

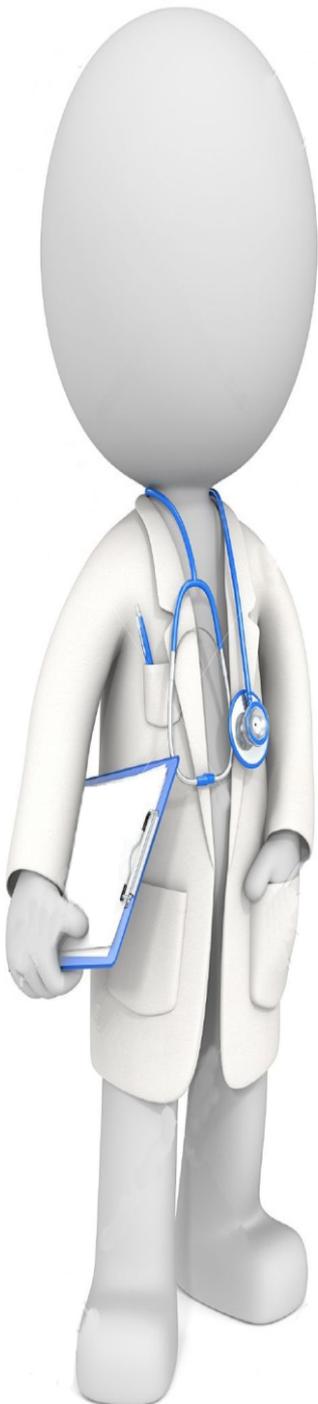
RESIDÊNCIA MÉDICA 2017

ESPECIALISTA EM PEDIATRIA NEONATOLOGIA

13/11/2016

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas de Pediatria.
2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se houver algum defeito dessa natureza, peça ao aplicador de prova para entregar-lhe outro exemplar.
3. Não é permitida a consulta a pessoas, livros, dicionários, apostilas ou a qualquer outro material.
4. Cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.
5. Transfira as respostas para o cartão, observando atentamente a numeração das questões.
6. No cartão, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta PRETA ou AZUL, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.
7. Esta prova tem a duração de quatro horas, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, às instruções e à transcrição para o cartão-resposta.
8. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorridas duas horas de prova e poderá levar o caderno de prova somente no decurso dos últimos trinta minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.
9. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.



— QUESTÃO 01 —

A doença de Kawasaki possui critérios clínicos bem definidos, havendo a necessidade de se preencher cinco dos seis critérios clássicos da doença para a confirmação diagnóstica. Entretanto, a doença de Kawasaki incompleta, que possui somente três ou quatro dos sinais clássicos, necessita de avaliação por meio de exames subsidiários para a definição diagnóstica. Neste contexto, o valor da velocidade de hemossedimentação (VHS) considerado para o diagnóstico da doença de Kawasaki incompleta é:

- (A) ≥ 20 mm/hora.
- (B) ≥ 40 mm/hora.
- (C) ≥ 60 mm/hora.
- (D) ≥ 80 mm/hora.

— QUESTÃO 02 —

O *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina e associado à comunidade (CA-MRSA) tem se disseminado em várias partes do mundo, sendo diagnosticado em até 73,4% das infecções estafilocócicas de aquisição domiciliar em crianças. Dentre os antimicrobianos relacionados, o que apresenta melhor cobertura para o CA-MRSA é a:

- (A) cefalotina.
- (B) oxilina.
- (C) clindamicina.
- (D) cefotaxima.

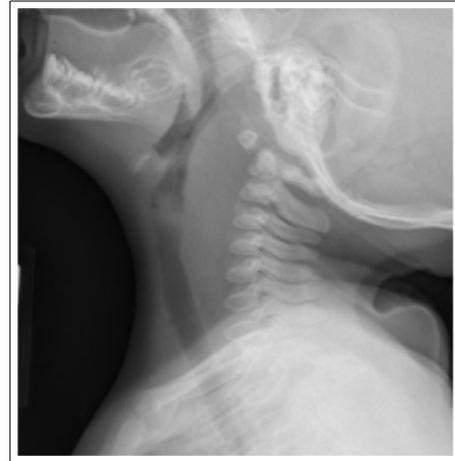
— QUESTÃO 03 —

Os enterovírus são agentes virais que infectam crianças com uma grande gama de manifestações clínicas, que vão desde miocardite a meningite virais. A doença mão-pé-boca é uma das manifestações clínicas comuns dos enterovírus. Além do acometimento clássico das mãos, dos pés e da cavidade oral, a região mais envolvida é:

- (A) glúteos.
- (B) braços.
- (C) pernas.
- (D) face.

— QUESTÃO 04 —

Os exames radiológicos podem auxiliar na definição do diagnóstico em pediatria nos casos em que mais de um diagnóstico é possível. Neste sentido, observe a figura a seguir.



De acordo com essa imagem, qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Epiglotite.
- (B) Aspiração de corpo estranho.
- (C) Laringite.
- (D) Abscesso retrofaríngeo.

— QUESTÃO 05 —

Observe a figura a seguir.



Na figura, o pai estava brincando com sua filha e a rodava no ar. Subitamente, a criança mudou do riso para o choro e não conseguiu mais movimentar o membro superior direito. Nessa situação, o diagnóstico mais provável é:

- (A) fratura de punho.
- (B) luxação de ombro.
- (C) pronação dolorosa.
- (D) síndrome do escafoide.

— QUESTÃO 06 —

Leia o caso clínico a seguir.

Lactente de um ano, do sexo masculino, é levado ao pronto-socorro com história de que há três dias tem diarreia semilíquida, com muco e sangue, febre (38,5 °C), vômitos pós-alimentares e redução do volume urinário há 24 horas. Ao exame físico, o paciente encontrava-se irritado, com palidez cutâneo-mucosa (+3/+4), equimose em membros, edema palpebral bilateral (+2/+4) e pressão arterial de 140 x 100 mmHg.

Com base nos dados clínicos, os exames que confirmam o diagnóstico são:

- (A) hemograma, desidrogenase lática, pesquisa de esquizócitos, ureia e creatinina.
- (B) urina I, FAN, C3, ANCA e ASLO.
- (C) lipidograma, proteinograma, sorologias, proteinúria de 24 horas e hemograma.
- (D) urocultura, ultrassonografia de abdome, coprocultura, hemocultura e PCR.

— QUESTÃO 07 —

A dor abdominal recorrente é queixa frequente nos ambulatórios de pediatria e causa de intensa preocupação familiar. Essa dor caracteriza-se por ser predominante em:

- (A) adolescentes, sendo de caráter incapacitante, comprometendo a realização das atividades diárias e o sono.
- (B) pré-escolares, desencadeada pela alimentação, acompanhada de náuseas, que melhora com o uso de antieméticos e antiácidos.
- (C) escolares, com frequência de mais de três vezes por mês, por, no mínimo, três meses, sem sintomas abdominais entre as crises.
- (D) lactentes, no sexo masculino, frequente nos três primeiros meses de vida, que piora com o decúbito ventral.

