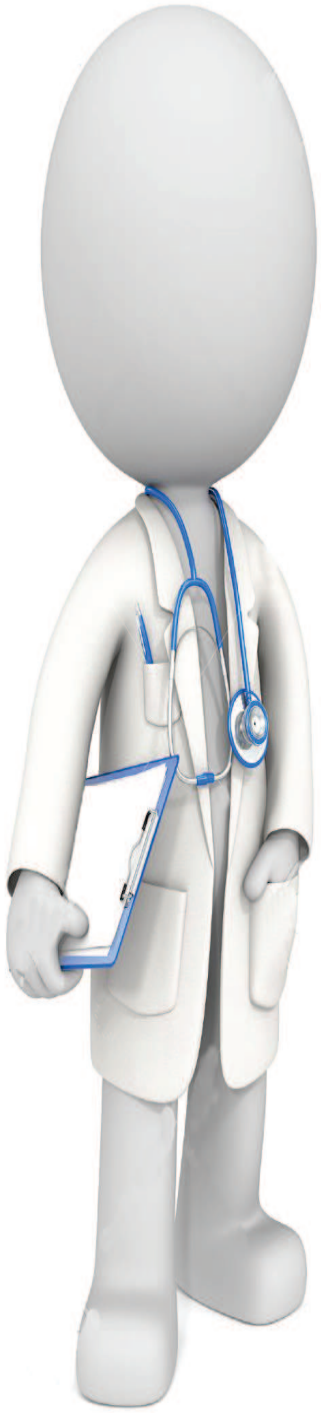
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA / HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA / COREME

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015

ESPECIALISTA EM PEDIATRIA

NEONATOLOGIA

09/11/2014



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, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.

7. Esta prova tem a duração de quatro horas, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, às instruções e à transcrição para o cartão-resposta.

8. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorridas duas horas de prova e poderá levar o caderno de prova somente no decurso dos últimos trinta minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.

9. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.

QUESTÃO 01

Leia o caso a seguir.

> Uma criança de cinco anos, do sexo masculino, procurou a emergência pediátrica acompanhada de sua mãe, com queixa de dores articulares nos membros inferiores, febre persistente por uma semana, fraqueza progressiva e palidez. Ao exame físico, a criança encontrava-se hipocorada (2+/4+) e afebril. Na palpação abdominal, foi encontrado fígado a dois centímetros do rebordo costal direito e baço a dois centímetros do rebordo costal esquerdo.

Neste caso, qual é a conduta inicial?

(A) Solicitar hemograma completo, exame de urina e radiografia de tórax e deixar a criança em observação no pronto-socorro.

(B) Medicar o paciente com analgésicos e dar alta hospitalar orientando procurar atendimento ambulatorial.

(C) Solicitar mielograma de urgência.

(D) Dar alta ao paciente sem medicá-lo, mas com solicitação de exames a serem feitos ambulatorialmente.

QUESTÃO 02

O parâmetro mais prático e importante no acompanhamento e avaliação de uma criança com baixa estatura é:

(A) idade óssea.

(B) idade cronológica.

(C) alvo genético.

(D) velocidade de crescimento da criança.

QUESTÃO 03

> Um lactente com quarenta e cinco dias de vida chega ao ambulatório de puericultura com teste do pezinho alterado para hipotireoidismo congênito (exame mostra TSH muito alto). A mãe não apresenta queixas clínicas e informa não notar nenhuma alteração física em seu filho, quando comparado com outras crianças.

A conduta a ser tomada pelo médico na consulta é:

(A) observação clínica e retorno em duas semanas.

(B) solicitar TSH e T4 livre. Tranquilizar a mãe afirmando que o resultado do teste do pezinho pode ser um falso-positivo.

(C) repetir novo teste do pezinho e aguardar o resultado.

(D) iniciar tratamento com levotiroxina e encaminhar a criança a um serviço de endocrinopediatria.

QUESTÃO 04

A anemia falciforme é uma doença muito frequente nas consultas emergenciais e de ambulatório de seguimento em pediatria. Sendo assim, em relação ao diagnóstico laboratorial da anemia falciforme, constata-se o seguinte:

(A) a contagem de plaquetas está diminuída.

(B) a hemoglobina A2 encontra-se aumentada.

(C) o aumento de desidrogenase láctica, reticulose e eritroblastos podem estar presentes.

(D) a anemia é normocrômica e microcítica.

QUESTÃO 05

É exemplo de cardiopatia acianótica:

(A) estenose pulmonar crítica do recém-nascido.

(B) persistência do canal arterial.

(C) síndrome do coração esquerdo hipoplásico.

(D) atresia pulmonar.

QUESTÃO 06

A orientação a respeito de um pré-escolar de três anos que apresenta quadro diarreico há dez dias é:

(A) manter a dieta habitual da criança.

(B) substituir o leite de vaca por leite de soja.

(C) retirar leite e derivados da dieta habitual da criança.

(D) introduzir colestiramina.

QUESTÃO 07

Uma criança de um ano e seis meses chega ao ambulatório de pediatria apresentando o testículo direito no canal inguinal, e que não desce apesar de manobras usuais. Além disso, apresenta hérnia inguinal do mesmo lado. A conduta a ser tomada é:

(A) aguardar, tranquilizar os pais e avaliar a criança na próxima consulta.

(B) encaminhar ao cirurgião pediátrico para realização de orquidopexia e herniorrafia, imediatamente.

(C) tratar com hormônio gonadotrófico coriônico e avaliar o tratamento nas próximas consultas.

(D) tratar com hormônio gonadotrófico coriônico e encaminhar a criança para cirurgia pediátrica para realização de herniorrafia imediatamente.

QUESTÃO 08

Uma criança de quatro anos foi admitida na sala de emergência do pronto-socorro pediátrico, apresentando crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Ao exame, apresentava temperatura axilar de 39,5 ºC, sem sinais de irritação meníngea, com hiperemia de amígdalas e coriza hialina. Não há história prévia de outras crises convulsivas.

Qual é a hipótese diagnóstica e que conduta deve ser tomada?

(A) Crise convulsiva febril. A conduta a ser tomada é medicar a criança com anticonvulsivante e antitérmico. Na alta, prescrever anticonvulsivante.

(B) Crise convulsiva febril. A conduta a ser tomada é medicar a criança com anticonvulsivante, antitérmico e mantê-la em observação por seis horas. Dar alta sem anticonvulsivante e com prescrição de medicações sintomáticas.

(C) Epilepsia. Deve-se medicar a criança com antitérmico e anticonvulsivante. Na alta hospitalar, prescrever anticonvulsivante.

(D) Epilepsia. Deve-se medicar a criança com anticonvulsivante e antitérmico. Coletar líquor o mais precocemente possível. Na ocasião da alta hospitalar, prescrever anticonvulsivante.

