

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

PROCESSO SELETIVO PARA PÓS-GRADUAÇÃO
***Lato Sensu* – RESIDÊNCIA MÉDICA**



DIA - 27/01/2017

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

NEONATOLOGIA



PROCESSO SELETIVO PARA PÓS-GRADUAÇÃO *Lato Sensu* – RESIDÊNCIA MÉDICA

27 de janeiro de 2017

NEONATOLOGIA

GABARITO DO CANDIDATO

01 -	11 -	21 -	31 -
02 -	12 -	22 -	32 -
03 -	13 -	23 -	33 -
04 -	14 -	24 -	34 -
05 -	15 -	25 -	35 -
06 -	16 -	26 -	36 -
07 -	17 -	27 -	37 -
08 -	18 -	28 -	38 -
09 -	19 -	29 -	39 -
10 -	20 -	30 -	40 -

NEONATOLOGIA

01 Menina, 7 anos de idade, iniciou há cinco dias com febre, cefaleia, coriza, tosse inicialmente seca e após produtiva com expectoração amarelada que se acentuou nos últimos dois dias. Nega antecedentes patológicos. Ao exame físico, apresentava-se com BEG. Rash cutâneo eritematomaculopapular de leve intensidade em tronco. Estertores finos em 1/3 inferiores em ambos os hemitórax, com raros sibilos expiratórios bilaterais. No exame de raios X de tórax realizado há dois dias evidenciava-se infiltrado intersticial em ambos os pulmões, predominando em regiões hilares e em ambas as bases. Foi medicada com amoxicilina VO há três dias sem melhora clínica e o exame de raios X de controle apresentou piora das imagens anteriores. Assinale a alternativa que apresenta o provável diagnóstico.

- a) Pneumonia por pneumococo.
- b) Pneumonia por micoplasma pneumoniae.
- c) Pneumonia por estafilococo.
- d) Pneumonia por hemófilos influenzae.
- e) Tuberculose pulmonar.

02 Paciente do sexo feminino, 1 ano e 6 meses de idade, acompanhada regularmente em ambulatório de puericultura, procura a emergência com queixa de febre há 72 horas e recusa alimentar. Ao examiná-la, observa-se otoscopia e oroscopia normais, temperatura axilar de 39,5 °C, taquicardia (FC 130 bpm), pressão arterial de 90/50 mmHg e ausculta cardiopulmonar normal. Rigidez de nuca ausente. Restante do exame sem alterações. Assinale a alternativa que apresenta a conduta adequada.

- a) Antitérmico, hemograma, parcial de urina e urocultura.
- b) Antitérmico e, se a paciente estiver em bom estado geral, liberar para casa com orientações de alerta.
- c) Antitérmico e punção lombar.
- d) Antitérmico e amoxicilina.
- e) Antitérmico e anti-inflamatório, solicitando à mãe para retornar em 24 horas para reavaliação.

03 No tratamento da Otite média aguda, em paciente de 5 anos, hígido, sem alergia a medicamentos e sem uso de antimicrobianos nos últimos 30 dias, qual a terapia mais adequada?

- a) Antibioticoterapia com amoxicilina.
- b) Antibioticoterapia com azitromicina.
- c) Corticosteroides tópicos isoladamente.
- d) Antibioticoterapia com amoxicilina + clavulanato.
- e) Antibioticoterapia com ceftriaxona.

04 Paciente de 9 meses, que nasceu com 35 semanas de idade gestacional e 2.200g, foi trazido ao ambulatório de pediatria. Segundo a mãe, a criança teve três episódios prévios de febre, tosse, coriza e sibilância e precisou ir duas vezes à emergência, quando foram prescritos broncodilatadores, sem internação hospitalar. A mãe era tabagista e negou história de asma ou de atopia. O bebê frequentava uma creche desde os 2 meses. No momento, estava assintomático, e o exame físico não apresentava alterações. Peso e estatura no escore 0. Dentre as opções e considerando-se os principais fenótipos de sibilância, qual a abordagem diagnóstica e a terapêutica adequadas para o paciente?

- a) Lactente sibilante de alto risco para asma. Tratamento com fluticasona inalatória com espaçador.
- b) Sibilância persistente da infância. Iniciar tratamento com montelucaste VO.
- c) Lactente sibilante com refluxo gastroesofágico. Realizar pHmetria e iniciar tratamento antirrefluxo.
- d) Sibilância transitória da infância. Orientar os pais quanto ao bom prognóstico e os problemas associados ao tabagismo intradomiciliar.
- e) Imunodeficiência. Solicitar imunoglobulinas séricas e Anti-HIV.

