



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA MÉDICA DA UFPI - EDITAL 18/2018

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

PROGRAMAS COM PRÉ-REQUISITO NEONATOLOGIA

DATA: 20/01/2019

HORÁRIO: das 08 às 10 horas

**LEIA AS INSTRUÇÕES E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR O
CADERNO DE QUESTÕES**

- ✎ Verifique se este CADERNO contém um total de 50 (cinquenta) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de respostas, das quais, apenas uma é correta. Se não estiver completo, solicite ao fiscal de sala outro Caderno de Provas. **Não serão aceitas reclamações posteriores.**
- ✎ O candidato não poderá entregar o caderno de questões antes de decorridos 60 (sessenta) minutos do início da prova, ressalvados os casos de emergência médica.
- ✎ As respostas devem ser marcadas, obrigatoriamente, no **cartão-resposta**, utilizando caneta esferográfica, **tinta preta ou azul, escrita grossa.**
- ✎ Ao concluir a prova, o candidato terá que devolver o **cartão-resposta** devidamente ASSINADO e o **caderno de questões**. A não devolução de qualquer um deles implicará na **eliminação** do candidato.

01. Marque a opção que apresenta uma contraindicação absoluta para o aleitamento materno.
- (A) mãe com tuberculose bacilífera.
 - (B) mãe com hanseníase.
 - (C) mãe fazendo tratamento com drogas radioativas
 - (D) lactente com fenilcetonúria.
 - (E) recém-nascidos com icterícia precoce.
02. São considerados critérios para o diagnóstico de síndrome metabólica na infância e adolescência, EXCETO:
- (A) LDL colesterol ≥ 160 mg/dL.
 - (B) HDL colesterol < 40 mg/dL.
 - (C) Triglicérides > 150 mg/dL.
 - (D) Pressão arterial sistólica ≥ 95 .
 - (E) Obesidade abdominal.
03. É indicação de uma alimentação saudável, segundo o Ministério da Saúde, para crianças menores de 2 anos:
- (A) Oferecer leite materno até os 6 meses; sendo necessário oferecer água.
 - (B) A partir dos 3 meses, oferecer gradualmente sucos e sopinhas, mantendo o aleitamento materno até os 2 anos ou mais.
 - (C) A alimentação complementar, quando iniciada, deve ser espessa desde o início e oferecida de colher, aumentando a consistência gradualmente até chegar à alimentação da família.
 - (D) Não oferecer frutas e hortaliças com frequência diária para evitar episódios de diarreia.
 - (E) Evitar alimentos variados.
04. A desnutrição proteica-calórica tem um grande espectro de manifestações clínicas que variam de acordo com a intensidade relativa do déficit proteico ou calórico, gravidade, duração e idade do paciente. Quando há predominância de deficiência proteica e deficiência calórica, tem-se os quadros, respectivamente, de:
- (A) nanismo nutricional e kwashiorkor.
 - (B) kwashiorkor e marasmo.
 - (C) marasmo e nanismo nutricional.
 - (D) kwashiorkor e déficit de hormônio do crescimento.
 - (E) nanismo nutricional e déficit de hormônio do crescimento.
05. São afirmativas corretas em relação à diarreia persistente, EXCETO:
- (A) Tem origem presumivelmente infecciosa.
 - (B) Apresenta letalidade maior que a Diarreia Aguda.
 - (C) Baixa educação materna é fator de risco reconhecido para sua ocorrência.
 - (D) Redução dos níveis de lactase (hipolactasia secundária) é o mecanismo patogênico mais frequente.
 - (E) Rotavírus é o agente mais frequentemente associado à sua ocorrência.
06. É considerado o fator etiopatogênico mais importante do refluxo gastroesofágico patológico ou doença do refluxo gastroesofágico:
- (A) Aumento da frequência e duração dos Relaxamentos Transitórios do Esfíncter Esofágico Inferior.
 - (B) Hérnia de hiato.
 - (C) Hipotonia do Esfíncter Esofágico Inferior (EEI).
 - (D) Postura inadequada da criança.
 - (E) Suspensão precoce do aleitamento materno.
07. Em relação à constipação intestinal funcional, são afirmativas corretas, EXCETO:
- (A) Apresenta uma frequência maior do que a constipação de origem orgânica.
 - (B) Eliminação de fezes em cíbalos, predomina na faixa etária de dois a quatro anos.
 - (C) Os termos “soiling” e “escape fecal” tem o mesmo significado clínico.
 - (D) Escape fecal indica evolução crônica.
 - (E) Óleo mineral é contraindicado no tratamento de crianças abaixo de um ano de idade.