QUESTÃO 09

A mãe de uma escolar de seis anos, ao levá-la ao pediatra, queixa-se de que sua filha está apresentando diversos caroços no corpo. Há uma semana apresentou também quadro de dores nos joelhos e tornozelos, tendo procurado o atendimento médico, sendo-lhe prescrito anti-inflamatório, o que melhorou as dores. No exame físico, a criança apresenta nódulos indolores em grandes articulações. Os exames laboratoriais mostraram velocidade de hemossedimentação (VHS) de 100, ASLO de 1350 U Tood e hemograma normal.

Com base na história, o próximo exame complementar a ser solicitado é:

(A) ultrassonografia dos nódulos.

(B) anatomopatológico dos nódulos.

(C) ecocardiograma.

(D) dosagem do FAN.

QUESTÃO 10

Atualmente, a hipotermia terapêutica tornou-se uma estratégia neuroprotetora para minimizar ou até mesmo evitar a lesão cerebral em recém-nascidos. Atualmente, de acordo com os critérios de inclusão de pacientes, no que tange à idade gestacional e às malformações congênitas, pode ser candidato à inclusão no protocolo de hipotermia em recém-nascido na seguinte condição:

(A) idade gestacional ao nascimento menor que vinte e oito semanas, sem malformações.

(B) idade gestacional ao nascimento entre vinte e oito e trinta e uma semanas, sem malformações.

(C) idade gestacional de trinta e três semanas, com onfalocele.

(D) idade gestacional maior ou igual a trinta e seis semanas, sem malformações.

QUESTÃO 11

Um recém-nascido de muito baixo peso ao nascimento, quando recebe alta hospitalar, deve ser encaminhado a um ambulatório diferenciado para um melhor seguimento. Os exames laboratoriais que devem ser solicitados antes da alta para serem apresentados na primeira consulta ambulatorial são:

(A) hemograma completo, proteína C reativa, função hepática, função renal e triagem neonatal (teste do pezinho).

(B) cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, ureia, creatinina e triagem neonatal (teste do pezinho).

(C) hemograma completo, ferro, ferritina, reticulócitos, função hepática e triagem neonatal (teste do pezinho).

(D) hemograma completo, ferro, ferritina, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina e triagem neonatal (teste do pezinho).

QUESTÃO 12

Um prematuro de trinta e três semanas e peso de nascimento de 1450 gramas teve alta hospitalar aos vinte e oito dias de vida, em aleitamento materno exclusivo. Na ocasião da alta hospitalar, apresentava peso, comprimento e perímetro cefálico no percentil 10 da curva de Fenton. Foi amamentado exclusivamente com leite materno até o sexto mês de idade cronológica, apresentando, nesse momento, peso, comprimento e perímetro cefálico entre os percentis três e 15 da curva da Organização Mundial de Saúde (OMS). Com um ano de idade corrigida, o perímetro cefálico encontra-se no percentil 15, enquanto o peso e o comprimento mantiveram-se entre os percentis três e 15.

Em relação a essa criança, verifica-se o seguinte:

(A) o crescimento atingiu a curva ainda no primeiro ano de vida, existindo, pois, uma ótima expectativa.

(B) o crescimento está inadequado, e a criança precisa ser encaminhada à nutricionista e ao endocrinologista pediátrico.

(C) o crescimento está inadequado, lento, podendo haver um *catch up* mais tardio.

(D) o perímetro cefálico está crescendo rápido. A criança necessita de exames de imagem e posterior avaliação da neuropediatria.

QUESTÃO 13

Um recém-nascido de vinte e seis semanas de gestação, com peso de nascimento de 750 gramas, desenvolveu quadro clínico e radiológico compatível com síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido. Ele foi intubado, acoplado à ventilação mecânica com altos parâmetros e recebeu duas doses de surfactante nas primeiras horas de vida.

Essa terapêutica, além de diminuir a mortalidade, pode ser benéfica, em curto prazo, para também reduzir

(A) a enterocolite necrosante.

(B) a persistência do canal arterial.

(C) o pneumotórax.

(D) as malformações congênitas pulmonares.

QUESTÃO 14

O aleitamento materno promove o envolvimento, a interação e a ligação com a mãe, oferecendo nutrientes próprios da espécie para apoiar o crescimento normal do lactente. Para tanto, o leite materno se adequa, na sua composição, às necessidades etárias do recém-nascido. O colostro se diferencia então do leite maduro por conter:

(A) mais imunoglobulina, vitaminas lipossolúveis e proteínas.

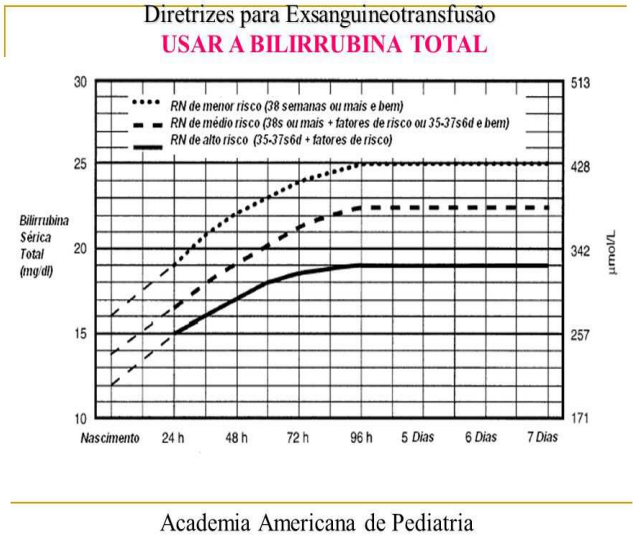
(B) mais gordura, menos lactose e menos vitaminas hidrossolúveis.

(C) mais lactoferrina, lactose e vitaminas hidrossolúveis.

(D) mais eletrólitos, lactose e imunoglobulina.

QUESTÃO 15

A figura a seguir apresenta as diretrizes para exsanguineotransfusão estabelecidas pela Academia Americana de Pediatria.



A exsanguineotransfusão é um procedimento realizado em recém-nascidos com hiperbilirrubinemia, e consiste no tratamento padrão da doença hemolítica. A condição que indica formalmente a exsanguineotransfusão é quando a mãe apresenta

(A) tipagem sanguínea A negativo, Coombs indireto negativo e recém-nascido a termo com tipagem sanguínea A positivo, Coombs direto negativo, com 36 horas de vida e bilirrubina total de 11 mg/dl.

(B) tipagem sanguínea A negativo, Coombs indireto positivo e recém-nascido a termo com tipagem sanguínea O positivo, Coombs direto positivo, com 40 horas de vida e bilirrubina total de 10 mg/dl.

(C) tipagem sanguínea O negativo, Coombs indireto positivo e recém-nascido com tipagem sanguínea A positivo, Coombs direto positivo, que apresentou bilirrubina de cordão igual a 3 mg/dl.

(D) tipagem sanguínea O negativo, Coombs indireto positivo e recém-nascido com tipagem sanguínea O positivo, Coombs direto positivo, que apresentou hemoglobina de cordão igual a 11 mg/dl.

