



EDITAL n. 04/2018

RESIDÊNCIA MÉDICA - UFG/2019

ESPECIALISTA EM PEDIATRIA

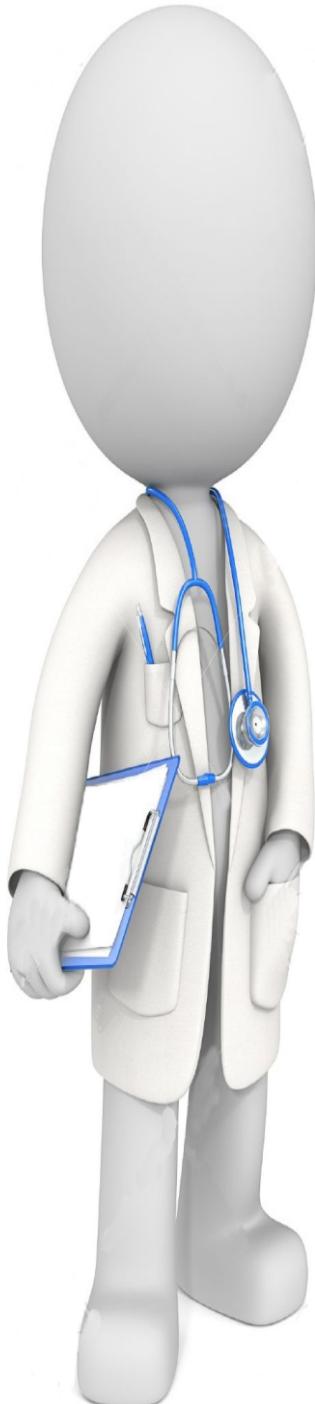
NEONATOLOGIA

11/11/2018

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO
LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

ATENÇÃO: Transcreva no espaço designado da sua
FICHA DE IDENTIFICAÇÃO, com sua caligrafia usual, considerando as letras
maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

Sou a gleba, a gestação, eu sou o amor.



1. Quando for permitido abrir o caderno de provas, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se isso ocorrer, solicite outro exemplar ao aplicador de provas.
2. Este caderno consta de 50 questões objetivas de conhecimentos em Pediatria. Cada questão apresenta quatro alternativas de respostas, das quais apenas **uma** é a correta.
3. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro no preenchimento. Ao recebê-lo, confira se seus dados estão impressos corretamente. Se houver erro, notifique-o ao aplicador de prova.
4. Preencha, integralmente, um alvéolo por questão, rigorosamente dentro de seus limites e sem rasuras, utilizando caneta de tinta AZUL ou PRETA, fabricada em material transparente. A questão deixada em branco, com emenda, corretivo, rasura ou com mais de uma marcação, terá pontuação zero.
5. Esta prova terá **quatro horas** de duração, incluídos, nesse tempo, os avisos, a coleta de impressão digital e a transcrição das respostas para o cartão-resposta. Iniciada a prova, você somente poderá retirar-se do ambiente de realização da prova após decorridas **três horas** de seu início e mediante autorização do aplicador de prova.
6. Os três últimos candidatos, ao terminarem a prova, deverão permanecer no recinto, sendo liberados após a entrega do material utilizado por todos eles, e terão seus nomes registrados em Relatório de Sala, no qual irão colocar suas respectivas assinaturas.

— QUESTÃO 01 —

A escabiose norueguesa ou crostosa é uma forma que ocorre principalmente em crianças imunodeprimidas, com síndrome de Down, desnutridas e prematuras. O tratamento indicado para crianças menores de dois meses é:

- (A) enxofre precipitado a 10% em creme, loção cremosa ou vaselina sólida, com aplicação uma vez à noite, por três noites, e com repetição após uma semana.
- (B) permetrina em loção cremosa a 1 ou 5%, aplicada uma vez, com repetição após uma semana.
- (C) ivermectina, 200 mcg/kg, em dose única.
- (D) deltametrina, loção 20 mg/100 ml, aplicada uma vez ao dia, por dez dias.

— QUESTÃO 02 —

A bronquiolite viral aguda (BVA) é a infecção do trato respiratório inferior mais comum em crianças pequenas. Ocorre mais frequentemente nos primeiros dois anos de vida, com maior incidência em menores de seis meses. São considerados critérios clínicos de gravidade identificados na evolução da BVA:

- (A) idade menor de seis meses, cor branca, sexo masculino, hiperinsuflação torácica difusa e história familiar de atopias.
- (B) intolerância ou inapetência alimentar, letargia, história pregressa de apneia, gemência e cianose.
- (C) identificação do vírus sincicial respiratório (VSR), crepitacões e sibilância.
- (D) tosse produtiva, taquipneia e leucocitose com linfocitose nos exames laboratoriais.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões de **03 a 05**.

Dona M. trouxe seus dois filhos adolescentes à consulta médica. L., sexo masculino, e S., sexo feminino. S. tem 12 anos e 4 meses, enquanto L. tem 15 anos. Ambos foram consultados separadamente, com a presença da mãe na coleta de informações da anamnese, antecedentes pessoais, vida escolar, histórico vacinal e desenvolvimento. Após a saída da mãe, foram abordadas queixas específicas de cada um, vida social, familiar e informações de ordem sexual. A seguir, o exame físico foi realizado, individualmente, pela médica. Posteriormente, a mãe foi chamada para o fechamento do atendimento. Ela estranhou o fato de ter de consultar os filhos separadamente, mas principalmente o fato de ter de sair da sala para que os adolescentes fizessem parte da consulta a sós com a médica. Os motivos não lhe foram explicitados, apenas solicitada a sua saída da sala após suas investigações.

— QUESTÃO 03 —

Os aspectos éticos relativos à consulta do adolescente englobam o seguinte:

- (A) o atendimento deve prever o tempo para a anamnese familiar e a do adolescente. Resguardado sigilo total, não havendo justificativas para quebra do sigilo da anamnese do adolescente.
- (B) o atendimento deve prever tempo para anamnese familiar e do adolescente, o que deve ser explicitado na primeira consulta, colocando as questões de autonomia e sigilo, bem como as justificativas de quebra do sigilo aos pais e ao adolescente.
- (C) a presença de um acompanhante ou terceiro examinador, em consultas de menores de 18 anos, é dispensável, segundo prevê o código de ética médica.
- (D) a privacidade durante a anamnese do adolescente independe da estrutura física do local de atendimento.

— QUESTÃO 04 —

Dona M. está preocupada com o fato de S. não haver iniciado os ciclos menstruais até o momento. Segundo a mãe, reafirmado por S., a adolescente é muito saudável, alimenta-se muito bem porque ela e o irmão são atletas de alto rendimento em natação, com treinos quatro vezes por semana e uma jornada grande de campeonatos. L., com relação a este assunto, pergunta se não poderia fazer musculação também, porque a mãe permite apenas com autorização médica. Ao exame físico, S. está eutrófica do ponto de vista nutricional e, dentro do esperado, na sua curva de crescimento. A maturação sexual está em m3p3. L., igualmente, tem exame físico normal, está eutrófico com maturação g3p4. Quanto à atividade física na adolescência,

- (A) a relação entre as modalidades esportivas indicadas e os estágios de desenvolvimento de Tanner do adolescente inexiste, no que se refere a quesitos como força, habilidades e velocidade.
- (B) a avaliação clínica específica para orientação de atividades físicas e emissão de atestados de aptidão é desnecessária, visto que os adolescentes são, de um modo geral, saudáveis.
- (C) as meninas atletas tendem a apresentar menarca tardivamente, em comparação às não atletas, em média de dois a três anos.
- (D) a orientação sobre o uso de anabolizantes torna-se desnecessária em consulta de adolescentes, uma vez que este grupo etário não se interessa por essa prática.