08. Em relação ao tratamento das parasitoses intestinais na infância, os medicamentos praziquantel e niclosamida são indicados para a parasitose:
- (A) Teníase.
 - (B) Ancilostomíase.
 - (C) Tricuríase.
 - (D) Enterobíase.
 - (E) Giardíase.
09. Assinale a opção INCORRETA.
- (A) O Ph ácido gástrico, a flora bacteriana normal, o peristaltismo intestinal, as mucinas presentes na camada de muco que reveste a superfície luminal dos enterócitos, fatores antimicrobianos como lisozimas e lactoferrina e o sistema imune entérico, compõem a barreira de defesa do sistema digestório.
 - (B) Para que ocorra diarreia aguda infecciosa, os microrganismos precisam romper a barreira de defesa do sistema digestório e aderir à superfície mucosa, mecanismo este comum a todos os patógenos.
 - (C) Dependendo do fator de virulência do microrganismo, podem ocorrer quatro mecanismos fisiopatológicos de diarreia aguda: mecanismo osmótico, secretor, inflamatório e de alteração da motilidade.
 - (D) A diarreia osmótica predomina nos quadros bacterianos.
 - (E) São exemplos típicos de diarreia secretora a diarreia causada por *Escherichia coli* (ETEC) e o *Vibrio cholerae*.
10. Em relação a asma em crianças menores de cinco anos de idade, assinale opção INCORRETA.
- (A) Em relação ao grau de controle da asma, ela pode ser classificada como asma bem controlada, parcialmente controlada e não controlada.
 - (B) A presença de despertar noturno ou tosse noturna devido a asma associada a qualquer limitação da atividade física devido a asma é classificada como asma parcialmente controlada.
 - (C) A segunda etapa (2º passo) do tratamento da asma consiste em uso de corticoide inalado em baixa dose, o antagonista de receptor de leucotrienos como segunda opção e, para resgate das exacerbações, o beta 2 agonista de curta duração.
 - (D) A presença de oximetria de pulso < 92%, dificuldade de emitir frases inteiras e sibilância inaudível são parâmetros de gravidade e indicação para tratamento hospitalar ou em uma unidade de emergência.
 - (E) O uso de anticolinérgico (brometo de ipratrópio) é indicado como primeira opção no tratamento da crise de asma tanto como monoterapia ou associado ao beta 2 agonistas de curta duração, independente da gravidade da crise, durante toda a crise.
11. Assinale a opção INCORRETA em relação a imunização indicada para crianças e adolescentes segundo o Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde do Brasil.
- (A) O lactente aos dois meses de idade deve receber a primeira dose da vacina pentavalente, primeira dose da vacina inativada contra a poliomielite (VIP), a primeira dose da vacina pneumocócica 10V (conjugada) e a primeira dose da vacina contra o rotavírus humano.
 - (B) A criança com imunodeficiência primária ou secundária não deve receber imunização contra a febre amarela.
 - (C) A vacina pneumocócica 10V (conjugada) deve ser aplicada aos dois meses, quatro meses, seis meses e com um reforço aos 12 meses de idade.
 - (D) Em comunicantes domiciliares de hanseníase, independente da forma clínica, aplica-se uma segunda dose de vacina contra BCG.
 - (E) A vacina influenza é composta por vírus inativados e está indicado para todas as crianças a partir de 06 meses de idade.
12. Assinale a opção que contém as vacinas indicadas corretamente segundo a idade de aplicação preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde do Brasil.
- (A) Hepatite A aos 9 meses de idade e uma dose para crianças entre 2 e 4 anos (4 anos 11 meses e 29 dias), que tenham perdido a oportunidade de se vacinar anteriormente.
 - (B) O adolescente deve receber até três doses da vacina contra a hepatite B de acordo com a situação de seu calendário vacinal.
 - (C) Vacina oral contra o rotavírus humano aos 3 e 5 meses de idade.