QUESTÃO 16

No exame da região abdominal de um recém-nascido a termo, na sala de parto, é observada a presença de cordão umbilical íntegro com exteriorização de alças intestinais através de um defeito do lado direito do cordão. O diagnóstico e o respectivo procedimento a ser adotado são:

(A) hérnia paraumbilical; o transporte para a unidade de terapia intensiva neonatal deve ser feito com a malformação exposta para evitar a aderência entre as alças intestinais e o curativo.

(B) onfalocele com membrana íntegra; o transporte para a unidade de terapia intensiva neonatal deve ser feito com a malformação envolta em saco plástico para manutenção da temperatura.

(C) gastrosquise; o transporte para a unidade de terapia intensiva neonatal deve ser feito com as alças intestinais protegidas por uma cobertura estéril, embebida em soro fisiológico isotônico aquecido.

(D) onfalocele com membrana rota; transporte para a unidade de terapia intensiva neonatal deve ser feito com as alças intestinais protegidas por uma cobertura estéril, embebida em soro fisiológico isotônico aquecido.

Leia o caso e seguir para responder às questões **17, 18 e 19**.

> Uma criança de três anos é admitida na sala de reanimação de um pronto-socorro pediátrico com história de tosse e febre há três dias. A família relata que vem evoluindo nas últimas 24 horas com dificuldade para respirar, prostração e diminuição da diurese. Ao exame físico, apresentava-se sonolenta, taquidispneica, com diminuição do murmúrio vesicular difusamente, taquicárdica, febril, com abdome globoso, ausência de visceromegalias e perfusão periférica diminuída, sendo o tempo de enchimento capilar (TEC) de quatro segundos. Ao ser monitorizada, mostrava os seguintes parâmetros: ritmo cardíaco sinusal, frequência cardíaca (FC) de 130 bpm, frequência respiratória (FR) de 50 ipm, saturação periférica de oxigênio (sat O_2) de 87% e pressão arterial média (PAM) de 80 mmHg. Com base nesse quadro clínico, foi feita a hipótese diagnóstica de choque séptico e iniciada a reanimação. O acesso venoso periférico não foi possível.

QUESTÃO 17

Nessas condições, a melhor conduta inicial é:

(A) oferecer O_2 sob cateter nasal a dois litros por minuto; obter acesso venoso central; infundir 10 ml/kg de solução salina isotônica em 10 minutos.

(B) oferecer O_2 sob máscara facial; obter acesso intraósseo; infundir 20 ml/kg de solução salina isotônica de 5 a 10 minutos.

(C) iniciar ventilação não invasiva com fração de O_2 de 40%; obter acesso venoso central; infundir 10 ml/kg de solução isotônica de 5 a 10 minutos.

(D) iniciar ventilação mecânica invasiva com fração de O_2 100%; obter acesso intraósseo; infundir 20 ml/kg de solução salina isotônica de 10 minutos.

QUESTÃO 18

Após a primeira infusão de volume, a criança foi reavaliada e apresentava os seguintes parâmetros: ausculta pulmonar com estertores crepitantes bilateralmente, sat O_2 94%, FC=120 bpm, FR=50 ipm; TEC de 3 segundos; sem diurese; PAM de 70 mmHg. Além de iniciar antibioticoterapia e realizar a correção de hipoglicemia e da hipocalcemia (caso necessário), a próxima sequência de atendimento é:

(A) repetir a mesma quantidade de volume em cinco minutos e considerar o uso de milrinone com adrenalina.

(B) repetir a mesma quantidade de volume em 10 minutos e reavaliar em seguida.

(C) repetir a mesma quantidade de volume de 5 a 10 minutos e considerar o uso de dopamina 10 mcg/kg/min.

(D) interromper ressuscitação volêmica, prescrever furosemida na dose de 1 mg/kg e iniciar a associação de dobutamina com adrenalina.

QUESTÃO 19

Após 20 minutos de reanimação do choque, a criança apresentava-se sonolenta e confusa, mantinha na ausculta pulmonar os estertores crepitantes bilaterais, sat O_2 90%, FC = 125 bpm, FR = 50 ipm; TEC mantido em três segundos; ainda sem diurese e PAM de 50 mmHg. A melhor conduta, nesse momento, seria iniciar

(A) dobutamina com adrenalina e, caso o choque continuasse refratário, iniciar hidrocortisona independente da PAM.

(B) milrinone com adrenalina (se choque frio) ou noradrenalina (se choque quente) e, caso o choque continuasse refratário, iniciar hidrocortisona independente da PAM.

(C) hidrocortisona e, caso o choque continuasse refratário, trocar droga vasoativa para milrinone e noradrenalina, se PAM estiver baixa.

(D) hidrocortisona e, caso o choque continuasse refratário, trocar droga vasoativa para milrinone e adrenalina, caso a PAM se mantivesse normal.

QUESTÃO 20

Um lactente de oito meses de vida vem apresentando febre de 39 ºC há 48 horas. O estado geral é bom e não há nenhum outro sintoma. O lactente é levado ao pronto-socorro pediátrico e, após atendimento médico, não é constatada nenhuma alteração. A mãe da criança é orientada a manter o antitérmico e retornar de 24 a 48 horas para reavaliação ou antes, caso apresente outro sintoma. Após 24 horas, o lactente é levado novamente ao pronto-socorro e, apesar de não ter apresentado mais febre nas últimas seis horas, iniciou subitamente erupção cutânea eritematosa, maculopapular, que desaparece à compressão e que vem progredindo no sentido cefalocaudal.

O diagnóstico clínico é:

(A) rubéola.

(B) síndrome mão-pé-boca.

(C) eritema infeccioso.

(D) exantema súbito.

QUESTÃO 21

Uma criança de oito anos, sabidamente asmática, é atendida no pronto-socorro em crise aguda de asma. Ao exame físico apresenta-se consciente, com dispneia moderada, sem conseguir completar frases, em uso de musculatura acessória para respirar e, na ausculta pulmonar, presença de sibilos expiratórios difusos. Ao ser monitorizada, constatam-se: frequência respiratória de 40 ipm, frequência cardíaca de 125 bpm e saturação de O_2 de 92%.

A classificação da intensidade da crise e a medida inicial do tratamento são, respectivamente,

(A) crise moderada; uso de β-2-agonista por via inalatória associado à administração de corticoide injetável simultaneamente.