— QUESTÃO 05 —

Durante a avaliação, foi detectado que S. apresentava vários comedões na face sem, no entanto, apresentar pústulas. L., ao contrário, apresentava além dos comedões, pústulas e pápulas, mas não foram identificados nódulos. Tendo em vista os problemas dermatológicos na adolescência,

- (A) S. apresenta acne de grau II e L., de grau III; nesse caso, deverá ser indicada para ambos medicação sistêmica.
- (B) o tratamento da acne é direcionado à etiopatogenia, sendo que a classificação em graus orienta o tratamento mais indicado.
- (C) a fisiopatologia é multifatorial, desde hiperproliferação e queratinização da epiderme até ação fúngica da Malassezia furfur.
- (D) o uso de medicações sistêmicas é contraindicado, pois não são efetivos no tratamento dessas afecções.

— QUESTÃO 06 —

Leia o caso clínico a seguir.

Dois irmãos procuram o pediatra para saber o motivo de suas alturas serem muito diferentes. A. tem 16 anos e mede 155 cm, refere menarca aos 13,5 anos e afirma ter parado de crescer há dois anos. J., de 17 anos, também parou de crescer há dois anos e está com 178 cm. A mãe mede 160 cm e o pai, 173 cm.

Considerando o histórico dos irmãos,

- (A) a diferença tão grande entre as alturas finais dos irmãos não era esperada.
- (B) as alturas de A. e J. estão dentro do esperado para o perfil familiar.
- (C) a altura de A. está abaixo da esperada para o perfil familiar.
- (D) a altura de J. está acima da esperada para o perfil familiar.

— QUESTÃO 07 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um adolescente de 15 anos, do sexo masculino, está insatisfeito com seu crescimento e maturação puberal. Ao exame físico, apresenta peso e altura no percentil 10, Tanner G1P2.

O achado físico que configura puberdade atrasada é ausência de:

- (A) pelos pubianos aos 13 anos.
- (B) aumento testicular aos 13 anos.
- (C) aumento testicular aos 14 anos.
- (D) aumento do pênis aos 14 anos.

— QUESTÃO 08 —

Leia o caso clínico a seguir.

M., de 16 anos, 186 cm, altura-alvo 175 cm, envergadura 194 cm, testículos 3 ml bilateral, Tanner de pelos 3 e ginecomastia bilateral. Apresenta os seguintes exames laboratoriais: LH 32 (normal 0,3-6), FSH 76 (normal 1-10), testosterona 0,6 ng/dl (normal 2,5-7,0).

Baseado na história clínica e nos resultados laboratoriais, a hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) atraso constitucional do crescimento e da puberdade.
- (B) síndrome de Kallman.
- (C) síndrome de Klinefelter.
- (D) pan-hipopituitarismo.

— QUESTÃO 09 —

Na investigação de dengue na infância,

- (A) a ausência de alterações no hemograma – hemoconcentração e/ou plaquetopenia, após o terceiro dia de febre – exclui o diagnóstico de dengue e, portanto, outros exames devem ser realizados em busca do diagnóstico definitivo.
- (B) a presença de vômitos persistentes em lactentes não deve ser considerada como sinal de alerta para dengue grave nesta faixa etária, pois eles apresentam esses vômitos por diversos motivos, como doença do refluxo gastroesofágico e alergia ao leite de vaca.
- (C) o isolamento viral, realizado a partir do sétimo dia da febre, é importante ferramenta para acompanhamento epidemiológico da doença, mas o seu alto custo inviabiliza a realização em todos os casos.
- (D) a prova do laço, em crianças, deve ser realizada durante três minutos e é importante lembrar que ela pode ser negativa durante o choque.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 10 —

Leia o caso clínico a seguir.

Uma menina de cinco meses, com quadro de febre há 23 horas, acompanhada de vômitos (quatro episódios) e chorando muito; sem outros sintomas. Antecedentes: a mãe refere que a criança manifestou vários quadros gripais e tem alergia a dipirona. Não trouxe o cartão de vacinação. A mãe informa ainda que algumas vacinas estão atrasadas porque a criança teve febre alta após vacinar-se, então o pai foi contra as vacinas. O exame físico é bastante dificultado pelo choro persistente. Foram observadas desidratação leve e temperatura axilar de 39,6 °C. Ao final da consulta, a criança apresentou convulsão que cessou rapidamente, antes que houvesse tempo para aplicar anti-convulsivante.

A conduta imediata será:

- (A) abaixar a febre, preferencialmente com dipirona via endovenosa, realizar hemograma, EAS, urocultura e deixar em observação.
- (B) prescrever paracetamol, hidratação venosa e realizar punção lombar.
- (C) prescrever antitérmico, anticonvulsivante e soro de manutenção; deixar em observação, mínimo de 24 horas. Solicitar o cartão de vacinação.
- (D) realizar hemograma, EAS, urocultura, hemocultura e radiografia de tórax. Após normalização da temperatura, prescrever soro oral e manter em observação até os resultados dos exames.

— QUESTÃO 11 —

Em pacientes com ITU (infecção do trato urinário) e febril devem ser evitadas drogas que apresentam excreção urinária, mas não apresentam níveis séricos adequados, como a

- (A) cefalexina.
- (B) amoxicilina.
- (C) nitrofurantoína.
- (D) ciprofloxacina.

— QUESTÃO 12 —

Livre desde 1990 da poliomielite, o Brasil corre o risco de voltar a sofrer com a doença, conhecida também como paralisia infantil. O Ministério da Saúde apontou 312 municípios de diferentes estados em que a cobertura vacinal está abaixo dos 50% entre crianças menores de um ano de idade. Assim, no Brasil, com relação à vacinação da criança e do adolescente:

- (A) a vacina oral de poliomielite (VOP) é utilizada há muito tempo e pode ser empregada desde o nascimento de maneira segura e eficaz.
- (B) a VOP, constituída de vírus atenuado, pode ser empregada em indivíduos com imunodeficiências congênitas ou adquiridas, sem riscos de poliomielite vacinal.
- (C) a vacina VIP (pólio inativada) é injetável e mais segura por ter em sua composição apenas os poliovírus tipos 1 e 2.
- (D) a VOP, a partir de 2016, é uma vacina bivalente, composta de dois poliovírus: tipos 1 e 3, pois o tipo 2 é associado a casos de poliomielite vacinal.

— QUESTÃO 13 —

Leia o caso clínico a seguir.

Durante a primeira consulta de puericultura, a mãe de um lactente do sexo masculino, com seis meses de vida, nascido de parto cesariano por história materna de cesáreas prévias, relata ter observado que o bebê apresenta lacrimejamento contínuo no olho direito, acompanhado de conjuntiva avermelhada e "dilatação da pupila". A mãe refere ainda que o lactente apresenta-se irritado durante o dia, acalmando-se durante a noite e em ambientes escuros. À inspeção ocular, observa-se aumento do globo ocular e da trama vascular da conjuntiva, com diferença no tamanho das córneas.

Entre as causas congênitas de alterações oculares, a principal hipótese diagnóstica para o caso é:

- (A) retinoblastoma.
- (B) catarata.
- (C) glaucoma.
- (D) conjuntivite.

— QUESTÃO 14 —

Leia o caso clínico a seguir.

Escolar do sexo feminino, de oito anos, é levada ao pronto-socorro com história de febre há 24 horas, acompanhada de calafrios, fraqueza progressiva, náuseas, dor e inchaço do joelho direito e cefaleia. A mãe refere que a filha faz acompanhamento com reumatologista há um ano devido a “reumatismo no sangue” e uso de benzeta-cil uma vez por mês. Estava bem antes do início do quadro e fez tratamento de cárie há cinco dias. Ao exame, a paciente encontra-se em regular estado geral, temperatura axilar ($38,9^{\circ}\text{C}$), taquicardia (frequência cardíaca 160 BPM), dispneica, sopro pancardíaco 6+/6+, figado a 3 cm do rebordo costal direito e Traube ocupado à percussão.

Baseando-se no diagnóstico da doença preexistente e nas informações fornecidas pela mãe, a hipótese diagnóstica para o quadro atual é:

- (A) endocardite bacteriana.
- (B) insuficiência cardíaca.
- (C) derrame pericárdico.
- (D) miocardite viral.