- (D) Vacina pentavalente aos 2, 4 e 6 meses de idade, manter reforço com pentavalente aos 15 meses e 4 anos de idade.
- (E) A imunização contra o sarampo é realizada em duas doses, a primeira dose aos 15 meses e a segunda aos 4 anos de idade.
13. Em relação às tonsilites e faringites na infância, NÃO se pode afirmar:
- (A) Na faringoamigdalite bacteriana por estreptococos β -hemolíticos do grupo A, ocorre aumento significativo das amígdalas com exsudato, linfadenite cervical, hepatoesplenomegalia e fadiga generalizada.
- (B) Entre as causas de tonsilites e faringites na infância, destacam-se os vírus como principais agentes etiológicos em menores de dois anos de idade.
- (C) A presença de coriza, conjuntivite, tosse e aftas associadas a tonsilites e faringites sugerem vírus como principais agentes etiológicos.
- (D) A febre reumática e a glomerulonefrite aguda são as complicações não supurativas mais frequentes da amigdalite bacteriana por estreptococo β -hemolíticos do grupo A.
- (E) Os antibióticos de escolha para o tratamento da amigdalite bacteriana são a penicilina e amoxicilina. O emprego correto do antibacteriano até nove dias do início do quadro é capaz de impedir a febre reumática.
14. Em relação às infecções de vias aéreas inferiores presentes na infância, NÃO se pode afirmar:
- (A) A presença de frequência respiratória maior que 60 irpm até os dois meses de idade ou maior que 50 irpm entre dois meses e doze meses de idade, na ausência de sibilância, são sinais de alerta para o diagnóstico de pneumonia comunitária em crianças com tosse e febre.
- (B) Lactentes menores de dois meses com pneumonia devem sempre receber tratamento hospitalar.
- (C) Crianças de dois meses a cinco anos de idade com pneumonia associada a tiragem subcostal são classificados como pneumonia grave.
- (D) Quadro de infecção respiratória em lactente que se inicia com rinorreia, lacrimejamento e tosse leve e evolui com tosse grave, intensa e frequente seguida de esforço inspiratório importante, semelhante a um guincho, por vezes, seguidas de vômitos e associadas à cianose, protrusão da língua, salivação intensa e dilatação das veias do pescoço deve-se suspeitar de coqueluche.
- (E) Crianças de dois meses a cinco anos de idade devem sempre realizar radiografia de tórax, ao final do tratamento da pneumonia, para controle e alta hospitalar.
15. Marcos, 7 anos, é trazido ao Pronto Socorro por sua mãe com queixa de que sua urina está reduzida e escura há 3 dias. Ao exame físico, a criança encontra-se em regular estado geral, PA 150/90 (P90 106/70, P95 110/74) com leve edema palpebral, com ausculta cardíaca normal e com estertores à ausculta pulmonar. Baseado neste caso clínico, assinale a opção CORRETA.
- (A) A principal hipótese diagnóstica para Marcos é síndrome nefrótica. Para confirmação diagnóstica devem ser solicitados sumário de urina, proteinúria de 24 horas, função renal e ASLO.
- (B) A principal hipótese diagnóstica para Marcos é síndrome nefrótica. A principal causa de síndrome nefrótica em criança é lesão histológica mínima, a qual costuma ter uma boa resposta ao corticoide.
- (C) A principal hipótese nesse caso é síndrome nefrítica. A melhor conduta para o paciente é interná-lo, iniciar diurético e corticoide oral.
- (D) A principal hipótese nesse caso é síndrome nefrítica. A melhor conduta para o paciente é interná-lo, restringir sal e água, iniciar diurético, fazer benzetacil e medidas de suporte.
- (E) A principal hipótese é síndrome nefrótica. Em crianças, essa doença ocorre predominantemente como uma complicação supurativa após infecções de pele ou orofaringe causadas por cepas nefritogênicas do *Staphylococcus beta hemolítico* do grupo A.
16. Pedro, 7 anos, é trazido ao Pronto Socorro por sua mãe com queixa de edema observado há alguns dias, que inicialmente era palpebral e há 3 dias evoluiu para membros inferiores, genitália e abdome. A mãe refere ainda que observou que a diurese está reduzida e espumosa. Ao exame físico, a criança encontra-se em regular estado geral, PA 80/40 (P50 92/55; P90 106/70; P95 110/74), anasarcada, com ascite e edema escrotal, com auscultas normais.
- (A) A principal hipótese para essa criança é síndrome nefrótica. Deve ser feito albumina inicialmente, pois Pedro está hipotenso, anasarcado, com ascite e edema escrotal. Além disso, fazer vermífugo e depois iniciar corticoide.
- (B) A principal hipótese diagnóstica para Pedro é síndrome nefrótica. Para confirmação diagnóstica devem ser solicitados sumário de urina, função renal, hemograma e ASLO.

