

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

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



DIA - 16/12/2018

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

NEONATOLOGIA



Comissão de Processos
Vestibulares

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

16 de Dezembro de 2018

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 Sobre a hipocalcemia no recém-nascido (RN), considera-se que:

- a) A hipocalcemia precoce (nas primeiras 24-48 horas de vida) está associada com grande ingestão de fósforo quando o RN é alimentado com muito leite de vaca (as relações P:Ca e P:Mg no leite de vaca são quatro vezes maiores que as do leite humano).
- b) Os sinais clínicos mais frequentes são tremores, hiperexcitação, tônus aumentado, abalos, convulsões (os RN estão geralmente alertas entre as convulsões; as convulsões são frequentemente multifocais e migratórias), cianose, vômitos, intolerância alimentar, choro estridente e insuficiência cardíaca.
- c) O tratamento mesmo sem clínica (principalmente convulsão) deve ser feito com Gluconato de Cálcio a 10% - 2 ml/kg diluído ao meio em água destilada, endovenoso, na velocidade de 1 ml/min.
- d) O diagnóstico laboratorial se dá com cálcio sérico menor que 9 mg% ou cálcio iônico < 4,0-5,4 mg%.
- e) Sepse, traumatismo obstétrico, hiperparatireoidismo materno (devido ao hiperparatireodismo secundário no feto) são algumas das causas de hipocalcemia tardia.

02 A hipoglicemia é um dos problemas mais frequentes nas primeiras 48 horas de vida e também a alteração bioquímica mais comum do RN. Considera-se sobre a hipoglicemia:

- a) Os sintomas relacionados à hipoglicemia neonatal são inespecíficos e compreendem: apneia, hipertonia, irritabilidade, cianose, letargia, recusa alimentar, choro anormal, tremores, hipertermia, convulsão e coma.
- b) São causas de hipoglicemia transitória: prematuridade, deficiência de GH, RN PIG, policitemia e glicogenoses.
- c) No tratamento da hipoglicemia persistente, segundo o Consenso de Endocrinopatia, deve-se manter a glicemia acima de 30 mg/dL.
- d) O uso de corticosteroide está indicado rotineiramente no tratamento da hipoglicemia.
- e) A monitorização glicêmica deve ser feita em recém-nascidos: prematuros e pequenos para a idade gestacional (PIG); RN a termo com policitemia; RN a termo e RN pré-termo PIG e RN a termo filho de mãe diabética.

03 Como a radiografia pode não estar disponível ou não apresentar achados típicos, o diagnóstico da Síndrome de aspiração meconial (SAM) pode ser baseada exclusivamente em critérios clínicos, como:

- a) Necessidade de oxigênio suplementar para manter a saturação de oxigênio (SpO₂) ≥ 95%.
- b) Necessidade de oxigênio durante as primeiras duas horas de vida e com duração de, pelo menos 24 horas.
- c) Desconforto respiratório (taquipneia, retrações ou gemência) no RN com líquido amniótico meconial (LAM).
- d) Presença de malformações congênitas das vias aéreas.
- e) A SAM leve caracteriza-se por necessidade de FiO₂ ≥ 40% por menos de 48 horas sem escape de ar.

04 Entre as doenças hemolíticas nos recém-nascidos pré-termos (RNPT), destacam-se as imunes, as hereditárias e as adquiridas. Considera-se sobre as doenças hemolíticas:

- a) A doença hemolítica por incompatibilidade ABO é a mais frequente nos RNPT.
- b) A deficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase (G-6-PD) é detectada em 1,8% dos doadores brasileiros. A anemia geralmente é grave, e a bilirrubinemia é elevada no terceiro dia de vida.
- c) É incomum encontrar RNPT com esferocitose hereditária. Quando presente, a icterícia é mais frequente do que a anemia e tem sido considerada causa de hidropsia fetal.
- d) Deve-se sempre ser realizada a tipagem sanguínea materna e neonatal, incluindo a detecção do antígeno D e da variante Du (D fraco), além da dosagem das frações da bilirrubina, da hemoglobina (Hb) com hematócrito (Ht) e da contagem de reticulócitos. A pesquisa de anticorpos anti-D ou Coombs indireto e realização do Coombs direto no sangue do RN são mandatórias para a confirmação diagnóstica.
- e) Os extravasamentos sanguíneos, sejam por hematomas extensos em membros superiores e inferiores, em função de parto traumático, ou por hemorragia intraperiventricular, são causas infrequentes de hiperbilirrubinemia indireta em RNPT.

05 Sobre a Sepsis no período neonatal, considera-se que:

- a) A punção lombar deverá ser realizada quando há quadro instalado de infecção, na troca do antibiótico e nos RN procedentes de outras Unidades Hospitalares.
- b) Na sepsis precoce os critérios clínicos e laboratoriais e os fatores de risco estão bem estabelecidos pelo escore NOSEP.
- c) São considerados fatores de risco maternos: colonização materna pelo *Streptococcus* do Grupo B (SGB), rotura de membranas > 12h, hipotermia, ITU não tratada, sinais de corioamnionite, leucograma alterado, vulvovaginite e líquido amniótico fétido/purulento.
- d) Os exames complementares para rastreamento de infecção são: Hemograma ao nascimento, velocidade de hemossedimentação, gasometria arterial, proteína C reativa (PCR), histopatológico de placenta e interleucinas.
- e) A prematuridade sem causa aparente deve constituir uma causa determinante para o uso de antibiótico.