— QUESTÃO 15 —

Leia o caso clínico a seguir.

Durante avaliação de rotina de puericultura, um lactente com dois meses de vida, com desenvolvimento pondero-estatural normal e sem alterações neurológicas, é observada a presença de hemangioma plano e hipertricose na região lombar, como demonstrado na foto abaixo.



A anomalia do sistema nervoso central mais comumente associada a tais achados é:

- (A) meningocele.
- (B) espinha bífida.
- (C) cisto epidermoide.
- (D) mielomeningocele.

— QUESTÃO 16 —

Crianças com doença diarréica aguda são mais suscetíveis a desidratação do que os adultos. A desidratação deve ser avaliada e corrigida rapidamente. Para a grande maioria das crianças nessa situação, é indicado o soro de reidratação oral. Pela Organização Mundial da Saúde, a osmolaridade do soro deve ser:

- (A) 75 mEq/L de sódio; 50 mEq/L de cloro; 20 mEq/L de potássio e 75 mmol/L de glicose, com osmolaridade de 245 Osm/L.
- (B) 20 mEq/L de sódio; 50 mEq/L de cloro; 50 mEq/L de potássio; 134 mMol/L de glicose, com osmolaridade de 175 Osm/L.
- (C) 125 mEq/L de sódio; 64 mEq/L de cloro; 20mEq/L de potássio e 125mmol/L de glicose, com osmolaridade de 350 Osm/L.
- (D) 90 mEq/L de sódio; 64 mEq/L de cloro; 20 mEq/L de potássio e 111 mmol/L de glicose, com osmolaridade de 311 Osm/L.

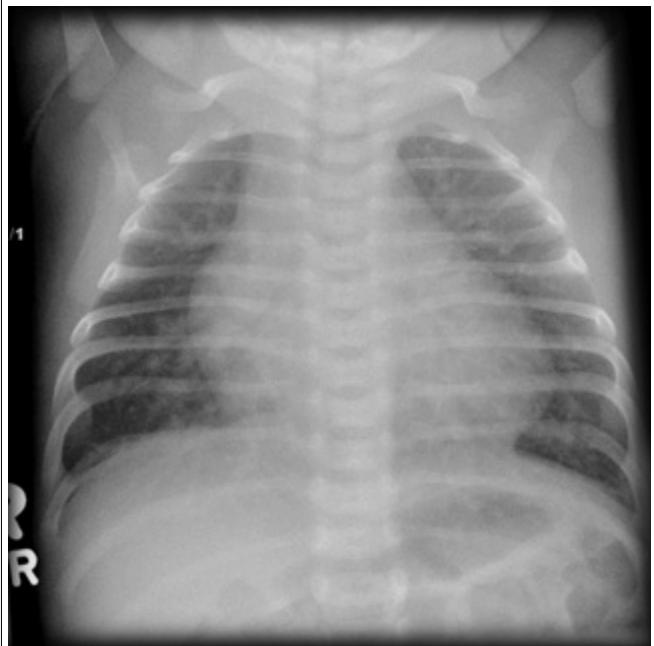
— QUESTÃO 17 —

Cerca de um a dois em cada 1000 recém-nascidos vivos apresentam cardiopatia congênita crítica. Em torno de 30% destes recém-nascidos recebem alta hospitalar, sem o diagnóstico, e evoluem para choque, hipóxia ou óbito precoce, antes de receber tratamento adequado. Nesse sentido, a aferição da oximetria de pulso (teste do coraçãozinho), de forma rotineira, mesmo em recém-nascidos aparentemente saudáveis com idade gestacional > 34 semanas, tem mostrado uma elevada sensibilidade e especificidade para detecção precoce dessas cardiopatias. Este teste

- (A) deve ser realizado em duas aferições da oximetria, sendo uma em um dos membros superiores e a outra em um dos membros inferiores. Para a adequada aferição, é necessário que o recém-nascido esteja com as extremidades aquecidas e o monitor evidencie uma onda de traçado homogêneo.
- (B) é melhor ser realizado após 24 horas de vida, já que o canal arterial pode levar de 12 a 24 horas para o seu fechamento virtual, resultando em testes falsos-negativos, sobretudo nas cardiopatias canal-dependentes.
- (C) requer, para os casos de alta precoce, que os pais sejam orientados a retornar com o bebê entre 24 e 48 horas de vida, tempo ideal para a aferição.
- (D) indica, se for positivo, a solicitação de ecocardiograma. Se a criança apresentar algum sintoma aparente de doença cardíaca, o exame precisa ser realizado antes mesmo da alta hospitalar.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões **18 e 19**.

Uma lactente de cinco meses é atendida no ambulatório de pediatria com queixa de dificuldade para mamar e ganhar peso. A mãe relata que a criança mamava bem até o primeiro mês de vida, mas que vem diminuindo o tempo de mamada, soltando o seio materno em menos de cinco minutos de succção, o que a faz pensar que a amamentação está insuficiente. A mãe relata também que a criança já teve dois episódios de pneumonia nos últimos dois meses. A criança apresentava-se com baixo ganho nas curvas de peso e crescimento, e ao exame foram observados taquidispneia leve, sopro sistólico ++/6+ rude, melhor audível em bordo esternal esquerdo médio e baixo, além de hepatomegalia de 2 cm. A radiografia de tórax e o eletrocardiograma foram realizados. O eletrocardiograma mostrou sinais de sobrecarga do ventrículo esquerdo e a radiografia é apresentada a seguir.



— QUESTÃO 18 —

Nesse caso, qual é a principal hipótese diagnóstica?

- (A) Defeito do septo atrioventricular.
- (B) Tetralogia de Fallot.
- (C) Comunicação interatrial.
- (D) Comunicação interventricular.

— QUESTÃO 19 —

Para a hipótese diagnóstica apresentada, qual é o tratamento proposto?

- (A) Restrição hídrica, diurético e vasodilatador.
- (B) Correção cirúrgica imediata.
- (C) Seguimento clínico até um ano de vida, quando o defeito tem chance de se resolver espontaneamente.
- (D) Restrição hídrica e drogas inotrópicas.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões **20 e 21**.

Uma gestante com 35 semanas de idade gestacional evolui para trabalho de parto sem causa aparente. No pré-natal, não foi realizada pesquisa para estreptococo B. A gestante chegou em período expulsivo, com bolsa rota no ato e o bebê nasceu por parto vaginal, em boas condições e, após a avaliação inicial, foi liberado para o alojamento conjunto, com duas horas de vida, ativo e com boa succção. Com 12 horas de vida, o bebê passou a apresentar succção débil, hipoatividade, hipoglicemia e apneia, sendo levado para a unidade de cuidados intermediários, onde foram realizados os seguintes exames:

hemograma: Hb = 15, Ht = 48, 4.500 leucócitos (3% mielócitos, 10% bastões, 60% segmentados), 120.000 plaquetas. PCR: 8,5 (VN <1). Gasometria arterial com discreta acidose metabólica compensada.

— QUESTÃO 20 —

A principal hipótese diagnóstica e o respectivo tratamento são:

- (A) sepse neonatal precoce; cefalosporina de 3ª geração.
- (B) sepse neonatal precoce; ampicilina e aminoglicosídeo.
- (C) sepse neonatal tardia; cefalosporina de 3ª geração.
- (D) sepse neonatal tardia; ampicilina e aminoglicosídeo.

— QUESTÃO 21 —

Para a complementação diagnóstica,

- (A) a coleta da hemocultura é desnecessária se não tiver sido realizada antes da primeira dose de antibiótico.
- (B) a nova coleta de hemograma e PCR deve ser realizada em 72 horas e, caso os resultados sejam normais, deve-se suspender o antibiótico.
- (C) a coleta e a análise de liquor devem ser realizadas pelo risco de meningite associada.
- (D) a radiografia de tórax é dispensável por não haver sintomas respiratórios.