05 Quanto ao manejo terapêutico e as medidas de prevenção/profilaxia na bronquiolite viral aguda, pode-se considerar que:

- a) a fisioterapia torácica tem importante papel no tratamento da bronquiolite.
- b) a suplementação de oxigênio não é determinante na duração da hospitalização de bebês com bronquiolite.
- c) a utilização de solução salina hipertônica aumenta o edema da via aérea e aumenta a viscosidade da secreção.
- d) os broncodilatadores devem ser continuados se existir resposta clínica positiva.
- e) é critério de alta a saturação de oxigênio maior que 90% em ar ambiente.

06 Sobre o corticosteroide sistêmico no tratamento da crise aguda de asma, assinale a alternativa adequada:

- a) É indicado em qualquer crise de asma, mesmo na asma leve.
- b) A efetividade do corticosteroide parenteral comparada à do oral no tratamento da crise de asma é superior, especialmente nos casos graves.
- c) O uso por 5 dias geralmente é suficiente para a maioria das crianças e não pode ser suspenso abruptamente.
- d) As reações adversas relacionadas com o uso de doses elevadas de corticosteroide têm sido descritas e incluem hipoglicemia, hipertensão e psicose.
- e) O uso domiciliar de corticosteroide sistêmico deve ser considerado apenas nos casos em que o medicamento for utilizado de forma adequada e quando a criança puder ser acompanhada pelo médico em curto intervalo de tempo para monitorar possíveis efeitos colaterais.

07 Com relação às orientações terapêuticas e à conduta no manejo da crise de asma, considera-se que

- a) caso seja necessário utilizar a nebulização, a dose inicial mínima recomendada de salbutamol é de 1,25mg (= 0,25 mL ou 5 gotas) para crianças.
- b) a SatO₂ abaixo de 95% antes de iniciar o tratamento, está associada à alta morbidade e provável necessidade de internação, assim como a presença de agitação, sonolência e confusão pode significar hipóxia cerebral.
- c) para determinar a gravidade da crise de asma, devem ser considerados todos os sintomas ou sinais apresentados.
- d) a radiografia de tórax deve ser sempre solicitada na crise de asma, especialmente em casos de suspeita de complicações e/ou de infecção bacteriana associada.
- e) a avaliação da gravidade da asma deve, sempre que possível, conter a mensuração objetiva da função pulmonar pelo PFE (pico de fluxo expiratório) ou pelo VEF₁ (volume expiratório forçado no primeiro segundo) e da oximetria digital.

08 Em consulta de rotina na Unidade Básica de Saúde (sem acesso à realização de exames no local), lactente de 10 meses, previamente hígido, é trazido por apresentar tosse e febre há 3 dias. Ao exame, apresenta frequência respiratória de 54 ipm, temperatura axilar de 37,5°C e na ausculta respiratória há presença de estertores crepitantes. Com base nos achados clínicos e nas recomendações atuais, o procedimento a ser adotado é

- a) encaminhar o paciente à unidade de atendimento que disponha de exames de radiologia, pois não é possível realizar diagnóstico.
- b) estabelecer o diagnóstico de infecção de vias aéreas superiores sem sinais de gravidade e liberar com uso de antitérmicos.
- c) realizar transferência ao hospital, pois trata-se de pneumonia grave.
- d) estabelecer o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade, iniciar tratamento empírico com penicilina benzatina e orientar reavaliação em até 48 horas ou se houver piora clínica.
- e) estabelecer o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade, iniciar tratamento empírico domiciliar com amoxicilina e orientar reavaliação em até 48 horas ou se houver piora clínica.

09 Adolescente, 13 anos, diarreia há 3 meses. Evacua 5-6 vezes ao dia, sem muco ou sangue. Notou aparecimento de manchas avermelhadas e dolorosas em membros inferiores há 3 semanas. Queixa-se também de dor em joelhos, adinamia, dor abdominal e inapetência. Emagreceu 5 kg neste período. Já realizou tratamentos para verminose (albendazol e mebendazol), sem melhora. Assinale a alternativa adequada.

