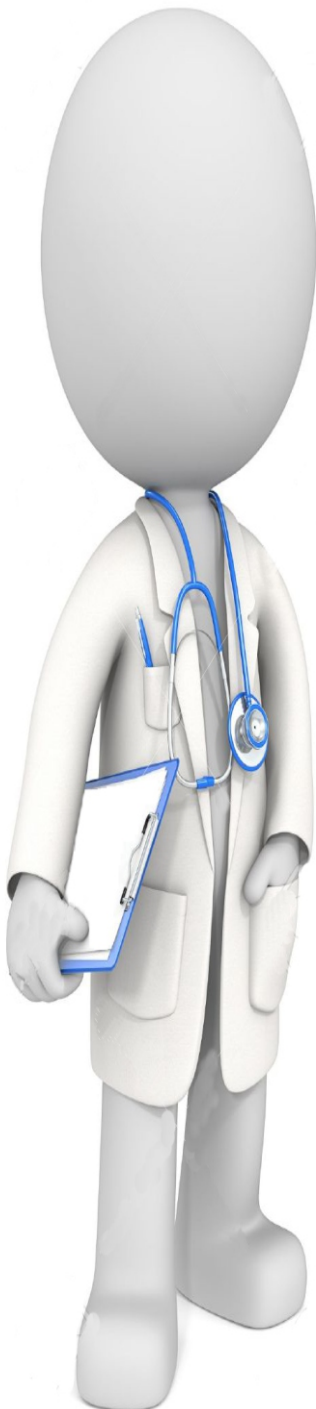


ESPECIALISTA EM PEDIATRIA NEONATOLOGIA

08/11/2015

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 decorrido 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 —

Ao atender uma criança de quatro anos com história de tosse e sibilância recorrente há dois anos, o médico faz diagnóstico de asma persistente moderada e prescreve tratamento de manutenção com corticosteroide inalatório.

A técnica inalatória mais indicada para essa criança é:

- (A) inalador de pó seco do tipo aerolizer.
- (B) nebulizador ultrassônico.
- (C) nebulímetro pressurizado com espaçador.
- (D) inalador de pó seco do tipo turbohaler.

— QUESTÃO 02 —

A mãe de um casal de gêmeos de 12 anos traz os filhos para avaliação por achar que eles estão “demorando a entrar na puberdade”.

Para uma orientação correta, é necessário informar à mãe que a primeira manifestação de maturação sexual no sexo feminino e no masculino é, respectivamente:

- (A) telarca e aumento do escroto e dos testículos.
- (B) pubarca e aumento do pênis em toda a sua extensão.
- (C) pelos longos, finos e ligeiramente pigmentados ao longo dos grandes lábios e na base do pênis.
- (D) broto mamário e presença de pelos longos, finos e ligeiramente pigmentados na base do pênis.

— QUESTÃO 03 —

Um lactente de um ano e dois meses é trazido para consulta de puericultura. Trata-se de uma criança sem doença de base, nascida a termo, sem intercorrências. Apresenta boas condições de moradia e de higiene, nunca recebeu vitaminas, ferro ou vermífugos. Recebeu leite materno exclusivo até os seis meses, quando foram introduzidos leite de vaca integral e alimentação complementar. Seu hemograma coletado há 15 dias mostrava Hb: 9,2 g/dl, Ht: 28%, hemácias: 3.000.000/mm³. Leucócitos normais, sem eosinofilia. Presença de hipocromia moderada e microcitose.

A possível causa para essas alterações hematológicas é:

- (A) introdução tardia da alimentação complementar.
- (B) ausência de suplementação de ferro após os seis meses.
- (C) ausência de vermifugação precoce.
- (D) uso precoce de leite de vaca.

— QUESTÃO 04 —

Na avaliação dos marcos do crescimento e desenvolvimento infantil existe uma cronologia que se deve acompanhar, observando suas possíveis variações. Qual a característica mais importante do desenvolvimento de um lactente de seis meses de idade?

- (A) Engatinhar
- (B) Ficar de pé com apoio
- (C) Falar três ou mais palavras
- (D) Sentar-se com apoio

— QUESTÃO 05 —

Uma menina de nove anos é diagnosticada com arterite de Takayasu. No diagnóstico diferencial das vasculites na infância,

- (A) a arterite de Takayasu, a granulomatose de Wegener e a síndrome de Churg-Strauss são vasculites granulomatosas.
- (B) a biópsia das lesões na poliarterite nodosa mostra arterite necrosante de artérias de pequeno calibre.
- (C) o acometimento renal, como a síndrome nefrótica ou nefrítica no início, não modifica o prognóstico.
- (D) o comprometimento de pele é frequente naquelas associadas ao anticorpo anticitoplasma de neutrófilos.

— QUESTÃO 06 —

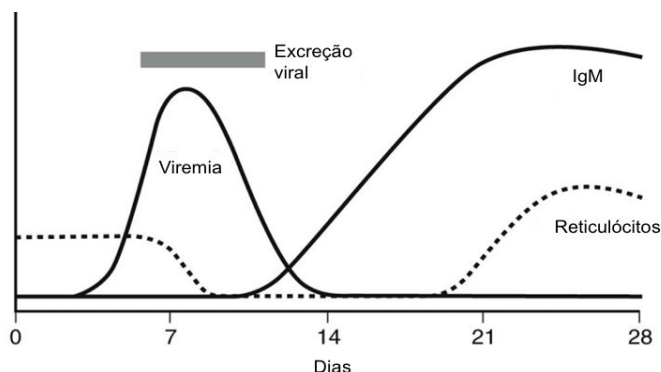
Chega para avaliação uma criança de seis anos com história de dor em joelhos e tornozelos há cerca de uma semana, associada a manchas avermelhadas nos braços e nas pernas. Ao exame são evidenciadas lesões maculopapulares avermelhadas que não desaparecem à digito pressão. As plaquetas estão normais ao hemograma. O médico faz o diagnóstico de Púrpura de Henoch-Shonlein.

Na doença diagnosticada,

- (A) o comprometimento articular de pequenas articulações ocorre em cerca de 60-80% dos casos.
- (B) o comprometimento da função hepática está presente em cerca de 50% dos casos.
- (C) a presença de manifestação renal em geral é um indicador de pior prognóstico.
- (D) a biópsia da lesão demonstra infiltrado de eosinófilos.

— QUESTÃO 07 —

As doenças exantemáticas na infância apresentam características clínicas e laboratoriais que auxiliam na definição do diagnóstico de cada caso. Em relação aos aspectos laboratoriais, observe a figura a seguir:



Fonte: Feigin's Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 7ed, 2015. Ch151, p1846.

O agente etiológico mais provavelmente envolvido é o:

- (A) herpes vírus humano tipo 6.
- (B) parvovírus B19.
- (C) vírus varicela-zóster.
- (D) togavírus.

— QUESTÃO 08 —

Os estafilococos sempre representaram agentes etiológicos de inúmeras doenças pediátricas de maior ou menor gravidade. Os MRSA (metililino-resistentes) têm se disseminado, sendo adquiridos em ambiente hospitalar ou mesmo na comunidade. Qual é o principal mecanismo de resistência dos MRSA?