06 A doença cardíaca congênita (DCC) é a doença congênita mais comum em recém-nascidos (RN). Dentro desse grupo, existem aquelas doenças que são consideradas críticas, definidas como as que requerem cirurgia ou intervenção nos primeiros dias ou meses de vida, o que ocorre em aproximadamente 25% dos casos. Essas cardiopatias são, em geral, dependentes do canal arterial. Considera-se cardiopatia dependente do canal arterial:

- a) Comunicação interventricular (CIV).
- b) Tronco arterial comum.
- c) Comunicação interatrial (CIA).
- d) Conexão anômala total das veias pulmonares.
- e) Atresia pulmonar com septo ventricular íntegro.

07 Os fatores de risco maiores para hiperbilirrubinemia significativa são:

- a) Idade gestacional maior do que 40 semanas.
- b) Céfalo-hematoma ou equimoses.
- c) Alta hospitalar após 72 horas.
- d) Raça negra.
- e) Clampeamento imediato do cordão umbilical.

08 A sobrevivência de recém-nascidos prematuros (RNPT), definidos como os nascidos vivos com idade gestacional < 37 semanas reflete a estrutura e a qualidade do cuidado antenatal, da assistência ao trabalho de parto e parto e do atendimento neonatal. Considera-se sobre a reanimação neonatal nos RNPT com idade gestacional (IG) < 34 semanas que:

- a) A necessidade de ventilação por pressão positiva (VPP) e a de manobras avançadas de reanimação na sala de parto é pouco frequente em RNPT, especialmente naqueles de muito baixo peso.
- b) O clampeamento de cordão em RNPT com boa vitalidade ao nascer entre 30 e 60 segundos resulta em maior frequência de hemorragia intracraniana e enterocolite necrosante, além de aumentar a necessidade de transfusões sanguíneas.
- c) Para diminuir a perda de calor nesses pacientes, é importante pré-aquecer a sala de parto e a sala onde serão realizados os procedimentos de estabilização/reanimação, com temperatura ambiente de 27-28°C. Manter as portas fechadas e controlar a circulação de pessoas para minimizar as correntes de ar, as quais podem diminuir a temperatura ambiente.
- d) Indica-se o uso de CPAP em RNPT < 34 semanas que apresentam respiração espontânea e FC > 100 bpm, mas que mostram desconforto respiratório e/ou SatO₂ abaixo da esperada na transição normal, logo após o nascimento.
- e) A presença de temperatura corporal < 35°C na admissão é fator de risco independente para mortalidade e morbidade por agravar ou favorecer distúrbios metabólicos, desconforto respiratório, enterocolite necrosante e hemorragia intracraniana em RNPT < 34 semanas.

09 Sobre a apneia do recém-nascido pré-termo, considera-se que:

- a) Não necessita de intervenção, pois não leva a alterações significativas nessas crianças e não apresenta risco para seu desenvolvimento neurológico.
- b) A apneia obstrutiva caracteriza-se por interrupção simultânea dos movimentos respiratórios e do fluxo gasoso nas vias aéreas, porém sem colapamento dessas vias. Ocorre em 10 -25% dos casos.
- c) O uso da pressão positiva nas vias aéreas superiores, seja no modo CPAP, seja por VNI por peça nasal associado ao uso de cafeína é um método eficiente de tratamento da apneia da prematuridade e, ao mesmo tempo, evita a intubação traqueal e a ventilação mecânica e suas complicações associadas.
- d) A incidência e a gravidade dos episódios de apneia são proporcionais à idade gestacional (IG).
- e) Os RNPT apresentam menor sensibilidade dos receptores ao gás carbônico.

10 As metilxantinas incluem a cafeína, a teofilina e a aminofilina. Em relação aos efeitos da cafeína, considera-se que:

- a) Há redução na taxa de displasia broncopulmonar (DBP), com redução no uso de oxigênio suplementar nos RNPT com IG corrigida de 36 semanas.
- b) Há redução na incidência de óbito intra-hospitalar.
- c) Ocorre maior tempo de suporte ventilatório com pressão positiva.
- d) Há aumento na necessidade de tratamento farmacológico ou cirúrgico de canal arterial.
- e) Apresenta efeitos colaterais de maior intensidade que a aminofilina, menor limiar entre os níveis terapêuticos e tóxicos e mais facilidade de administração.