— QUESTÃO 22 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um lactente de um ano de idade vem evoluindo há três dias com febre, tosse, coriza e conjuntivite. Ao ser avaliado no pronto-socorro, além de conjuntivite e congestão nasal, observou-se a presença da seguinte lesão em mucosa jugal.



A família foi orientada a dar antitérmico, observar os sintomas e retornar, caso a febre persistisse. Porém, após menos de 12 horas, a criança retorna apresentando um exantema eritematoso maculopapular de progressão craniocaudal, que a mãe relata ter começado atrás das orelhas e que já se espalhou para o resto do corpo, como na imagem a seguir.



Baseado na história clínica e nas imagens acima, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) coxsackiose.
- (B) dengue.
- (C) sarampo.
- (D) rubéola.

— QUESTÃO 23 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um recém-nascido de 39 semanas de idade gestacional nasceu por parto vaginal. O bebê chorou forte e apresentou movimentos ativos tão logo foi extraído da mãe.

Neste caso, qual é o tempo mínimo recomendado para realizar o clampeamento do cordão umbilical?

- (A) 15 segundos.
- (B) 30 segundos.
- (C) 45 segundos.
- (D) 60 segundos.

— QUESTÃO 24 —

Leia o caso clínico a seguir.

L. M. E., de três anos, do sexo masculino, iniciou há três semanas quadro de edema periorbitário que progrediu para anasarca. A mãe refere espumúria, nega diminuição do volume urinário, nega colúria. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, hidratado, corado, afebril. Aparelho respiratório e cardiovascular sem alterações. Abdome globoso, indolor, sem vísceras palpáveis, presença de maciez móvel. Edema em membros inferiores: 3+/4+. Ausência de lesões de pele. Pressão arterial: 87x55 mm Hg (abaixo do percentil 90). Peso seco: 18 kg. Peso na admissão: 21 kg. O médico assistente solicitou exames que vieram sugestivos de síndrome nefrótica da infância.

Quanto à proteinúria de 24 horas, a partir de qual valor deve-se considerar como proteinúria nefrótica para essa criança?

- (A) 3.500 mg/24 horas.
- (B) 3.000 mg/24 horas.
- (C) 1.500 mg/24 horas.
- (D) 900 mg/24 horas.

— QUESTÃO 25 —

No paciente pediátrico portador de glomerulonefrite aguda, é indicação obrigatória de biópsia renal:

- (A) a primeira descompensação.
- (B) o edema persistente por mais de 15 dias.
- (C) o C3 diminuído, persistente, por mais de oito semanas.
- (D) a presença de proteinúria.

— QUESTÃO 26 —

Leia o caso clínico a seguir.

Uma gestante de 30 anos, multípara, com 39 semanas de idade gestacional, está no centro obstétrico quando se percebe, com a ruptura da bolsa, a presença de líquido amniótico meconial espesso. O bebê nasce hipotônico e sem movimentos respiratórios.

Neste momento, a conduta do pediatra é:

- (A) orientar o obstetra a aspirar boca e narinas do bebê logo após o desprendimento do polo cefálico, antes de levar o recém-nascido à mesa de reanimação.
- (B) orientar o obstetra a não aspirar a boca do bebê logo após o desprendimento do polo cefálico e entrar em campo cirúrgico para que ele mesmo possa fazer a aspiração, sob visão direta, para remover o meconíio da hipofaringe e traqueia.
- (C) levar o recém-nascido à mesa de reanimação, prover calor, posicioná-lo com o pescoço em leve extensão e fazer aspiração, sob visão direta, para remover o meconíio da hipofaringe e traqueia.
- (D) levar o recém-nascido à mesa de reanimação, prover calor, posicioná-lo com o pescoço em leve extensão, aspirar suavemente boca e narinas e, se ainda apresentar apneia, respiração irregular ou FC<100 bpm, iniciar ventilação por pressão positiva com máscara facial e ar ambiente nos primeiros 60 segundos de vida.

— QUESTÃO 27 —

Leia o caso clínico a seguir.

O pediatra é o líder da equipe de reanimação neonatal do plantão e, junto com a sua equipe, atende ao nascimento de um bebê com idade gestacional de 29 semanas e com descolamento prematuro de placenta. Após o clampeamento imediato do cordão, o neonato foi levado à mesa de reanimação para a realização dos passos iniciais. Após 30 segundos, o recém-nascido apresentava frequência cardíaca de 55 bpm e apneia. A ventilação por pressão positiva foi iniciada com ventilador mecânico em T e máscara, com oferta de oxigênio a 40%, sem melhora, mesmo após a correção da técnica. A intubação traqueal foi indicada e mesmo com a técnica correta de ventilação a frequência cardíaca permaneceu em 65 bpm. A concentração de oxigênio foi elevada para 60% e após 30 segundos de ventilação com pressão positiva, a frequência cardíaca caiu para 55 bpm.

Nesta condição, qual deverá ser a próxima orientação?

- (A) Aumentar a concentração de oxigênio para 100%, deslocar quem está ventilando para o lado e iniciar massagem cardíaca com o reanimador cardíaco atrás da cabeça do neonato, utilizando a técnica dos polegares sobrepostos, por 60 segundos.
- (B) Aumentar a concentração de oxigênio para 80%, iniciar massagem cardíaca posicionando o reanimador cardíaco do lado do neonato, utilizando a técnica dos polegares justapostos de forma sincrônica com a ventilação, por 60 segundos.
- (C) Checar novamente a técnica da ventilação, aumentar a concentração do oxigênio para 70% e reavaliar após 30 segundos, considerando a necessidade de passagem do cateter umbilical de emergência, simultaneamente ao início da massagem cardíaca.
- (D) Checar novamente a técnica da ventilação, aumentar a concentração do oxigênio para 100% e reavaliar após 30 segundos, considerando instilação de adrenalina na cânula traqueal, simultaneamente ao início da massagem cardíaca.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 28 —

Leia o caso clínico a seguir.

Uma gestante de 28 anos, primigesta, com 37 semanas e cinco dias de idade gestacional e pré-natal adequado, foi admitida na maternidade, em trabalho de parto e com sangramento de pequena monta. A cesárea foi indicada imediatamente, pela suspeita de descolamento prematuro de placenta. O bebê nasceu com bom tônus e choro forte.

Com relação ao clampeamento do cordão, a conduta correta é solicitar ao obstetra realizar:

- (A) a ordenha, seguida de clampeamento imediato do cordão, e colocar o RN em contato pele a pele com a mãe, para estabelecer o vínculo afetivo e propiciar a colonização do bebê com germes maternos.
- (B) o clampeamento imediato do cordão, levar o recém-nascido à mesa de reanimação, pois a circulação placentária estava comprometida, não havendo, nessa situação, benefícios no clampeamento tardio.
- (C) o clampeamento tardio do cordão umbilical e, na sequência, colocar o recém-nascido em contato pele a pele com a mãe, para estabelecer o vínculo afetivo e propiciar colonização do bebê com germes maternos.
- (D) o clampeamento tardio do cordão umbilical e, na sequência, levar o recém-nascido à mesa de reanimação, pois se trata de um prematuro limítrofe, com risco aumentado de hipotermia.

— QUESTÃO 29 —

O sarampo permanece como uma doença endêmica em diversos continentes, tendo sido confirmados mais de 120.000 casos no primeiro semestre de 2018. A queda nas taxas de cobertura vacinal é um dos principais fatores implicados e, de acordo com a OPAS/OMS, recomenda-se que mantenha 95% de cobertura vacinal, com homogeneidade nos diversos municípios. São considerados vacinados os seguintes grupos de pessoas:

- (A) entre 12 meses e 29 anos, que comprovem duas doses da vacina tríplice viral (sarampo/caxumba/rubéola); entre 30 e 49 anos, que comprovem uma dose da vacina tríplice viral; profissionais de saúde, independente da idade, com duas doses da vacina tríplice viral.
- (B) entre seis meses e cinco anos que comprovem duas doses da vacina tríplice viral (sarampo/caxumba/rubéola); entre seis e 49 anos, que comprovem uma dose da vacina tríplice viral; profissionais de saúde, independente da idade, com duas doses da vacina tríplice viral.
- (C) entre 12 meses e 29 anos, que comprovem duas doses da vacina tríplice viral (sarampo/caxumba/rubéola); entre 30 e 49 anos, que comprovem uma dose da vacina tríplice viral; profissionais de saúde, independente da idade, com uma dose da vacina tríplice viral.
- (D) entre seis meses e cinco anos, que comprovem duas doses da vacina tríplice viral (sarampo/caxumba/rubéola); entre seis e 49 anos, que comprovem uma dose da vacina tríplice viral; profissionais de saúde, independente da idade, com uma dose da vacina tríplice viral.