- a) Trata-se de diarreia persistente, provável causa infecciosa, autolimitada.
- b) Deve-se fazer reposição com enzimas pancreáticas.
- c) Deve-se iniciar tratamento com nitazoxanida.
- d) Deve-se proceder investigação por endoscopia alta e colonoscopia.
- e) Deve-se iniciar dieta de exclusão de lactose e de glúten.

10 Quanto ao diagnóstico diferencial da constipação intestinal, pode-se considerar que

- a) na prática, se não existirem evidências que sugiram outra doença, deve ser estabelecido inicialmente o diagnóstico de constipação crônica funcional; entretanto, se a resposta clínica não for adequada ou existirem dados sugestivos de uma determinada doença, a investigação laboratorial específica está indicada.
- b) uma causa frequente de constipação de difícil controle em crianças maiores e adolescentes é a doença de Hirschsprung, cuja manifestação mais grave é a enterocolite, que, em geral, ocorre no segundo ou terceiro mês de vida, sendo caracterizada por quadro de início súbito de febre, distensão abdominal e diarreia explosiva, às vezes com sangue.
- c) histórico de retardo na eliminação de mecônio (> 24 horas), constipação de início muito precoce (no primeiro mês de vida), distensão abdominal acentuada e estenose anal estão entre os sinais que devem alertar o médico para a avaliação complementar.
- d) na constipação intestinal funcional, o exame físico demonstra distensão e hipertimpanismo abdominal e, ao toque retal, ausência de fezes e um esfíncter anal e retal com contração tônica.
- e) no caso da constipação crônica orgânica, considera-se a existência de um círculo vicioso de dor nas evacuações, provocando comportamento de retenção; assim, as fezes ficam mais endurecidas e volumosas, o que aumenta a dor nas evacuações.

11 Lactente de 5 meses, em aleitamento materno exclusivo, recebeu, há 2 semanas, fórmula láctea, pois sua mãe retornou ao serviço. Duas horas após a introdução da fórmula, seu filho apresentou dor abdominal, vômitos e diarreia. Retornou ao leite materno exclusivo, com melhora. Hoje, tentou introduzir a mesma fórmula, surgindo os mesmos sintomas, porém mais acentuados com desidratação e broncoespasmo. O diagnóstico provável é:

- a) Alergia à lactose.
- b) Intolerância à lactose.
- c) Alergia à proteína do leite de vaca mediada por IgE.
- d) Alergia à proteína do leite de vaca não mediada por IgE.
- e) Gastroenterite eosinofílica.

12 Lactente do sexo masculino com 11 meses de idade foi admitido em hospital com queixa principal de diarreia há seis meses, média de cinco evacuações/dia, sem sangue ou muco, quadro acompanhado por diminuição do ganho de peso, sem vômitos e febre. Recebeu leite materno exclusivo até 4 meses, quando foi iniciada a administração de fórmula infantil polimérica à base da proteína do leite de vaca (PLV). A mãe relatou que tinha diarreia quando consumia muito leite de vaca, que o pai era asmático e o irmão apresentava dermatite atópica. Aos 7 meses, o leite foi trocado por fórmula polimérica de PLV sem lactose. Ao exame físico, Peso – 6.700g; Est – 71 cm; abdome distendido, timpânico, sem visceromegalias; assadura perianal e cabelos fracos e quebradiços. Frente a esses achados, qual a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta diagnóstica e terapêutica a ser utilizada?

- a) Fibrose cística. Realizar Teste do suor (duas amostras). Caso positivo, iniciar com reposição de enzimas pancreáticas.
- b) Doença celíaca. Antigladina deaminada IgA e IgG, antitransglutaminase tecidual IgA e biópsia de intestino delgado. Retirar o glúten da dieta.
- c) Intolerância à lactose. Teste de tolerância à lactose ou teste do hidrogênio expirado. Prescrever fórmula polimérica de proteína do leite de vaca sem lactose.
- d) Enteropatia por alergia à proteína do leite de vaca. O diagnóstico baseia-se na melhora clínica com a dieta de exclusão. Introduzir fórmula extensamente hidrolisada sem lactose.
- e) Doença de Chron. Colonoscopia. Iniciar Azatioprina e imunobiológico.