— QUESTÃO 08 —

Leia o caso clínico a seguir.

Escolar de sete anos, do sexo masculino, portador de anemia falciforme, chega ao pronto-socorro com história de que há quatro horas sofre de cefaleia intensa, acompanhada de diminuição de força muscular em membros superior e inferior esquerdos. A tomografia de crânio mostrou tratar-se de acidente vascular cerebral isquêmico (AVC-I).

Nesse caso, que tratamento deverá ser feito cronicamente como medida preventiva de novos episódios de AVC?

- (A) Intolerância à lactose.
- (B) Hemorragia digestiva alta.
- (C) Pancreatite aguda recidivante.
- (D) Síndrome torácica aguda.

— QUESTÃO 09 —

Leia o caso clínico a seguir.

Recém-nascido submetido ao teste do pezinho, com 24 horas de vida, é levado à primeira consulta pediátrica com exame cujo resultado apresenta o seguinte valor: TSH 15 µU/ml (valor de referência < 10 µU/ml).

Nesse caso, a conduta deve ser:

- (A) tratar o hipotireoidismo.
- (B) repetir a coleta do TSH.
- (C) dosar a tireoglobulina.
- (D) realizar USG cervical.

— QUESTÃO 10 —

Leia o caso clínico a seguir.

Durante consulta pediátrica, a mãe de um adolescente de 13 anos refere que ele tem acordado durante a madrugada emitindo gritos, apresentando sudorese e choro de início abrupto, por cerca de dois minutos. Apesar de ser consolado, não se acalma. Na maioria das vezes, dorme novamente como se nada tivesse acontecido, não se lembrando do fato ao despertar.

Nesse caso, qual é o transtorno do sono caracterizado pela descrição apresentada?

- (A) Dissonia.
- (B) Despertar confusional.
- (C) Sonambulismo.
- (D) Terror noturno.

— QUESTÃO 11

Leia o caso clínico a seguir.

Pré-escolar do sexo masculino, de quatro anos, foi encaminhado ao pediatra pela suspeita de hipertensão arterial. Peso = 16 kg (percentil 50) e estatura = 103 cm (percentil 50). Aferida a pressão arterial por três vezes, em momentos diferentes e em condições ideais, as medidas foram: 107/65, 108/68, 108/69 mmHg.

Idade, anos	Percentil PA	PAS, mm Hg							PAD, mm Hg						
		Percentil de altura							Percentil de altura						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	90	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	90	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	90	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	90	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82

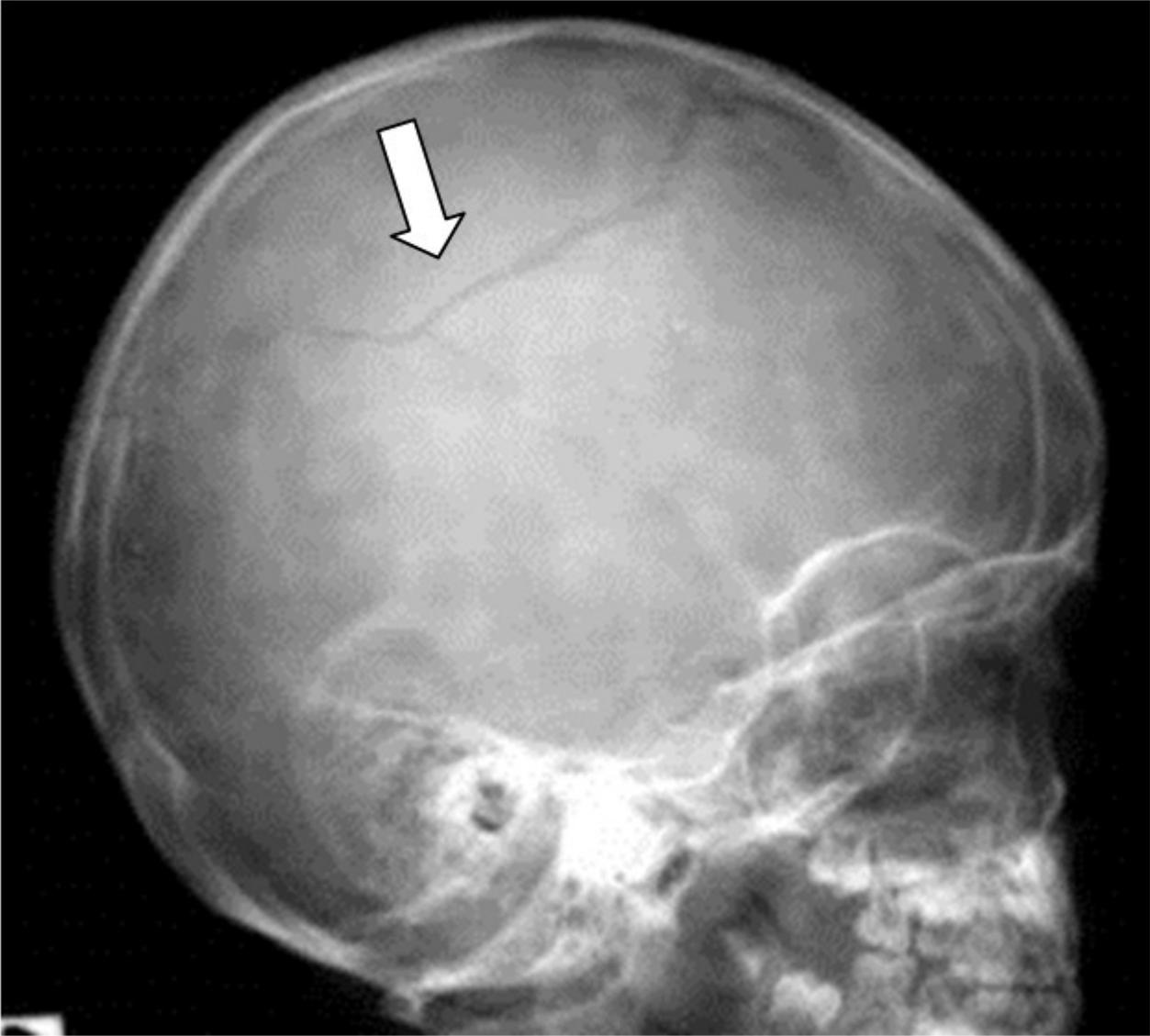
Com base nos resultados, o pré-escolar é classificado como:

- (A) hipertenso.
- (B) pré-hipertenso.
- (C) hipotenso.
- (D) normotenso.