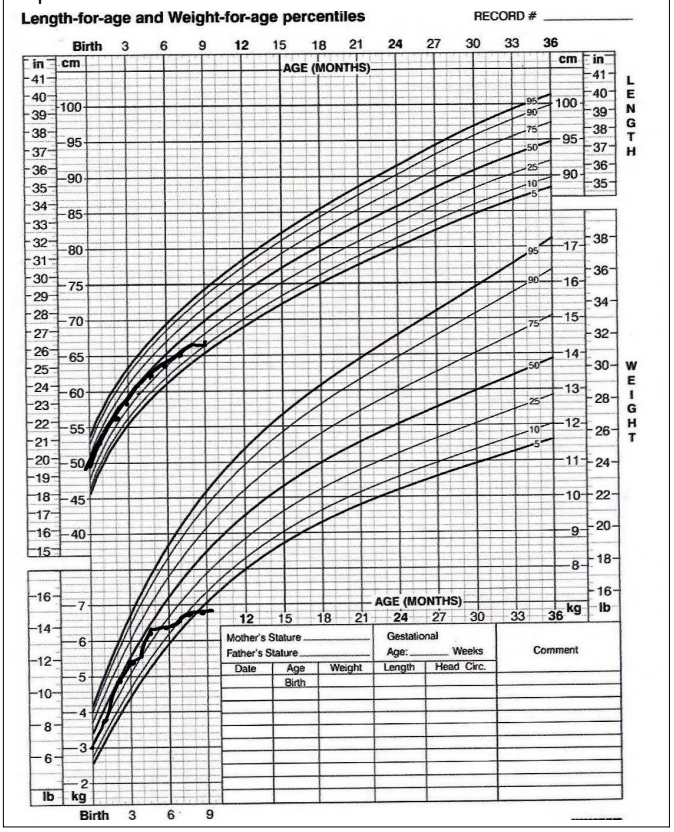
(B) crise moderada; uso de β-2-agonista por via inalatória associado à administração de corticoide inalatório subsequentemente.

(C) crise grave; uso de β-2-agonista por via inalatória associado à administração do corticoide injetável subsequentemente.

(D) crise grave; uso de β-2-agonista por via injetável associado à administração de corticoide injetável simultaneamente.

Leia o caso a seguir para responder às questões **22** e **23**.

Um lactente de nove meses vem apresentando nos últimos três meses ganho ponderal limítrofe, sendo que houve perda de peso no último mês. Além disso, os pais informam que o bebê está inapetente e com fezes mais amolecidas. Questionados sobre a alimentação, informaram que a criança estava em aleitamento materno exclusivo até os quatro meses de idade, quando foi iniciada a introdução de outros alimentos e de uma mamadeira de fórmula infantil à noite, "para dormir melhor". No último mês, a mãe interrompeu a amamentação porque o "leite secou". Ao exame físico, a criança mostrava-se em bom estado geral, porém com panículo adiposo diminuído e pele espessa com lesões de fundo eritematoso e pequenas vesículas e crostas em fossa antecubital e poplítea. Apresentava a seguinte curva de desenvolvimento pôndero-estatural:



QUESTÃO 22

Nesse caso, o primeiro e mais provável diagnóstico a ser considerado e a respectiva conduta inicial são:

(A) alergia à proteína do leite de vaca; prova terapêutica com substituição da fórmula láctea por uma fórmula de hidrolisado proteico e retirada de derivados do leite da dieta da criança.

(B) alergia à lactose; prova terapêutica com substituição da fórmula láctea por uma fórmula oligomérica e retirada de derivados do leite da dieta da criança.

(C) intolerância à proteína do leite de vaca; prova terapêutica com substituição da fórmula láctea por uma fórmula oligomérica e retirada de derivados do leite da dieta da criança.

(D) intolerância à lactose; prova terapêutica com substituição da fórmula láctea por uma fórmula sem lactose e retirada de derivados do leite da dieta da criança.

— QUESTÃO 23 —

Após três semanas da conduta inicial, a criança melhorou o apetite e ganhou 30 gramas de peso por dia. A próxima medida a ser tomada para concluir o diagnóstico é:

(A) contraprova, voltando à dieta anterior da criança. Caso ela volte a apresentar os mesmos sintomas, confirmar o diagnóstico com dosagem de IgE total e dosagens específicas para caseína, alfalactoalbumina e betalactoglobulina.

(B) contraprova, voltando à dieta anterior da criança. Caso ela volte a apresentar os mesmos sintomas, fica concluído o diagnóstico, sendo desnecessário qualquer outro exame.

(C) dosagem de IgE total e dosagens específicas para caseína, alfalactoalbumina e betalactoglobulina, além do teste de tolerância à lactose, não sendo necessário contraprova, uma vez que a criança melhorou significativamente.

(D) volta à dieta anterior e observação da evolução da criança no próximo mês, uma vez que o ganho de peso pode ser devido à melhor ingesta de outros alimentos, pois o ganho ponderal nas provas terapêuticas para alimentos não é tão significativo no primeiro mês.

— QUESTÃO 24 —

Um lactente de 18 meses vem apresentando diarreia há três semanas. O quadro começou com vômitos e febre nas primeiras 48 horas e, posteriormente, evoluiu com diarreia líquida, fétida e com presença de muco e sangue. Apesar da melhora significativa da fase aguda, ainda persiste a diarreia, agora pastosa, que, apesar de não ter mais muco ou sangue, passou a ser mais explosiva e acompanhada de importante assadura perianal.

O diagnóstico mais provável e a respectiva conduta são:

(A) diarreia protraída por disdissacaridase; uso de fórmula sem lactose.

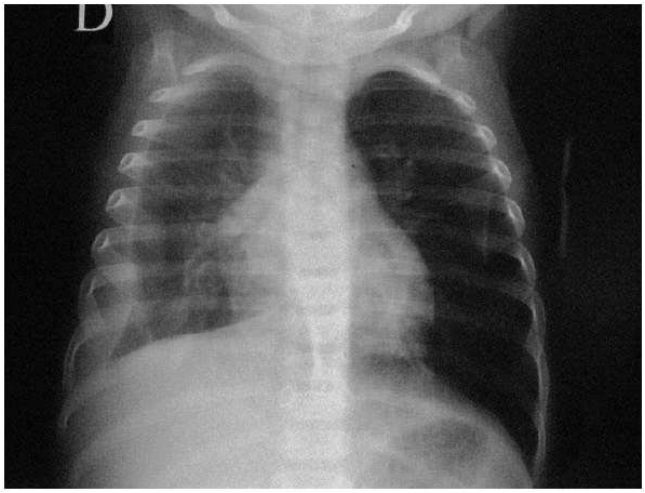
(B) diarreia protraída por persistência de agente; uso de antibiótico.

(C) diarreia crônica por disdissacaridase; uso de fórmula à base de proteína de soja.

(D) diarreia crônica por persistência de agente; uso de antibiótico.

— QUESTÃO 25 —

Uma criança de dois anos apresenta há três dias tosse, coriza e febre alta. Nas últimas 24 horas, passou a ficar mais prostrada e taquidispneica. Foi solicitada uma radiografia de tórax, que apresentou o seguinte resultado:



Com base no resultado do exame, deve-se proceder da seguinte forma:

(A) punção pleural e drenagem pleural, caso o líquido puncionado seja empiema. Iniciar cobertura para pneumococo.

(B) punção pleural de alívio e diagnóstica, sem necessidade de drenagem torácica, caso haja esvaziamento completo confirmado na radiografia de tórax após o procedimento. Iniciar cobertura para estafilococo.

(C) punção pleural e drenagem pleural, caso o líquido puncionado seja empiema. Iniciar cobertura para Mycoplasma.