— QUESTÃO 30 —

Desde 2017, o Brasil vem apresentando casos de óbito por febre amarela, sendo que a recomendação da vacina foi ampliada para diversas regiões do país que antes não vacinavam rotineiramente. Neste caso, mulheres que residem em local próximo onde vem ocorrendo a confirmação de circulação do vírus, que nunca foram vacinadas e que amamentam lactentes menores de seis meses de idade, devem

- (A) vacinar e não suspender o aleitamento materno.
- (B) vacinar e suspender o aleitamento materno por 10 dias, após a vacinação.
- (C) manter a amamentação e vacinar após o bebê completar seis meses de vida.
- (D) manter a amamentação e vacinar após o bebê completar nove meses de vida.

— QUESTÃO 31 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um bebê, que nasceu com 35 semanas de idade gestacional e que agora apresenta seis meses de idade cronológica, é avaliado em consulta de rotina e, apesar de um bom desenvolvimento somático (peso, estatura e perímetro céfálico), a mãe acha que o desenvolvimento neurológico do bebê está atrasado. Ao exame físico, a criança sustenta a cabeça e fica sentada apenas com suporte completo do tronco, apanha objetos leves e leva-os à boca, mas não os transfere de uma mão para a outra, sorri para a mãe e resmunga quando ela se afasta. Quando colocado na maca, não consegue rolar sem ajuda, não segura os próprios pés, não balbucia, apesar de emitir vogais (“aaa”, “eee”) e gritar.

Diante do exposto, pode-se informar à família que

- (A) o bebê tem um atraso neurológico importante que não se justifica pela prematuridade, provável erro inato do metabolismo, e deve ser encaminhado com urgência para avaliação do neuropediatra.
- (B) o bebê tem um atraso neurológico moderado, provavelmente em decorrência de alguma lesão neurológica secundária à prematuridade e deve ser encaminhado para avaliação do neuropediatra.
- (C) o bebê tem um atraso neurológico leve, aceitável quando avaliado pela idade gestacional corrigida, que se ajustará ao longo dos primeiros 18 a 24 meses de vida, sendo necessário apenas o seguimento pediátrico.
- (D) o bebê não tem atraso neurológico e deve ser mantido apenas o seguimento pediátrico.

— QUESTÃO 32 —

Nos últimos anos, mesmo com as recomendações usuais dos pediatras sobre o risco do andador, ele continua a ser muito popular, sendo utilizado por cerca de 60 a 90% dos lactentes entre seis e quinze meses de idade. Sobre o uso do andador, deve-se levar em conta o seguinte:

- (A) os acidentes na infância, como queimaduras, intoxicações e afogamentos, podem estar relacionados diretamente com o uso do andador, mas na grande maioria das vezes ocorrem quedas, sendo cerca de 80% em escadas.
- (B) as crianças que sofreram traumatismos com andadores, cerca de 70%, não estavam sob a supervisão de um adulto, sendo a independência que o andador confere à criança a principal razão para que ela se afaste do cuidador com mais facilidade.
- (C) os andadores aumentam o atraso motor por propiciar o desenvolvimento do vício de postura para caminhar em ponta de pé, atrapalhando a deambulação, apesar de não aumentar o risco de quedas ou outros acidentes na infância.
- (D) os andadores dão mais segurança e independência às crianças, promovendo melhor desenvolvimento motor, auxiliando no treinamento da marcha e estimulando a prática do exercício físico, mas, em decorrência dos riscos dos acidentes relacionados, seu uso não é recomendado.

— RASCUNHO —**— QUESTÃO 33 —**

As cardiopatias congênitas são importantes causas de morbidade e mortalidade neonatal, principalmente as cardiopatias cianogênicas. As cardiopatias críticas dependentes de canal arterial devem ser prontamente reconhecidas e o adequado tratamento instituído para que mortalidade seja reduzida no período neonatal. As duas cardiopatias consideradas canal dependente são:

- (A) Síndrome de hipoplasia do coração esquerdo e interrupção crítica de aorta.
- (B) Comunicação interatrial e atresia pulmonar.
- (A) Comunicação interventricular e atresia tricúspide.
- (B) Atresia de pulmonar e defeito de septo atrioventricular parcial.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões 34 e 35.

Um pediatra realizará a sala de parto de um recém-nascido com diagnóstico prévio, por amniocentese, de trissomia do cromossomo 13. A família foi esclarecida sobre o prognóstico reservado da síndrome e todos estão cientes de que metade dessas crianças morre dentro do primeiro mês de vida e 90% morrem antes do primeiro ano de vida por complicações cardíacas, renais ou neurológicas. Os pais manifestam o desejo de que o bebê não seja reanimado, caso necessite.

— QUESTÃO 34 —

Nessas condições, o desejo dos pais

- (A) não pode ser atendido, por se tratar de eutanásia, ato não permitido nem pelo Conselho Federal de Medicina e nem pela lei brasileira.
- (B) não pode ser atendido, por se tratar de eutanásia, ato permitido pela lei brasileira e não permitido pelo Conselho Federal de Medicina.
- (C) pode ser atendido, por se tratar de ortotanásia, mas não deve ser registrado em prontuário por se tratar de ato ainda em discussão no Conselho Federal de Medicina.
- (D) pode ser atendido, por se tratar de ortotanásia, e deve ser registrado em prontuário por se tratar de ato respaldado tanto pelo Conselho Federal de Medicina quanto pela lei brasileira.

— QUESTÃO 35 —

O bebê nasceu em condições regulares, Apgar 7 e 8, com desconforto respiratório leve, sendo mantido em capacete de oxigênio a 30%. Após avaliação inicial, observou-se que o neonato apresentava fissura labial e fenda palatina, cardiopatia congênita (defeito do septo atrioventricular) e neurológica (holoprosencefalia semilobar). Diante do exposto,

- (A) o tratamento curativo não é possível e o tratamento paliativo, abreviando a etapa final de vida, deve ser instituído.
- (B) a criança deve ser encaminhada para as devidas correções cirúrgicas, pois a participação dos pais nas decisões de risco de morte, neste caso, não é necessária.
- (C) os cuidados devem ser dirigidos à criança, repassados para a família, podendo ela receber alta hospitalar, mesmo com o risco de evoluir para hipertensão intracraniana e insuficiência cardíaca.
- (D) as crenças e os ritos religiosos da família devem ser evitados enquanto a criança estiver internada, pois a circulação de pessoas aumenta os índices de infecção hospitalar.

— QUESTÃO 36 —

Segundo a Organização Mundial da Saúde, nas últimas décadas, houve um crescimento da dengue em nível mundial de 30 vezes, acometendo hoje mais de 100 países, com metade da população mundial vivendo em áreas endêmicas da doença e com risco de transmissão. Em 2016, no Brasil, foi licenciada uma vacina que, por ora, encontra-se disponível apenas em serviços privados de imunização do país. Esta vacina

- (A) é de vírus morto, tetravalente, composta de抗ígenos de membrana de quatro cepas recombinantes do vírus de dengue.
- (B) está licenciada em nosso país para indivíduos de 9 a 45 anos de idade no esquema de três doses: 0, 3 e 6 meses.
- (C) demonstrou em indivíduos previamente infectados pelo vírus de dengue uma melhor eficácia em comparação com aqueles nunca expostos, porém, ela pode ser feita com segurança em ambos os grupos.
- (D) requer melhor avaliação, levando em conta discussões aprofundadas em relação à logística, coberturas esperadas, dados de eficácia e proteção de grupo, duração de proteção e questões econômicas para sua introdução no Programa Nacional de Imunizações (PNI).

