Glicerol, para melhorar a absorção e a retenção de líquido.
- c) Carboidrato, para a reposição de glicogênio muscular.
- d) Alternativas “a” e “c” estão corretas.
- e) Todas as alternativas estão corretas.
33. Pesquisa na população pediátrica tem mostrado que o leite desnatado, para grupos isentos de intolerância à lactose, é uma escolha satisfatória para ser ingerido:
- a) Logo antes das atividades físicas e dos treinamentos.
- b) Logo antes e durante as atividades físicas e os treinamentos.
- c) Durante as atividades físicas e os treinamentos.
- d) Após as atividades físicas e os treinamentos.
- e) Logo antes, durante e após as atividades físicas e os treinamentos.
34. É consenso que crianças com a condição de diabetes tipo 1 devem usufruir dos benefícios das atividades físicas seguras. Considerando que essas crianças iniciam as atividades/os esportes com glicemia satisfatória, qual seria o receio mais comum – e a respectiva opção preventiva?
- a) Hipoglicemia, adicionar carboidrato na bebida de reidratação a ser ingerida somente após 60 minutos de exercício e manter a ingestão em intervalos frequentes.
- b) Hipoglicemia, adicionar carboidrato na bebida de reidratação a ser ingerida, já nos primeiros 20-30 minutos de exercício, e manter em intervalos frequentes.
- c) Hiperglicemia, evitar adicionar carboidrato e ingerir apenas água pura em intervalos frequentes, já nos primeiros 20-30 minutos de exercício.
- d) Hiperglicemia, fazer o exercício no pico de ação da insulina e evitar adicionar carboidrato na bebida de reposição durante o exercício.
- e) Hipoglicemia, suspender a insulina anterior ao exercício e ingerir bebida contendo carboidrato antes e durante o exercício.
35. Raissa (14 anos), atleta de skate, treina períodos prolongados no calor, que se intensifica, pelo uso dos uniformes necessários para proteção. Ela refere apresentar sudorese intensa e solicita recomendações de hidratação para treinos e competições. Para esclarecer o risco individual de desidratação de Raissa e especificar o volume necessário para ingestão conforme a sudorese, você acompanha um treino usual na rampa por 30 minutos e obtém (com o rigor técnico) os seguintes dados:
- Peso pré-treino: 37,500 kg
- Peso pós-treino: 36,800 kg
- Volume ingerido de água: 300 ml
-

O grau de desidratação de Raissa neste treino foi _____ e, extrapolando estas condições (calor e treino), o volume de suor em 1 hora seria _____:

- a) 0,7 % e 700 ml
- b) 1,4 % e 1.400 ml
- c) 1,9 % e 2.000 ml
- d) 0,7 % e 2.000 ml
- e) 1,9 % e 1.000 ml

36. Com relação aos macronutrientes e sua utilização como fonte energética, pode-se dizer que:

- a) Já foi comprovada uma definição exata de quanto de proteína seria necessária para uma melhora significativa na *performance* e isto dependeria de diversos fatores, tais como idade, sexo, características do exercício.
- b) Os lipídeos, quando se praticam atividades de curta duração e alta intensidade, tornam-se o substrato predominante devido ao fato de as reservas de carboidratos serem limitadas.
- c) As fontes de carboidratos para o metabolismo energético são os estoques de glicogênio (no músculo e no fígado) e os carboidratos que entram na corrente sanguínea por meio da ingestão.
- d) Durante o exercício, tem-se uma supressão da síntese proteica, principalmente nos exercícios que levam à exaustão, o que justifica sua ingestão durante o exercício para reduzir o catabolismo.
- e) Todas as alternativas estão incorretas.

37. Com relação à hidratação, é correto afirmar:

- a) As bebidas energéticas, por possuírem, em sua composição, estimulantes – como cafeína e taurina – e visarem aumentar o rendimento, devem ter o consumo estimulado para jovens esportistas em períodos competitivos.
- b) O uso de bebidas esportivas está recomendado em atividades de maior intensidade, acima de 60 minutos, ou mesmo em ambiente quente e úmido, ajudando a repor energia e perdas de fluidos e eletrólitos.
- c) Implementar medidas preventivas, para evitar a desidratação e o estresse pelo calor em crianças e jovens, inclui orientar a ingestão de líquidos somente durante e após os exercícios físicos.
- d) A preocupação com a hidratação não é item a ser considerado, pois os adolescentes, por serem atletas, já estão habituados a reconhecer sinais e evidências de desidratação e, por isto mesmo, hidratam-se corretamente.
- e) Todas estão corretas.