11 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. Sobre o RGE, considera-se que:

- a) O uso de rotina de duas doses por dia de inibidor de bomba de prótons está indicado.
- b) 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.
- c) A posição prona é comprovadamente a postura anti-RGE mais eficaz, apesar de o risco de morte súbita ser maior no lactente nesta posição.
- d) Estudos de pHmetria e cintilografia gastroesofágica demonstram que o espessamento da dieta é uma medida anti-RGE eficaz, pois diminui o volume e a frequência das regurgitações e dos vômitos.
- e) A ultrassonografia esofagogástrica diferencia RGE de DRGE, o que auxilia no dia a dia do pediatra e do gastroenterologista. Da mesma maneira, o Raio X contrastado de esôfago, estômago e duodeno (REED) é adequado para o diagnóstico de DRGE.

12 No que se refere aos exames subsidiários em pacientes com encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI), considera-se que:

- a) O ultrassom de crânio transfontanelar é o exame de imagem de eleição.
- b) A ressonância magnética é um exame dispendioso, de difícil execução e que pouco acrescenta em termos diagnósticos e prognósticos.
- c) A tomografia computadorizada detecta muito bem, após a fase aguda da EHI, as mais variadas lesões decorrentes da agressão asfíxica, principalmente aquelas em tronco cerebral.
- d) O EEG convencional é um exame facilmente realizado nas unidades neonatais, em pacientes criticamente doentes.
- e) A punção liquórica é obrigatória.

13 Um lactente de 6 meses de idade vem ao consultório para uma consulta. Sua mãe diz que ele é inconsolável, chora muito, não dorme bem e que não era assim antes dos três meses. Ele briga com a mamada, joga-se para trás e depois vomita ou regurgita. O vômito não é bilioso e raramente em jatos. O exame físico é normal, exceto pelo fato de que a criança parou de ganhar peso no último mês. Há 20 dias, o pediatra introduziu mamadeira de fórmula de partida pelo pouco peso e alimentação complementar com frutas. Qual o diagnóstico mais provável para este paciente?

- a) Estenose hipertrófica de piloro.
- b) Alergia à proteína do leite de vaca.
- c) Intolerância à lactose.
- d) Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE).
- e) Refluxo gastroesofágico fisiológico.

14 Paciente do sexo masculino, 11 meses de idade, apresenta rinorreia há cinco dias, irritabilidade e temperatura acima de 37,5°C há 24 horas. No dia da consulta, a febre e a prostração haviam aumentado: a temperatura estava superior a 39°C. A mãe relata que o menino está na creche há cinco meses e que já apresentou um episódio de otite média aguda (OMA) há três meses, tratado com amoxicilina. Ao exame, a criança apresentava hiperemia da orofaringe, secreção nasal espessa e amarelada, ausculta pulmonar normal e abaulamento das membranas timpânicas, com efusão purulenta na orelha média bilateralmente. Sobre a terapêutica na OMA, considera-se que:

- a) As gotas otológicas com antibióticos estão indicadas em crianças que apresentam a membrana timpânica íntegra.
- b) Corticosteroides, anti-histamínicos e descongestionantes devem ser utilizados para o tratamento da OMA.
- c) Os macrolídios, como a eritromicina e a azitromicina podem ser utilizados, por serem eficazes contra *S.pneumoniae* e *H. influenzae*.
- d) Há necessidade de antibioticoterapia em todos os casos de OMA.
- e) A amoxicilina, na dose de 45mg/kg/dia, dividida em duas tomadas, é o fármaco de primeira escolha para o tratamento da OMA, pois é segura, bem tolerada e tem bom espectro de ação.

15 Considera-se sobre a bronquiolite aguda viral (BAV):

- a) A BAV é a causa mais comum de infecção do trato respiratório inferior em maiores de dois anos.
- b) A BAV, em geral, é uma condição autolimitada, mais comumente associada ao vírus sincicial respiratório (VSR), embora outros agentes possam estar envolvidos, como o metapneumovírus, o influenza, o adenovírus, o parainfluenza e o bocavírus, podendo haver coinfeção viral em 6 a 30% dos casos.
- c) A primeira infecção usualmente é a mais leve, e os episódios subsequentes, na maioria das vezes, são mais graves.
- d) A leucometria é capaz de prever infecção bacteriana grave em crianças hospitalizadas com BAV.
- e) Na maioria dos estudos realizados, tem sido demonstrada eficácia clínica significativa com a utilização de beta-2-agonista por via inalatória/endovenosa ou de corticoides sistêmicos em casos de BAV.

16 A infecção do trato urinário (ITU) é uma das infecções bacterianas mais frequentes em crianças, especialmente nos seus primeiros meses de vida. Sobre a ITU na infância, considera-se que:

- a) O diagnóstico e o tratamento precoce da ITU são essenciais para evitar a formação de cicatrizes renais. Os métodos de coletas recomendados no lactente febril são a punção suprapúbica (PSP) e o cateterismo vesical (CV).
- b) Quanto à antibioticoterapia empregada, o tempo ideal está bem definido, sendo recomendados esquemas curtos ou em dose única.
- c) A ultrassonografia de rins e vias urinárias é indicada para detecção de cicatrizes renais ou refluxo vesicoureteral.
- d) Os exames de urinálise e a urocultura coletados com saco coletor podem chegar a 85% de falso-positivos, com valor preditivo de ITU em torno de 50%.
- e) A escolha do antibiótico também deve considerar sua repercussão sobre a flora intestinal, sendo o antibiótico de escolha a associação sulfametoxazol + trimetropima, cuja resistência à *Escherichia coli* é baixa.