— QUESTÃO 37 —

Leia o caso clínico a seguir.

Uma gestante, com 32 semanas de idade gestacional, é admitida na maternidade, em trabalho de parto no período expulsivo. O pediatra não tem tempo de conferir a anamnese e, após o atendimento inicial e estabilização do bebê, observa que a medida do perímetro céfálico do bebê foi de 26,5 cm (menor que -2 desvios padrões da curva de Intergrowth).

Diante deste quadro, além da infecção pelo zika vírus, podem ser consideradas as seguintes hipóteses diagnósticas:

- (A) citomegalovirose, toxoplasmose e transtornos genéticos.
- (B) citomegalovirose, uso de drogas ilícitas e infecção pelo estreptococo B.
- (C) toxoplasmose, rubéola e hipotireoidismo congênito.
- (D) uso de drogas ilícitas, rubéola e hepatite C.

— QUESTÃO 38 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um lactente de um ano de idade vem apresentando, nos últimos três dias, febre, espirros, coriza, inapetência e obstrução nasal. Hoje apresentou diarreia e a mãe está muito preocupada porque a febre é alta, cede lentamente e volta com intervalos menores que seis horas. Ao exame, a criança encontra-se em bom estado geral, afebril, hidratada, com importante hiperemia, hipertrofia e exsudato em amígdalas bilateralmente.

A conduta a ser adotada é:

- (A) penicilina benzatina, na dose de 600.000 UI, intramuscular, em dose única e antitérmicos.
- (B) amoxacilina, na dose de 50 mg/kg/dia, via oral, por 10 dias e antitérmicos.
- (C) nimesulida na dose de uma gota (2,5 mg)/kg/dose, em intervalos de 12 em 12 horas e antitérmicos.
- (D) antitérmicos e solução salina nasal.

— QUESTÃO 39 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um lactente de quatro meses de idade, que foi prematuro de 29 semanas, recebeu alta aos dois meses de idade cronológica, mas necessitando de oxigênio domiciliar, sob cateter nasal. Sabe-se que o pulmão do bebê prematuro pode se recuperar ao longo dos anos, mas é importante que não sofra mais agressões, sobretudo aquelas causadas pelo vírus sincicial respiratório, principal causa das bronquiolites virais.

No caso desta criança, para a prevenção de bronquiolite, além de higienização das mãos, incentivo ao aleitamento materno e retardo da entrada em creches e escolas, a aplicação do anticorpo monoclonal Palivizumabe, mensalmente, nos meses de sazonalidade do vírus, deve ser realizada com:

- (A) até dois anos de idade.
- (B) até um ano de idade.
- (C) até seis meses de idade.
- (D) até três meses de idade.

— QUESTÃO 40 —

Leia o caso clínico a seguir.

Uma gestante, com idade gestacional de 24 semanas, fez o primeiro ultrassom morfológico, no qual foi visibilizada a presença de defeito paraumbilical da parede abdominal com herniação visceral em aspecto típico de couve-flor. Diante do caso, o obstetra solicitou dosagem de alfafetoproteína, que se encontrava bastante elevada.

Quais são a hipótese diagnóstica e o tratamento para este caso?

- (A) Gastrosquise e tratamento cirúrgico.
- (B) Gastrosquise e tratamento conservador.
- (C) Onfalocele e tratamento cirúrgico.
- (D) Onfalocele e tratamento conservador.

— QUESTÃO 41 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um recém-nascido, com idade gestacional de 36 semanas, que nasceu por parto cirúrgico indicado por sofrimento fetal agudo, apresentou parada cardiorrespiratória logo após o nascimento e foi reanimado por dez minutos, com necessidade de ventilação com pressão positiva, intubação traqueal, massagem cardíaca e adrenalina venosa. Recebeu Apgar 0/2/5/7 e evoluiu com alterações neurológicas, sendo classificado pela escala de Sarnat-Sarnat como grave. A gasometria de cordão coletada apresentou o seguinte resultado: pH = 6,98, PCO₂ = 42, PO₂ = 56, bicarbonato = 7 e BE = -15.

Diante do quadro clínico e da gasometria de cordão, qual tratamento imediato deverá ser instituído?

- (A) Correção da gasometria com bicarbonato de sódio em quatro horas.
- (B) Expansão com soro fisiológico 20 mL/kg em 15 minutos.
- (C) Hipotermia terapêutica, já iniciando o resfriamento na sala de parto.
- (D) Aumento dos parâmetros da ventilação mecânica para manter PCO₂ abaixo de 35 mmHg.

— QUESTÃO 42 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um recém-nascido, com idade gestacional de 40 semanas, foi avaliado pelo pediatra na sala de parto que observou no exame físico: hepatomegalia, esplenomegalia, icterícia colestática, circulação colateral em abdome, microcefalia, reflexo vermelho alterado bilateralmente (totalmente branco) e baixo peso de nascimento (1,7 kg). Foram solicitados exames laboratoriais, de imagem e avaliação de fundo de olho. O fundo de olho confirmou a presença de catarata bilateral e coriorretinite. A tomografia de crânio evidenciou presença de calcificações periventriculares. O hemograma apresentava anemia, plaquetopenia e leucopenia, além de alteração da função hepática. A mãe não realizou as sorologias de primeiro trimestre e nega sintomas de arbovirose durante a gestação.

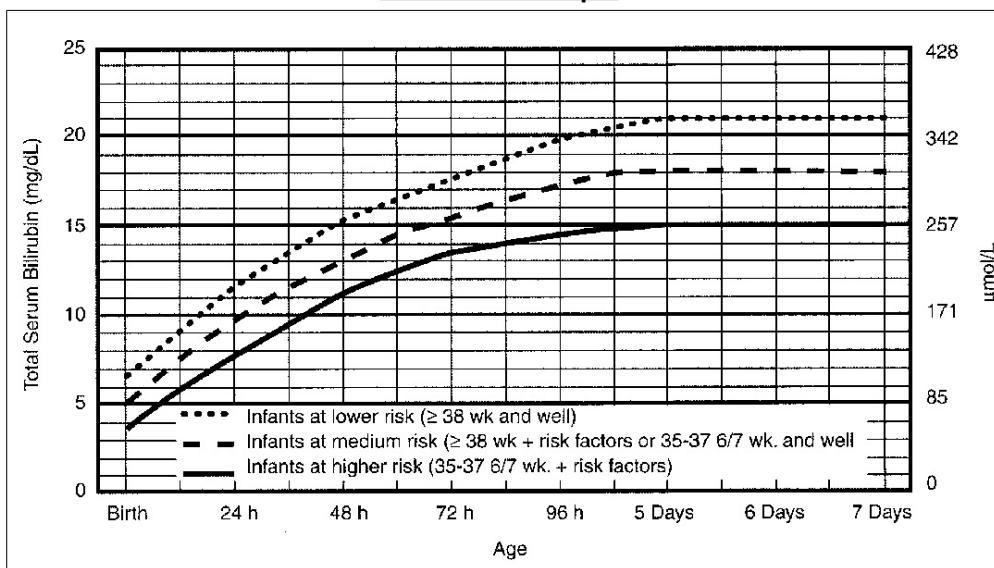
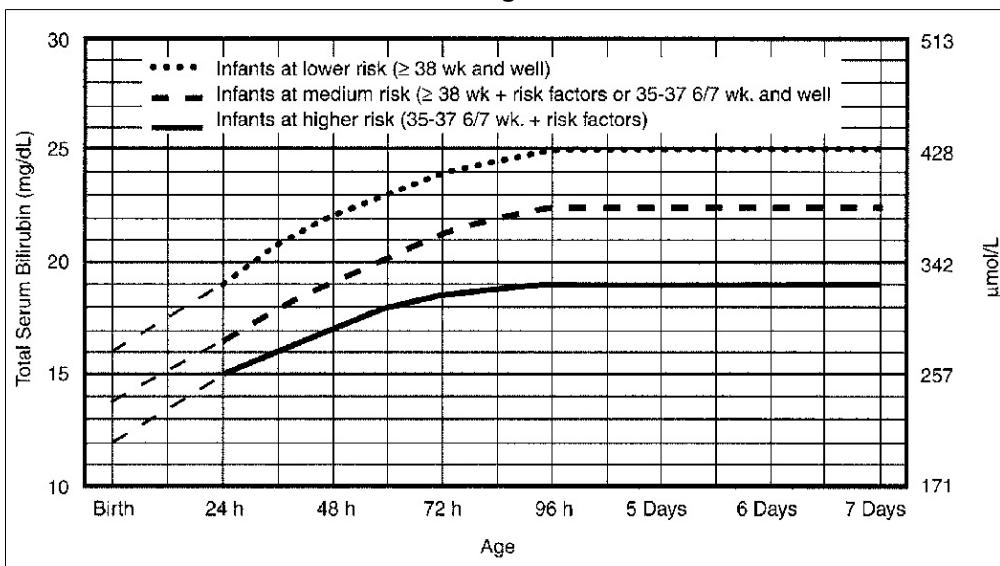
Qual é o diagnóstico provável e que tratamento deverá ser instituído assim que o diagnóstico for confirmado?