(D) punção pleural de alívio e diagnóstica, sem necessidade de drenagem torácica, caso haja esvaziamento completo confirmado na radiografia de tórax após o procedimento. Iniciar cobertura para hemófilos.

— QUESTÃO 26 —

Um adolescente de 12 anos apresentou nas últimas 12 horas febre alta, dor de garganta, prostração, cefaleia, calafrios, vômitos e dor abdominal. Na inspeção da orofaringe, há congestão intensa e aumento de amígdalas, com presença de exsudato purulento e petéquias no palato, além da presença de adenite cervical bilateral.

A hipótese diagnóstica principal e o respectivo tratamento são:

(A) faringoamigdalite por micoplasma; azitromicina.

(B) faringoamigdalite estreptocócica; penicilina benzatina.

(C) faringoamigdalite por micoplasma; claritromicina.

(D) faringoamigdalite estreptocócica; azitromicina.

QUESTÃO 27

Uma criança de cinco anos é vítima de atropelamento e socorrida na via pública pelo Corpo de Bombeiros. Após atendimento pré-hospitalar, a criança é encaminhada para o pronto-socorro de referência. Na admissão, a criança encontrava-se inconsciente, com Glasgow de 7, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits motores aparentes, pálida, com hematoma externo no tórax esquerdo, local da colisão com o veículo. Ao ser monitorizada, apresentava FC = 120 bpm, FR = 18 ipm, saturação de O_2 = 94% em ar ambiente, PAM = 40 mmHg.

Uma vez garantida a estabilidade da coluna com o colar cervical, a próxima conduta deverá ser

(A) intubação orotraqueal sem analgesia ou sedação, uma vez que a criança está em coma e as drogas psicotrópicas podem levar à hipotensão, piorando o quadro hemodinâmico e, consequentemente, o prognóstico neurológico.

(B) intubação orotraqueal com sequência rápida, sendo o tiopental e a lidocaína as drogas de eleição para o procedimento.

(C) intubação orotraqueal com sequência rápida, sendo a lidocaína, o fentanil e, a seguir, o tiopental as drogas de eleição para o procedimento.

(D) expectante, não sendo necessário intubar o paciente e nenhum tipo de analgesia e sedação poderá ser usado até a chegada do neurocirurgião para avaliar o TCE.

QUESTÃO 28

Durante uma consulta pediátrica de puericultura, um lactente de 12 meses é avaliado no seu desenvolvimento neuropsicomotor. A criança engatinha, fica de pé e anda com apoio, fala quatro palavras (“mãmã”, “papa”, “nenê” e “não”), dá tchau, bate palminhas, é sociável, pois brinca com todo mundo e nunca estranha pessoas e lugares. No retorno para puericultura com um ano e três meses, a mãe queixa-se de que a criança agora só fala “papa” o tempo todo e parou de falar outras palavras, não atende pelo nome e parece demonstrar interesse em brincar com um único brinquedo de encaixe, não se importando com os demais brinquedos, nem mesmo aqueles com dispositivos sonoros.

Com base nessas informações, o pediatra deverá levantar a hipótese de

(A) surdez, e solicitar audiometria.

(B) encefalopatia crônica evolutiva, e encaminhar ao neuropediatra.

(C) autismo, e encaminhar ao psiquiatra infantil.

(D) estimulação inadequada do desenvolvimento, e encorajar a mãe a matricular a criança em atividades de música, natação ou escola maternal.

QUESTÃO 29

À medida que a criança vai crescendo, faz parte do seu desenvolvimento a curiosidade. Ela passa a movimentar-se em busca de novas descobertas, o que aumenta o risco de sofrer acidentes. Algumas atitudes simples, como supervisão contínua por parte do cuidador, evitam acidentes que podem matar ou deixar sequelas graves. De todas as orientações que os pais deveriam ter recebido em consultas anteriores, de acordo com os marcos de desenvolvimento da infância, na consulta de um bebê de nove meses, que recomendação deve ser enfatizada pelo pediatra?

(A) Não administrar remédio que o médico não tenha receitado.

(B) Garantir a proteção de tomadas e evitar fios elétricos soltos que possam estar ao alcance da criança.

(C) Não deixar vasilhas de água ao alcance da criança.

(D) Transportar a criança no veículo em cadeira especial, no banco de trás e voltada para a frente.

Leia o caso a seguir para responder às questões **30** e **31**.

Um lactente de sete meses vem apresentando tosse, coriza hialina e febre baixa (37,9 ºC) e irritabilidade há três dias. Nas últimas 12 horas, evoluiu com piora da tosse e passou a apresentar rouquidão, conjuntivite e taquipneia. Ao exame físico mostrava-se irritada, afebril, acianótica, taquipneica (FR = 60 ipm) e, na ausculta pulmonar, sibilos inspiratórios e expiratórios. Foram realizados os seguintes exames:
Gasometria arterial (em ar ambiente)
pH = 7,30, PO_2 = 59, PCO_2 = 45, bicarbonato = 18, BE = -6, saturação O_2 = 93%
Hemograma:
Hb = 12,8 Ht = 36
20.000 leucócitos (6% bastonetes / 30% segmentados / 54% linfócitos / 4% eosinófilos / 6% monócitos)
180.000 plaquetas
Radiografia de tórax apresentada a seguir:

QUESTÃO 30

Nessas condições clínicas, a hipótese diagnóstica e a principal conduta a ser tomada são, respectivamente,

(A) coqueluche; iniciar azitromicina.

(B) bronquiolite viral; iniciar nebulização com solução salina a 3%.

(C) asma; iniciar nebulização com salbutamol.

(D) laringite viral; iniciar nebulização com adrenalina racêmica.

QUESTÃO 31

O distúrbio ácido-base apresentado é compatível com acidose

(A) mista e hipoxemia, devendo-se otimizar a ventilação.

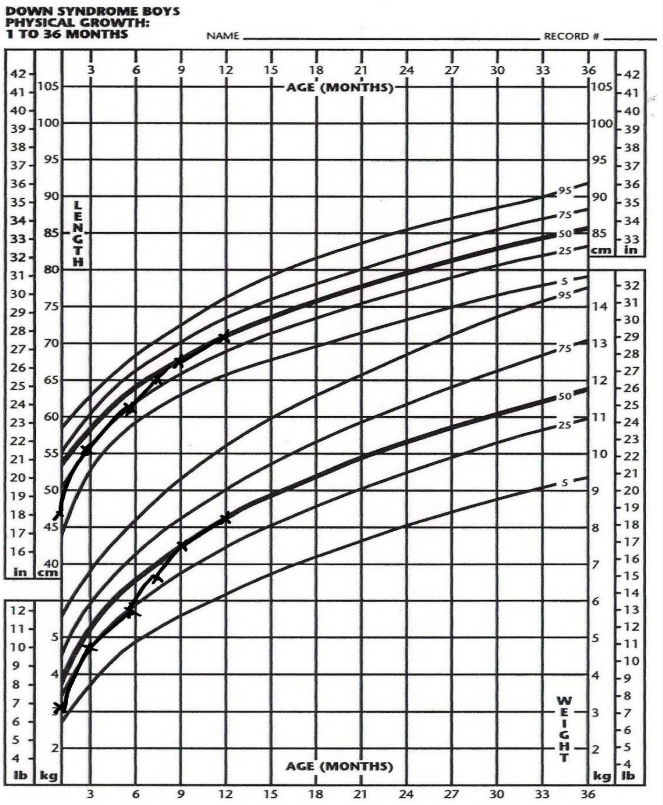
(B) metabólica e hipoxemia, devendo-se infundir o bicarbonato venoso.