17 Sobre a quimioprofilaxia (QP) utilizada para prevenção de infecção urinária, considera-se que:

- a) A profilaxia deve ser usada em pacientes com bacteriúria assintomática.
- b) A QP é aplicada em dose única ao deitar (em alguns casos, em duas doses), sendo a dose igual à dose terapêutica.
- c) A sulfa é o fármaco de escolha para QP, por não alterar a flora intestinal.
- d) A profilaxia deve ser usada em todas as crianças com diagnóstico de refluxo vésico-ureteral (RVU), independentemente do grau do RVU.
- e) A QP é definida como o uso de doses baixas e por tempo prolongado de antibióticos ou quimioterápicos, objetivando inibir a multiplicação de bactérias uropatogênicas e diminuir a predisposição do hospedeiro a novos surtos de ITU.

18 As manifestações de constipação intestinal em crianças e adolescentes apresentam variabilidade segundo a faixa etária e a gravidade. Considera-se sobre a constipação intestinal que:

- a) Em lactentes, é mais frequente o aumento no intervalo entre as evacuações do que a eliminação de fezes em cíbalos.
- b) Quanto à idade de início da constipação intestinal, metade dos casos atendidos por volta dos 4 a 7 anos em ambulatórios especializados tem comemorativo de início do processo no segundo ano de vida.
- c) A pseudoconstipação ocorre em lactentes que recebem aleitamento natural exclusivo ou predominante. Caracteriza-se pela eliminação de fezes amolecidas em intervalos superiores a três dias e que, às vezes, podem atingir duas a três semanas.
- d) O comportamento de retenção ocorre em maior proporção em escolares em pacientes atendidos em ambulatório especializado.
- e) A hipercalemia pode ser causa de constipação.

19 Quanto às condutas terapêuticas para a constipação intestinal na infância, considera-se que:

- a) O tratamento de manutenção deve ser iniciado quando se obtém plena desimpactação, ou seja, ocorrência de fezes amolecidas sem dor ou dificuldade, o que leva de cinco a sete dias.
- b) Para o lactente, pode-se utilizar lactulose, leite de magnésia, supositório de glicerina e óleo mineral.
- c) As bifidobactérias são efetivas no tratamento da constipação intestinal, enquanto os lactobacilos são úteis no tratamento da diarreia infecciosa.
- d) A desimpactação deve ser realizada conjuntamente com as medidas educacionais como primeira e obrigatória etapa do tratamento, mediante enemas por via retal ou utilização do PEG (polietilenoglicol) por via oral nos casos em que há fecaloma.
- e) Também fazem parte do tratamento da constipação intestinal maior consumo de líquidos, aumento da atividade física e dieta rica em fibra alimentar, em que metade dos cereais deve ser integral ou com farelo de trigo e os grãos e frutas ingeridos sem casca.

20 A pneumonia consiste na inflamação do parênquima pulmonar, geralmente de causa infecciosa, viral ou bacteriana. Considera-se sobre a pneumonia:

- a) No Brasil, as infecções respiratórias agudas (IRA), incluindo pneumonias, constituem a primeira causa de óbito em crianças menores de 5 anos.
- b) O tratamento inicial da maioria dos casos de PAC é ambulatorial, se a criança estiver estável, com boa aceitação da via oral e sem esforço respiratório evidente. Lactentes com menos de dois meses, idealmente, devem ser internados para tratamento de PAC.
- c) O agente etiológico da pneumonia adquirida na comunidade (PAC) mais frequente em crianças na faixa de 3 anos é o estafilococo.
- d) Os antibióticos macrolídeos, como eritromicina, azitromicina ou claritromicina, são os antibióticos orais de primeira escolha para o tratamento ambulatorial de crianças escolares e pré-escolares.
- e) Até os 3 meses de vida, além dos agentes bacterianos, os agentes da “pneumonia afebril do lactente” devem ser lembrados, como *Chlamydomphila pneumoniae*, *Ureaplasma urealyticum*, além de VSR.

21 Quais são os sinais e sintomas que indicam maior gravidade da pneumonia?

- a) Frequência respiratória superior a 50 incursões por minuto, saturação de oxigênio inferior a 90% e retrações torácicas em crianças maiores.
- b) Febre alta, tosse emetizante e crepitações.
- c) Dor abdominal, vômitos e sibilância.
- d) Frequência respiratória superior a 40 incursões por minuto, saturação de oxigênio inferior a 95% e roncos em crianças maiores.
- e) Frequência respiratória superior a 60 incursões por minuto, retrações torácicas moderadas a graves, batimento nasal, cianose, gemido expiratório e saturação de oxigênio inferior a 92% em lactentes.