— QUESTÃO 12 —

Leia o caso clínico a seguir.

Escolar de cinco anos é levado ao pronto-socorro uma hora após ter caído de uma altura de 1,5 m e batido com a cabeça no chão. A mãe relata que a criança ficou pálida, sonolenta e apresentou um episódio de vômito. Ao exame, a criança encontra-se consciente, com Glasgow 15; porém foi encontrado hematoma subgaleal no local do trauma, doloroso à palpação. No raio X de crânio foi visualizada uma fratura linear em osso parietal, conforme imagem a seguir.



A conduta adequada, nesse caso, é acompanhamento:

- (A) ambulatorial, com orientação sobre os sinais de hipertensão intracraniana.
- (B) hospitalar, com sedação e oxigênio para reduzir a lesão cerebral.
- (C) hospitalar, com observação de 24 a 48 horas devido ao risco de piora neurológica.
- (D) ambulatorial, visto não haver risco de complicações neurológicas.

— QUESTÃO 13 —

Considerando a etiologia das rinites, é um exemplo de rinite alérgica:

- (A) rinite sazonal.
- (B) rinite atrófica.
- (C) rinite hormonal.
- (D) rinite viral.

— QUESTÃO 14 —

Leia o caso clínico a seguir.

Lactente de três meses é levado ao ortopedista com queixa materna de que há uma semana a criança tem limitado os movimentos espontâneos dos membros superiores e há 24 horas mostra-se irritado e chora inconsolável quando manipulado. A mãe referiu ter feito pré-natal só no primeiro trimestre da gestação. Ao exame, o ortopedista observou paresia e paralisia bilateralmente em membros superiores, edema periulnar simétrico, diminuição da força muscular e do reflexo bicipital. Reflexo de Moro ausente. Radiografia mostra periostite bilateral e simétrica.

O ortopedista orientou a mãe a procurar o pediatra por suspeitar de:

- (A) paralisia de Klumpke – comprometimento da raiz nervosa de C8 – T1.
- (B) pseudoparalisia de Parrot – comprometimento periosteal por sífilis congênita.
- (C) paralisia de Erb-Duchene – estiramento de troncos nervosos de C5 – C6.
- (D) artrite séptica – comprometimento articular por estafilococcia.

— QUESTÃO 15 —

Lactente de quatro meses é levada à unidade básica de saúde para consulta de puericultura, pois a mãe está insegura quanto à amamentação. Em relação ao período de aleitamento materno, a OMS recomenda o seguinte:

- (A) seis meses de amamentação exclusiva, associada a outros alimentos por um período total de 18 meses.
- (B) dois meses de amamentação exclusiva, associada a outros alimentos por um período total de 12 meses.
- (C) seis meses de amamentação exclusiva, associada a outros alimentos por um período total de 24 meses.
- (D) quatro meses de amamentação exclusiva, associada a outros alimentos por um período total de 24 meses ou mais.

— QUESTÃO 16 —

A puberdade é um período da adolescência que se caracteriza por mudanças físicas e biológicas. O início clínico da puberdade masculina é marcado por:

- (A) aumento do diâmetro peniano.
- (B) aparecimento de pelos pubianos.
- (C) aumento do comprimento peniano.
- (D) volume testicular $\geq 4 \text{ cm}^3$.

— QUESTÃO 17 —

A partir de 2014, o Brasil passou a utilizar a nova classificação de dengue cuja abordagem enfatiza que é uma doença única, dinâmica e sistêmica. Baseado no “Manual de dengue: diagnóstico e manejo clínico adulto e criança”, do Ministério da Saúde, 5ª edição, 2016, constitui sinal de alarme durante a avaliação da criança com quadro clínico de dengue a seguinte constatação:

- (A) sangramento de mucosa.
- (B) redução súbita do hematócrito.
- (C) prova do laço positiva.
- (D) hipertensão arterial.

— QUESTÃO 18 —

Conforme orientação do Calendário de Vacinação para Crianças do Ministério da Saúde, as crianças devem, aos quatro meses, receber as seguintes vacinas:

- (A) VOP + DTP + meningocócica C + pneumocócica 10.
- (B) VIP + DTP + meningocócica C + pneumocócica 10.
- (C) VIP + pentavalente + rotavírus + pneumocócica 10.
- (D) VIP + pentavalente + pneumocócica 10.

— QUESTÃO 19 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um recém-nascido a termo, com Apgar de 4 e 6, duas horas de vida, apresentou taquipneia, desconforto respiratório e cianose rapidamente progressiva. Evoluiu com queda da saturação de oxigênio a qualquer manuseio, com demora para retornar aos níveis normais, apesar da oferta de oxigênio a 100%.

O melhor exame para a investigação diagnóstica é:

- (A) raio X de tórax.
- (B) eletrocardiograma.
- (C) gasometrias seriadas.
- (D) ecocardiografia.

— QUESTÃO 20 —

Leia o caso clínico a seguir.

Pré-escolar de três anos apresenta, há seis meses, artrite envolvendo ambos os joelhos e tornozelo esquerdo, acompanhada de dificuldade para deambular especialmente pela manhã. Ao exame, apresentava discreta flexão nos joelhos e grande aumento de volume dos joelhos e tornozelo esquerdo, sem outras alterações sistêmicas aparentes.

De acordo com a hipótese diagnóstica, esta paciente poderá ter também a seguinte lesão:

- (A) cardíaca.
- (B) ocular.
- (C) cerebral.
- (D) renal.

— QUESTÃO 21 —

Leia o caso clínico a seguir.

Uma menina de cinco anos é levada ao pediatra para consulta anual de rotina. Na história clínica não há nenhuma queixa e no exame físico não é encontrada nenhuma alteração, exceto pela presença de um sopro sistólico ejetivo +/6+ em bordo esquerdo esternal alto e desdobramento variável da segunda bulha.

O provável diagnóstico a ser confirmado pelo ecocardiograma é:

- (A) sopro inocente.
- (B) comunicação interatrial.
- (C) estenose pulmonar.
- (D) aorta bivalvar.

— QUESTÃO 22 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um bebê de oito meses é levado ao pronto-socorro com quadro de irritabilidade, febre, vômitos e importante diarreia nos últimos três dias, além de manchas arroxeadas no tronco, que vêm aumentando há dois dias. A mãe ainda relata que, antes destes sintomas, há aproximadamente 15 dias, o bebê vem apresentando inapetência e acha que perdeu muito peso, mas não sabe precisar quanto. Ao exame, apresentava-se febril, muito sudoreico, pálido, com frequência cardíaca de 180 BPM, frequência respiratória de 40 IPM e pressão arterial de 140 x 80 mmHg. Orofaringe e otoscopia normais. Ausência de meningismo e fontanela anterior normotensa, embora, durante o exame, foram observados opsoclonia e movimentos mioclônicos em membros inferiores. O exame do aparelho cardiovascular e a ausculta são normais. À palpação abdominal, o fígado é palpável 3 cm do rebordo costal direito. No abdome, apresenta lesões de pele maculares purpúricas, do tipo *blueberry muffin*.