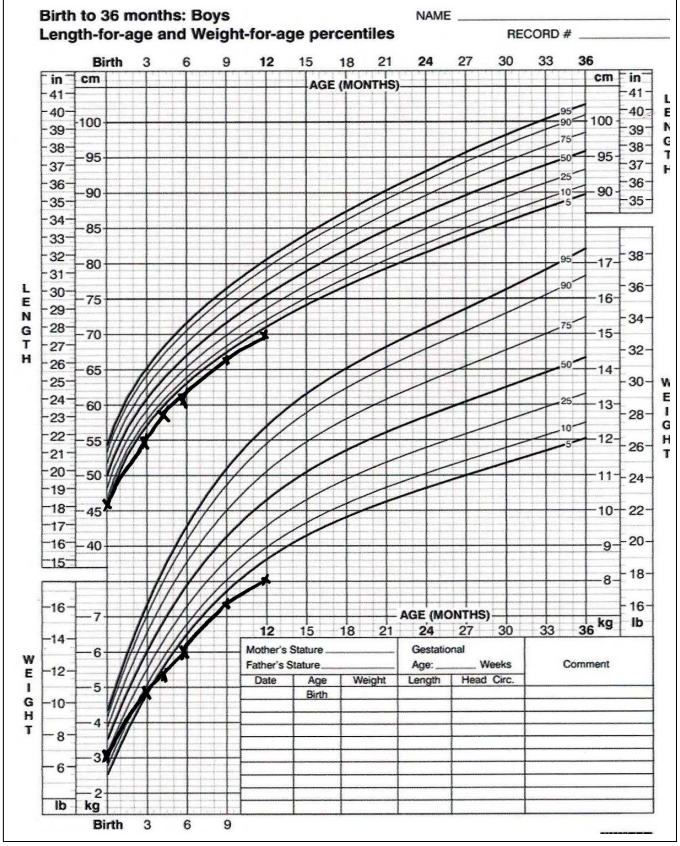
(C) respiratória e hipoxemia, devendo-se otimizar a oxigenação.

(D) mista, devendo-se otimizar a ventilação.

Leia o caso a seguir para responder às questões **32** e **33**.

Uma criança do sexo masculino, com síndrome de Down e sem cardiopatia congênita, é acompanhada regularmente pelo seu pediatra. Na consulta de um ano de idade, ela apresentava as seguintes curvas de desenvolvimento:





QUESTÃO 32

A análise das curvas indica que

(A) a criança está desnutrida, o que requer investigação.

(B) a criança está desnutrida e deve ser encaminhada à nutricionista.

(C) a criança não está desnutrida, e as condutas pertinentes à idade devem ser realizadas.

(D) a criança não está desnutrida, mas devido ao risco nutricional deve ser encaminhada à nutricionista.

QUESTÃO 33

De acordo com o Ministério da Saúde, que lançou em 2012 as Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down, quais medidas devem ser tomadas em relação a esta criança?

(A) Realização de hemograma, exame simples de urina com urocultura e radiografia de punho; solicitação de avaliações endocrinopediátrica, nutricional e odontológica.

(B) Realização de hemograma, exame simples de urina com urocultura e radiografia de punho; solicitação de avaliações endocrinopediátrica, cardiopediátrica e odontológica.

(C) Realização de TSH, hemograma e radiografia de coluna cervical; solicitação de avaliações para visão, nutricional e odontológica.

(D) Realização de TSH, hemograma e radiografia de coluna cervical; solicitação de avaliações para visão, audição e odontológica.

QUESTÃO 34

Um recém-nascido a termo, com 36 horas de vida, em aleitamento materno exclusivo e peso de nascimento 3180 g, está sendo examinado pelo médico pediatra de plantão na maternidade. Trata-se de um bebê nascido de parto normal, com bolsa rota de 30 minutos antes do parto e líquido amniótico claro. Ao nascimento, não necessitou de manobras de reanimação e o APGAR foi nove e dez. Após constatar que o exame físico do neonato é normal, realiza o teste do coraçãozinho e obtém os seguintes resultados:

Saturação de O_2 no membro superior direito: 97%

Saturação de O_2 no membro inferior direito: 93%

A análise do resultado do teste do coraçãozinho indica que o exame é

(A) normal, podendo o paciente receber alta após 48 horas de vida.

(B) normal, porém o paciente deve aguardar pelo menos 72 horas de vida para receber alta hospitalar.

(C) anormal e deverá ser realizada outra oximetria de pulso em uma hora. Caso o resultado se repita, um ecocardiograma deverá ser realizado e o paciente permanecer internado.

(D) anormal e deverá ser realizada outra oximetria de pulso em até 24 horas. Caso o resultado se repita um ecocardiograma deverá ser solicitado, podendo ser realizado ambulatorialmente.

QUESTÃO 35

Um lactente de cinco meses, do sexo masculino, é admitido na sala de emergência pediátrica com quadro de irritabilidade, pouca aceitação da alimentação, vômitos e sudorese há 12 horas. A mãe relata que notou "coração acelerado" e nega febre ou qualquer sinal de infecção. Ao exame físico, encontrava-se afebril, irritado, sugando a chupeta com ansiedade, levemente taquipneico, ausculta pulmonar normal, pálido e com pulsos palpáveis. Ao ser monitorizado, foram observadas: frequência cardíaca de 230 bpm, frequência respiratória de 60 ipm, pressão arterial de 90x50 mmHg e saturação de O_2 em ar ambiente de 98%. O monitor cardíaco evidenciava complexos QRS estreitos, com dificuldade em determinar o intervalo PR e ausência de onda P.

Após o paciente ser colocado em oxigenoterapia e conseguido acesso venoso, a droga de escolha a ser utilizada na reversão desse quadro é:

(A) atropina.

(B) adenosina.

(C) lidocaína.

(D) sulfato de magnésio.

QUESTÃO 36

De acordo com o programa de triagem auditiva, a triagem

(A) pode ser feita por EOA (Emissões Otoacústicas Evocadas) que, além de ser mais rápida e mais barata, avalia as frequências mais próximas da maior incidência de perda auditiva nos recém-nascidos.

(B) deve ser realizada nos primeiros doze meses de vida, para atendimento até os dezoito meses.

(C) deve ser realizada em todos os recém-nascidos pelos dois métodos eletrofisiológicos disponíveis – Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA) e Potencial Auditivo do Tronco Encefálico (BERA).