- (C) A principal hipótese diagnóstica para Pedro é síndrome nefrítica. Para confirmação diagnóstica devem ser solicitados sumário de urina, função renal, ASLO e complemento sérico e proteinúria.
- (D) A melhor conduta para o paciente é interná-lo, expandir com soro fisiológico, pois está hipotenso, associar diurético e iniciar corticoide oral.
- (E) A principal hipótese para Pedro é síndrome nefrítica por lesões mínimas, a qual costuma ter uma resposta fraca ao corticoide.
17. Criança de 5 anos, 18 kg, é trazida ao Pronto Socorro por queixa de vários episódios de diarreia e vômitos há 1 dia. À admissão, a criança encontra-se sonolenta, hipoativa, com olhos muito fundos, sem lágrimas, com boca seca e pulsos finos. A mãe refere que mantém diurese está bastante reduzida.
- (A) Esta criança encontra-se com desidratação moderada. Neste caso, deve-se iniciar terapia de rehidratação oral no Pronto Socorro com 50-100 ml/kg de solução de rehidratação oral em 4h, aos goles. Nesta fase, a criança deve manter jejum para evitar novos vômitos.
- (B) Deve-se iniciar terapia de rehidratação oral para essa criança. São considerados casos de falha dessa terapêutica quando ocorre rebaixamento do nível de consciência, persistência de vômitos incoercíveis, perda de peso após 2 horas de terapia e taxa de retenção de líquido < 20%.
- (C) Essa criança encontra-se desidratada. A desidratação pode ser classificada, quanto à intensidade, em leve, moderada e grave. Para isso são analisados sinais clínicos como nível de consciência, mucosas, pulsos, frequência cardíaca, sede e diurese.
- (D) A criança encontra-se desidratada grave. Deve-se fazer expansão com soro glicosado 50 ml/kg e repetir até que os sinais de desidratação sejam revertidos ou surjam sinais de hipervolemia. Depois prescrever um soro de reposição para 24 horas.
- (E) Quanto à osmolaridade, a desidratação pode ser classificada em isotônica, hipotônica e hipertônica. Na desidratação hipertônica, observam-se sintomas de hipotensão mais precoces, já na hipotônica é mais frequente haver sintomas de sede e mucosas secas, com hipotensão mais tardia.
18. Uma criança nasce por uma cesárea de emergência de uma mãe de 34 anos, cuja gravidez foi complicada por hipertensão e frequência cardíaca fetal anormal ao monitoramento. Ao nascimento, a criança estava coberta por mecônio espesso e esverdeado e estava flácida, apnéica e bradicárdica. O primeiro passo na ressuscitação deste recém-nascido é:
- (A) Iniciar a ventilação com ambú e máscara.
- (B) Administrar naloxone intravenoso.
- (C) Administrar bicarbonato intravenoso.
- (D) Intubar com um tubo endotraqueal e aspirar mecônio da traqueia.
- (E) Iniciar a compressão torácica imediatamente.
19. Um recém-nascido a termo nasce por via vaginal de uma mãe de 22 anos, gesta 2, para 1. Imediatamente após o nascimento, observa-se que a criança apresenta um abdome escavado, cianose e sofrimento respiratório. As bulhas cardíacas são ouvidas no lado direito do tórax e os ruídos respiratórios parecem estar diminuídos do lado esquerdo. O próximo passo na ressuscitação desta criança é:
- (A) Intubar com um tubo endotraqueal.
- (B) Iniciar a ventilação com balão e máscara.
- (C) Administrar naloxone intravenoso.
- (D) Administrar bicarbonato intravenoso.
- (E) Iniciar as compressões torácicas imediatamente.
20. Um recém-nascido de 37 semanas de gestação nasce de uma mãe de 33 anos, gesta 3. A gravidez transcorreu sem complicações, mas o recém-nascido estava letárgico e com a frequência cardíaca diminuída ao nascimento. Foi administrado oxigênio por ambú e máscara, e a criança foi intubada, mas a frequência cardíaca permaneceu em 40 bpm. O passo mais apropriado a seguir é:
- (A) Iniciar as compressões torácicas.
- (B) Administrar bicarbonato intravenoso.
- (C) Administrar atropina intravenoso.
- (D) Administrar adrenalina intravenoso.
- (E) Administrar cloreto de cálcio intravenoso.