De acordo com o exposto, a principal hipótese diagnóstica e o principal exame a ser solicitado para o diagnóstico inicial são:

- (A) meningococcemia – liquor.
- (B) dengue – sorologia para dengue IgM e IgG.
- (C) neuroblastoma – dosagem de ácidos vanilmandélico e homovanílico.
- (D) síndrome hemolítico-urêmica – reticulócitos e ureia.

— QUESTÃO 23 —

Leia o caso clínico a seguir.

Uma gestante é admitida na maternidade em período expulsivo e dá à luz a um bebê a termo com microcefalia. A mãe relata que não apresentou nenhum sintoma durante a gestação, mas que também não realizou pré-natal. O exame de tomografia de crânio realizado visibilizou calcificações intracranianas, diminuição do volume cerebral e ventriculomegalia. O exame de fundo de olho mostrou coriorretinite. A suspeita de infecção por zika vírus foi aventada, porém outros diagnósticos diferenciais devem ser descartados.

De acordo com a evolução inicial descrita, os principais diagnósticos a serem investigados são:

- (A) citomegalovirose, parvovírus, toxoplasmose, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sífilis.
- (B) citomegalovirose, toxoplasmose, rubéola, herpes e varicela.
- (C) rubéola, toxoplasmose, HIV, varicela e Chagas.
- (D) rubéola, herpes, varicela, HIV e vírus da coriomeningite linfocítica.

— QUESTÃO 24 —

A doença estreptocócica do recém-nascido é a principal causa de sepse neonatal precoce e pode ser prevenida com adequadas medidas durante o pré-natal e o trabalho de parto. Diante de uma gestante com 32 semanas de idade gestacional, que evoluiu com trabalho de parto prematuro sem causa aparente, a medida preconizada pelo CDC e pela Sociedade Brasileira de Pediatria é:

- (A) iniciar a profilaxia com ampicilina, a cada quatro horas, interrompendo-a se o trabalho de parto for bloqueado e aguardar 35–37 semanas para realizar o swab vaginal e retal.
- (B) obter swab vaginal e retal e iniciar a profilaxia com ampicilina, mantendo-a até o parto, a cada seis horas, mesmo se houver a interrupção do trabalho de parto, até que a cultura se confirme como negativa.
- (C) obter swab vaginal e retal e iniciar a profilaxia com ampicilina, mantendo-a até o parto, a cada quatro horas, se o trabalho de parto for verdadeiro.
- (D) não iniciar a profilaxia com ampicilina, a menos que se confirme o trabalho de parto, quando então deverá ser iniciada com intervalo de seis horas até o parto.

— QUESTÃO 25 —

Um recém-nascido com taquipneia transitória apresentou pneumotórax espontâneo e imediata queda de saturação e instabilidade hemodinâmica. A conduta a ser tomada é:

- (A) drenagem torácica no 5º espaço intercostal, imediata.
- (B) punção torácica de alívio no 2º espaço intercostal, em linha hemiclavicular.
- (C) punção torácica de alívio no 2º espaço intercostal, seguida de drenagem torácica.
- (D) punção torácica de alívio no 5º espaço intercostal direito, em linha axilar anterior.

— QUESTÃO 26 —

Leia o caso clínico a seguir.

Uma gestante com diagnóstico de diabetes mellitus é internada em trabalho de parto. É indicado parto cesárea pela macrosomia fetal evidenciada na última ultrassonografia. Com idade gestacional de 39 semanas, é primigesta, fez um pré-natal adequado, sem quadro infeccioso durante a gestação, porém controle glicêmico inadequado, mesmo em uso de insulina regular. O bebê nasceu bem, não precisou de reanimação na sala de parto, com peso de 4350 g, idade gestacional de 38 semanas e quatro dias. Evoluiu com desconforto respiratório de início precoce, sendo colocado em hood a 40%. Inicia a hidratação venosa com volume de infusão de glicose de 5 mg/kg/min, colhida gasometria arterial com pH 7,35, paO_2 60, $paCO_2$ 48, bicarbonato 20, BE-3, hemograma normal, PCR negativo e radiografia de tórax com aumento da trama vascular próxima ao hilo pulmonar e retificação de arcos costais, bem como aumento da área cardíaca. Após 24 horas de vida, o bebê começou a apresentar episódios de acrocianose, piora da taquipneia, redução do volume urinário, hepatomegalia e má perfusão periférica. Foram repetidos exames laboratoriais e radiológicos, e o único achado positivo foi a cardiomegalia com aumento da trama vascular pulmonar.

De acordo com a história clínica relatada, o diagnóstico e a conduta mais adequada são:

- (A) miocardiopatia hipertrófica e insuficiência cardíaca, confirmar com ecocardiograma, e iniciar tratamento com propranolol.
- (B) sepse neonatal precoce, confirmar com hemocultura, liquor e urocultura, e iniciar o tratamento com ampicilina e gentamicina.
- (C) policitemia neonatal, confirmar com hemoglobina e hematócrito, e indicar exsanguineotransfusão parcial.
- (D) síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido, confirmada pelos achados típicos da radiografia de tórax, e indicar reposição de surfactante.

— QUESTÃO 27 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um bebê de 34 semanas de idade gestacional nasceu por parto cesáreo, indicado por hidropsia fetal grave. A mãe tem o tipo de sangue A negativo, coombs indireto positivo e o bebê tem o tipo sanguíneo A positivo, com coombs direto também positivo. O feto evoluiu com anemia e hidropsia, requerendo duas transfusões sanguíneas intraútero. O bebê nasceu com peso de 3250 g, em anasarca, com palidez cutâneo-mucosa importante e insuficiência respiratória franca, sendo intubado em sala de parto, com cateterização da veia umbilical, e transferido para UTI neonatal. O sangue do cordão evidenciou hemoglobina de 9, hematócrito 27%, reticulócitos 10%. Tipo sanguíneo do recém-nascido A positivo, coombs direto 4+/4+ e bilirrubina total de 4 mg/dL.