22 Com relação às condutas indicadas para o tratamento de crise de asma em um lactente, considera-se que:

- a) A dose indicada de salbutamol é de 3 jatos, a cada 3 horas.
- b) Em uma crise moderada, o paciente deve receber nebulizações de brometo de ipratrópio (5 gotas por nebulização) por 3 vezes, na primeira hora, associado ao beta-2-agonista.
- c) Na presença de vômitos, hidratação venosa com SF a 0,9% e metoclopramida IV 1mg são recomendadas.
- d) Quando houver piora do quadro, a administração de prednisolona oral 3,5 ml, 1 x por dia, por 3 dias, está indicada.
- e) O raio X de tórax e o hemograma podem auxiliar no tratamento da crise de asma e até influenciar a prescrição de medicamentos.

23 Quanto à farmacoterapia indicada para o tratamento das crises de asma, considera-se que:

- a) A apresentação oral (xarope) do beta-2-adrenérgico é recomendada em situações de emergência e para o tratamento domiciliar.
- b) Tem sido demonstrado que o brometo de ipratrópio acrescenta benefício ao tratamento de pacientes internados, mesmo em casos leves.
- c) A administração endovenosa de beta-2 agonistas é indicada para os casos mais graves.
- d) Quando introduzidos precocemente, os corticoides sistêmicos encurtam a duração da crise de asma, previnem recidivas, reduzem a necessidade de hospitalização e o risco de fatalidades. Por isso, são recomendados no início do tratamento da crise para a maioria dos pacientes.
- e) A nebulização contínua com beta-2-adrenérgicos traz benefícios maiores do que as nebulizações intermitentes.

24 Com relação ao controle esfinteriano, qual das condições a seguir é considerada atraso na sua aquisição?

- a) Enurese noturna após 4 anos de idade.
- b) Incontinência urinária diurna após os 4 anos de idade.
- c) Controle voluntário da eliminação de fezes durante o dia entre dois anos e dois anos e meio de idade.
- d) Escapes urinários 5 meses após o desfralde.
- e) O controle urinário noturno ocorre em torno de seis meses a um ano após a retirada de fraldas durante o dia.

25 O Transtorno do espectro autista (TEA) caracteriza-se por deficiências persistentes na comunicação e na interação social em múltiplos contextos, assim como por padrões restritos e repetitivos de comportamento, entre outros critérios. Constituem sinais sugestivos de autismo:

- a) Comunicação por expressão facial e gestos.
- b) Ausência de turnos nos gestos como apontar, mostrar, alcançar ou “dar tchau” aos 6 meses.
- c) Ausência de frases de duas palavras com sentido (sem imitar ou repetir) aos 12 meses.
- d) Ausência de resposta ao chamado dos pais.
- e) Facilidade em compartilhar brincadeiras imaginativas e fazer amigos, presença de interesse por pares.

26 Com o objetivo de otimizar o crescimento, há recomendação de suplementação de micronutrientes em determinadas situações. Considera-se em relação ao tema:

- a) Crianças com famílias de orientação vegana devem ser acompanhadas e receber suplementação para ferro, zinco, cálcio, vitaminas A, B12, D, proteínas e ômega.
- b) O ferro deverá ser suplementado a partir dos 30 dias nas crianças a termo e em aleitamento materno complementado e naquelas com uso de menos de 500 mL de fórmula por dia.
- c) A deficiência de vitamina A ocorre em todo o território nacional, então megadoses de vitamina A são preconizadas para todas as crianças a partir de 6 meses, com periodicidade de 4 a 6 meses.
- d) O zinco tem papel estabelecido na diarreia aguda, mas não no crescimento linear.
- e) Há necessidade de avaliar as concentrações séricas de 25 hidroxivitamina D em todas as crianças.

27 Em relação ao crescimento nos primeiros mil dias, considera-se que:

- a) O gráfico da OMS é o recomendado para a avaliação das crianças, mesmo se apresentem alterações genéticas como síndrome de Down ou síndrome de Turner.
- b) O RNPT deve ter sua idade gestacional (IG) corrigida para a avaliação do crescimento ao completar seis meses de vida.
- c) O seguimento do RNPT deve ser feito do nascimento até o termo com os gráficos da OMS, 2006.
- d) A velocidade de crescimento de gêmeos após o nascimento é diminuída em comparação à dos que não o são.
- e) O seguimento do RNPT deve ser feito do termo até os 2 anos de IG corrigida com os gráficos da OMS.

28 O diagnóstico clínico da crise epiléptica e sua etiologia são críticos para um atendimento adequado. A entidade mais grave, devido ao risco de sequelas e de óbito é o estado de mal epiléptico (EME). Considera-se sobre esse tema que:

- a) O conceito atual de EME implica uma crise prolongada por mais de 15 minutos.
- b) O midazolam e o diazepam podem ser aplicados por via endovenosa, via oral, via retal e via intramuscular.
- c) O primeiro passo para o atendimento é o uso de uma medicação de ação rápida, preferencialmente do grupo dos diazepínicos.
- d) O uso do fenobarbital é preferível no EME em crianças maiores.
- e) O eletroencefalograma é indicado em todos os casos após o controle das crises, para afastar um EME não convulsivo.