21. Um bebê nasce de parto vaginal, a termo, após uma gestação sem intercorrências. A criança parece estar normal. Mas desenvolve sofrimento respiratório cada vez que para de chorar. Quando chora, tem uma cor rosada. Quando não está chorando, faz esforços respiratórios vigorosos, mas fica cianótico. A explicação mais provável para os sintomas desta criança é:
- (A) Hérnia diafragmática.
 - (B) Narcose neonatal.
 - (C) Aspiração de mecônio.
 - (D) Atresia de coanas.
 - (E) Pneumotórax.
22. Um recém-nascido do sexo masculino apresenta conjuntivite bilateral com 12 horas de vida. A conduta a seguir deve ser:
- (A) Administrar eritromicina tópica profilaticamente.
 - (B) Iniciar lavagens com solução fisiológica.
 - (C) Iniciar antibioticoterapia sistêmica com eritromicina.
 - (D) Iniciar antibioticoterapia sistêmica com ceftriaxona.
 - (E) Encaminhar a secreção ocular para exame de cultura e iniciar o tratamento antimicrobiano com base no resultado da cultura.
23. Uma criança nasce a termo, de parto vaginal sem complicações e pesando 3.700g. Com 24 horas de vida, observa-se um sopro sistólico 2+/6+ na área mitral com irradiação para o dorso. Um sopro similar também é notado na axila direita. O lactente está corado e respirando com facilidade, e em sua ficha consta que ele está aceitando 30 ml de fórmula láctea a cada duas horas. O manejo inicial deste lactente deve incluir:
- (A) Radiografia de tórax, ECG e medida de pressão sanguínea nas quatro extremidades.
 - (B) Alta para o domicílio com revisão na clínica pediátrica com 03 dias de vida.
 - (C) Administração imediata de prostaglantina E1.
 - (D) Transferência para a unidade de cuidados intensivos neonatais.
 - (E) Avaliação de um cardiologista pediátrico.
24. Recém-nascido com 2 dias de vida, 650 gramas e 25 semanas de gestação, subitamente apresenta distensão abdominal, apesar da presença de uma sonda orogástrica permeável. Os sinais vitais se mostram estáveis, a saturação de oxigênio é de 95% em pressão positiva contínua de via aérea (CPAP) nasal e o débito urinário se mostra adequado. As radiografias simples de abdome, incluindo incidência lateral, revelam grande quantidade de ar livre na cavidade peritoneal. Qual(is) é(são a(s) possível(is) causas do ar livre intraperitoneal desse recém-nascido?
- (A) CPAP.
 - (B) Perfuração gástrica.
 - (C) Perfuração intestinal espontânea.
 - (D) Opções B e C.
 - (E) Nenhuma dos anteriores.
25. Com relação à questão anterior (número 24), a próxima etapa do tratamento desse recém-nascido é:
- (A) Repetir as radiografias em 4 horas.
 - (B) Recepcionar a sonda cirúrgica.
 - (C) Diminuir o suporte com CPAP.
 - (D) Drenar o ar intraperitoneal com um pequeno dreno percutâneo.
 - (E) Obter um parecer cirúrgico.
26. Recém-nascido de uma gestação a termo de mãe com tipagem sanguínea do grupo O, Rh positivo. As enfermeiras consideraram que a pele do bebê estava amarelada quando de sua admissão no berçário. O médico julgou que se tratava apenas de uma icterícia muito leve, optando por ignorá-la. Uma enfermeira experiente, contudo colheu uma bilirrubina total com 12 horas de vida e o resultado foi de 9,2 mg/dl. “Não é muito alta”, declarou o médico. No dia seguinte (28 horas), o valor da bilirrubina total era de 15 mg/dl. Diante desse quadro, deve-se fazer:
- (A) Observar e repetir a bilirrubina total após 24 horas.
 - (B) Iniciar a fototerapia e realizar a exsanguineotransfusão.
 - (C) Continuar com a fototerapia e repetir a bilirrubina total em 12 horas.