Diante do quadro clínico deste paciente, a conduta terapêutica é:

- (A) indicar fototerapia intensiva, repetir exames em seis horas, iniciar furosemida contínua, ventilação contínua e fazer toracocentese e paracentese. A exsanguineotransfusão não está indicada.
- (B) indicar exsanguineotransfusão pela hidropsia e pelos exames laboratoriais. Iniciar ventilação mecânica, fazer paracentese e toracocentese, se houver necessidade. Iniciar suporte inotrópico, furosemida contínua e fototerapia.
- (C) fazer imunoglobulina humana imediatamente, ventilação mecânica e fazer paracentese e toracocentese e iniciar suporte inotrópico. A fototerapia não está indicada, pois não há hiperbilirrubinemia.
- (D) fazer albumina e furosemida em infusão venosa contínua, indicar ventilação mecânica e fazer toracocentese e paracentese, se necessário. A fototerapia não está indicada, pois não há hiperbilirrubinemia.

— QUESTÃO 28 —

Leia o caso clínico a seguir.

Chega ao ambulatório de pediatria um neonato com sete dias de vida, apresentando hiperemia conjuntival intensa, edema periorbicular e secreção purulenta esverdeada em olho esquerdo. Além dessa alteração no olho, o bebê está tendo picos de febre e vômitos frequentes há um dia. Foi revisado o prontuário do bebê: ele nasceu de parto vaginal, mãe sem pré-natal e não recebeu nitrato de prata ocular, por falta da medicação no hospital. Foi colhido material para cultura e bacterioscopia do olho esquerdo. A bacterioscopia pelo Gram foi positiva para diplococos Gram-negativos.

De acordo com a evolução clínica e os exames laboratoriais, o agente etiológico e o tratamento mais adequado são:

- (A) *Streptococcus agalctiae* – iniciar ampicilina intravenosa por 10 dias. Lavar os olhos com soro fisiológico.
- (B) *Chlamydia trachomatis* – iniciar eritromicina oral por 14 dias. Lavar os olhos com soro fisiológico.
- (C) *Pseudomonas spp* – iniciar ceftazidima e amicacina intravenosa de 10 a 14 dias. Lavar os olhos com soro fisiológico.
- (D) *Neisseria gonorrhoeae* – iniciar cefotaxima intravenosa por 7 a 14 dias. Lavar os olhos com soro fisiológico.

— RASCUNHO —

Leia o texto a seguir para responder às questões 29 e 30.

A Associação Internacional para Estudo da Dor define a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real, potencial ou descrita nos termos dessa lesão. A dor é sempre subjetiva”. Em neonatologia, as manifestações dolorosas são ainda mais exacerbadas, devido à imaturidade do sistema nervoso central. Vários sinais e sintomas são usados para detectar a dor nos bebês.

— QUESTÃO 29 —

São considerados parâmetros fisiológicos de dor no neonato:

- (A) taquicardia, apneia, choro e mímica facial de dor.
- (B) bradicardia, apneia, choro e queda da saturação de oxigênio.
- (C) taquicardia, apneia, hipertensão arterial e queda de saturação de oxigênio.
- (D) bradicardia, apneia, extensão de membros superiores e irritabilidade.

— QUESTÃO 30 —

São consideradas terapêuticas de dor em neonatologia:

- (A) sucção não nutritiva, fentanil e EMLA.
- (B) amamentação, midazolam e morfina.
- (C) tramadol, estímulo sensorial e hidrato de cloral.
- (D) naloxone, midazolam e paracetamol.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 31 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um recém-nascido a termo, adequado para a idade gestacional, nasceu por parto cesáreo, que foi indicado por sofrimento fetal agudo (líquido amniótico meconial e DIP II). O bebê foi reanimado em sala de parto com necessidade de intubação orotraqueal e teve nota de APGAR 4/6/7. Durante a sua intubação orotraqueal foi observada saída de grande quantidade de secreção esverdeada pela glote. Ele evoluiu com insuficiência respiratória aguda, necessitando de ventilação mecânica com altos parâmetros com fração inspiratória de oxigênio de 100% e pressão média em vias aéreas (MAP) de 12. Ele recebeu uma dose de surfactante intratraqueal, reposição volêmica e titulada dose de dobutamina pela ecografia funcional à beira do leito até melhora da contratilidade de ventrículos e melhora da fração de ejeção. Foram prescritas dieta zero, hidratação venosa e iniciada uma sedoanalgesia contínua com fentanil e midazolam. Apesar das medidas instituídas, o bebê ainda mantinha um quadro de hipoxemia importante. Foram feitos exames laboratoriais e radiológicos, conforme descritos a seguir: gasometria arterial pH 7,15, PCO_2 68, pO_2 35, $SatO_2$ 84% e bicarbonato 20; radiografia de tórax com presença de infiltrado grosseiro e irregular em todo pulmão, sem presença de pneumotórax; hemograma normal, PCR negativo. A ecografia funcional mostrava sinais indiretos de hipertensão pulmonar.

Considerando a evolução clínica e os exames apresentados, o tratamento mais adequado é:

- (A) alcalinização com bicarbonato de sódio na dose de 0,5 Meq/kg/hora.
- (B) troca de dobutamina por dopamina e aumento dos parâmetros ventilatórios.
- (C) indicação de óxido nítrico, pois o índice de oxigenação está acima de 25.
- (D) indicação de ECMO, pois o índice de oxigenação está muito alto (acima de 40).

— QUESTÃO 32 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um prematuro extremo, com idade gestacional de 25 semanas e peso de nascimento de 675 g, nasceu por parto vaginal, por incompetência istmo-cervical. Ele evoluiu com instabilidade hemodinâmica e ventilatória na primeira semana de vida, sendo tratado com drogas inotrópicas, reposição volêmica e aumento dos parâmetros ventilatórios. No quinto dia de vida, apresentou crise convulsiva e recebeu uma dose de fenobarbital com melhora da crise convulsiva. Foram realizados exames laboratoriais, que evidenciavam alteração isolada da série vermelha com anemia, PCR negativo, eletrólitos normais e foi feita radiografia de tórax com presença de congestão pulmonar e cardiomegalia. O neonatologista de plantão fez a ultrassonografia transfontanelar à beira do leito e foi evidenciada hemorragia intraventricular bilateral, com discreto aumento dos ventrículos laterais.

De acordo com a história clínica e com base na classificação de Papile para hemorragia peri-intraventricular, a classificação da hemorragia descrita é:

- (A) Grau I.
- (B) Grau II.
- (C) Grau III.
- (D) Grau IV.