13 Sobre os exames diagnósticos na doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), pode-se considerar que

- a) a ultrassonografia esofagogástrica é recomendada para avaliação clínica de rotina da DRGE.
- b) a pHmetria esofágica de 24 horas é sempre necessária.
- c) a endoscopia está indicada quando há suspeita de esofagite.
- d) a pHmetria/impedanciometria esofágica deve ser indicada quando a endoscopia está alterada.
- e) não há indicação de Raio x contrastado de estômago, esôfago e duodeno (REED).

14 O refluxo gastroesofágico (RGE) é a condição que mais comumente acomete o esôfago e uma das queixas mais frequentes em consultórios de pediatria e de gastroenterologia pediátrica. Pode-se considerar, sobre a terapia do RGE na infância:

- a) Os inibidores de bomba de prótons são os medicamentos de escolha para o tratamento de lactentes com RGE.
- b) O espessamento da dieta é uma medida anti-RGE eficaz, como demonstrado por estudos de pHmetria e cintilografia gastresofágica.
- c) Hoje em dia, não há suficiente evidência para o uso de rotina dos procinéticos. Além disso, os potenciais efeitos colaterais dessas medicações são mais importantes do que os benefícios por eles alcançados no tratamento da DRGE.
- d) Vômitos, disfagia/queimação/azia/pirose, asma, pneumonias recorrentes, tosse crônica e rouquidão são alguns dos sinais e sintomas decorrentes da doença do refluxo gastroesofágico em lactentes.
- e) Em todos os lactentes com RGE, é indicada uma dieta de exclusão por duas semanas do leite de vaca e de derivados.

15 Qual a característica encontrada na radiografia de tórax de um recém-nascido com a Síndrome do Desconforto Respiratório?

- a) Enfisema intersticial difuso.
- b) Áreas de atelectasia com aspecto granular grosseiro e áreas de hiperinsuflação.
- c) Congestão peri-hilar simétrica.
- d) Hipereração dos pulmões e retificação das costelas.
- e) Broncograma aéreo e áreas de microatelectasias.

16 Para o transporte de um recém-nascido prematuro de 900g, com 14 horas de vida, que está em oxigênio inalatório 5L, saturando 95% e que apresentou dois episódios de apneia – o último episódio há 6 horas, que conduta deve ser adotada?

- a) Iniciar aminofilina e transportar em decúbito ventral.
- b) Transportar em oxigênio inalatório e decúbito ventral.
- c) Intubar, pedir raio X de tórax para ver localização da cânula e anotar o número da fixação da cânula.
- d) Iniciar aminofilina e transportar recém-nascido no CPAP.
- e) Iniciar cafeína anidra e transportar em decúbito dorsal.

17 RN de 29 semanas de idade gestacional, nasce com frequência cardíaca menor que 100 bpm, hipotônico e com respiração irregular. Após manobras iniciais de reanimação, assinale a alternativa adequada quanto ao passo seguinte a ser realizado:

- a) Aplicar ventilação com pressão positiva por máscara em ar ambiente.
- b) Aplicar ventilação com pressão positiva por tubo traqueal em ar ambiente.
- c) Aplicar ventilação com pressão positiva por máscara e O₂ a 30%.
- d) Aplicar ventilação com pressão positiva por tubo traqueal O₂ a 30%.
- e) Aplicar ventilação com pressão positiva por máscara e O₂ a 60%.

18 Sobre a hérnia diafragmática congênita (HDC), considera-se que

- a) consiste em uma emergência cirúrgica, devendo ser realizada a correção logo após o nascimento.
- b) o lado direito do diafragma é acometido na maioria dos casos, sendo relacionado a melhor prognóstico.
- c) a ventilação com elevadas pressões inspiratórias e frequências de ciclagem contribui para redução da pressão pulmonar, causando redução da morbidade e da mortalidade.
- d) recém-nascidos com diagnóstico pré-natal de hérnia diafragmática devem receber ventilação com bolsa e máscara na sala de parto, após passagem de sonda nasogástrica de tamanho adequado para descompressão do estômago e intestino.
- e) a mortalidade em recém-nascidos portadores de HDC está relacionada ao grau de hipoplasia e hipertensão pulmonar e à presença de malformações associadas.

19 RNPT de 28 semanas de IG, peso de 870g, nascido de parto cesárea por pré-eclâmpsia materna, apresenta PAM (pressão arterial média) de 28 mmHg nas primeiras 26 horas de vida. Encontra-se em ventilação mecânica – pressão positiva expiratória final (PEEP) 5, pressão inspiratória de pico (PIP) 18, frequência 30, fração inspirada de oxigênio de 0,25, saturação de 96%, com enchimento capilar < 3, diurese de 2mL/kg/hora nas últimas 12 horas. Qual a conduta adequada em relação à PAM do RN?