- (D) Alta hospitalar e acompanhar no ambulatório.
(E) Colocar o bebê sob fototerapia “intensa e repetir a bilirrubina total em 4 horas a 6 horas.
27. Com relação à questão anterior (número 26): 01 hora após o início da fototerapia, os resultados laboratoriais subsequentes mostraram: recém-nascido do grupo sanguíneo B, Rh positivo, Coombs direto fortemente positivo, Hb 12,mg/dl, hematócrito 36% e contagem de reticulócitos 6%. A anemia, em associação com a contagem elevada de reticulócitos, sugere a ocorrência de hemólise. Após 06 horas de fototerapia intensiva, o valor da bilirrubina total foi de 18,3 mg/dl. O que se deve fazer agora?
- (A) Continuar com a fototerapia e repetir a bilirrubina total em 12 horas.
(B) Exsanguineotransfusão.
(C) Suspender a fototerapia e acompanhar no ambulatório.
(D) Manter a fototerapia e realizar a exsanguineotransfusão.
(E) Administrar Imunoglobulina Venosa 1g/kg.
28. Uma gestante de 30 anos gesta 2, para 1, chega ao hospital comunitário local com idade gestacional de 25 semanas, com perda de líquido vaginal e cólicas semelhantes às menstruais desde o início daquele dia. Sua história clínica pregressa é compatível com diabetes gestacional e hipertensão arterial crônica. Ela também já teve um parto prematuro anterior, com 27 semanas de gestação. Das situações a seguir, a que representa o maior fator de risco que predispõe esse recém-nascido a desenvolver Síndrome de Desconforto Respiratório (SDR) é:
- (A) Ruptura prematura das membranas.
(B) Trabalho de parto pré-termo.
(C) Prematuridade.
(D) Diabetes materno.
(E) Hipertensão materna.
29. Com relação a questão anterior (número 28), quais intervenções pré-natais surtirão efeito significativo na prevenção ou redução da gravidade de Síndrome de Desconforto respiratório (SDR) nesse caso?
- (A) Terapia tocolítica.
(B) Esteróides antenatais.
(C) Antibioticoterapia.
(D) A e B.
(E) A, B e C.
30. Bebê de 840g, nascido por via vaginal de uma gestação de 27 semanas, após início espontâneo de trabalho de parto prematuro com 25 semanas, sua mãe havia sido tratada com indometacina para tocolise e sulfato de magnésio para neuroproteção fetal. Mais de 24 horas antes de parto, ela recebeu duas doses de betametasona. O bebê era vigoroso ao nascer e respondeu bem, com auxílio de pressão contínua positiva das vias aéreas (CPAP) por máscara nasal e oxigênio suplementar com FiO₂ de 0,35. Qual das seguintes opções reflete com mais precisão a probabilidade de que essa criança venha a apresentar persistência de canal arterial (PCA) aos sete dias de idade, na ausência de intervenções para fecha-lo?
- (A) 10%
(B) 20%
(C) 33%
(D) 67%
(E) 90%
31. A característica da história perinatal desse bebê, caso clínico acima (questão 30), que NÃO está associada a risco aumentado de PCA, é:
- (A) Idade estimada gestacional (IGE) < 28 semanas.
(B) Peso ao nascimento < 1.000 gramas.
(C) Exposição pré-natal a idometamicina.
(D) Exposição pré-natal a sulfato de magnésio.
(E) Tratamento a esteroides no pré-natal.