-
38. Os micronutrientes da dieta, ferro e cálcio, devem ter seu valor reforçado durante o ajuste dos atletas jovens. Sobre ambos, pode-se afirmar que:
- a) Na maior parte dos casos, ajustes na alimentação habitual bem realizados são capazes de fornecer as taxas adequadas para manter o crescimento e a maturação normais.
 - b) Entidades médicas recomendam especial atenção com grupos mais predispostos a risco nutricional, como, por exemplo, portadores de distúrbio alimentar e doenças crônicas.
 - c) Excessos em treinamento e jornadas escolares com logística difícil, em jovens atletas, podem atuar como dificultadores de manutenção de dieta mais balanceada, sendo um grupo potencial para deficiências de micro e macronutrientes.
 - d) Devido às alterações fisiológicas do processo de crescimento e desenvolvimento e às necessidades de algumas modalidades esportivas, torna-se recomendável checar os estoques de ferro.
 - e) Todas as alternativas estão corretas. Seguindo as diretrizes da AMA, da ADA e da AAP, recomenda-se que a melhoria das concentrações de ferro seja obtida a partir de alimentos ricos no mineral, tanto nas refeições principais como em lanches.
39. Pode-se afirmar, em relação ao cálcio, exceto:
- a) As necessidades de cálcio são as mesmas na adolescência em relação às etapas anteriores do desenvolvimento.
 - b) O estímulo e o controle das concentrações deste mineral, além de incentivar atividade física na adolescência, ajudam a prevenir a osteoporose na vida adulta.
 - c) Deve-se ter atenção especial nas ginastas com ingestão calórica baixa para controle de peso, com baixa produção de estrogênios, podendo ter prejuízos em relação à saúde óssea.
 - d) Concentrações adequadas de vitamina D são necessárias à saúde óssea, estando envolvida na absorção e na regulação do cálcio, com recomendações atuais sugerindo 600 UI/dia para pessoas de 4 a 18 anos.
 - e) Todas acima estão corretas.
40. Dos itens abaixo, qual deve ser considerado fundamental para a prática de esportes?
- a) Creatina.
 - b) Proteína do soro de leite.
 - c) Água.
 - d) Aminoácidos de Cadeia Ramificada (BCAA).
 - e) Gel de carboidrato.
-

41. Todas as afirmativas são verdadeiras, exceto:
- a) As vacinas que contêm vírus vivos (pólio oral e rotavírus) são contraindicadas em ambiente hospitalar.
 - b) Os RNPT apresentam risco aumentado de evolução mais grave quando são acometidos pelo vírus sincicial respiratório.
 - c) A vacina contra influenza é aplicada por via intramuscular, dose única, no primeiro mês de vida.
 - d) As vacinas são imunogênicas, seguras, bem toleradas e com eficácia satisfatória em bebês prematuros.
 - e) As vacinas acelulares contra a coqueluche, sempre que possível, são mais indicadas em função de sua menor reatogenicidade.
42. Segundo as recomendações do calendário do bebê prematuro da SBP, qual das seguintes alternativas é incorreta?
- a) Com exceção da vacina BCG, o calendário proposto para RNPT deve ser seguido de acordo com a idade cronológica da criança.
 - b) As vacinas acelulares contra a coqueluche, sempre que possível, são mais indicadas em função de sua menor reatogenicidade.
 - c) Na falta das vacinas acelulares, a proteção não deve ser adiada, em decorrência da maior gravidade da coqueluche nessas crianças.
 - d) A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a realização da vacina pneumocócica conjugada para todos os prematuros, mesmo aqueles sem comorbidades, a partir de 2 meses de idade, no esquema habitual de 3 doses, com intervalo de 2 meses entre elas e um posterior reforço aos 12 a 15 meses de idade.
 - e) Não deve ser indicado o uso de vacinas de vírus vivos em pré-termos, mesmo quando eles não se encontram hospitalizados.
43. Sobre a vacina quadrivalente contra HPV (HPV4), assinale a alternativa correta:
- a) Causa efeitos adversos graves, por isso o seu uso deve ser postergado para depois dos 15 anos.
 - b) Induz produção mais alta de anticorpos quando aplicada precocemente, aos 9 anos de idade, em relação aos 15 anos ou mais.
 - c) Se a adolescente de 14 anos iniciou o esquema da vacinação contra HPV e engravidou, deverá tomar a segunda dose ainda na gestação, para passar anticorpos para o seu bebê.
 - d) Essa vacina está indicada pelo PNI para meninas entre 9 e 14 anos e meninos entre 11 e 14 anos.
 - e) Essa vacina protege contra os tipos 6, 11, 16 e 45 do HPV.