- (A) Sífilis congênita e penicilina cristalina.
- (B) Toxoplasmose congênita e sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico.
- (C) Herpes congênita e aciclovir.
- (D) Citomegalovirose congênita e ganciclovir.

— QUESTÃO 43 —

Analise o caso clínico, considerando os gráficos apresentados a seguir.

No pronto-socorro de pediatria é admitido um lactente com 48 horas de vida, peso de nascimento 3500 gramas, idade gestacional de 40 semanas, que nasceu em casa, por parto vaginal. Ao exame físico, o bebê apresentava icterícia importante, até zona quatro de Kramer. O tipo de sangue da mãe é O positivo e do recém-nascido é B positivo. Foram coletados exames laboratoriais: bilirrubina total 18 mg/dL, bilirrubina indireta 17.5 mg/dL, hemoglobina 13, hematócrito 38%, reticulócitos 4%, Coombs direto positivo ++/4+.

Gráfico fototerapia**Gráfico de exsanguineotransfusão**

Conforme os gráficos da Academia Americana de Pediatria para fototerapia e exsanguineotransfusão, qual é o tratamento imediato?

- (A) Exsanguineotransfusão e, após, albumina 1 g/kg, se não houver redução da bilirrubina.
- (B) Exsanguineotransfusão imediata.
- (C) Fototerapia simples com proteção ocular.
- (D) Fototerapia intensiva com proteção ocular.

— QUESTÃO 44 —

Na neonatologia, até pouco tempo atrás, acreditava-se que o recém-nascido não sentia dor. Atualmente, a dor no período neonatal, sobretudo em prematuros, tem sido foco de vários estudos, já que o estímulo álgico pode trazer sequelas comportamentais e neurológicas em médio e longo prazos. Existem vários mecanismos de analgesia que podem ser usados para o manuseio dos recém-nascidos, incluindo métodos não farmacológicos. São considerados analgésicos não farmacológicos:

- (A) posição canguru e sucção não nutritiva.
- (B) acupuntura e massagens.
- (C) musicoterapia e toque de mãos.
- (D) cromoterapia e glicose oral.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões **45 e 46**.

Uma gestante, com idade gestacional de 40 semanas, é internada em trabalho de parto normal. O bebê nasceu em boas condições, com Apgar 9/9, peso de nascimento de 3300 gramas e idade gestacional neonatal de 39 semanas e cinco dias, calculada pelo método do Capurro. Ao exame físico primário, não se observavam alterações. A mãe apresentou sorologia positiva para sífilis no segundo trimestre: VDRL 1:128 e recebeu três doses de penicilina benzatina, bem como o parceiro. Após um mês do tratamento, o VDRL havia caído para 1:4. Há 20 dias, a mãe realizou novo exame de VDRL com resultado de 1:64, sendo repetido o mesmo tratamento.

— QUESTÃO 45 —

Quais exames deverão ser solicitados para o recém-nascido?

- (A) VDRL sérico, FTAabs, radiografia de ossos longos e fundo de olho.
- (B) VDRL sérico, hemograma, radiografia de ossos longos e rotina de liquor com VDRL.
- (C) VDRL sérico, FTAabs, radiografia de crânio e rotina de liquor com VDRL.
- (D) VDRL sérico, hemograma, radiografia de crânio e fundo de olho.

— QUESTÃO 46 —

Qual tratamento deverá ser instituído, se todos os exames de triagem do recém-nascido forem normais?

- (A) Penicilina procaína, na dose de 50.000UI/kg, com intervalo de 24/24 horas, por 10 dias.
- (B) Penicilina cristalina, na dose de 50.000UI/kg, com intervalo de 12/12 horas, por 10 dias.
- (C) Penicilina benzatina, na dose de 50.000UI/kg, em aplicação única.
- (D) Penicilina procaína, na dose de 50.000UI/kg, em aplicação única.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões **47 e 48**.

Uma gestante, com idade gestacional de 36 semanas e swab reto-vaginal positivo para *Streptococcus agalactiae*, está em franco trabalho de parto, com bolsa amniótica rota há 20 horas.

— QUESTÃO 47 —

Com o intuito de prevenir a doença invasiva por *Streptococcus agalactiae* no recém-nascido, qual tratamento deverá ser instituído nesta gestante?

- (A) Penicilina G cristalina, na dose de 5.000.000UI e manter 2.500.000UI, a cada quatro horas, até o nascimento.
- (B) Penicilina benzatina, em dose única de 5.000.000UI.
- (C) Ampicilina, em dose única de 1 grama.
- (D) Ampicilina, na dose de 2 gramas e manter 1 grama a cada 12 horas, até o nascimento.

— QUESTÃO 48 —

Qual é a conduta para o recém-nascido, se a profilaxia intraparto não for instituída, não houver corioamnionite materna e o bebê estiver em boas condições após o nascimento?

- (A) Colher hemograma, hemocultura e liquor; realizar radiografia de tórax e iniciar ampicilina e gentamicina.
- (B) Colher hemograma e hemocultura; iniciar ampicilina e gentamicina.
- (C) Colher hemograma, hemocultura e liquor; realizar radiografia de tórax e observar o bebê até 48 horas de vida.
- (D) Colher hemograma e hemocultura; observar o bebê até 48 horas de vida.