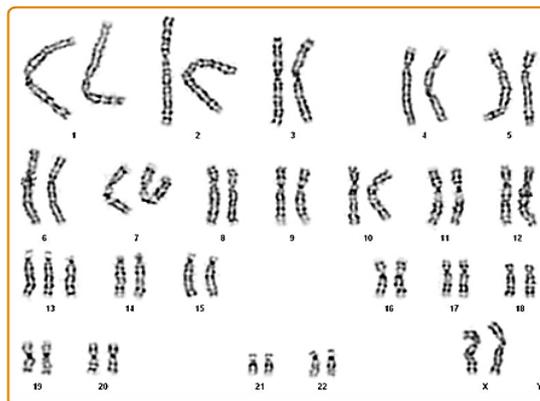
32. Mulher de 32 anos com diabetes gestacional é admitida em um hospital de comunidade com 37 semanas após a ruptura das membranas. Ela pesa 102 quilos e já é mãe de um menino saudável de 2 anos nascido de parto cesariana. Realiza-se nova cesariana por desacelerações tardias. O bebê pesa 3.855 gramas e é levado para o berçário com 2 horas de idade por causa de hipoglicemia. Nota-se que ele está taquipneico, com uma frequência respiratória de 82/minuto. Sua saturação de oxigênio (SaO₂) é de 83% em ar ambiente, sendo colocado em capacete com oxigênio a 30%. Sua SaO₂ continua baixa, em torno de 85% e a concentração de oxigênio inspirado aumenta gradualmente, em etapas de até 45%, para alcançar saturações em 90 segundos. Obtém-se uma radiografia de tórax e o centro perinatal regional é contatado para o transporte. A causa mais provável de hipoxemia e taquipneia nesse bebê é:
- (A) Deficiência de Surfactante e síndrome de desconforto respiratório (SDR).
 - (B) Líquido pulmonar fetal retido e taquipneia transitória do recém-nascido (TTRN).
 - (C) Infecção com pneumonia.
 - (D) Atelectasia.
 - (E) Insuficiência cardíaca.
33. O caso de um RN de 36 semanas de gestação, previamente saudável, com 48 horas de vida, estava sendo discutido durante a visita a enfermaria neonatal. A Bilirrubina total e frações foi de 15,0 mg/dL. O professor perguntou aos residentes o que esse valor realmente significava. As seguintes possibilidades foram sugeridas. A resposta que você considera correta é:
- (A) Um residente registrou na curva de bilirrubina em relação as horas de vida. Como o valor era maior que o percentil 95, ele concluiu que havia aumento de hemólise.
 - (B) O segundo residente estabeleceu relação com a prematuridade tardia desse recém-nascido. Argumentou que o sistema de conjugação da bilirrubina estava claramente imaturo, o que resultara no aumento da bilirrubina total.
 - (C) O terceiro residente defendeu que a patogênese do alto valor da bilirrubina total era multifatorial e que tanto o aumento da produção de bilirrubina quanto a hemólise haviam contribuído para seu desenvolvimento.
 - (D) Outro residente estabeleceu que apesar da prematuridade tardia desse recém-nascido ele poderia receber alta hospitalar e acompanhar ambulatorialmente.
 - (E) Um residente argumentou que o sistema de conjugação da bilirrubina estava claramente imaturo, mas não elevaria significativamente os níveis de Bilirrubina total.
34. O obstetra atendente solicita uma consulta pré-natal com o neonatologista para a Senhora B, uma Senhora com 26 anos, grávida pela primeira vez, que se encontrava em idade gestacional estimada de 24 semanas em trabalho de parto prematuro, com ruptura de membranas e parto iminente. Após discutir os riscos de morbidade e de mortalidade associados à prematuridade extrema, você estimula a mãe a considerar a ordenha de seu próprio leite para oferecer a seu bebê. A alternativa que deve ser incluída em sua discussão quanto ao fornecimento de leite humano a RNs prematuros é:
- (A) O leite da própria mãe propicia o desenvolvimento do sistema imune do bebê prematuro.
 - (B) Bebês prematuros que recebem leite da própria mãe tem menor prevalência de sepse e ECN.
 - (C) Bebês prematuros que recebem leite da própria mãe apresentam melhor desenvolvimento, em comparação com bebês alimentados com fórmula para prematuros.
 - (D) As formulas para prematuro também podem assegurar benefícios nutricionais e imunológicos ao prematuro.
 - (E) Todas as alternativas são verdadeiras e devem ser incluídas na sua discussão quanto ao fornecimento de leite humano a RNs prematuros.
35. Recém-nascido do sexo masculino no berçário de baixo risco apresenta vômitos imediatamente após as primeiras mamadas e apresenta ter excesso e secreções oral e faríngea. Introduce-se, então, uma sonda orogástrica, a qual, contudo, não avança, em virtude de resistência. O recém-nascido é praticamente a termo, mas nenhuma outra história pré-natal está disponível de imediato. Uma radiografia anteroposterior do tórax mostra que a sonda orogástrica está espiralada no esôfago proximal. Analise os itens a seguir e assinale a opção que constitui(em) a(s) próxima(s) etapa(s) apropriada(s) no tratamento desse Recém-nascido.
- (A) Reposicionamento da sonda orogástrica até que penetre claramente no estômago.
 - (B) Exame gastrointestinal superior (GI) contrastado, a fim de avaliar a permeabilidade de esôfago, estômago e duodeno.
 - (C) Intubação endotraqueal.
 - (D) Mudança na fórmula e nova tentativa de alimentação oral.
 - (E) Nenhuma das etapas anteriores.