-
44. Sobre a vacinação na adolescência, assinale a frase correta:
- a) É uma nova etapa de vacinação, na qual se desconsidera o histórico vacinal da infância.
 - b) A vacinação da infância deve ser reavaliada na adolescência, para correção de atrasos o mais cedo possível.
 - c) Vacinas atenuadas são contraindicadas na adolescência.
 - d) O esquema de vacina contra hepatite B, quando incompleto na infância, implica em desconsiderar as doses anteriores e recomençar a vacinação na adolescência.
 - e) Está indicada rotineiramente uma terceira dose de vacina tríplice viral (SCR) aos 14 anos de idade.
45. É importante o conhecimento de regras básicas nas orientações sobre vacinação pelo pediatra. Assinale a alternativa correta:
- a) Vacinas não são seguras e causam efeitos adversos graves.
 - b) Na ausência de registro ou exame comprobatório de imunidade, considerar a criança suscetível e proceder à vacinação.
 - c) Revacinar uma pessoa já vacinada ou já imune implica em risco.
 - d) Intervalos da rotina entre doses da mesma vacina não podem ser alterados, mesmo em crianças com vacinas em atraso.
 - e) Em caso de atraso, deve-se recomençar o esquema de vacinação.
46. Em caso de atraso vacinal, é correto afirmar:
- a) Qualquer vacina do primeiro ano de vida pode ser aplicada, independentemente da idade da criança.
 - b) Vacina aplicada deve ser desconsiderada e o esquema completo deve ser repetido.
 - c) Vacinas inativadas podem ser aplicadas com qualquer intervalo entre outras vacinas inativadas e/ou atenuadas.
 - d) Intervalo mínimo entre doses da mesma vacina sempre tem que ser o recomendado de rotina no calendário.
 - e) Fazer teste oferecendo ovo na dieta da criança para definir se pode ou não receber as vacinas de gripe e sarampo.
47. Segundo as recomendações do calendário da criança da SBP, qual das seguintes alternativas é incorreta?
- a) Se não aparecer marca/cicatriz da vacina BCG em 6 meses após a aplicação, a vacina deve ser repetida.

- b) A vacina pneumocócica 13 valente é recomendada em esquema diferente da 10 valente no PNI, aos 2, 4, 6 meses, e um reforço após 1 ano de idade.
 - c) A vacina influenza quadrivalente é preferencial em crianças, por aumentar o espectro de proteção – por conter um tipo B a mais que a trivalente.
 - d) A vacina febre amarela é recomendada em duas doses para crianças menores de 5 anos.
 - e) A vacina meningocócica ACWY é considerada como preferencial em substituição a vacina meningocócica C, por ampliar o espectro de proteção.
48. Sobre as atuais recomendações e as vacinas disponíveis no Brasil para a vacinação pediátrica contra a covid-19, analise as assertivas abaixo:
- I. Não há estudos publicados da eficácia com a vacina CoronaVac® em crianças durante a circulação da variante Ômicron.
 - II. Em relação à vacina CoronaVac®, a formulação para crianças entre 5 e 11 anos de idade corresponde a 1/3 da dose da vacina para adolescentes e adultos;
 - III. Não há contraindicação para a vacinação de crianças com a CoronaVac® que apresentem histórico de alergias graves ao ovo.
- Pode-se afirmar que:
- a) Todas as assertivas estão corretas.
 - b) Todas as assertivas estão incorretas.
 - c) Apenas a assertiva II está incorreta.
 - d) Apenas a assertiva I está incorreta.
 - e) Apenas a assertiva III está correta.
49. Marque a alternativa correta sobre o uso das vacinas contra a covid-19 na pediatria:
- a) A vacina CoronaVac® pode ser administrada em crianças de 3 a 4 anos de idade. O esquema primário é composto por duas doses (1ª DOSE + 2ª DOSE) e o intervalo mínimo recomendado é de 4 semanas entre a primeira e segunda doses. O esquema primário deve ser completado preferencialmente utilizando o mesmo imunizante.
 - b) Para crianças de 5 a 11 anos de idade, o esquema primário recomendado é composto por duas doses da vacina COVID-19 (1ª. DOSE + 2ª DOSE). Para as crianças que iniciaram o esquema com a vacina COVID-19 Pfizer® (frasco de tampa laranja) o intervalo é de 12 semanas.
 - c) Os benefícios de vacinar crianças com as vacinas contra o SARS-CoV-2 ainda estão em análise e, apesar da sua importância, não se pode afirmar que as vacinas contra covid-19 são tão importantes para a saúde das crianças quanto as outras vacinas de rotina.