- (A) Produção de betalactamases.
- (B) Alteração nos ribossomos.
- (C) Alteração nas PBP (penicilin binding proteins).
- (D) Mutações da topoisomerase.

— QUESTÃO 09 —

A doença de Kawasaki é a principal causa de cardiopatia adquirida na infância em países desenvolvidos, pela sua potencial lesão aneurismática coronariana. Entretanto, o tratamento de primeira linha com gamaglobulina e aspirina pode apresentar falha em cerca de 10 a 20% dos casos. Em caso de febre persistente após 48 horas do início do tratamento, deve-se administrar:

- (A) pulsoterapia com metil-prednisolona, 30 mg/kg.
- (B) gamaglobulina endovenosa (nova dose), 2 g/kg.
- (C) anticorpo anti-TNF (infliximabe), 5 mg/kg.
- (D) azatioprina, 5 mg/kg/dia.

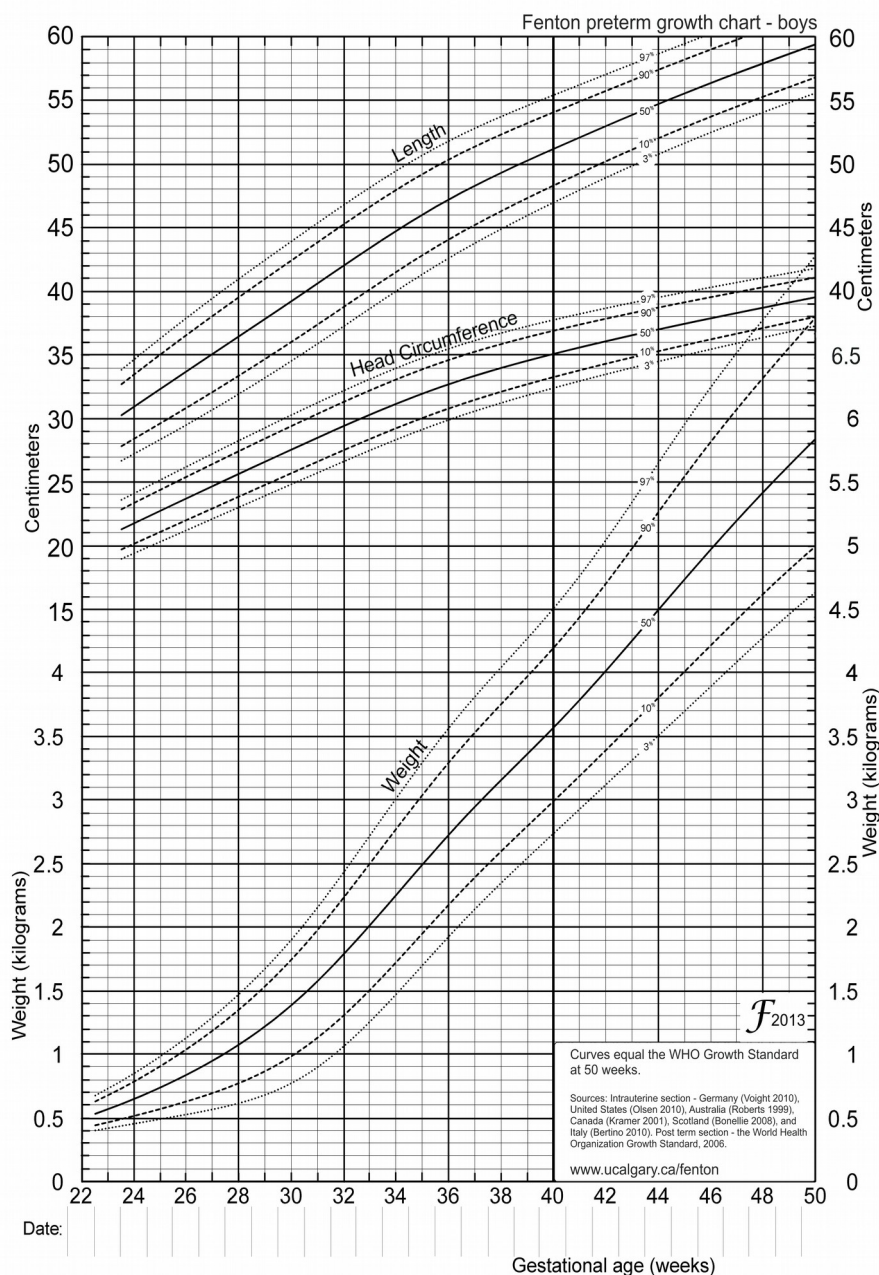
— QUESTÃO 10 —

A otite média aguda (OMA) representa uma das causas mais comuns de infecção respiratória alta em pediatria. Atualmente, há a possibilidade de acompanhar o paciente sem o uso de antibióticos (watchfull waiting). De acordo com o guideline da Academia Americana de Pediatria (Pediatrics 2013;131:e964–e999), deverá, obrigatoriamente, receber antibiótico, imediatamente, no caso de OMA

- (A) bilateral, em paciente de dois anos e três meses de idade, com febre de 38,5 °C.
- (B) unilateral, em paciente de sete meses de idade, com febre de 38,8 °C.
- (C) bilateral, em paciente de quatro anos e sete meses de idade, com febre de 38,8 °C.
- (D) unilateral, em paciente de cinco meses de idade e febre de 38,0 °C.

QUESTÃO 11

Uma gestante de 29 semanas de idade gestacional, calculada pela data da última menstruação e pela ultrassonografia de primeiro trimestre, é admitida na maternidade, em trabalho de parto prematuro sem causa aparente e bolsa rota há duas horas. Ela apresenta tipagem sanguínea A+ e nega qualquer intercorrência na gestação. As suas sorologias apresentam imunidade para toxoplasmose, citomegalovirose, rubéola e hepatite B, além de serem negativas para HIV, sífilis e hepatite C. Após uma hora da admissão, ela dá a luz a um bebê do sexo masculino, com peso de 600 gramas, perímetro cefálico de 23 centímetros e estatura de 33 centímetros e com boletim de Apgar nove no quinto minuto de vida. Após os cuidados iniciais, o bebê apresenta-se taquidispneico, com batimento de asa de nariz leve e com saturação de oxigênio de 85% com oito minutos de vida.



A classificação do recém-nascido, de acordo com a curva de Fenton para meninos, e o suporte respiratório inicial recomendado são:

- (A) adequado para a idade gestacional; intubação orotraqueal para ventilação mecânica invasiva.
- (B) adequado para a idade gestacional; CPAP (continuous positive airway pressure) nasal.
- (C) pequeno para a idade gestacional, assimétrico; intubação orotraqueal para ventilação mecânica invasiva.
- (D) pequeno para a idade gestacional, simétrico; CPAP (continuous positive airway pressure) nasal.