29 Sobre as crises convulsivas febris, considera-se que:

- a) A primeira crise febril única é definida como de curta duração (menos de 5 minutos), recuperação completa, exame neurológico normal e sem sinais de alerta.
- b) Quando for indicado tratamento na primeira crise febril única, optar por fenobarbital.
- c) Indica-se a realização de punção lombar em todos os casos de crises convulsivas febris.
- d) Faz parte da conduta em caso de primeira crise convulsiva febril simples a realização de eletroencefalograma (EEG) e de tomografia computadorizada de crânio.
- e) Na primeira crise febril simples, o paciente deve ser mantido em observação hospitalar por 12 a 24 horas.

30 Menina de 14 meses, apresenta febre de 37,8°C há 24 horas, acompanhada de coriza aquosa, tosse seca e inapetência. Ao exame, apresenta hiperemia da mucosa nasal e faríngea. Qual a conduta adequada para esse caso?

- a) Prescrever antibioticoterapia para prevenir alguma infecção bacteriana.
- b) Prescrever somente medicação sintomática, pois provavelmente trata-se de quadro viral, e solicitar à mãe que retorne com a menina se o quadro piorar.
- c) Prescrever um antitussígeno.
- d) Prescrever antibioticoterapia, pois a menina está iniciando um quadro de rinossinusite.
- e) Prescrever um anti-histamínico, associado a descongestionante nasal.

31 Quanto à diarreia persistente (DP), considera-se que:

- a) A DP é um episódio diarreico de origem infecciosa que tem curso superior a 21 dias.
- b) Ocorre principalmente em crianças com mais de 3 anos, usualmente associada à condição nutricional desfavorável.
- c) Caracteriza-se pela evolução prolongada de um quadro de diarreia aguda (DA) infecciosa, sendo observada em cerca de 40 a 50% desses episódios.
- d) A intolerância à lactose pode ser um problema frequente para lactentes com DP, em função da maior oferta de leite da dieta.
- e) Todas as crianças com DP são propensas a evoluir, após um episódio de diarreia, com maiores níveis de colonização bacteriana nas porções superiores do intestino delgado, condição denominada de sobrecrecimento bacteriano.

32 A diarreia é uma doença de alta prevalência mundial, responsável por inúmeras perdas de vida entre as crianças. Sobre a diarreia aguda, considera-se que:

- a) A diarreia aguda pode ser chamada osmótica, quando há presença de mediadores de inflamação e/ou exotoxinas são liberadas e provocam aumento da secreção celular, sendo estas substâncias liberadas pela presença do patógeno ou produzidas por eles de forma direta.
- b) O soro de reidratação oral deve ser ofertado, assim como outros líquidos considerados adequados, como refrigerantes e líquidos açucarados.
- c) A proposta de tratamento da diarreia aguda fundamentalmente repousa sobre dois pilares: prevenção e reposição das perdas fecais de água e eletrólitos, feita por hidratação e aporte proteico e calórico, feito principalmente pela realimentação precoce, que evita a piora e, em alguns casos, a instalação da desnutrição.
- d) Caracteristicamente, quando ocorrem vômitos, eles cedem com o início da hidratação, associada sempre com o uso de antieméticos.
- e) Os exames complementares em geral fornecem subsídios importantes nos casos de diarreia aguda. Por exemplo, as proteínas de fase aguda (proteína C reativa) fornecem subsídios para diferenciação entre etiologias virais e bacterianas.

33 Sobre as doenças maternas infecciosas e a amamentação, considera-se que:

- a) Na doença de Chagas, o parasita pode ser excretado no leite humano. Nota-se, entretanto, que a infecção aguda no lactente parece ter evolução benigna e a descrição de sequelas é rara. Assim, a amamentação pode ser indicada mesmo na fase aguda da doença ou quando houver lesão mamilar com sangramento.
- b) O limite de idade gestacional de maior risco de transmissão do CMV pós-natal, via leite materno é para os prematuros com idade gestacional menor que 30 semanas ou com peso de nascimento inferior a 1.000g.
- c) Existem casos descritos de infecções pelo herpes vírus em nutrízes com a presença de lesões herpéticas na mama. Quando a lactante apresenta sinais de infecção ativa por VHS, a amamentação deve ser mantida mesmo quando há vesículas herpéticas localizadas na pele da mama.
- d) Em infecções graves e invasivas, tais como meningite, osteomielite, artrite séptica, septicemia ou bacteremia causadas por alguns organismos como Brucella, Streptococcus do Grupo B, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenza Tipo B, Streptococcus pneumoniae ou Neisseria meningitidis, a interrupção temporária da amamentação se faz necessária por um período que varia de 7 a 10 dias após o início da terapia antimicrobiana e alguma evidência de melhora clínica.
- e) Mulheres com sinais, sintomas e exames radiológicos consistentes com doença tuberculosa ativa devem restringir o contato com a criança devido à transmissão potencial da doença por meio das gotículas do trato respiratório. Durante o período de investigação da doença, o leite materno pode ser ordenhado e oferecido à criança, por não haver risco de passagem do Mycobacterium tuberculosis pelo leite humano.