- d) Uma apresentação da vacina Pfizer® contendo um terço da dose padrão – portanto, 10 mcg – é destinada a crianças de 5 a 11 anos. A aprovação desta apresentação foi suportada pela extrapolação da análise de dados do mundo real em adultos, pois, nesta faixa etária, durante a circulação da variante Ômicron, não existem estudos publicados.
- e) O receio dos pais sobre segurança das vacinas contra a covid-19 não parece ser um fator de influência na decisão de vacinar as crianças; entretanto, os governos precisam/devem ter uma comunicação efetiva para a redução dos outros aspectos que envolvem a hesitação vacinal.
50. Correlacione os 5 “C” da hesitação vacinal com seu entendimento.
- I. Complacência.
 - II. Conveniência.
 - III. Confiança.
 - IV. Comunica.
 - V. Contexto.
- A. Disponibilidade e acessibilidade das vacinas e dos serviços de saúde.
- B. Credibilidade nos profissionais de saúde, bem como nos serviços que oferecem a vacinação.
- C. Baixa percepção dos riscos das doenças imunopreveníveis e da importância das vacinas.
- D. Características sociodemográficas, disposição para proteger os outros e capacidade de compreensão de indivíduo/comunidade.
- E. Fontes de informações obtidas em diferentes meios, sendo hoje as plataformas digitais o principal meio de rápido compartilhamento de informações.
- a) I. D, II. C, III. A, IV. B, V. E
 - b) I. C, II. A, III. B, IV. E, V. D
 - c) I. E, II. A, III. B, IV. D, V. C
 - d) I. D, II. A, III. B, IV. E, V. C
 - e) I. D, II. C, III. B, IV. E, V. A
51. Em relação à pesquisa qualitativa realizada junto às famílias e aos pediatras por Perkins et al, assinale a alternativa que contém o principal motivo apontado pelos autores que levaram adolescentes a não terminarem a série de doses da vacina HPV:
- a) A maioria das adolescentes teve eventos adversos graves após a primeira dose e não quiseram mais se vacinar.

- b) Na maioria das vezes em que o esquema não foi completado, os pediatras esperavam que os pais voltassem para consultas, enquanto os pais esperavam ser lembrados.
 - c) Após a primeira dose, as famílias foram impactadas por informações sobre o risco de a vacina HPV causar doenças neurológicas e desistiram da segunda dose.
 - d) As adolescentes se negaram a sair de casa para se vacinar.
 - e) A vacina foi retirada de mercado e as adolescentes não puderam receber a segunda dose.
52. Diante de um evento supostamente atribuível à vacinação ou à imunização, o pediatra não deve:
- a) Alarmar a família e colocar o caso em grupos de *WhatsApp* de médicos sem antes investigar.
 - b) Notificar as autoridades e investigar possíveis outras causas.
 - c) Quando necessário, buscar a opinião colegas, inclusive de outras especialidades.
 - d) Acalmar a família e orientar sobre a importância de investigar para descartar, ou não, outras causas para o quadro apresentado.
 - e) Dizer à família, mesmo desconhecendo a relação do quadro com a vacina, que vai procurar investigar e se informar.
53. Durante a conversa com famílias que se mostram hesitantes em vacinar seus filhos, o pediatra não deve:
- a) Usar uma linguagem fácil e direta, não complicando demais o processo de entendimento para a tomada de decisão.
 - b) Manter-se focado na vacina como proteção de doenças potencialmente graves.
 - c) Ser firme na sua recomendação e mostrar que se preocupa com a saúde da criança/do adolescente e que seu objetivo principal é o de prevenir que adoença.
 - d) Evitar contar histórias de outros pacientes que, não vacinados, tiveram desfechos graves da doença.
 - e) Criticar a família que diz não querer vacinar seus filhos.
54. Lucas tem 15 anos e terminou um tratamento com quimioterapia há 8 meses, devido à leucemia. Está em remissão e foi liberado para vacinação no Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE. Estava com o calendário nacional de vacinação atualizado antes do tratamento. Durante o tratamento, recebeu uma dose de vacina influenza. Não teve varicela e não foi vacinado. Assinale a alternativa correta sobre a vacinação do adolescente:
- a) A vacina influenza é considerada válida (e não precisará ser repetida) e a de varicela é indicada 12 meses após o tratamento.

-
- b) A vacina influenza é considerada válida e não precisará ser repetida, mas a vacina varicela é contraindicada.
- c) A vacina influenza deverá ser repetida, porém a vacina varicela deverá ser indicada com intervalo de 30 dias da vacina influenza.
- d) A vacina influenza é considerada válida e não precisará ser repetida, porém a vacina varicela deverá ser indicada imediatamente.
- e) A vacina influenza deverá ser repetida e a vacina varicela indicada no mesmo dia.
55. Jonas tem 15 anos e foi submetido a um transplante de células-tronco hematopoiéticas. Agora, ele está com seis meses pós-transplante e foi liberado para vacinação no Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE. Assinale a alternativa correta:
- a) As vacinas virais atenuadas, como varicela e febre amarela, só poderão ser administradas 12 meses após o transplante.
- b) A vacina pneumocócica conjugada 10 valente está indicada.
- c) A vacina tríplice viral está indicada, na dependência da situação epidemiológica local.
- d) Todo o esquema vacinal precisa ser refeito, independentemente do passado vacinal.
- e) Todas as vacinas virais atenuadas são contraindicadas para os conviventes desses pacientes.
56. Qual a recomendação atual em relação às vacinas contra a covid-19 para um adolescente de 13 anos de idade imunodeprimido que recebeu 3 doses de vacina Pfizer®, sendo a última dose administrada há 6 meses?
- a) Aplicar uma dose de reforço com a vacina Pfizer® bivalente.
- b) Aplicar uma dose de reforço com a vacina Pfizer® monovalente.
- c) Considerar esquema encerrado e não administrar mais vacina contra a covid-19.
- d) Aplicar uma dose de reforço com a vacina CoronaVac®.
- e) Aplicar uma dose de reforço com a vacina Pfizer® monovalente.
57. Quantas doses de vacina pneumocócica conjugada (10-valente ou 13-valente) são recomendadas no calendário vacinal da criança vivendo com HIV/Aids, no primeiro ano de vida?
- a) Duas doses – aos 2 e 4 meses.
- b) Três doses – aos 2, 4 e 6 meses.
- c) Duas doses – aos 3 e 5 meses.
- d) Três doses – aos 6, 8 e 10 meses.
- e) Duas doses – aos 6 e 8 meses.