QUESTÃO 12

Uma gestante, usuária de crack, é admitida no pronto-socorro de uma maternidade, em trabalho de parto. A gestação é datada, pela ultrassonografia de primeiro trimestre, de 39 semanas. O pré-natal foi realizado inadequadamente, sendo que a gestante é portadora de HIV e, segundo ela informa, fez uso de profilaxia durante toda a gestação. Ela também relata ter recebido tratamento para sífilis há mais de um mês, e informa não ter parceiro fixo.

Do pré-natal, traz os seguintes exames realizados com 16 e 37 semanas de gestação:

Exames	16 semanas de gestação	37 semanas de gestação
Toxoplasmose	IgM não reagente IgG reagente	IgM não reagente IgG reagente
Rubéola IgM/IgG	IgM não reagente IgG reagente	IgM não reagente IgG reagente
Citomegalovírus IgM/IgG	IgM não reagente IgG reagente	IgM não reagente IgG reagente
Hepatite C	Negativo	Negativo
Hepatite B HBsAg Anti-HBc IgM Anti-HBc IgG Anti-HBs	Reagente Não realizado Não reagente Não reagente	Não reagente Reagente Reagente Não reagente
HIV	Positivo	Positivo
VDRL	1:2	1:16
FTA-ABS IgG	Positivo	Positivo
Linfócito CD4+	Não realizado	368
Carga viral	Não realizado	Indetectável

Em relação ao recém-nascido, as condutas que deverão ser tomadas para prevenir a transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatite B são, respectivamente:

- (A) iniciar esquema com AZT por quatro semanas, em associação com o esquema da nevirapina; solicitar VDRL e hemograma de sangue periférico, além da análise do liquor e radiografia de ossos longos, do recém-nascido, para a tomada de decisões; realizar a vacina para a hepatite B, porém a imunoglobulina está contraindicada porque o HBsAg da mãe já estava negativo há 15 dias antes do nascimento.
- (B) iniciar esquema com AZT por seis semanas; solicitar VDRL e hemograma de sangue periférico, além da análise do liquor e radiografia de ossos longos, do recém-nascido, para a tomada de decisões; realizar a vacina para a hepatite B, porém a imunoglobulina está contraindicada porque o HBsAg da mãe já estava negativo há 15 dias antes do nascimento.
- (C) iniciar esquema com AZT por quatro semanas, em associação com o esquema da nevirapina; solicitar VDRL e hemograma de sangue periférico, além da análise do liquor e radiografia de ossos longos, do recém-nascido, para a tomada de decisões; realizar a vacina e a imunoglobulina para hepatite B, o mais precocemente possível, nas primeiras 12-24 horas após o nascimento.
- (D) iniciar esquema com AZT por quatro semanas; solicitar VDRL e hemograma de sangue periférico, além da análise do liquor e radiografia de ossos longos, do recém-nascido, para a tomada de decisões; realizar a vacina e a imunoglobulina para hepatite B, o mais precocemente possível, nas primeiras 12-24 horas após o nascimento.

— QUESTÃO 13 —

Um menino de seis anos é levado ao pediatra para uma consulta de rotina. A criança é assintomática e alimenta-se bem. No gráfico de desenvolvimento ponderoestatural, encontra-se no percentil 50 tanto para a estatura quanto para o peso. Ao exame físico, auscultou-se um sopro protossistólico ++/6+ em borda esternal esquerda média, melhor audível com a criança deitada. A frequência cardíaca é de 60 bpm e a pressão arterial é de 90 x 60 mmHg. Não apresenta nenhuma outra alteração ao exame.

A hipótese diagnóstica mais provável, baseada nos achados clínicos, é:

- (A) comunicação interventricular.
- (B) miocardiopatia hipertrófica.
- (C) estenose subaórtica.
- (D) sopro de Still.

— QUESTÃO 14 —

Uma menina de nove meses é levada ao pediatra porque foi percebido um “caroço na virilha” da criança. Quando questionados, os pais informaram que o caroço aparecia mais quando a criança chorava e que, quando o palpavam, aparentemente não doía. Ao exame físico, observou-se uma tumoração em região inguinal direita, redutível e indolor, de consistência macia.

O provável diagnóstico e o tratamento da criança são, respectivamente, os seguintes:

- (A) hérnia de ovário e tratamento cirúrgico porque, apesar de o encarceramento não levar ao sofrimento do ovário, podem ocorrer torção e sofrimento subsequente.
- (B) hérnia de ovário e tratamento conservador até que ocorra o encarceramento, já que o mesmo não leva ao sofrimento do ovário.
- (C) cisto de cordão e tratamento cirúrgico porque o cisto pode se romper levando à peritonite.
- (D) cisto de cordão e tratamento conservador, já que o conduto peritoniovaginal pode fechar-se espontaneamente até três anos de idade.

— QUESTÃO 15 —

Uma criança de quatro anos, do sexo feminino, é atendida em uma consulta ambulatorial, devido a uma febre baixa persistente há um mês. Neste período, a criança já foi avaliada duas outras vezes, em pronto atendimento, sendo orientado à mãe ofertar antitérmico e observar outros sintomas. Na última semana, além da febre, passou a queixar-se de cefaleia e a apresentar diarreia. Nos últimos três dias, a criança vem apresentando tosse e falta de apetite. Ao exame físico, mostrava-se mais apática e hipocorada +/4, sem outras alterações. Os exames laboratoriais solicitados, com seus respectivos resultados, foram: Hematócrito = 29%; VHS = 85 mm/1ª hora; VCM = 85; radiografia de tórax = massa volumosa no mediastino posterior de contornos irregulares.

A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) linfoma.
- (B) febre tifoide.
- (C) neuroblastoma.
- (D) tuberculose ganglionar.

— QUESTÃO 16 —

Escolar de nove anos é ferroadado por uma abelha enquanto brincava no parque da escola. Evoluiu rapidamente com prurido e placas eritematosas com centro pálido em todo o corpo, edema deformante de orelhas e lábio superior, espirros, coriza hialina, dificuldade para respirar e tosse seca. É levado à emergência da escola.

A conduta no presente caso é:

- (A) adrenalina 1:1000 intramuscular.
- (B) corticosteroide endovenoso.
- (C) anti-histamínico intramuscular.
- (D) expansão volêmica com SF0.9%.

— QUESTÃO 17 —

Lactente, de oito meses, do sexo masculino, vem sendo tratado com corticosteroide inalatório em dose alta e montelucaste por síndrome do bebê chiador, com má resposta ao tratamento. Apresenta história de pneumonias de repetição, com necessidade de internação em UTI por duas vezes, e alergia a proteína do leite de vaca. Está em uso exclusivo de fórmula de aminoácidos, sem melhora do quadro diarreico. Ao exame físico: lesão ulcerosa de 2,5 cm no deltoide direito, placas esbranquiçadas, leitosas, em mucosa oral e em genitália, FR=60ipm, SaO₂=92% (em ar ambiente), tiragem subcostal e MV com estertores subcrepitantes difusos.