- a) Fazer expansão volumétrica.
- b) Iniciar dopamina.
- c) Iniciar dobutamina.
- d) Reavaliar PAM em 1 hora.
- e) Iniciar corticoide.

20 Sobre a encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI) do recém-nascido, pode-se considerar que

- a) as convulsões decorrentes de EHI geralmente começam após 72 horas do insulto e são de difícil controle.
- b) o aumento da pressão intracraniana após insulto hipóxico-isquêmico é decorrente do edema de células intactas e não está relacionado a mau prognóstico.
- c) recém-nascidos portadores de encefalopatia grau III de Sarnat e Sarnat apresentam reflexo de Moro aumentado e sucção fraca.
- d) pacientes recebendo hipotermia terapêutica têm aumento na incidência de arritmias e trombocitopenia, porém com pouco significado clínico.
- e) o órgão mais acometido depois do cérebro é o coração.

21 A reposição de volume com solução cristalóide (soro fisiológico 0,9%) é a opção no tratamento do choque séptico do RN. No entanto, o volume a ser infundido respeita quais critérios?

- a) Deve ser sempre lento em 1 hora, a fim de evitar sobrecarga hemodinâmica.
- b) Os limites da reposição volêmica da primeira hora sugeridos para RN a termo são maiores do que em pré-termos e pré-termos extremos.
- c) Somente está recomendado após transfusão de concentrado de hemácias.
- d) Deve ser feito com soro fisiológico + albumina, pois cristalóide “puro” não mantém o intravascular.
- e) O melhor expansor é o plasma fresco.

22 Recém-nascido de parto vaginal a termo, Apgar 9/9, pesando 3.200 g, sexo feminino, apresenta cianose nas primeiras 12 horas de vida com piora progressiva. O exame físico evidencia frequência cardíaca de 140bpm, frequência respiratória de 56mpm, saturação de 70% por oximetria de pulso que não se modifica em capacete com oxigênio a 80%, sem sinais de desconforto respiratório, ausculta pulmonar sem ruídos adventícios, ausência de sopros cardíacos, pulsos de amplitude normal nos quatro membros, fígado palpável a 2 cm do RCD e enchimento capilar de 2 segundos. A radiografia de tórax mostra área cardíaca normal e trama vascular diminuída bilateralmente. Diante deste quadro, a principal hipótese diagnóstica e a medicação indicada consistem, respectivamente, em.

- a) Tetralogia de Fallot e indometacina.
- b) Atresia pulmonar e prostaglandina E.
- c) Transposição de grandes vasos e indometacina.
- d) Hipoplasia do coração esquerdo e prostaglandina E.
- e) Coarctação de aorta e indometacina.

23 Com relação à encefalopatia bilirrubínica (kernicterus), assinale a alternativa adequada:

- a) A impregnação dos núcleos da base pela bilirrubina direta é irreversível e deixa sequelas na maior parte dos casos.
- b) É uma situação frequentemente associada à icterícia do leite materno, o que justifica a suspensão do aleitamento nos casos suspeitos.
- c) A exsanguineotransfusão total está indicada em todos os RN com bilirrubina total maior que 17 mg% de modo a evitar essa enfermidade.
- d) A hiperbilirrubinemia neonatal e a encefalopatia bilirrubínica são eventos raros e passíveis de prevenção.
- e) Alguns RN são mais suscetíveis à toxicidade da bilirrubina por apresentarem a ligação bilirrubina-albumina prejudicada, como o pré-termo e aqueles com menores níveis séricos de albumina.

24 Recém-nascido a termo, banhado em líquido amniótico claro, nasce sem respiração espontânea. Assinale a alternativa que apresenta a sequência adequada de procedimentos que devem ser feitos logo após o obstetra entregar o recém-nascido ao pediatra.