58. De acordo com o manual do Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE, qual a conduta profilática recomendada para um adolescente com câncer que, em vigência de quimioterapia, entrou em contato com paciente com varicela? O adolescente tem seu calendário vacinal completo, inclusive 2 doses da vacina para varicela realizadas com 12 e 15 meses de vida.
- Imunoglobulina específica para varicela até 96 horas do contato.
 - Imunoglobulina específica para varicela até 48 horas do contato.
 - Não há indicação de conduta profilática devido a vacinação prévia.
 - Vacina para varicela até o 5º dia após o contato.
 - Vacina para varicela até o 3º dia após o contato.
59. Qual a orientação sobre o intervalo mínimo para aplicação de vacinas vivas e inativadas em crianças que vão iniciar tratamento imunossupressor?
- 30 dias para vacinas inativadas e 15 dias para vacinas vivas.
 - 30 dias para vacinas vivas e 15 dias para vacinas inativadas.
 - 15 dias para ambas as vacinas.
 - Não há necessidade de intervalo entre vacinas e início de tratamento imunossupressor.
 - O intervalo vai depender do tipo de tratamento imunossupressor.
60. Qual das seguintes afirmações é correta sobre vacinação contra a covid-19 em crianças e adolescentes imunocomprometidos?
- Não são indicadas doses de reforço.
 - Apresentam maior risco de reações adversas à vacina.
 - Adolescentes com mais de 18 anos podem ser vacinados com vacinas contra a covid-19 de qualquer plataforma de desenvolvimento.
 - Necessitam intervalo de 30 dias com as demais vacinas do calendário de vacinação.
 - As vacinas contra a covid-19 não devem ser indicadas para pacientes imunocomprometidos.
61. Com relação à toxoplasmose congênita, assinale a alternativa incorreta:
- A placentite é uma alteração inicial para invasão do concepto.
 - A invasão de taquizoítos aos trofoblastos é maior no terceiro trimestre.
 - O fluxo placentário aumenta com a evolução gestacional, levando a maior risco de infecção quanto mais avançada a gestação.
 - Quando a infecção materna ocorre no primeiro trimestre, há maior risco de acometimento fetal do que comparado ao término gestacional.
 - A lesão histológica característica da toxoplasmose no feto é a necrose tecidual.

-
62. Quanto à apresentação clínica da toxoplasmose congênita, a alternativa mais assertiva é:
- a) No nascimento de forma assintomática ou oligossintomática, podendo uma minoria ter o quadro grave disseminado. Entre as alterações clínicas clássicas, a hidrocefalia, as calcificações intracranianas e a coriorretinite são as mais características.
 - b) Ao nascimento, de forma sintomática, é a mais prevalente com perda auditiva e visual. Entre as alterações clínicas clássicas, deve-se ressaltar a hidrocefalia e as calcificações intracranianas periventriculares.
 - c) O quadro clínico clássico é a restrição de crescimento intrauterino, a perda visual e o atraso de desenvolvimento. Podendo a hidrocefalia acometer alguns pacientes, porém é incomum.
 - d) A perda fetal é o principal sintoma de infecção por toxoplasmose congênita. Ao nascimento, a microftalmia, a microcefalia e a perda auditiva são alterações bastante prevalentes.
 - e) O quadro sistêmico disseminado pode acometer até 50% dos recém-nascidos e somente 10% são assintomáticos ao nascimento.
63. Na apresentação disseminada da toxoplasmose congênita, tem-se como principais alterações clínicas e laboratoriais mais prevalentes:
- a) Meningoencefalite, hidrocefalia, hipotermia, linfonodomegalia e miocardite.
 - b) Hidropisia fetal, hidrocefalia, perda auditiva e vômitos.
 - c) Hidropisia fetal, miocardite, hepatoesplenomegalia, crise convulsiva, vômitos, coriorretinite.
 - d) Hepatoesplenomegalia, meningoencefalite, icterícia, anemia, febre ou hipotermia, linfonodomegalia e coriorretinite.
 - e) Microcefalia, hidronefrose, hepatoesplenomegalia e perda auditiva.
64. Gestante apresentou teste sorológico para toxoplasmose, realizado no primeiro trimestre da gestação, com resultado de IgM e IgG positivos. O teste de avidéz foi de alta avidéz de IgG. O risco da infecção congênita nesta criança apresenta-se:
- a) Alto, devido à infecção materna aguda.
 - b) Baixo, devido à infecção materna aguda.
 - c) Baixo, devido à infecção materna subaguda.
 - d) Alto, devido à infecção materna subaguda.
 - e) Sem risco de toxoplasmose.
-