34 O aleitamento materno (AM) é a forma ideal de alimentar a criança nos primeiros anos de vida. Sobre o AM, considera-se que:

- a) No que se refere às proteínas, o leite materno (LM) maduro apresenta maior concentração do que os leites de outras espécies de mamíferos, composta pela caseína (em torno de 28%) e as proteínas do soro (em torno de 72%).
- b) O colostro é produzido nos primeiros 5 dias após o parto e possibilita boa adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Quando comparado ao leite maduro contém menos proteínas, minerais e vitaminas lipossolúveis (A, E e K) e mais lipídios.
- c) Os carboidratos presentes no leite humano representam importante fonte de energia. O mais abundante é a lactose (cerca de 7g de lactose por 100 mL), além de oligossacarídeos, galactose, frutose e glicose.
- d) Os lipídios representam cerca de metade das calorias do LM, são compostos principalmente por triglicerídeos (em torno de 98% do total) e diminuem com o tempo de lactação.
- e) O leite da mãe de prematuro apresenta menores quantidades de fagócitos, IgA secretora, hormônios e citocinas, além de diferenças na composição do microbioma.

35 O conhecimento correto e atualizado sobre a alimentação é essencial para avaliação e orientação adequadas sobre a nutrição da criança, sobretudo para o estabelecimento de hábitos alimentares adequados no presente e no futuro. Considera-se sobre a alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida:

- a) Nos casos em que não há aleitamento materno, deve-se introduzir uma fórmula infantil adequada para a idade da criança, com avaliação individualizada e criteriosa para cada caso.
- b) A alimentação complementar, tanto para crianças em aleitamento materno quanto aquelas em fórmula infantil, deve ser introduzida preferencialmente aos seis meses, não podendo começar antes dos três meses e nem após os seis meses.
- c) Pode-se introduzir o uso de açúcar para crianças com menos de dois anos, dando-se preferência ao mel por ser um produto natural.
- d) O leite de vaca integral pode ser introduzido antes dos 12 meses de vida por conter quantidades normais de sódio, proteínas, ferro, zinco e vitaminas para a idade.
- e) Pode-se iniciar a ingestão de frutas raspadas ou amassadas, oferecidas em colher e também de suco de frutas, inicialmente 1 vez/dia, depois pela manhã e à tarde, seguida pela mamada.

36 Sobre a anemia na infância, considera-se que:

- a) São causas de doenças que levam à anemia microcítica (VCM abaixo de 70fL): anemia ferropriva, perdas hemorrágicas agudas, insuficiência renal crônica e aplasia medular.
- b) As características morfológicas dividem as anemias em microcíticas, macrocíticas e normocíticas, segundo o valor do volume corpuscular médio (VCM).
- c) A Organização Mundial de Saúde (OMS), para estudos populacionais, define anemia como valores de Hemoglobina (Hb) < 10g/dL para crianças menores de cinco anos de idade; Hb < 11g/dL para crianças entre seis e doze anos e Hb < 12g/dL para crianças entre 12 e 14 anos.
- d) O traço beta-talassêmico é o principal diagnóstico diferencial com a anemia ferropriva e caracteriza-se também por anemia hipocrômica e microcítica, dosagem de ferro sérico baixa e na eletroforese de hemoglobina os valores de HbA2 e HbF estão aumentados.
- e) A criança, principalmente os escolares, e as gestantes, são os grupos de maior risco para a anemia, devido ao aumento das necessidades corporais de ferro nesse período da vida.

37 A anemia hemolítica autoimune (AHAI) ocorre pelo surgimento de autoanticorpos direcionados contra estruturas presentes na superfície da membrana dos eritrócitos, diminuindo a sobrevida destas células. Sobre a AHAI, considera-se que:

- a) O tratamento para AHAI tem como principal objetivo inibir o processo de hemólise causado pela presença do autoanticorpo. Desta forma, a primeira opção de tratamento para AHAI causada por anticorpos quentes são os corticosteroides (Prednisolona 2mg/kg/dia ou prednisona 1-2mg/kg) com efetividade ao redor de 50%.
- b) A confirmação diagnóstica deve ser feita por exames laboratoriais. Hemograma, reticulócitos, bilirrubina direta e desidrogenase láctica são importantes para triagem de anemia hemolítica.
- c) A esplenectomia é indicada com frequência, sempre se avaliando os riscos desta indicação e considerando a idade da criança e as vacinas para prevenção de infecção por germes capsulados, devido ao risco de sepse.
- d) A AHAI pode ser secundária a várias situações clínicas tais como: uso de Cefalexina, de Penicilinas ou de Piperacilina; infecções virais e bacterianas, como infecções por Mycoplasma pneumoniae; imunodeficiências, como deficiência de IgA; imunizações; doenças reumatológicas, como o lúpus eritematoso e a artrite idiopática juvenil (artrite reumatoide juvenil), ainda que sejam raras; leucemias; linfomas; hemoglobinúria paroxística noturna; tumores e doenças linfoproliferativas.
- e) Na criança, a AHAI é mais frequente por autoanticorpos frios (da classe IgM).