De acordo com o Grupo Brasileiro de Imunodeficiências, são considerados sinais de alerta para imunodeficiência na faixa etária pediátrica:

- (A) síndrome do bebê chiador, baixo ganho pondero-estatural, monilíase persistente.
- (B) efeito adverso a BCG, diarreia crônica, pneumonias de repetição.
- (C) diarreia crônica, síndrome do bebê chiador, atraso do DNPM.
- (D) alergia alimentar, hipoxemia, efeito adverso a BCG.

— QUESTÃO 18 —

Lactente, de sete meses, apresenta fezes diarreicas há mais de 60 dias, assadura em região perianal e retificação da curva de ganho de peso. Mãe refere que o quadro teve início após complementação do aleitamento materno com fórmula infantil láctea polimérica. Nota piora da distensão abdominal e flatulência após as refeições com mamadeiras. Nega outras doenças.

A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) diarreia crônica por enterovirose.
- (B) diarreia crônica por doença celíaca.
- (C) diarreia crônica por intolerância à lactose.
- (D) diarreia crônica por alergia à proteína do leite de vaca.

— QUESTÃO 19 —

Lactente de dois anos, do sexo masculino, apresenta quadro recorrente de lesões eritematosas associadas a pápulas, crostas e descamação na região malar e face extensora de membros. Pais referem que acham a pele da criança muito seca e que ela se coça muito durante o sono. Notaram também que os sintomas pioram com suor, quando a criança fica irritada e quando ingere salgadinhos industrializados. Mãe é asmática. Pai com rinite alérgica.

Considerando o caso descrito, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) alergia a corantes e conservantes.
- (B) miliária.
- (C) dermatite de contato.
- (D) dermatite atópica.

— QUESTÃO 20 —

Menina de seis anos, há quatro dias com febre alta, com uso de antitérmico a cada 4-6 horas, odinofagia, inapetência e dor abdominal. Ao exame físico: tonsilas com hiperemia intensa e placas purulentas bilaterais; papilas linguais edemaciadas e arroxeadas; exantema micropapular em tronco, face e membros, mais evidente em dobras axilares e em virilhas, e palidez perioral.

A principal hipótese diagnóstica e a conduta terapêutica são, respectivamente:

- (A) urticária aguda e anti-histamínico.
- (B) escarlatina e penicilina.
- (C) mononucleose infecciosa e sintomáticos.
- (D) eritema infeccioso e sintomáticos.

— QUESTÃO 21 —

Escolar de três anos, no percentil 10 para peso e estatura, é atendido em consulta de rotina. Sua pressão arterial foi aferida com manguito cobrindo 2/3 do comprimento e circundando 80% do diâmetro do seu braço. Foram constatados valores tensionais sistólicos e diastólicos entre os percentis 90 e 95 para idade e sexo.

A conduta no presente caso é:

- (A) adequar o manguito do aparelho de pressão.
- (B) iniciar a investigação etiológica da hipertensão arterial.
- (C) aferir a pressão em mais duas consultas sucessivas.
- (D) tratar a criança, pois está hipertensa.

— QUESTÃO 22 —

No período fetal, qual estrutura permite a passagem de maior quantidade de sangue às câmaras cardíacas esquerdas?

- (A) Forame oval.
- (B) Canal arterial.
- (C) Ducto venoso.
- (D) Veias pulmonares.

— QUESTÃO 23 —

Escolar, do sexo masculino, cinco anos, sem antecedentes pessoais de doença aguda ou crônica, é levado ao pronto-socorro com história de sonolência nas últimas seis horas, além de emagrecimento, enurese, sede e fome excessiva há 30 dias. A mãe nega que a criança apresentasse vômitos e diarreia. Ao exame físico, encontra-se obnubilada, pupilas isocóricas, taquipneica FR = 50 ipm, pulso fino, enchimento capilar maior que três segundos e afebril. Ritmo cardíaco regular, ausculta pulmonar sem alteração, abdome flácido e sem visceromegalia e sem sinais de irritação meníngea.

Quais condutas imediatas seriam pertinentes a esse quadro clínico?

- (A) Realizar hidratação oral 100 ml/kg, em 4-6 horas, colher liquor, eletrólitos e exames toxicológicos.
- (B) Realizar hidratação endovenosa 100 ml/kcal, em seis horas, fazer hemograma, liquor e hemocultura.
- (C) Realizar hidratação por gastróclise, 20 ml/kg, em 1-2 horas, fazer hemograma, hemocultura e urocultura.
- (D) Realizar hidratação endovenosa, 20 ml/kg, em 1-2 horas, fazer hemoglicoteste (HGT), eletrólitos e gasometria.

— QUESTÃO 24 —

Pré-escolar, do sexo feminino, é atendida no ambulatório com história de dor abdominal recorrente e perda do apetite há seis meses. A mãe relata que a criança tem apresentado a calcinha continuamente suja de fezes e quando evacua chora de dor. Apresentou dois episódios de infecção urinária confirmada com urocultura positiva. Ao exame físico, apresenta massa palpável em fossa ilíaca esquerda e fissura anal.

Qual é a melhor conduta a ser adotada, nesse caso?

- (A) Realizar manometria anal e iniciar tratamento laxativo.
- (B) Fazer lavagem intestinal e mudar os hábitos alimentares.
- (C) Fazer colonoscopia e iniciar tratamento laxativo.
- (D) Realizar biópsia intestinal e encaminhar ao especialista.

— QUESTÃO 25 —

Criança de dois anos é levada ao pronto-socorro com relato de ter tido crise convulsiva tônico-clônica generalizada de curta duração (5 minutos) há mais ou menos uma hora. A mãe informou que a criança amanheceu com coriza hialina e espirros, mas a febre (38,5°) só foi percebida durante a convulsão. A mãe refere ter apresentado crise convulsiva na infância e que essa é a primeira crise da filha. Ao exame físico, a criança apresenta-se consciente, um pouco irritada, com coriza hialina, hiperemia de orofaringe e exame neurológico normal.

Com base nessa situação, a conduta deve ser:

- (A) não fazer anticonvulsivante e dar alta com sintomas.
- (B) prescrever anticonvulsivante endovenoso e manter oral para casa.
- (C) solicitar eletroencefalograma urgente e prescrever anticonvulsivante.
- (D) encaminhar ao neurologista e prescrever anticonvulsivante durante a febre.

— QUESTÃO 26 —

Um recém-nascido, prematuro de 28 semanas, nasceu com peso de 1000 gramas, por parto cesáreo. A cesariana foi indicada porque a mãe apresentou doença hipertensiva específica da gestação grave e iminência de eclâmpsia. Ao nascimento, o bebê apresentou nota, no boletim de Apgar, oito em primeiro e quinto minutos. Nenhuma manobra de reanimação neonatal foi necessária. Devido à prematuridade e ao baixo peso de nascimento, o neonato foi internado na unidade de terapia intensiva neonatal e colocado em suporte ventilatório no CPAP (*continuous positive airway pressure*). No terceiro dia de vida, a criança apresentou uma palidez cutânea súbita associada à instabilidade hemodinâmica com hipotensão arterial, perfusão periférica de quatro segundos, frequência cardíaca de 185 batimentos por minuto e com quedas frequentes da saturação de oxigênio. Em razão da piora clínica, foi necessária a realização da intubação orotraqueal, instalação de drogas vasoativas e coleta de exames laboratoriais que apresentaram resultados normais. O bebê estabilizou com as medidas terapêuticas adotadas. No dia seguinte, foi realizada ultrassonografia transfontanela, à beira do leito, que visibilizou hemorragia periventricular grau II bilateral.