- a) Levar o paciente ao berço aquecido, sendo então posicionada a cabeça, aspiradas boca e vias aéreas se necessário, secados e retirados os campos úmidos, reposicionada a cabeça para dar prosseguimento à ausculta cardíaca e avaliação respiratória, sem considerar o padrão da cor como parâmetro de reanimação.
- b) Levar o paciente ao berço aquecido e secar a fim de estimular, retirar os campos úmidos e verificar FC/movimentos respiratórios; caso a FC esteja inferior a 100 e/ou movimentos respiratórios ausentes/irregulares, iniciar VPP com O₂ a 100%.
- c) Levar o paciente ao berço com calor radiante, posicionar a cabeça, secar, aspirar boca e vias aéreas se necessário, avaliar FC/movimentos respiratórios para avaliar se há necessidade de VPP em ar ambiente.
- d) Possibilitar que o paciente tenha contato com a mãe antes de proceder aos passos iniciais da reanimação.
- e) Aguardar o cordão parar de pulsar para clampar e então encaminhar o paciente para o berço aquecido.

25 Criança de 26 meses, previamente hígida, com odinofagia há 1 dia e em vigência de febre, apresentou crise convulsiva há 2 horas com perda de consciência, cianose labial e movimentos tônicos-clônicos nos membros com duração de 3 minutos. Sem antecedentes familiares de crises epiléticas. Exame neurológico normal. Líquor com 3 células (linfócitos), zero hemácias, proteínas= 16 mg/dl, glicose= 60 mg/dl. A conduta adequada nesse caso é

- a) prescrever benzodizepínico oral em vigência de febre.
- b) fazer acompanhamento ambulatorial sem prescrição medicamentosa.
- c) solicitar eletroencefalograma e depois decidir conduta.
- d) prescrever fenobarbital por 6 meses.
- e) prescrever benzodiazepínico neste momento, para prevenção de novas crises.

26 Quando for indicado tratamento na primeira crise afebril única, deve-se optar por

- a) antitérmicos e fenitoína.
- b) ácido valproico e oxcarbazepina.
- c) hidratação e antitérmicos.
- d) oxcarbazepina ou carbamazepina se houver crises parciais com ou sem generalização secundária.
- e) fenobarbital.

27 Menina de 7 meses de idade é levada ao ambulatório de pediatria para consulta com o pediatra. Ela nasceu a termo, de parto normal, com peso de 3.280 g, e obteve índice de APGAR no 5º minuto = 9. A mãe refere que a criança está bem, que nunca teve qualquer intercorrência clínica ou infecciosa e que está em aleitamento materno exclusivo. Na antropometria, evidencia-se que ela tem peso de 7.520 g, comprimento de 65,5 cm e perímetro cefálico de 43 cm. O exame físico é normal e os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor estão adequados para a idade.

Para considerar que a criança descrita acima está adequadamente vacinada, conforme o calendário vacinal vigente no Brasil (2016), ela já deve ter recebido

- a) 1 dose de BCG; 3 doses de hepatite B; 3 doses de DPT; 3 doses de anti-haemophilus tipo B (HiB); 1 dose de pólio inativada (VIP); 3 doses de pneumo10; 2 doses de antimeningocócica; 2 doses de rotavírus e 2 doses de pólio oral (VOP).
- b) 1 dose de BCG; 3 doses de hepatite B; 3 doses de DPT; 3 doses de anti-haemophilus tipo B (HiB); 2 doses de pólio inativada (VIP); 2 doses de pneumo10; 2 doses de antimeningocócica; 2 doses de rotavírus e 1 dose de pólio oral (VOP).
- c) 1 dose de BCG; 4 doses de hepatite B; 3 doses de DPT; 3 doses de anti-haemophilus tipo B (HiB); 3 doses de pólio inativada (VIP); 2 doses de pneumo conjugada; 2 doses de antimeningocócica e 2 doses de rotavírus
- d) 1 dose de BCG; 3 doses de hepatite B; 3 doses de DPT; 3 doses de anti-haemophilus tipo B (HiB); 2 doses de pólio inativada (VIP); 3 doses de pneumo10; 1 dose de antimeningocócica; 2 doses de rotavírus e 1 dose de pólio oral (VOP).
- e) 1 dose de BCG; 4 doses de hepatite B; 3 doses de DPT; 3 doses de anti-haemophilus tipo B (HiB); 2 doses de pólio inativada (VIP); 2 doses de pneumo10; 2 doses de antimeningocócica; 2 doses de rotavírus e 2 doses de pólio oral (VOP).

28 Qual vacina é contraindicada em crianças imunodeprimidas?

- a) BCG.
- b) Injetável contra poliomielite.
- c) Contra hepatite B.
- d) Contra influenza.
- e) DPT.