— RASCUNHO —**— QUESTÃO 33 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Um prematuro de 28 semanas gestacional apresentou sepse na primeira semana de vida e evoluiu com melhora clínica. O bebê já estava em ar ambiente e com dieta enteral plena e apresentou piora clínica a partir do vigésimo quinto dia de vida com apneias frequentes, motivando sua reintubação, bem como vômitos, distensão abdominal, desenho de alças no abdome, sangue vivo nas fezes e dor importante à palpação abdominal. Foi suspensa a dieta enteral, iniciada uma nutrição parenteral e feitos exames laboratoriais com presença de leucocitose de 35.000 com desvio para esquerda, plaquetopenia de 60.000, anemia com Hb 9,5, gasometria com acidose metabólica (pH 7,10 pCO₂ 35 pO₂ 68 bicarbonato de 10 e BE-15), sendo realizada correção de bicarbonato. Foi coletado coagulograma que estava normal. A radiografia de tórax era normal e a radiografia de abdome apresentava distensão de alças, pneumatose e presença de ar em sistema porta, sem a presença de pneumoperitônio.

Esse quadro clínico é típico de enterocolite necrotizante. Segundo a classificação de Bell para enterocolite, o estágio e o tratamento para este caso são:

- (A) Estágio IA, por ser uma enterocolite suspeita. O tratamento é jejum, NPT por três dias e antibióticos. Corrigir o bicarbonato; transfusão de concentrado de hemácias.
- (B) Estágio IB, por ser uma enterocolite confirmada. O tratamento é jejum, NPT e antibióticos por sete dias. Corrigir o bicarbonato; transfusão de concentrado de hemácias.
- (C) Estágio IIB, por ser uma enterocolite confirmada. O tratamento é jejum, NPT e antibiótico por 14 dias. Corrigir o bicarbonato; transfusão de concentrado de hemácias e parecer da cirurgia pediátrica.
- (D) Estágio IIIB, por ser uma enterocolite avançada. O tratamento é jejum, NPT e ATB por 14 dias. Correção da acidose metabólica e da anemia; aumento da oferta hídrica e cirurgia.

— QUESTÃO 34 —

Leia o caso clínico a seguir.

Uma gestante é admitida na maternidade em período expulsivo e dá à luz a um bebê a termo e com microcefalia. O bebê foi encaminhado à unidade de cuidados intermediários por também apresentar taquidispneia, necessitando oxigênio sob cateter nasal.

De acordo com o Plano de Enfrentamento Nacional à Microcefalia, os exames laboratoriais a serem solicitados, logo ao nascimento, para investigação de zika vírus são:

- (A) coleta de sangue de cordão umbilical, três fragmentos de placenta fresca (sem conservantes), líquido cefalorraquidiano do recém-nascido, sangue e urina da mãe.
- (B) coleta de sangue periférico do bebê, três fragmentos de placenta fresca (sem conservantes), líquido cefalorraquidiano do recém-nascido, sangue e urina da mãe.
- (C) coleta de sangue de cordão umbilical, sangue periférico do recém-nascido e coleta de sangue da mãe.
- (D) coleta de sangue periférico do bebê, líquido cefalorraquidiano do recém-nascido, sangue e urina da mãe.

— QUESTÃO 35 —

Um recém-nascido apresenta hidranencefalia, confirmada pela tomografia computadorizada. Após discussão e decisão da equipe médica, é iniciado o tratamento paliativo. Considerando as medidas paliativas referentes a este bebê,

- (A) o início do tratamento está condicionado à liberação expressa e assinada pelos pais, não havendo base legal para a decisão tomada apenas pelo médico.
- (B) a intubação deve ser realizada em caso de apneia, mas não deve ser iniciada a reanimação cardiovascular na ocorrência de parada cardíaca.
- (C) a derivação ventriculoperitoneal não deve ser realizada por se tratar de um procedimento cirúrgico doloroso em uma criança sem prognóstico, configurando, assim, um tratamento fútil.
- (D) o registro de todas as ações realizadas e da programação para a evolução clínica deve ser feito no prontuário e não necessita obrigatoriamente da autorização expressa dos pais.

— QUESTÃO 36 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um recém-nascido filho de mãe diabética apresentou, na primeira hora de vida, HGT de 35. Após push de glicose e instalação de soro de manutenção com VIG de 4, foi realizado novo controle após uma hora do push e o HGT foi de 32. Um novo push foi realizado e a VIG foi aumentada para 6. Após uma hora, novo HGT foi realizado e o resultado foi de 34.

As primeiras condutas a serem realizadas, neste caso, são:

- (A) realizar novo push de glicose e aumentar a VIG para 8.
- (B) checar o acesso venoso e coletar uma glicemia em sangue periférico.
- (C) coletar uma amostra de sangue periférico para realizar a glicemia e aguardar o resultado para fazer outro push e aumentar a VIG.
- (D) aumentar a VIG para 8 e iniciar hidrocortisona.

— QUESTÃO 37 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um recém-nascido a termo, com diagnóstico fetal de atresia pulmonar ao nascer, mostrou-se com boa vitalidade, sem cianose central, saturando 90%, e com Apgar de 9/10. O bebê é encaminhado à unidade de cuidados intermediários, para observação, até a realização do ecocardiograma pós-natal.

Em se tratando de uma cardiopatia canal dependente, a melhor conduta a ser tomada é:

- (A) iniciar prostraglandina intravenosa imediatamente, mesmo com o bebê acianótico e oferecer oxigênio para melhorar a saturação.
- (B) iniciar prostraglandina intravenosa a partir do momento em que o bebê iniciar a cianose e oferecer oxigênio para melhorar a saturação.
- (C) iniciar prostraglandina intravenosa imediatamente, mesmo com o bebê acianótico, porém não oferecer oxigênio para evitar o fechamento do canal arterial.
- (D) iniciar prostraglandina intravenosa a partir do momento em que o bebê iniciar a cianose e não oferecer oxigênio para evitar o fechamento do canal arterial.

— QUESTÃO 38 —

O estafilococo coagulase negativo tem sido cada vez mais a causa de sepse tardia em recém-nascidos, nas unidades de terapia intensiva neonatal. A bactéria apresenta íntima relação com cateter venoso central e é, em grande parte das vezes, a porta de entrada da bactéria. Portanto, diante de uma infecção relacionada a cateter, com o isolamento de estafilococo coagulase negativo resistente a oxacilina, em um bebê estável e já em uso de oxacilina, a melhor conduta a ser tomada é:

- (A) retirar o cateter venoso, colocar o bebê em isolamento de contato e trocar o antibiótico para Vancomicina.
- (B) retirar o cateter venoso, não isolar o bebê e manter a oxacilina, uma vez que o bebê está estável.
- (C) manter o cateter venoso, colocar o bebê em isolamento de contato e trocar antibiótico para Vancomicina.
- (D) manter o cateter venoso, não isolar o bebê e manter a oxacilina, uma vez que o bebê está estável.