De acordo com a topografia mais comum de origem do sangramento cerebral, o provável local de hemorragia neste recém-nascido prematuro é:

- (A) matriz germinativa.
- (B) cerebelo.
- (C) tronco encefálico.
- (D) núcleos da base.

— QUESTÃO 27 —

“Método Canguru é um tipo de assistência neonatal que implica contato pele a pele o mais cedo possível entre os pais e o recém-nascido, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, promovendo a autonomia e competência parental a partir do suporte da equipe, da interação familiar e de redes sociais”.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso*. Brasília: 2002

Com relação à segunda etapa do método canguru são critérios para ingresso na unidade canguru:

- (A) estabilidade clínica do bebê, nutrição enteral plena, peso mínimo de 1150 gramas, e desejo da mãe de participar dos cuidados do recém-nascido e sua capacidade de reconhecer sinais de estresse e situações de risco do recém-nascido.
- (B) estabilidade clínica do bebê, nutrição enteral em progressão, peso mínimo de 1100 gramas, e o desejo de a mãe de participar dos cuidados do recém-nascido e sua capacidade de reconhecer sinais de estresse e situações de risco do recém-nascido.
- (C) estabilidade clínica do bebê, nutrição enteral plena, peso mínimo de 1250 gramas, e o desejo da mãe de participar dos cuidados do recém-nascido e sua capacidade de reconhecer sinais de estresse e situações de risco do recém-nascido.
- (D) estabilidade clínica do bebê, nutrição enteral plena, peso mínimo de 1200 gramas, independente do desejo materno de participar dos cuidados do recém-nascido, já que é preconizada a presença na unidade canguru de uma equipe de enfermagem capacitada nos cuidados do bebê.

— QUESTÃO 28 —

Uma criança nasceu por parto vaginal com peso de três quilos e idade gestacional de 38 semanas, datada pela ultrassonografia precoce materna, e não necessitou de manobras de reanimação neonatal na sala de parto. O recém-nascido foi liberado para permanecer em alojamento conjunto com a mãe. Com 24 horas de vida, o bebê apresentou episódios de cianose generalizada. O médico pediatra de plantão, ao examinar a criança, auscultou um sopro cardíaco holossistólico. Solicitou o exame de ecocardiograma que visibilizou uma atresia valvar pulmonar associada à comunicação interventricular subaórtica, com a presença de um canal arterial restritivo.

Além da transferência do paciente para uma unidade de terapia intensiva neonatal e solicitação da avaliação do cardiopediatra, as medidas a serem tomadas para melhor condução clínica deste caso são:

- (A) iniciar com oferta de oxigênio em cateter nasal ou capote e com a infusão venosa de dobutamina e adrenalina.
- (B) iniciar com oferta de oxigênio em cateter nasal e com a infusão venosa de prostaglandina.
- (C) iniciar com ventilação mecânica invasiva e com a infusão venosa de dobutamina e adrenalina.
- (D) iniciar com ventilação mecânica invasiva e com a infusão venosa de prostaglandina.

— QUESTÃO 29 —

Uma gestante apresentou no pré-natal sorologia para sífilis (VDRL) positiva, 1:512, no terceiro trimestre da gestação. A gestante e o seu parceiro receberam três doses de penicilina benzatina, 21 dias antes do parto. O bebê nasceu com 39 semanas de idade gestacional, com dois quilos de peso e aparentemente assintomático. A sorologia (VDRL) materna, no momento do parto, era positiva, com titulação de 1:64. Logo após o nascimento, foi coletado o exame VDRL da criança que demonstrou a mesma titulação materna de 1:64.

A conduta a ser tomada neste caso é:

- (A) investigar o recém-nascido com: coleta de hemograma, fundo de olho e radiografia de ossos longos e iniciar o tratamento com penicilina benzatina, se houver alteração de um ou mais destes exames.
- (B) investigar o recém-nascido com: coleta de hemograma, punção líquórica e radiografia de ossos longos e iniciar o tratamento com penicilina procaína, se houver alteração de um ou mais destes exames.
- (C) investigar o recém-nascido com: coleta de hemograma, punção líquórica e radiografia de ossos longos e iniciar o tratamento com penicilina benzatina, antes do resultado dos exames.
- (D) investigar o recém-nascido com: coleta de hemograma, punção líquórica e radiografia de ossos longos e iniciar o tratamento com penicilina cristalina, antes do resultado dos exames.

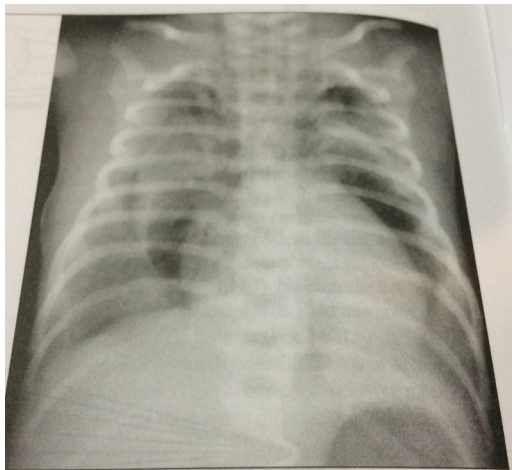
— QUESTÃO 30 —

A ventilação de alta frequência é um recurso ventilatório que está sendo cada vez mais utilizado em neonatologia. Considera-se a ventilação de alta frequência como qualquer modalidade ventilatória assistida que opere numa frequência acima de 150 ciclos por minuto, com volumes correntes próximos ou abaixo do espaço morto anatômico. Sendo assim, dentre as indicações clássicas da ventilação de alta frequência, ventilação de pacientes com hérnia diafragmática, síndrome de aspiração meconial e enfisema intersticial, pode-se indicar a ventilação de alta frequência também na seguinte circunstância:

- (A) primeira opção em prematuros de extremo baixo peso.
- (B) situações não responsivas à ventilação convencional.
- (C) síndromes de escape de ar não responsivas ao capacete de oxigênio.
- (D) recém-nascidos com hipocapnia refratária à ventilação convencional.

— QUESTÃO 31 —

Um recém-nascido de 38 semanas de gestação, adequado para a idade gestacional, nasceu de parto normal, em apneia, sendo indicada a ventilação com pressão positiva no primeiro minuto de vida. Após 30 segundos de ventilação com pressão positiva sob máscara, o bebê voltou a respirar espontaneamente, porém, com desconforto respiratório progressivo. Em decorrência do desconforto, foi iniciado o suporte ventilatório pelo CPAP (*continuous positive airway pressure*). Como a criança persistia com o quadro de gemência respiratória e quedas contínuas de saturação, foi necessário intubá-lo. Logo após este procedimento, foi solicitada uma radiografia torácica que evidenciou o sinal da “asa de morcego”, conforme a imagem a seguir:



O provável diagnóstico do caso descrito é:

- (A) pneumomediastino.
- (B) pneumotórax.
- (C) pneumopericárdio.
- (D) atelectasia.