(D) deve ser restrita aos recém-nascidos considerados de alto risco para perda auditiva.

QUESTÃO 37

Um lactente vem para a primeira consulta de puericultura após alta da UTI neonatal, ocorrida há 15 dias. A mãe traz um resumo da internação que informa ter o bebê nascido prematuramente, com 28 semanas de idade gestacional, por parto normal, peso de nascimento de 830 gramas e necessidade de ventilação mecânica por 21 dias, com o tempo total de oxigenoterapia de 45 dias. Atualmente, está com quatro meses de idade cronológica, um mês e dois dias (pós-termo) de idade gestacional corrigida e peso de 2150 gramas. Durante a internação, recebeu somente a primeira dose da vacina contra hepatite B.

As vacinas recomendadas neste momento são:

(A) BCG, reforço da hepatite B, DTPa, *Haemophilus influenzae* b, Salk, pneumocócica e meningocócica. Não há indicação de Palivizumabe durante o período sazonal do Vírus Sincicial Respiratório.

(B) reforço da hepatite B, DTPa, *Haemophilus influenzae* b, Salk, rotavírus, pneumocócica e meningocócica. Além do mais, deve ser indicado o Palivizumabe durante o período sazonal do Vírus Sincicial Respiratório.

(C) BCG, reforço da hepatite B, DTPa, *Haemophilus influenzae* b, Salk, rotavírus, pneumocócica e meningocócica. Não há indicação de Palivizumabe durante o período sazonal do Vírus Sincicial Respiratório.

(D) BCG, reforço da hepatite B, DTPa, *Haemophilus influenzae* b, Salk, rotavírus, pneumocócica e meningocócica. Além do mais, deve ser indicado o Palivizumabe durante o período sazonal do Vírus Sincicial Respiratório.

QUESTÃO 38

Uma gestante de 24 anos, com idade gestacional de 34 semanas e seis dias, sem queixas urinárias ou história de febre, é admitida em trabalho de parto, com dilatação de colo uterino de sete centímetros e bolsa rota há quatro horas. A parturiente é secundigesta e tem história de um parto normal anterior, prematuro de 33 semanas, sendo que o recém-nascido necessitou de internação em UTI neonatal por 15 dias, devido a um quadro de insuficiência respiratória grave. No momento, a gestante foi encaminhada pela equipe da obstetrícia para o pré-parto, sendo realizada uma dose de penicilina cristalina. Após três horas da dose do antibiótico, nasceu um bebê do sexo masculino, com boa vitalidade, sem necessidade de manobras de reanimação e APGAR oito e nove. Após cuidados gerais de berçário, foi encaminhado ao alojamento conjunto, com duas horas de vida.

Na assistência a esse recém-nascido,

(A) deve ser mantida a observação clínica por 48 horas, uma vez que a profilaxia para o *Streptococcus agalactie* (SGB) foi adequada.

(B) deve ser mantida a observação clínica por 48 horas e realizada a coleta de hemograma, hemocultura e PCR entre 12-24 horas de vida, uma vez que a profilaxia para SGB foi inadequada.

(C) deve ser realizada a coleta de hemograma, hemocultura e PCR entre 12-24 horas de vida e iniciar a antibioticoterapia com ampicilina e amicacina, uma vez que a profilaxia para SGB foi inadequada.

(D) deve ser realizado somente o cuidado de rotina do recém-nascido, podendo receber alta após 24 horas de vida, uma vez que se desconhece a pesquisa do SGB da mãe, não estando, portanto, indicada a profilaxia intraparto.

Leia o caso a seguir para responder às questões **39, 40 e 41**.

Uma primigesta de 17 anos, com idade gestacional de 39 semanas e dois dias, é admitida para a realização de uma cesárea eletiva, devido ao diagnóstico fetal de hérnia diafragmática. Durante o pré-natal, não apresentou outras intercorrências. Ao nascimento, o bebê foi recebido em berço aquecido, sob fonte de calor radiante e foram avaliados os seguintes parâmetros: FC < 100 bpm, respiração irregular e hipotonia muscular.

QUESTÃO 39

A melhor conduta, nesse caso, é:

(A) realizar ventilação com bolsa valva-máscara e fração inspirada de O_2 de 21%.

(B) realizar ventilação com bolsa valva-máscara e fração inspirada de O_2 de 100%.

(C) realizar intubação orotraqueal, seguida de ventilação com pressão positiva e fração inspirada de O_2 de 21%.

(D) realizar intubação orotraqueal, seguida de ventilação com pressão positiva e fração inspirada de O_2 de 100%.

— QUESTÃO 40 —

Após 30 segundos de ventilação, o recém-nascido foi reavaliado e considerado com uma boa resposta às manobras iniciais. Os parâmetros utilizados para esta avaliação são:

(A) frequência cardíaca e cor.

(B) frequência cardíaca e respiração.

(C) respiração e tônus.

(D) cor e tônus.

— QUESTÃO 41 —

Após a estabilização do recém-nascido na sala de parto, ele será encaminhado à UTI Neonatal, situada no segundo andar do mesmo hospital. A melhor maneira de realizar esse transporte é:

(A) em incubadora de transporte pré-aquecida, intubado, com sonda orogástrica número 10 e em decúbito lateral, do mesmo lado da hérnia.

(B) em incubadora de transporte pré-aquecida, intubado, com sonda orogástrica número 10 e em decúbito lateral, do lado contralateral da hérnia.

(C) em incubadora de transporte pré-aquecida, extubado, em HOOD com concentração de O_2 de 60%, com sonda orogástrica número 8 e em decúbito lateral, do mesmo lado da hérnia.

(D) em berço aquecido, intubado, com sonda orogástrica número 8 e em decúbito dorsal.

Leia o caso a seguir para responder às questões **42** e **43**.

Um recém-nascido com idade gestacional de 38 semanas, peso de nascimento de 3200 gramas, nascido de parto normal, com bolsa rota de 12 horas e líquido amniótico claro, apresentou, com 24 horas de vida, letargia, cianose e desconforto respiratório. Consta no prontuário que não houve nenhuma intercorrência pré-natal e que o neonato não necessitou de manobras de reanimação ao nascimento, recebendo a nota de APGAR de nove e 10.
Após a intercorrência, o bebê foi imediatamente encaminhado ao berçário, onde foi colocado em berço aquecido e, ao ser avaliado, foram observados pulsos finos e presentes nos quatro membros, cianose central, pele rendilhada, sopro sistólico em borda esternal alta +/6+ e tiragem subcostal. Além do mais, apresentava temperatura axilar de 35,8 ºC, FC de 180 bpm, FR de 70 ipm, com saturação de O_2 de 88% e HGT de 40 mg/dL. Foi colocado em HOOD com concentração de O_2 de 30%, com melhora da saturação.

— QUESTÃO 42 —

O diagnóstico mais provável e os exames a serem solicitados imediatamente são, respectivamente:

(A) cardiopatia congênita canal dependente; solicitar gasometria arterial, eletrocardiograma, radiografia de tórax e ecocardiograma.