— QUESTÃO 39 —

Um recém-nascido, no terceiro pós-operatório de gastrosquise e em uso de nutrição parenteral total, apresenta potássio sérico de 2,4 mEq/L. A medida a ser tomada é:

- (A) aumentar o aporte do potássio na nutrição parenteral.
- (B) aguardar 72 horas para iniciar o aporte de potássio, apesar do valor baixo, uma vez que o recém-nascido está no momento de maior hemólise celular, podendo ocorrer hiperpotassemia.
- (C) corrigir rapidamente com a infusão de cloreto de potássio a 0,5 mEq/kg/h, de 4 a 6 horas, e aumentar o aporte do íon na nutrição parenteral.
- (D) corrigir rapidamente com a infusão de cloreto de potássio a 0,5 mEq/kg/h, de 4 a 6 horas, mantendo o mesmo aporte do íon na nutrição parenteral.

— QUESTÃO 40 —

A Síndrome de Secreção Inapropriada do Hormônio Anti-diurético é uma complicação nos quadros graves de asfíxia perinatal e pode ser reconhecida por:

- (A) aumento do sódio sérico e diminuição do sódio urinário.
- (B) diminuição do sódio sérico e aumento do sódio urinário.
- (C) aumento do sódio sérico e aumento do sódio urinário.
- (D) diminuição do sódio sérico e diminuição do sódio urinário.

— QUESTÃO 41 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um bebê prematuro, que nasceu com 31 semanas de idade gestacional, encontra-se no momento com idade cronológica de 28 dias de vida e corrigida de 35 semanas, está, ainda, em uso de oxigênio com fração de 30%.

Nesta situação, considera-se que a classificação da displasia broncopulmonar deste bebê é:

- (A) praticável e considerada leve.
- (B) praticável e considerada moderada.
- (C) praticável e considerada grave.
- (D) impraticável, de acordo com os dados disponíveis.

— RASCUNHO —

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões de 42 a 44.

Uma gestante de 28 anos, secundigesta, com doença hipertensiva específica da gestação, está internada na enfermaria da obstetrícia para controle pressórico e acompanhamento do feto, que apresenta sinais de sofrimento fetal crônico. Foi realizado corticoide antenatal, sendo a última dose há 48 horas, e sulfato de magnésio há seis horas. O ultrassom com doppler agora evidencia centralização fetal, alteração do ducto venoso e peso fetal estimado de 800 g. A idade gestacional é de 30 semanas e três dias. Foi indicado parto cesárea de urgência, sem intercorrências, com bolsa rota intraparto e líquido amniótico claro, e extração de um concepto vivo, do sexo feminino, que apresentou movimentos respiratórios ao nascimento, chorou e está ativo.

— QUESTÃO 42 —

Em relação ao clameamento do cordão umbilical, qual é a conduta indicada?

- (A) Clampear imediatamente o cordão.
- (B) Aguardar de 20 a 30 segundos antes de clampear o cordão.
- (C) Aguardar de 30 a 60 segundos antes de clampear o cordão.
- (D) Ordenhar um segmento de 20 cm do cordão umbilical por três a quatro vezes antes de clampear o cordão.

— QUESTÃO 43 —

Após o clameamento do cordão umbilical, o recém-nascido foi conduzido à mesa de reanimação e realizados os passos iniciais da estabilização/reanimação de modo simultâneo, que incluem evitar a perda de calor corporal, manter as vias aéreas pérvias e locar o sensor do oxímetro de pulso. São estratégias para diminuir a perda de calor nesse paciente:

- (A) pré-aquecer a sala de parto e a sala onde serão realizados os procedimentos de estabilização/reanimação com temperatura ambiente de 25 a 28 °C.
- (B) manter as portas fechadas, controlar a circulação de pessoas e ligar o berço aquecido e a incubadora de transporte assim que o recém-nascido for levado para a mesa de reanimação.
- (C) receber o recém-nascido em campos aquecidos, secá-lo, e introduzir o corpo, exceto a face, dentro do saco plástico e, a seguir, realizar as manobras necessárias.
- (D) cobrir o couro cabeludo com plástico e, por cima, colocar a touca de lã ou algodão. Associar o uso do colchão térmico químico.

— QUESTÃO 44 —

Após os passos iniciais, o recém-nascido é avaliado e apresenta respiração rítmica e regular, frequência cardíaca maior que 100 BPM, saturação de oxigênio de 71% e tiragem intercostal e subdiafragmática. Qual é a conduta a ser realizada?

- (A) Ventilação com pressão positiva com concentração de oxigênio de 30%.
- (B) CPAP na sala de parto e manter a avaliação da respiração, frequência cardíaca e saturação de oxigênio.
- (C) Intubação orotraqueal e administração de surfactante.
- (D) Oxigênio sob máscara e transporte imediato para a unidade de terapia intensiva neonatal.

— QUESTÃO 45 —

Leia o caso clínico a seguir.

Uma gestante de 15 anos, primigesta, que realizou três consultas de pré-natal, foi atendida no pronto-socorro da obstetrícia com pico hipertensivo e cardiocardiografia evidenciando um sofrimento fetal agudo. Foi indicado cesárea de urgência, com nascimento de um bebê do sexo masculino, com idade gestacional de 36 semanas e peso de nascimento de 1800 g. O recém-nascido necessitou de reanimação em sala de parto, sendo indicada intubação orotraqueal com sete minutos de vida por insuficiência respiratória grave, com nota de Apgar 4 e 6. Ao exame físico, o bebê apresentava peso, perímetro cefálico e estatura, pela idade gestacional, abaixo do Percentil 10, mucosa hipocorada, descamação cutânea, principalmente em mãos e pés, icterícia, distensão abdominal com hepatoesplenomegalia e petéquias em abdome. Evoluiu nas primeiras horas de vida com hemorragia digestiva alta, hipotensão arterial, pulsos finos e perfusão periférica lentificada. Os exames iniciais evidenciaram acidose metabólica, anemia, plaquetopenia, leucocitose e hiperbilirrubinemia com predomínio de bilirrubina direta (60%).

Considerando esse quadro clínico, a principal hipótese diagnóstica e a melhor conduta terapêutica são:

- (A) sepse neonatal precoce – iniciar Ampicilina e Amicacina e coleta de hemocultura.
- (B) asfixia perinatal – iniciar hipotermia terapêutica nas primeiras seis horas de vida.
- (C) sífilis congênita – colher VDRL da mãe e do recém-nascido e iniciar penicilina cristalina.
- (D) parvovirose – colher sorologia para parvovírus B19 e realizar transfusão de hemoderivados.