29 Paciente de 3 anos de idade é trazido à consulta de rotina em ambulatório de pediatria apresentando peso, estatura e desenvolvimento adequados para a idade. Ao finalizar a consulta, a mãe refere preocupação, pois o pré-escolar apresenta ambos os joelhos desviados para dentro, porém sem interferir na deambulação ou acarretar em quedas. Qual o principal diagnóstico e a conduta mais adequada para a situação, respectivamente?

- a) Diagnosticar genuvalgo – considerar que é alteração típica da idade de 2-5 anos, tranquilizar a mãe e acompanhar ambulatorialmente com pediatra.
- b) Diagnosticar genuvaro – considerar que é alteração típica da idade de 2-5 anos, tranquilizar a mãe e acompanhar ambulatorialmente com pediatra.
- c) Diagnosticar genuvalgo – solicitar radiografia de bacia e membros inferiores seriadas a cada 3 meses para seguimento.
- d) Diagnosticar genuvalgo – realizar ecografia de articulação coxofemural bilateral.
- e) Diagnosticar genuvaro – solicitar radiografia de bacia e membros inferiores e encaminhar ao ortopedista.

30 Uma criança com 3 anos de idade apresenta escore Z dos seguintes índices antropométricos: escore de peso para idade +0,5 e peso para estatura +1,5. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, qual é a avaliação do estado antropométrico desta criança?

- a) Peso elevado para a idade e sobrepeso.
- b) Peso adequado para a idade e eutrofia.
- c) Peso adequado para a idade e sobrepeso.
- d) Peso adequado para a idade e risco de sobrepeso.
- e) Peso elevado para a idade e eutrofia.

31 Qual a idade limite inferior da normalidade para o início da puberdade em meninos e qual a característica sexual presente mais frequente?

- a) 9 anos; pelos pubianos.
- b) 8 anos; aumento do pênis.
- c) 9 anos; aumento testicular.
- d) 8 anos; pelos pubianos.
- e) 10 anos; aumento testicular.

32 Em um aluno de 9 anos, realizando avaliação por dificuldade de aprendizado e apresentando sobrepeso e humor deprimido, é fundamental e mais importante realizar

- a) prova de função tireoidiana.
- b) hemograma.
- c) prova de função renal.
- d) perfil lipídico.
- e) tomografia computadorizada de crânio.

33 Sobre o leite materno, pode-se considerar que

- a) o colostro contém mais lipídios e menos proteínas do que o leite maduro.
- b) o leite do final da mamada (leite posterior) é mais rico em energia, porque possui uma maior concentração de carboidratos.
- c) em sua composição, o leite de mães de crianças prematuras contém maior concentração calórica, proteica e de gordura, quando comparado com o leite de mães de crianças a termo.
- d) a pasteurização do leite materno inativa as imunoglobulinas, os macrófagos, o fator bifidus e os oligossacarídeos presentes.
- e) protege da ocorrência de alergia à proteína do leite pela ausência de alfa-lactalbumina.

34 Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, a alimentação complementar deve ser introduzida conforme o seguinte esquema.

- a) Suco de fruta aos 4 meses, papa salgada sem carne aos 5 meses, papa salgada com carne aos 6 meses, segunda papa principal aos 7 meses e progressão para a alimentação da família a partir dos 12 meses de idade.
- b) Suco de fruta aos 6 meses, primeira papa principal aos 7 meses, segunda papa salgada aos 8 meses e progressão para a alimentação da família a partir dos 12 meses de idade.
- c) Primeira papa principal aos 6 meses, papa/suco de frutas aos 6 meses, segunda papa principal aos 7 meses e alimentação da família (respeitando a adequação) a partir dos 12 meses de idade.
- d) Primeira papa principal sem carne aos 6 meses, segunda papa principal com carne aos 7 meses e progressão para a alimentação da família aos 8 meses de idade.
- e) Papa/suco de frutas aos 6 meses, primeira papa principal aos 7 meses, segunda papa salgada aos 8 meses e progressão para a alimentação da família aos 12 meses de idade.

35 Em relação à alimentação complementar, sabemos da importância da ingestão de fontes ricas em ferro e zinco, como as carnes. A deficiência de ferro nos primeiros meses de vida e no período gestacional está relacionada ao comprometimento da função intelectual a longo prazo na infância. Laboratorialmente, a deficiência de ferro é comprovada por

- a) aumento do volume corpuscular médio.
- b) diminuição da ferritina.
- c) diminuição dos receptores de transferrina.
- d) diminuição da zincoprotoporfirina.
- e) diminuição do RDW (amplitude de variação eritrocitária).