(B) hipoglicemia; solicitar glicemia plasmática para confirmar o HGT.

(C) taquipneia transitória do recém-nascido; solicitar gasometria arterial e radiografia de tórax.

(D) sepse neonatal precoce; solicitar hemograma, hemocultura, PCR, gasometria arterial e radiografia de tórax.

— QUESTÃO 43 —

A conduta inicial a ser tomada é obter acesso venoso periférico e

(A) iniciar reposição volêmica.

(B) corrigir a hipoglicemia com *push* de glicose e instalar soro de manutenção com velocidade de infusão de glicose (VIG) de quatro.

(C) iniciar dobutamina.

(D) iniciar prostaglandina.

— QUESTÃO 44 —

Diversas doenças maternas podem comprometer o feto e o recém-nascido, desencadeando uma série de repercussões que devem ser pesquisadas pelo obstetra e pelo neonatologista. No caso de filhos de mãe diabética podem ser encontradas, mais comumente, as seguintes condições:

(A) transposição das grandes artérias e hemangioma.

(B) atresia de coanas e surdez.

(C) hipoplasia de cólon descendente e síndrome de regressão caudal.

(D) cardiomiopatia hipertrófica e hérnia diafragmática congênita.

QUESTÃO 45

Uma gestante com doença hipertensiva específica da gestação e eclampsia, em uso de metildopa e pindolol, que recebeu sulfato de magnésio, deu à luz a um recém-nascido prematuro, com idade gestacional de 26 semanas e quatro dias e peso de nascimento de 600 gramas. O bebê foi admitido na UTI neonatal, onde recebeu duas doses de surfactante nas primeiras 24 horas de vida, com redução significativa dos parâmetros ventilatórios. Com 48 horas de vida, o recém-nascido se encontrava estável, com parâmetros mínimos de ventilação mecânica, em uso de dobutamina na dose de 7,5 mcg/kg/minuto e nutrição parenteral, que foi prescrita sem eletrólitos na sua composição, e passou a apresentar bradicardia (FC: 70 bpm), mantendo a saturação de O_2 de 90%. O monitor cardíaco registrava onda T apiculada e alargamento do complexo QRS.

A hipótese diagnóstica mais provável e a conduta imediata a ser tomada são:

(A) hipermagnesemia – administrar bicarbonato de sódio de duas a quatro horas.

(B) hipocalemia – fazer correção do potássio de duas a quatro horas.

(C) hipocalcemia – administrar gluconato de cálcio lentamente.

(D) hipercalemia – administrar gluconato de cálcio lentamente.

QUESTÃO 46

Um lactente de dois meses é levado ao pronto-socorro com história de febre há três dias (temperatura axilar máxima de 39 ºC), sem outras queixas. A mãe informa que a criança não tem história de doenças prévias, nasceu de parto cesárea a termo e está em aleitamento materno exclusivo desde o nascimento, com bom ganho ponderal. Ao exame físico, o lactente está em bom estado geral, afebril, sem outras alterações consistentes para firmar um diagnóstico.

O plantonista deve, nesse caso,

(A) liberar o paciente com a orientação de retornar se houver persistência da febre ou piora do estado geral, uma vez que ele não apresenta sinais de toxemia.

(B) solicitar exames complementares (hemograma e EAS) e aguardar o resultado para indicar a conduta.

(C) solicitar exames complementares (hemograma, hemocultura, EAS, urocultura e radiografia de tórax), iniciar antibioticoterapia empírica ambulatorial com ceftriaxone intramuscular e reavaliação diária.

(D) internar o paciente, solicitar exames complementares (hemograma, hemocultura, EAS, urocultura, radiografia de tórax e líquor) e iniciar antibioticoterapia empírica com ceftriaxone intravenoso.

Leia o caso a seguir para responder às questões **47**, **48** e **49**.

Uma gestante de 20 anos, em trabalho de parto, é admitida pela equipe médica da obstetrícia, trazida pela equipe do SAMU. O médico transportador informa que a paciente é moradora de rua e usuária de crack e se encontra em período expulsivo. Informa também que se trata de uma primigesta, que não realizou pré-natal e fez uso de crack e cocaína durante toda a gestação, sendo o último contato com a droga há cerca de duas horas. Após uma hora da admissão, nasce por parto normal um neonato do sexo masculino, vigoroso, sem necessidade de manobras de reanimação neonatal, com APGAR de oito e nove. Por desconhecer a idade gestacional obstétrica, foi realizado o Capurro somático, que demonstrou idade gestacional de 36 semanas. As seguintes medidas antropométricas foram obtidas: peso de nascimento de 1850 gramas (Percentil <10), estatura de 41 cm (Percentil <10) e perímetro cefálico de 30 cm (Percentil <10).

QUESTÃO 47

Com base nestes dados, pode-se classificar o recém-nascido como

(A) pré-termo moderado, adequado para a idade gestacional e baixo peso.

(B) pré-termo tardio, pequeno para a idade gestacional, simétrico e baixo peso.

(C) pré-termo moderado, pequeno para a idade gestacional, assimétrico e baixo peso.

(D) pré-termo tardio, pequeno para a idade gestacional, assimétrico e muito baixo peso.

QUESTÃO 48

As principais complicações para o concepto, relacionadas ao uso das drogas durante a gestação, são:

(A) alterações visuais e morte súbita.

(B) morte súbita e convulsões.

(C) convulsões e hiperglicemia refratária à insulina.

(D) anomalias cerebrais e alterações visuais.

QUESTÃO 49

No exame físico do recém-nascido são observados icterícia em face, mucosa hipocorada, petéquias em todo o corpo, abdome globoso com fígado palpável a três centímetros do rebordo costal direito e baço palpável. Tendo em vista esse quadro clínico, foi realizada a coleta de exames laboratoriais, que tiveram os seguintes resultados:
Hemograma – Hb = 10,8 Ht = 31% Leucócitos = 14.800 (6% Bastões / 57% Segmentados / 26% Linfócitos / 8% Monócitos / 3% Eosinófilos) Plaquetas 79.000
PCR = 0,2 TGO = 188 TGP = 33 Fosfatase alcalina = 544 Gama GT = 103 BT = 5,74 BD = 3,09 BI = 2,65

Para confirmar a hipótese diagnóstica mais provável, levantada pelos dados apresentados, o próximo passo é solicitar

(A) ultrassonografia de abdome total.

(B) triagem para erro inato do metabolismo.

(C) sorologia para STORCH.

(D) tipagem sanguínea, fator RH e Coombs direto.

QUESTÃO 50

Um paciente de três anos, com quadro clínico de diarreia crônica e síndrome de má absorção, evolui com hipocalemia e hipocalcemia de difícil correção, apesar da adequada oferta de potássio e cálcio. Esses distúrbios devem estar relacionados ao baixo nível sérico de

(A) magnésio.

(B) vitamina D.

(C) sódio.

(D) fósforo.