— QUESTÃO 32 —

Um bebê nascido a termo e com o peso adequado para idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo, começou a apresentar com 15 dias de vida, hipoglicemia de difícil controle, vômitos, diarreia e perda de peso exagerada. Ao exame físico, ele se apresentava letárgico, hipotônico, ictérico e com uma hepatoesplenomegalia volumosa. O bebê foi internado em unidade de terapia intensiva para investigação e estabilização do quadro clínico. Os exames coletados na internação apresentaram as seguintes alterações: hiperbilirrubinemia às custas de bilirrubina direta, aumento de transaminases hepáticas, alteração de todo o coagulograma, anemia normocítica e normocrômica, acidose metabólica e glicosúria.

Além de descartar a possibilidade de sepse neonatal, com base nesse quadro clínico, deve-se considerar, também,

- (A) nesidioblastose.
- (B) pentalogia de Cantrell.
- (C) frutosemia.
- (D) galactosemia.

— QUESTÃO 33 —

A imunoglobulina hiperimune para varicela (VZIG) tem indicações bem específicas, após contato com o vírus varicela zóster, que são:

- (A) gestante suscetível e recém-nascidos de mães que apresentam varicela nos últimos cinco dias antes e até 48 horas após o parto.
- (B) imunocompetentes e recém-nascidos prematuros abaixo de 28 semanas, de gestação cuja mãe teve varicela previamente.
- (C) imunodeprimidos e recém-nascidos menores de 32 semanas, independente da história materna de varicela.
- (D) imunodeprimidos e recém-nascidos de mães que apresentaram varicela nas últimas 48 horas e até cinco dias após o parto.

— QUESTÃO 34 —

Um recém-nascido com 22 dias de vida, em pós-operatório de cirurgia corretiva de atresia de esôfago e em uso de dieta enteral progressivamente, apresentou piora do padrão respiratório, sendo necessária a intubação orotraqueal para iniciar a ventilação mecânica invasiva. A radiografia de tórax do paciente evidenciou hipotransparência em todo hemitórax à direita. Com este exame foi feito o diagnóstico de derrame pleural e solicitada a análise do líquido pleural puncionado. A análise laboratorial do líquido foi a seguinte: 2000 leucócitos/mm³ com predomínio de linfócitos, glicose de 140 mg/dl, proteínas de 200 mg/dl e triglicerídeos de 600 mg/dl.

O tratamento adequado a ser estabelecido para esse tipo de derrame é:

- (A) manter dieta zero, iniciar nutrição parenteral, fazer drenagem torácica.
- (B) manter dieta enteral, suspender nutrição parenteral, fazer drenagem torácica.
- (C) manter dieta zero, suspender nutrição parenteral, não drenar o tórax, iniciar antibiótico.
- (D) manter dieta enteral em progressão, fazer punção de alívio torácica e iniciar antibioticoterapia.

— QUESTÃO 35 —

Em algumas reanimações neonatais, além de massagem cardíaca, intubação orotraqueal e ventilação com pressão positiva, há necessidade da utilização de drogas, entre elas os expansores de volume. Podem ser usados como expansores de volume na reanimação neonatal:

- (A) soro fisiológico e plasma fresco.
- (B) soro fisiológico e sangue total de fator O negativo.
- (C) plasma fresco e sangue total de fator O negativo.
- (D) ringer lactato e água destilada.

— QUESTÃO 36 —

A intubação orotraqueal é um procedimento invasivo e corriqueiro em unidade de terapia intensiva neonatal. Uma vez realizada a intubação, o melhor e mais rápido método para a confirmação do adequado posicionamento da cânula orotraqueal é:

- (A) radiografia torácica.
- (B) inspeção e ausculta torácica.
- (C) detector colorímetro do CO₂ expirado.
- (D) capnografia.

— QUESTÃO 37 —

Goiás é um estado endêmico de doença de Chagas. Frequentemente, registram-se casos de gestantes com sorologia positiva para doença de Chagas. Frente a uma gestante com o “teste da mamãe” apresentando sorologia para Chagas positiva, o diagnóstico definitivo e o tratamento da doença de Chagas congênita são, respectivamente,

- (A) isolamento do *T. cruzi* no exame da gota espessa e metronidazol.
- (B) detecção de anticorpos anti *T. cruzi* pela imunofluorescência indireta e sulfadiazina.
- (C) detecção de anticorpos anti *T. cruzi* pelo elisa e diazóxido.
- (D) isolamento do *T. cruzi* no exame da gota espessa e benzonidazol.

Analise o caso clínico a seguir para responder às questões de 38 a 40.

Um recém-nascido, com 30 semanas de idade gestacional, está em um hospital de cuidados secundários. A via do parto foi vaginal e a causa do trabalho de parto prematuro foi de origem desconhecida. O peso de nascimento foi de 900 gramas, do sexo masculino, e o boletim de Apgar de primeiro e quinto minutos, respectivamente, de sete e oito. O paciente foi mantido em incubadora com oxigênio inalatório a 5L/min e um acesso venoso periférico foi obtido para que recebesse o soro de manutenção com oferta hídrica total de 80 ml/kg/dia e VIG (velocidade de infusão de glicose) de cinco. Uma vaga em unidade de terapia intensiva neonatal foi obtida quatro horas após o nascimento do bebê. A unidade que receberá o bebê está em outra cidade, a 60 km do hospital no qual ele se encontra.

— QUESTÃO 38 —

A melhor forma de conduzir este bebê para o hospital terciário é por

- (A) avião.
- (B) helicóptero.
- (C) ambulância tipo D.
- (D) ambulância tipo A.

— QUESTÃO 39 —

No momento da liberação da vaga, o recém-nascido já havia apresentado três episódios de apneia, encontrava-se com a temperatura axilar de 36,1 °C, hipoativo, mas ainda reativo e com pressão arterial sistêmica média 35 mmHg. De acordo com o TRIPS (*Transport Risk Index of Physiologic Stability*), qual procedimento mais impactaria em minimizar o risco do transporte deste bebê?

- (A) Iniciar o uso de drogas vasoativas.
- (B) Aumentar a temperatura da incubadora para 35 °C.
- (C) Intubar o recém-nascido pela via orotraqueal.
- (D) Realizar controle de glicemia antes da partida para garantir que o bebê não apresente hipoglicemia.

— QUESTÃO 40 —

Durante o transporte, para manter a estabilidade deste recém-nascido, devem ser observados os seguintes parâmetros:

- (A) temperatura axilar, que deve ser checada a cada hora; oximetria de pulso, que deve ser mantida entre 90-95%; pressão arterial; glicemia, que deve ser checada a cada hora.
- (B) temperatura axilar, que deve ser checada a cada meia hora; oximetria de pulso, que deve ser mantida entre 88-93%; pressão arterial; glicemia, que deve ser checada a cada hora.
- (C) temperatura retal ou esofágica, que deve ser checada a cada meia hora; oximetria de pulso, que deve ser mantida entre 90-95%; pressão arterial; glicemia, que deve ser checada na saída e na chegada ao destino final.
- (D) temperatura axilar, que deve ser checada a cada hora; oximetria de pulso, que deve ser mantida entre 90-95%; diurese; glicemia, que deve ser checada a cada hora.