38 Sobre as imunizações na infância e na adolescência, considera-se que:

- a) O Ministério da Saúde (MS) recomenda e disponibiliza gratuitamente a vacina meningocócica C conjugada para crianças menores de cinco anos (até 4 anos, 11 meses e 29 dias) e adolescentes de 11 a 14 anos. Rotina: 3 doses: aos 2, 4 e 6 meses de idade. Crianças de um a quatro anos de idade não vacinadas: uma dose. Reforço ou dose única para adolescentes de 11 a 14 anos.
- b) As vacinas que contêm vírus vivos (pólio oral e rotavírus) podem ser realizadas em ambiente hospitalar.
- c) VIP/VOP – As três primeiras doses, aos 2, 4 e 6 meses, devem ser feitas obrigatoriamente com a vacina pólio inativada (VIP). Nesta fase de transição da vacina pólio oral atenuada (VOP) para a vacina pólio inativada (VIP) é aceitável o esquema atual recomendado pelo Programa nacional de imunizações (PNI), que oferece três doses iniciais de VIP (2, 4 e 6 meses de idade) seguidas de duas doses de VOP (15 meses e 4 anos de idade). Mesmo as crianças imunocomprometidas e seus contatos domiciliares podem receber a VOP.
- d) Constitui-se em contraindicação absoluta, segundo o Programa Nacional de Imunizações (PNI), a aplicação da vacina intradérmica contra a tuberculose (BCG-ID) em RN com peso superior a 2000g.
- e) A aplicação de uma quarta dose de hepatite B é indicada em todo RN com menos de 2000g ao nascer que recebeu a vacina imediatamente após o nascimento, ou seja, aos 0, 1, 2 e 6 meses de vida. Esse esquema propicia resposta imune adequada, semelhante ao de 3 doses aplicado rotineiramente nos RNT.

39 Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids experimentam alterações importantes na resposta imune específica. Considera-se sobre as imunizações nesse grupo de pacientes:

- a) A proteção ampliada para crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids é feita também através da imunização dos contatos domiciliares. Vacinas influenza, varicela e VIP estão disponibilizadas nos CRIEs (centros de referência de imunobiológicos especiais), para estes casos.
- b) A vacina BCG pode ser aplicada em crianças com exposição perinatal ao HIV, mesmo as sintomáticas.
- c) A vacina oral bivalente contra poliomielite está indicada em pacientes com HIV nos reforços aos 15 meses e aos 4 anos de vida.
- d) A vacina febre amarela atenuada pode ser administrada no mesmo dia em que se aplica a vacina tríplice viral nos primovacinados menores de dois anos.
- e) É preferível o uso da vacina tetraviral – sarampo, caxumba, rubéola e varicela (SCRV) em crianças e adolescentes que vivem com HIV à vacina monovalente contra varicela.

40 As leucemias são doenças malignas dos leucócitos (glóbulos brancos) de origem, na maioria das vezes, desconhecida. Sobre as leucemias agudas na infância, considera-se que:

- a) As leucemias representam o tipo mais comum de câncer da criança e do adolescente, sendo que as formas agudas da doença correspondem a cerca de 97% dos casos. O tipo mais comum de leucemia na criança e no adolescente é a linfóide aguda. A leucemia mieloide aguda é mais comum no adulto. A incidência estimada das leucemias é de 3 a 4 casos para cada 100 mil crianças com menos de 15 anos de idade, sendo seu pico de prevalência na faixa etária entre 6 e 9 anos de idade.
- b) Nas leucemias podem ocorrer sintomas e sinais decorrentes da infiltração extra medular, como: linfadenomegalias; dor abdominal por infiltração leucêmica do tecido linfóide intestinal, com ou sem aumento do volume abdominal, geralmente determinado pelo aumento do fígado ou do baço; cefaleia, vômitos e/ou paralisias quando ocorrer acometimento do sistema nervoso central; aumento de volume dos rins, com mau funcionamento dos mesmos. Sintomas gerais inespecíficos como falta de apetite e indisposição para brincar são relativamente frequentes (20-30%), sendo comum a perda de peso significativa ao diagnóstico.
- c) Existem alguns fatores de risco conhecidos para a doença. Dentre eles, estão: elevadas doses de irradiação (por exemplo, após acidente nuclear ou radioterapia); produtos químicos, como o benzeno, metais pesados e pesticidas; drogas (alguns quimioterápicos); condições clínicas que cursam com instabilidade cromossômica, como a síndrome de Down, síndrome de Turner, neurofibromatose e ataxia-telangiectasia e alguns agentes virais, como a exposição pós-natal ao vírus de Epstein Barr.
- d) A radioterapia tem indicações frequentes. Quando indicada, visa prevenir o desenvolvimento da leucemia no sistema nervoso central ou tratá-la, se já presente.
- e) A LMA afeta tanto adultos quanto crianças e representa cerca de 20% das leucemias da infância. As características clínicas são semelhantes às da LLA, onde os pacientes apresentam febre, anemia, fadiga. Os problemas com sangramentos são mais frequentes nos pacientes com LLA do que com LMA.

RASCUNHO

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome: _____ Carteira n° _____