— QUESTÃO 46 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um recém-nascido de 30 semanas de idade gestacional e peso de nascimento de 900 g nasceu num hospital de cuidados secundários devido a trabalho de parto prematuro, sem causa aparente. Não necessitou de manobras de reanimação e recebeu nota de Apgar de 7 e 8. Está com nove horas de vida, em incubadora aquecida, em uso de oxigênio inalatório a cinco litros por minuto, mantendo saturação de oxigênio de 93%. Apresentou três episódios de apneia com melhora à estimulação tátil, sendo o último episódio há duas horas. Foi realizado cateterismo de veia umbilical e iniciado soro e antibiótico. No momento, apresenta-se hemodinamicamente estável, com temperatura corporal de 36,5 °C, frequência cardíaca de 120 BPM, frequência respiratória de 60 IPM e HGT 70 mg/dl. O bebê será transferido para um hospital terciário localizado há 100 km de distância.

Acerca do transporte do recém-nascido, deve-se considerar que:

- (A) o transporte deverá ser realizado em ambulância de suporte avançado (tipo D), com o recém-nascido intubado, em incubadora aquecida, envolto em saco plástico e monitorizado do ponto de vista respiratório.
- (B) o risco do transporte inter-hospitalar deverá ser calculado através do TRIPS (Transport Risk Index of Physiologic Stability), sendo o mesmo contraindicado se o valor estiver acima de 10 pontos.
- (C) o transporte poderá ser realizado com o recém-nascido em ventilação não invasiva, desde que seja administrada cafeína antes do início do transporte e o bebê esteja devidamente monitorizado do ponto de vista respiratório.
- (D) o transporte deverá ser realizado de helicóptero, com o recém-nascido intubado, em incubadora aquecida e monitorizado do ponto de vista respiratório.

— QUESTÃO 47 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um recém-nascido prematuro está internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal desde o nascimento e encontra-se atualmente com 28 dias de vida, com idade gestacional corrigida de 31 semanas e três dias, em uso de CPAP com fração inspirada de oxigênio de 30%. Recebe dieta enteral plena com oferta calórica adequada para a idade e apresenta ganho ponderal adequado para a idade, com média de 17 g/kg/dia. Durante exame de triagem de rotina do recém-nascido prematuro, foram observados hematócrito de 24%, hemoglobina 7,4 g/dl e reticulócitos de 1%.

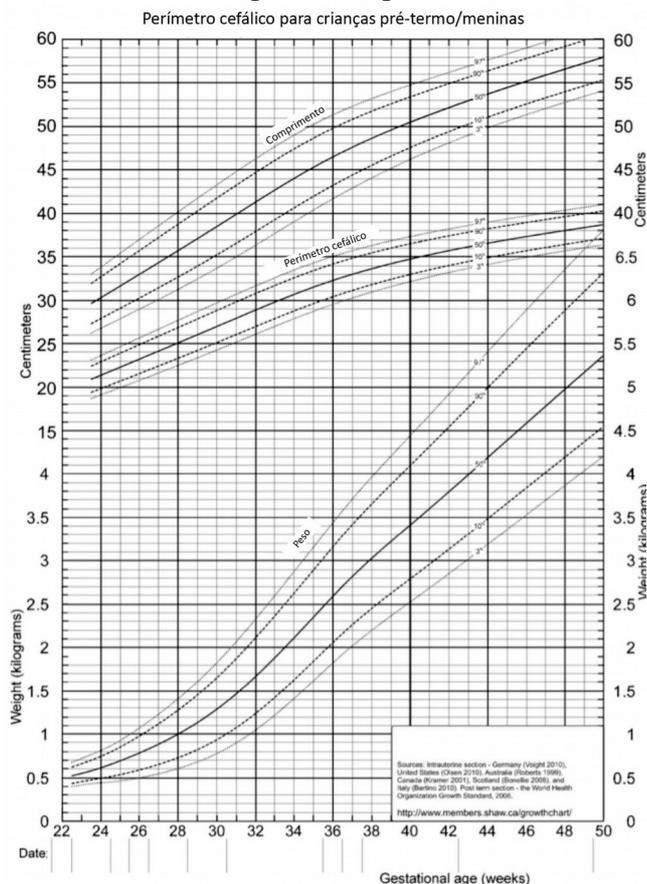
Nesse caso, qual é a melhor conduta a ser tomada?

- (A) Suplementação de ferro.
- (B) Transfusão de concentrado de hemácias.
- (C) Administração de Eritropoetina.
- (D) Observação clínica e realização de outros exames complementares.

— QUESTÃO 48 —

Leia o caso clínico a seguir.

Uma gestante de 24 anos, primigesta, com idade gestacional de 34 semanas e cinco dias, foi admitida pela equipe da obstetria em trabalho de parto e bolsa rota de 30 minutos. Após 20 minutos da admissão, nasceu um bebê do sexo feminino, vigoroso, com nota de Apgar de oito e nove. A mãe realizou uma consulta de pré-natal, não colheu sorologias e refere uso de crack na gestação. As medidas ao nascimento foram: peso de 1400 g, perímetro cefálico de 28 cm e estatura de 40 cm. Avalie o gráfico a seguir.



De acordo com o gráfico, esse recém-nascido classifica-se como:

- (A) termo limítrofe, PIG assimétrico, extremo baixo peso.
- (B) prematuro extremo, PIG simétrico, muito baixo peso.
- (C) prematuro moderado, AIG, baixo peso.
- (D) prematuro tardio, PIG simétrico, muito baixo peso.

— QUESTÃO 49 —

A incidência de perda auditiva na população infantil varia de um a seis por 1000 nascidos vivos normais e de um a quatro por 1000 recém-nascidos atendidos em UTI neonatal, segundo dados de diferentes estudos epidemiológicos publicados, justificando o estabelecimento de um programa de Triagem Auditiva. Conforme recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria, a triagem auditiva deve ser universal, contemplando todos os nascidos vivos, precocemente. São consideradas situações de alto risco para perda auditiva:

- (A) infecções congênitas do grupo STORCH e asfixia perinatal.
- (B) idade gestacional menor que 37 semanas e uso de drogas ototóxicas.
- (C) peso de nascimento menor que 2500 g e sepse neonatal com meningite.
- (D) história familiar de surdez congênita e idade gestacional maior que 40 semanas.

— QUESTÃO 50 —

Para ventilar o recém-nascido prematuro na sala de parto, é preciso levar em consideração os mecanismos fisiológicos da transição respiratória ao nascimento. Nesse contexto, os equipamentos mais utilizados para ventilação em sala de parto são o ventilador manual em T e o balão autoinflável. São vantagens do ventilador manual em T em relação ao balão autoinflável:

- (A) ajuste da frequência respiratória e pressão inspiratória mais consistente.
- (B) pressão inspiratória mais consistente e PEEP mais confiável.
- (C) volume corrente mais consistente e ajuste do tempo inspiratório.
- (D) ajuste da frequência respiratória e ajuste do tempo inspiratório.