65. Recém-nascido de 14 dias de vida, assintomático, chega ao ambulatório para investigação de toxoplasmose congênita. Havia história gestacional materna de positividade para IgM e IgG, com estudo de avidéz baixa, realizado no primeiro trimestre da gestação. O diagnóstico confirmatório na gestação e na criança é realizado, respectivamente, através de:
- Amniocentese após 18^a. semana e detecção de IgM positiva.
 - Testes de avidéz e USTF com calcificações periventriculares.
 - Amnioscopia e teste sorológico positivo para IgM.
 - Ressonância magnética fetal e detecção de PCR para toxoplasmose na urina.
 - Repetir teste sorológico positivo para IgM.
66. Beatriz, lactente de 45 dias de vida, em tratamento de toxoplasmose congênita há 30 dias, apresenta, em hemograma coletado para controle do tratamento, contagem global de neutrófilos de 900 células/microL. Hemograma anterior, coletado no início do tratamento, estava normal. A paciente está assintomática. Qual a melhor conduta imediata para o caso?
- Iniciar investigação laboratorial, para exclusão de doenças que possam cursar com neutropenia.
 - Associar antibioticoterapia profilática para paciente neutropênico.
 - Suspender a sulfadiazina por duas semanas, mantendo as demais medicações do esquema de tratamento.
 - Aumentar a dosagem de ácido fólico e repetir o hemograma em uma semana.
 - Não se preocupar, pode ser uma infecção viral.
67. Sobre o diagnóstico diferencial com outras infecções T.O.R.C.H.S (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes simples), qual dos sinais clínicos abaixo sugeriria maior probabilidade de infecção congênita pelo citomegalovírus – CMV?
- Sopro cardíaco.
 - Icterícia prolongada.
 - Lesões bolhosas palmo-plantares.
 - Deformidades articulares.
 - Exantema vesicopapular.
68. Sobre os achados laboratoriais inespecíficos observados em recém-nascidos com infecção congênita sintomática pelo citomegalovírus – CMV, é correto afirmar que:
- A icterícia ocorre por aumento da bilirrubina indireta.
 - As transaminases não costumam estar alteradas.

-
- c) A plaquetopenia tende a normalizar ao final do período neonatal.
- d) A função renal está tipicamente alterada.
- e) A acidose metabólica é um achado sugestivo.
69. Sobre o diagnóstico laboratorial específico da infecção congênita pelo citomegalovírus – CMV, assinale a alternativa correta:
- a) As técnicas de PCR são específicas, mas pouco sensíveis para o diagnóstico.
- b) A dosagem de IgG anti-CMV é útil, quando colhida na primeira semana de vida.
- c) O tempo ideal de coleta das amostras para o diagnóstico é após a terceira semana de vida.
- d) As melhores amostras para detecção do DNA viral são urina e saliva.
- e) A pesquisa de anticorpos heterofilos é importante para o diagnóstico.
70. Assinale a alternativa que melhor descreve o principal objetivo do tratamento antiviral na infecção congênita pelo citomegalovírus – CMV sintomática:
- a) Restaurar a hematopoiese e melhorar os níveis de neutrófilos.
- b) Erradicar o vírus, impedindo sua disseminação sistêmica.
- c) Reduzir o dano ao hepatócito e melhorar a função hepática.
- d) Estacionar a progressão da coriorretinite.
- e) Estabilizar ou minimizar as perdas auditivas no longo prazo.
71. São parte dos exames preconizados na avaliação de pacientes sintomáticos com infecção congênita por citomegalovírus, EXCETO:
- a) Ecocardiografia.
- b) Potencial evocado da audição.
- c) Exame de fundo de olho.
- d) Tomografia computadorizada de crânio.
- e) Estudo do líquido.
72. Sobre a sazonalidade e a prevalência da infecção pelo CMV, assinale a alternativa correta:
- a) A infecção pelo CMV é mais comum nos meses de inverno no hemisfério norte.
- b) O vírus pode infectar humanos e demais primatas.
- c) Pouco se sabe sobre a prevalência da infecção pelo CMV no mundo.
- d) A infecção pelo CMV é endêmica e não possui variação sazonal.
- e) A infecção pelo CMV ocorre apenas em crianças.
-