— QUESTÃO 41 —

Um médico está de plantão em uma maternidade e é solicitado para esclarecer as dúvidas de uma mãe que faz uso de azatioprina e que acabou de dar a luz. A mãe manifesta sua vontade de amamentar, mas teme que a medicação prejudique o seu bebê. Segundo a orientação do Ministério da Saúde, no manual de "Amamentação e uso de drogas", a azatioprina é um medicamento que não contraindica a amamentação, porém é de uso criterioso e deve ser avaliada a relação risco e benefício de acordo com cada caso.

Sabendo que se trata de uma droga imunossupressora, muito embora sem relatos consistentes de imunossupressão nos bebês, a melhor orientação a ser dada é:

- (A) a mãe não pode amamentar porque, embora a contraindicação seja relativa, o risco de imunossupressão em recém-nascidos amamentados por mães em uso de azatioprina é muito elevado.
- (B) a mãe pode amamentar, mas não é aconselhável, devendo ser desencorajada imediatamente, pelo uso de fórmula infantil, imediatamente após o nascimento.
- (C) a mãe pode amamentar, mas não deve ser encorajada a tal, porém, se mesmo conhecendo os riscos, ela optar pela amamentação, o aleitamento deve ser liberado. As monitorizações de hemograma devem ser garantidas ao bebê.
- (D) a mãe pode amamentar e deve ser encorajada a tal, desde que conheça os riscos para o bebê e tenha a possibilidade, juntamente com o pai, de rejeitar a amamentação. As monitorizações de hemograma devem ser garantidas ao bebê.

— QUESTÃO 42 —

Um recém-nascido do sexo masculino, de 28 semanas de idade gestacional, com peso de nascimento de 870 gramas, que não necessitou de medidas de reanimação neonatal, foi admitido na unidade de terapia intensiva neonatal com suporte de CPAP nasal. A mãe era hipertensa e evoluiu com trabalho de parto prematuro, bolsa rota de 20 horas e corioamnionite. O bebê foi mantido apenas em nutrição parenteral e, uma vez excluída a infecção, não utilizou antibioticoterapia. No décimo sexto dia de vida, o neonato estava em oxigênio inalatório circulante a 5L/min e em uso de dieta apenas pela via enteral, quando evoluiu rapidamente com desconforto respiratório importante, necessitando ventilação mecânica invasiva com parâmetros ventilatórios mais elevados.

A seguinte radiografia de tórax foi obtida:



Nessas condições, a hipótese mais provável para a evolução deste bebê é:

- (A) displasia broncopulmonar.
- (B) pneumonia fúngica.
- (C) hemorragia pulmonar.
- (D) deficiência congênita de surfactante.

— QUESTÃO 43 —

Uma mãe solicita que o pediatra de plantão avalie seu bebê de 36 horas de vida, que, após o banho, começou a apresentar “carocinhos com pus” por todo o corpo. Ao exame, o bebê apresenta-se bastante agasalhado, irritado, porém ativo e reativo, anictérico, acianótico e corado. Após a retirada da roupa, observam-se as seguintes lesões, por todo o tronco do bebê.



O provável diagnóstico é:

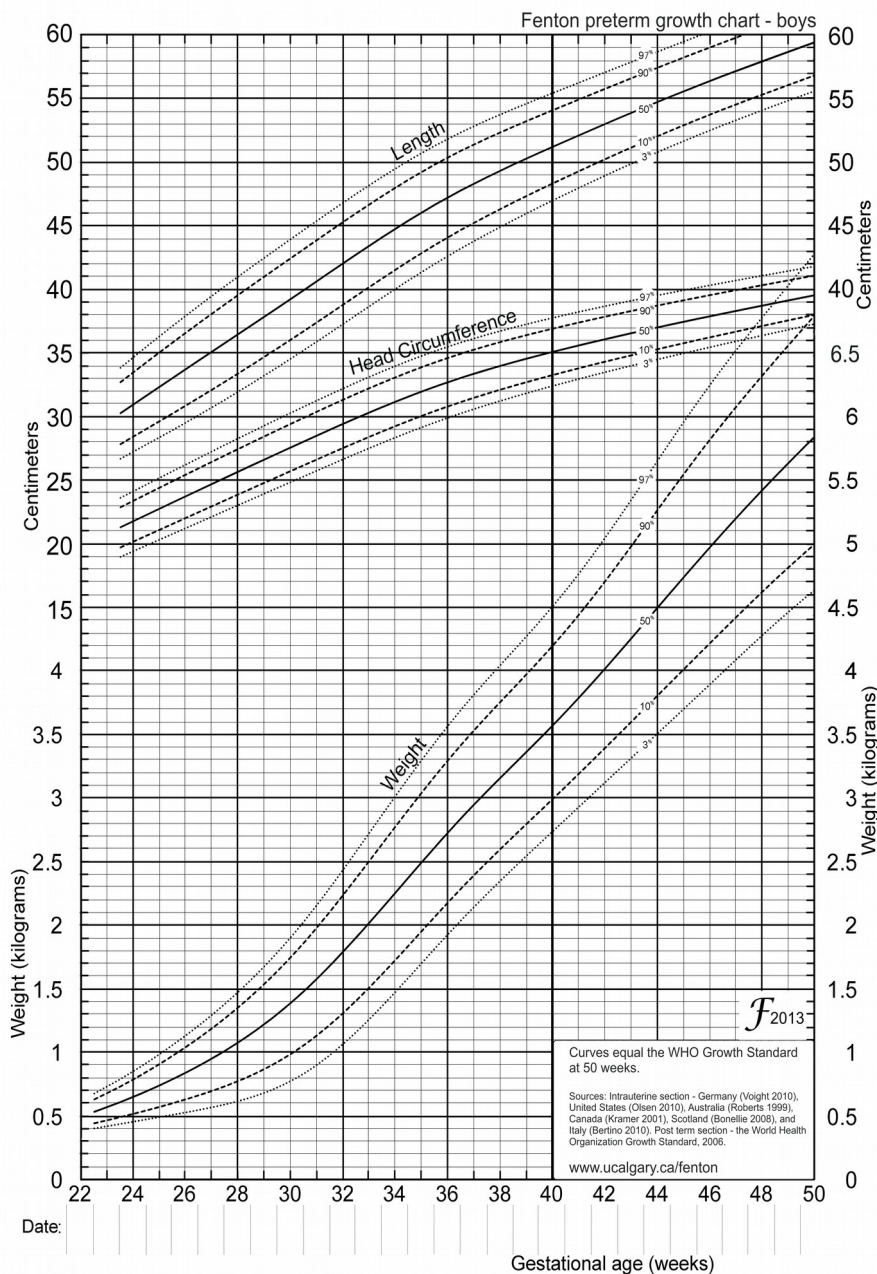
- (A) impetigo.
- (B) acne neonatal.
- (C) eritema tóxico neonatal.
- (D) miliária.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 44 —

Um menino de quatro meses, que nasceu prematuro com 27 semanas de idade gestacional, está hoje em seguimento no ambulatório de *follow-up* de prematuros. Na consulta atual, apresenta as seguintes medidas: peso de 5250 gramas, perímetro cefálico de 39 cm e estatura de 57 cm.