36 Os valores de Hemoglobina (Hb), Hematócrito (Ht) e Volume corpuscular médio (VCM) variam conforme a faixa etária. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera-se anemia quando:

- Hb < 13g/dL em meninas acima de 12 anos; Hb < 12g/dL em meninas acima de 15 anos gestantes; Hb < 13g/dL em meninos acima de 15 anos.
- Hb < 10g/dL entre 6-59 meses; Hb < 11g/dL em meninas acima de 15 anos gestantes; Hb < 13g/dL em meninos acima de 15 anos.
- Hb < 11g/dL entre 6-59 meses; Hb < 11,5g/dL entre 5-11 anos; Hb < 12g/dL em meninas acima de 12 anos.
- Hb < 12g/dL entre 5-11 anos; Hb < 12g/dL em meninas acima de 12 anos; Hb < 12g/dL em meninos acima de 15 anos.
- Hb < 11g/dL entre 5-11 anos; Hb < 12g/dL em meninas acima de 15 anos gestantes; Hb < 12g/dL em meninos acima de 15 anos.

37 São possíveis patologias relacionadas às anemias normocíticas:

- Deficiência de ferro.
- Síndromes talassêmicas.
- Anemia de doença crônica ou da inflamação quando associada à anemia ferropriva.
- Anemias hemolíticas congênitas (eritroenzimopatias, defeitos de membrana eritrocitária, hemoglobinopatias).
- Anemia megaloblástica (deficiência de vitamina B12 ou de ácido fólico).

38 Sobre as leucemias na infância, pode-se considerar que:

- as chances de cura para as crianças com leucemia linfóide aguda (LLA) podem chegar a 50%. Para esses bons resultados, é de extrema importância a atuação imediata do pediatra no primeiro atendimento, realizando as condutas pertinentes de acordo com o quadro clínico e hematológico do paciente.
- o pico de incidência da LLA ocorre nas crianças entre 6 e 8 anos de idade, sendo incomum no recém-nascido.
- a febre é um sintoma muito comum da doença e pode ocorrer em cerca de 70 a 80% dos casos.
- cerca de 20-25% das crianças apresentam infiltração no SNC ao diagnóstico, porém raramente apresentam sintomas neurológicos como cefaleia, vômitos, distúrbios visuais ou crises convulsivas.
- a dor óssea é muito frequente, geralmente ocorre em membros, principalmente inferiores, e pode tornar-se muito intensa, muitas vezes impedindo a deambulação. Pode ocorrer em qualquer horário do dia e é de difícil controle com analgésicos habituais.

39 Qual a indicação de antibiótico de largo espectro para as crianças com leucemias agudas?

- Para todas as crianças recém-diagnosticadas.
- Para todas as crianças com foco infeccioso.
- Para todas as crianças com febre.
- Apenas para as crianças com neutropenia grave com foco infeccioso.
- Para todas as crianças com febre e neutropenia grave.

40 Pode-se considerar sobre a Infecção do trato urinário na infância que:

- No primeiro ano de vida, a ITU é mais comum em meninas (3,7%) do que em meninos (2%). Posteriormente, a incidência muda e cerca de 3% dos meninos na fase pré-púbere e 1% das meninas na fase pré-púbere são diagnosticados com ITU.
- A amostra de urina coletada em saco coletor é a técnica mais comumente utilizada na prática clínica e a mais confiável.
- Como resultado da alta incidência de urosepse e pielonefrite severa em recém-nascidos e neonatos < 3 meses, recomenda-se a terapia com antibióticos por via parenteral. Em neonatos mais velhos e mais desenvolvidos, pode ser usada terapia parenteral por três a quatro dias acompanhada de transição para medicação oral para completar um curso de tratamento de sete a 14 dias.
- A uretrocistografia miccional é indicada de rotina após o primeiro episódio de infecção do trato urinário febril, mesmo que a ultrassonografia do trato renal seja normal.
- As escolhas usuais da profilaxia durante os dois primeiros meses de idade incluem a trimetoprima-sulfametoxazol e a nitrofurantoína.

RASCUNHO

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome: _____ Carteira nº _____