73. Sobre a infecção do feto pelo citomegalovírus – CMV, assinale a alternativa correta:
- a) Durante a viremia materna, o risco de infecção fetal varia de 30 a 50%, independentemente se a infecção for primária ou for uma reativação da infecção latente.
 - b) O CMV causa doença somente no sistema nervoso central.
 - c) O bebê pode apresentar perda auditiva, coriorretinite e esplenomegalia.
 - d) A perda auditiva já é detectada ao nascimento, sem progressão da doença e sempre bilateral.
 - e) A hepatite pelo CMV é rara.
74. Embora a prevalência da COVID-19 em crianças e adolescentes seja notadamente menor do que em adultos e idosos, a população pediátrica corresponde a, aproximadamente, 8,5% dos casos mundiais. Quanto à faixa etária pediátrica mais acometida, pode-se afirmar:
- a) A faixa etária pediátrica mais acometida não sofre variação entre os países, sendo o número de casos de COVID-19 mais frequentes entre os menores de 2 anos de idade.
 - b) Os menores de 4 anos representam o maior percentual de casos leves de COVID-19, globalmente.
 - c) No Brasil, até 2022, os menores de 4 anos de idade representaram a faixa etária mais acometida, inclusive pelas formas graves da doença.
 - d) Os principais aglomerados de risco para mortalidade de crianças e adolescentes foram identificados em municípios das regiões Sudeste e Centro-Oeste.
 - e) A prevalência da COVID-19 em crianças e adolescentes apresenta-se notadamente inferior a adultos e idosos devido ao fato de que as crianças são testadas com menos frequência e, portanto, são menos diagnosticadas com a doença.
75. Quando as células de um hospedeiro são expostas à infecção, ocorrem a ativação intracelular dos receptores e o reconhecimento destas moléculas pelo organismo. A etiopatogenia da COVID-19 contempla, principalmente:
- a) O SARS-CoV-2 possui quatro proteínas estruturais em sua superfície, sendo a proteína *spike* (S) crucial para a entrada na célula, com afinidade 10 a 20 vezes maior pela molécula de Enzima Conversora de Angiotensina 2, quando comparada a outras proteínas S de outros coronavírus.
 - b) Em pacientes com infecção grave pelo SARS-CoV-2, ocorre diminuição das concentrações plasmáticas de IL-1, IL-6, Fator de Necrose Tumoral (TNF)-alpha e outras citocinas.
 - c) O número de linfócitos T CD4+, T CD8+ e células NK apresenta-se bastante elevado em pacientes com quadro grave de COVID-19.

-
- d) Em relação à resposta humoral, a produção de anticorpos específicos para o SARS-CoV-2 geralmente começa a ser detectada cerca de 30 dias após a infecção.
- e) A proteína do envelope (E), a proteína da membrana (M), a proteína *spike* (S) e a proteína do nucleocapsídeo (N) são importantes para regular a estrutura e a função do SARS-CoV-2, porém não desempenham papel de destaque na patogênese e no desenvolvimento das complicações da doença.
76. Desde o início da pandemia, na China, pesquisas demonstraram que a população pediátrica apresentava manifestações clínicas semelhantes às dos adultos, porém com menor intensidade e menor risco de óbito. Dentre os fatores que determinam esta diferença, pode-se destacar:
- a) A vacinação prévia contra influenza, especialmente em lactentes menores de 2 anos.
- b) A proteção cruzada aos vírus do resfriado comum – como VSR e rinovírus.
- c) O melhor estado geral de saúde entre as crianças em comparação aos idosos.
- d) A imunidade de rebanho oriunda das vacinas administradas no primeiro ano de vida da criança, especialmente no Brasil.
- e) As diferenças no sistema imunológico e na expressão do receptor Enzima Conversora de Angiotensina 2.
77. Quadros graves da doença na faixa etária pediátrica têm sido relacionados a fatores de risco, como idade menor de 1 ano e presença de comorbidades. À luz do conhecimento vigente, no que tange aos sintomas da doença grave em crianças e adolescentes, pode-se afirmar:
- a) O SARS-CoV-2 infecta principalmente pneumócitos, enterócitos, cardiomiócitos, células renais e do endotélio cardiovascular, além de outras células que expressam os receptores ECA2, os quais são muito reduzidos em crianças, sendo tal fato um dos principais relacionados à menor frequência de casos graves.
- b) As manifestações clínicas de gravidade da COVID-19, na faixa etária pediátrica, envolvem especialmente o sistema respiratório e raramente afetam outros sistemas.
- c) Manifestações oculares – como episclerite, conjuntivite, neurite óptica, paralisia do nervo craniano, oclusão da veia retiniana, vasculite retiniana e alterações retinianas – são as principais manifestações de gravidade da COVID-19 pediátrica.
- d) Em crianças, as manifestações clínicas graves são mais relacionadas aos sintomas respiratórios (tosse e febre em 50%), seguidos pelos sintomas neurológicos de cefaleia, convulsões, encefalopatia e fraqueza muscular.
-