Analise o gráfico de Fenton para meninos, a seguir.



De acordo com o gráfico, essa criança

- (A) pode receber alta do ambulatório, já que completou o seu *catch-up*.
- (B) necessita, ainda, apesar do seu *catch-up* estar adequado, de seguimento específico para bebês que foram prematuros.
- (C) apresenta, de acordo com o seu *catch-up*, desenvolvimento neurológico adequado, uma vez que a nutrição está diretamente relacionada aos melhores índices de desenvolvimento.
- (D) encontra-se na faixa de normalidade, embora não se possa considerar um *catch-up* normal, até que alcance os mesmos percentis de desenvolvimento para crianças saudáveis e que não nasceram prematuras.

— QUESTÃO 45 —

Um prematuro nascido de parto vaginal, com peso de nascimento de 780 gramas, considerado PIG (pequeno para a idade gestacional), evoluiu com necessidade de reanimação neonatal. As notas do boletim de Apgar foram de três, cinco e oito, para o primeiro, quinto e décimo minutos, respectivamente. Após a estabilização, o bebê foi transferido intubado para a unidade de terapia intensiva neonatal. Ao sair da sala de parto, apresentava temperatura axilar de 36,2 °C e, apesar do curto trajeto, ao chegar à UTI neonatal, apresentava temperatura axilar de 35,4 °C.

De acordo com a situação, a hipotermia desse bebê

- (A) está relacionada às condições do transporte até a UTI neonatal.
- (B) deve ser corrigida para valores entre 36,5 e 37 °C, considerados normais para o recém-nascido, segundo a OMS.
- (C) está relacionada a fatores constitucionais do recém-nascido, não sofrendo interferência do ambiente externo.
- (D) deve ser mantida durante as primeiras 72 horas de vida como estratégia de neuroproteção.

— QUESTÃO 46 —

Um recém-nascido prematuro está internado na unidade de terapia intensiva neonatal desde o nascimento. Atualmente, encontra-se com 30 dias de vida e idade gestacional corrigida de 30 semanas e quatro dias. O bebê está em uso de dieta enteral plena, com oferta calórica adequada para a idade, e com o halo de oxigênio a 30%. Após realizados os exames de rotina para triagem das complicações da prematuridade, constatou-se anemia.

Utilizando-se os critérios restritos de indicação de transfusão de hemácias, com base na taxa de hematócrito e nas condições clínicas desse recém-nascido, a transfusão de concentrado de hemácias está indicada na seguinte situação:

- (A) hematócrito de 27,5% com ganho de peso de 12 gramas/dia nos últimos quatro dias.
- (B) hematócrito de 26,4% com um episódio de apneia, sem causa aparente, nas últimas 24 horas.
- (C) hematócrito de 24,8% com ganho de peso de 14 gramas/dia nos últimos quatro dias.
- (D) hematócrito de 28,3% com episódios de taquicardia sem causa aparente.

— QUESTÃO 47 —

Um recém-nascido prematuro, com peso de nascimento de 1300 gramas, realizou, aos 28 dias de vida, triagem para a doença metabólica óssea (DMO). Pode-se esperar, com maiores chances, que a triagem seja positiva em situações relacionadas com:

- (A) a idade gestacional menor que 32 semanas.
- (B) o uso de fórmulas especiais para prematuros.
- (C) o uso de nutrição parenteral nos primeiros dias de vida.
- (D) a síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido.

— QUESTÃO 48 —

Um recém-nascido prematuro de 34 semanas e dois dias, nascido de parto normal e com bolsa rota intraparto, foi admitido na unidade de terapia intensiva neonatal por insuficiência respiratória moderada. Ao ser admitido, estava em uso de ventilação não invasiva como terapêutica inicial de suporte ventilatório e apresentava boa resposta clínica nas primeiras horas de vida. Com 36 horas de vida, apresentou queda de saturação, piora do padrão respiratório, taquicardia, tempo de perfusão periférica de quatro segundos, pulsos finos e pressão arterial média de 30. O neonato foi intubado e colocado em ventilação mecânica invasiva com parâmetros moderados, evoluindo com melhora da saturação de oxigênio, porém mantendo a perfusão periférica ruim, os pulsos finos e a pele rendilhada.

Considerando a principal hipótese diagnóstica que deve ser formulada para o caso clínico descrito, qual é a conduta imediata a ser adotada?

- (A) Realizar expansão volêmica com soro fisiológico e considerar a dopamina se não houver resposta.
- (B) Fazer dose de ataque de prostaglandina seguida de manutenção da droga, por infusão contínua.
- (C) Iniciar a dobutamina e fazer dose de ataque de ibuprofeno intravenoso.
- (D) Iniciar a dopamina e, se não houver resposta, trocar para dobutamina.

— QUESTÃO 49 —

O rastreamento de doenças no período neonatal, por intermédio do teste do pezinho, representa um marco importante na assistência ao recém-nascido, uma vez que tornou possível o diagnóstico precoce de diversas doenças e a prevenção de sequelas graves, pela pronta introdução da terapêutica adequada. Na coleta do teste do pezinho,

- (A) a amostra de sangue deve ser obtida através da punção de calcanhar, não sendo recomendada a coleta por punção venosa, com escalpe, pelo risco de hemólise da amostra.
- (B) a ordenha do local da punção, na coleta por punção de calcanhar, é recomendada para extrair o sangue e, assim, evitar punções repetidas.
- (C) a coleta por punção venosa com seringa ou escalpe pode ser feita desde que se utilize anticoagulante para a obtenção da amostra.
- (D) a coleta deve ser feita idealmente após 48 horas de vida e antes do quinto dia de vida, independente do peso do recém-nascido.

— QUESTÃO 50 —

No transporte do recém-nascido de alto risco em situações especiais, deve-se considerar o seguinte:

- (A) o recém-nascido com hérnia diafragmática deve ser transportado intubado, com sonda gástrica calibrosa aberta e em decúbito lateral, do lado contralateral ao da hérnia.
- (B) o transporte do recém-nascido com atresia de esôfago deve ser realizado com o paciente em decúbito elevado e com sonda calibrosa no coto esofágico proximal, sob aspiração contínua.
- (C) o recém-nascido com apneia recorrente pode ser transportado em ventilação não invasiva, desde que seja administrado cafeína antes do início do transporte.
- (D) o transporte do recém-nascido com encefalopatia hipóxico-isquêmica para um centro habilitado para a realização de hipotermia neuroprotetora deve estar finalizado no máximo em até doze horas de vida.