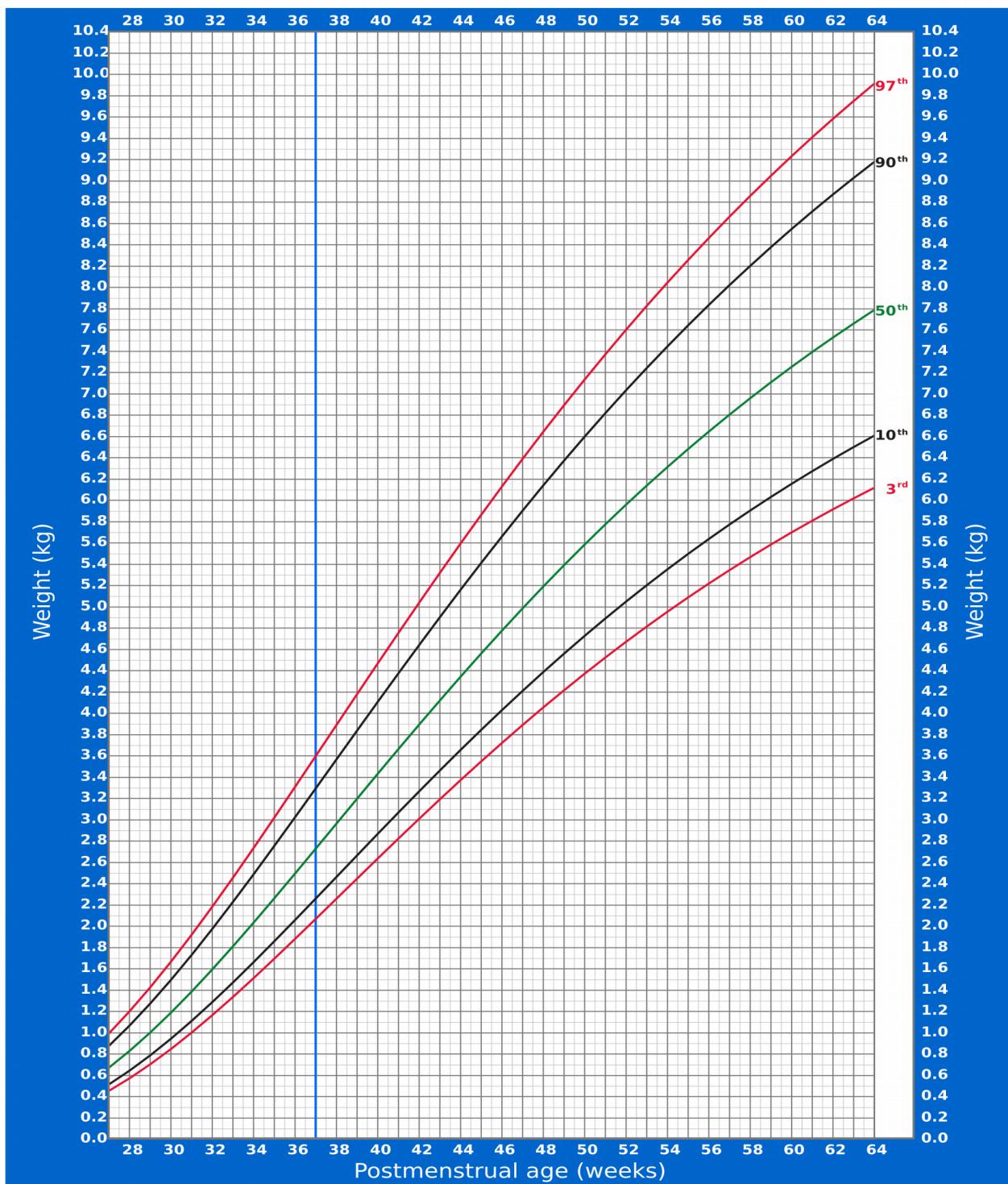
— RASCUNHO —

Leia o caso clínico e os gráficos apresentados a seguir para responder às questões **49 e 50**.

Uma menina prematura, que nasceu com idade gestacional de 34 semanas, é atendida no ambulatório de alto risco, com idade cronológica de 77 dias, para seguimento do crescimento e desenvolvimento de prematuros. Ao exame físico, apresentou os seguintes dados antropométricos: peso = 4200 gramas, estatura = 54 centímetros e perímetrocefálico = 38 centímetros.

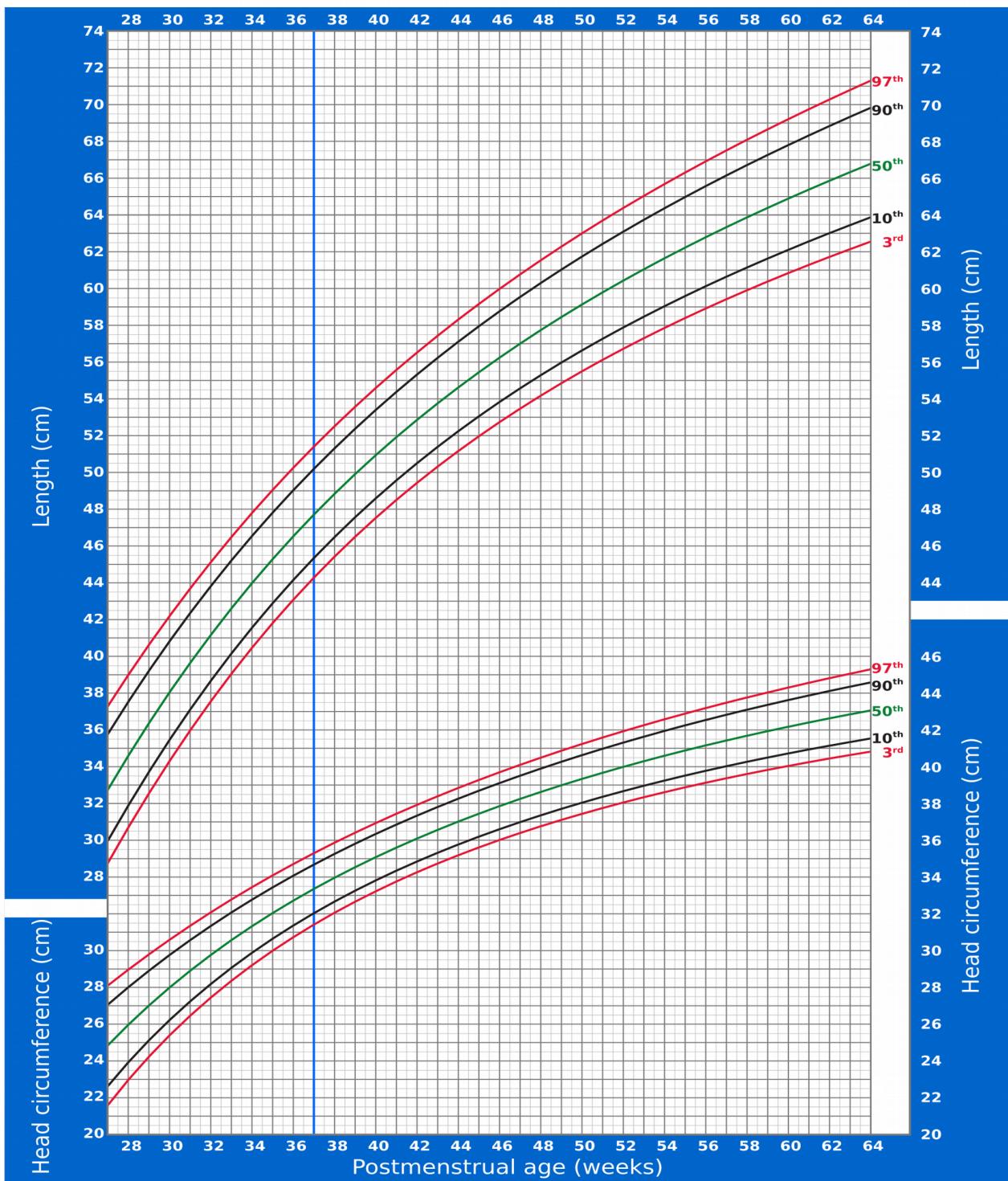


International Postnatal Growth Standards for Preterm Infants (Girls)





International Postnatal Growth Standards for Preterm Infants (Girls)



— QUESTÃO 49 —

Quais são os percentis de peso, de estatura e de PC desta criança?

- (A) Percentil do peso entre 3 e 10, percentil da estatura entre 3 e 10 e percentil de PC entre 10 e 50.
- (B) Percentil do peso entre 10 e 50, percentil da estatura entre 10 e 50 e percentil do PC entre 50 e 90.
- (C) Percentil do peso entre 50 e 90, percentil da estatura entre 50 e 90 e percentil do PC acima de 90.
- (D) Percentil do peso entre 10 e 50, percentil da estatura entre 10 e 50 e percentil do PC acima de 90.

— QUESTÃO 50 —

Qual marco do desenvolvimento seria esperado, neste caso?

- (A) Leva a mão à boca.
- (B) Eleva o tronco.
- (C) Segue com olhar.
- (D) Rola da posição supina para a prona.