- e) Sintomas de miocardite mostraram-se mais evidentes em crianças previamente vacinadas contra COVID-19, utilizando plataformas de RNA mensageiro, do que na vigência da doença.
- 78 A Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica relacionada à COVID-19 (SIMP) é uma síndrome rara, potencialmente grave, sendo esta condição de notificação compulsória. Sobre a SIMP, podemos afirmar:
- a) O critério de classificação da SIMP no Brasil segue os mesmos preconizados pelo CDC e abrangem febre elevada ($>38^{\circ}\text{C}$), pelo período de 24h, como principal marcador da condição.
 - b) A SIMP representa complicação de fase aguda da COVID-19 na faixa etária pediátrica, devendo ser suspeitada na primeira semana da doença.
 - c) Para definição de SIMP, é necessário o preenchimento das seguintes condições: febre alta, marcadores inflamatórios persistentemente elevados, sintomas gastrointestinais, conjuntivite bilateral, inflamação mucocutânea, alterações cardiovasculares e choque com disfunções orgânicas múltiplas.
 - d) O Ministério da Saúde define SIMP a partir da ocorrência de febre alta com duração mínima de 3 dias, além da presença de marcadores inflamatórios elevados, evidência de COVID-19 ou história de contato prévio com a doença, hipotensão arterial ou choque, disfunção miocárdica, conjuntivite ou erupção cutânea na ausência de outras causas de origem infecciosa que justifiquem o quadro.
 - e) A condição de SIMP apresenta-se predominante em países do continente europeu.
79. A COVID-19 pediátrica é classificada, de acordo com a intensidade da doença, em leve, moderada e grave. Quanto à intensidade da doença, pode-se afirmar:
- a) A maioria dos casos em crianças manifesta-se sob intensidade moderada, raramente evoluindo com gravidade no curso da doença.
 - b) Considera-se COVID-19 de intensidade moderada quando as crianças ou os adolescentes apresentem sinais clínicos de pneumonia (febre, tosse, dispneia, respiração rápida) e $\text{SpO}_2 \geq 90\%$ em ar ambiente, mas sem sinais de pneumonia grave.
 - c) Pacientes com COVID-19 moderada devem ser hospitalizados, para monitoramento da progressão da doença, devendo estar disponíveis mecanismos para acompanhamento próximo – em caso de necessidade de escalonamento de cuidados médicos.
 - d) Crianças com sinais de gravidade e instabilidade hemodinâmica (dificuldade respiratória grave, cianose central, choque, coma ou convulsões) devem receber tratamento para melhor ventilação das vias aéreas e oxigenoterapia para atingir $\text{SpO}_2 \geq 97\%$.

-
- e) Crianças e adolescentes com morbidades associadas devem ser hospitalizados para monitoramento, ainda que apresentem COVID-19 de intensidade leve.
80. O tratamento preconizado em casos de Síndrome Inflamatória Multissistêmicas (SIMP), além de ambiente hospitalar, inclui:
- a) Uso de antiviral Remdesivir, cujo mecanismo de ação atua inibindo a replicação do SARS-CoV-2 no organismo, reduzindo, portanto, o processo de infeccioso.
 - b) A associação dos antivirais Nirmatrelvir e Ritonavir – para uso via oral, durante 5 dias, em menores de 12 anos – é fortemente recomendada em pacientes suscetíveis ao desenvolvimento de doença grave.
 - c) Além do suporte intensivo, o uso de imunoglobulina humana endovenosa (IGIV) na dose de 1 a 2 mg/kg, associado a corticosteroide endovenoso (metilprednisolona 2mg/kg/dia), com redução gradual em 2 a 6 semanas, consiste no manejo farmacológico principal da SIMP em pacientes com COVID-19 grave.
 - d) O uso de medicamentos antiplaquetários, como ácido acetilsalicílico (AAS), na dose de 2mg/kg/dia por 8 dias, pode ser considerado em casos mais graves.
 - e) O uso de imunomoduladores, como o Tocilizumabe, no tratamento da SIMP, tem melhorado acentuadamente os índices de sobrevida de pacientes portadores de SIMP.

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

Secretaria do PRONAP

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

CEP 01420-002 – São Paulo – SP

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

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

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

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

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



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Filiada à Associação Médica Brasileira

Rua Santa Clara, 292 - CEP 22041-010 - Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 2548-1999