36. Com base no caso clínico anterior (questão 35), o diagnóstico é:
- (A) Atresia de esôfago isolada (pura) sem fístula.
 - (B) Atresia de esôfago com fístula traqueoesofágica distal.
 - (C) Atresia de esôfago com fístula traqueoesofágica proximal.
 - (D) Estenose de piloro.
 - (E) Estenose traqueal.
37. Relacionado ao caso clínico acima (questão 35), o fator mais importante que afeta o resultado de um recém-nascido com atresia de esôfago e fístula traqueoesofágica é:
- (A) Presença de ânus imperfurado.
 - (B) Gravidade de cardiopatia congênita.
 - (C) Tamanho do canal arterial persistente.
 - (D) Idade gestacional \geq 37 semanas.
 - (E) Evidência do estômago pequeno na ultrassonografia pré-natal.
38. Recém-nascido de 1 semana se mostra irritado e exibe vários episódios de vômito bilioso depois da alimentação mais recente. Está taquicárdico, porém os outros sinais vitais estão estáveis. O exame físico revela um abdome distendido, porém sem anormalidade acentuada. A próxima etapa apropriada nesse caso é:
- (A) Avaliar o recém-nascido para o possível refluxo gastroesofágico com uma sonda de pH.
 - (B) Iniciar o tratamento com um inibidor de bomba de próton.
 - (C) Realizar um estudo contrastado do trato gastrointestinal superior.
 - (D) Realizar o exame ultrassonográfico do piloro.
 - (E) Trocar a alimentação oral por uma fórmula à base de soja.
39. Recém-nascido de 2500g estava no berçário por 02 (dois) dias para tratamento de suposta sepse. Não havia registro de cuidados pré-natais em seu hospital. A princípio, alimentava-se bem, mas, no terceiro dia de vida, apresentou dois episódios de vômito com coloração esverdeada. O vômito bilioso pode estar associado a hipótese de:
- (A) Estenose intestinal.
 - (B) Ânus imperfurado.
 - (C) Doença de Hirschsprung.
 - (D) Má rotação com vólvulo.
 - (E) Todas as anteriores.
40. Com relação ao caso clínico anterior (questão 39), o primeiro exame radiográfico inicial para esse recém-nascido é
- (A) Ultrassonografia abdominal.
 - (B) Exame contrastado do trato gastrointestinal superior.
 - (C) Enema contrastado.
 - (D) Radiografia de tórax.
 - (E) Ressonância magnética cerebral.
41. Recém-nascido do sexo masculino com 30 semanas com 30 semanas de gestação permanece estável na UTIN, e estão sendo adotadas as providências para a alta hospitalar. Você é alertado pela enfermeira, que afirma que a criança vomitou várias vezes e se mostra bastante desconfortável. Quando você examina a criança, observa que o abdome está indolor, mas bastante distendido. Há uma hérnia umbilical redutível. No entanto, a área inguinal direita parece nitidamente maior e mais rígida que a esquerda. Os testículos estão presentes bilateralmente na bolsa escrotal. O diagnóstico mais provável é:
- (A) Hidrocele.
 - (B) Hérnia inguinal esquerda.
 - (C) Invaginação.
 - (D) Hérnia inguinal direita.
 - (E) Nenhuma dos anteriores.

42. A etiologia mais provável do problema do recém-nascido do caso clínico anterior (questão 41) é:
- (A) Esforço devido à constipação.
 - (B) Fechamento incompleto ou falha do processo vaginal.
 - (C) Infecção viral.
 - (D) Opções A e C.
 - (E) Nenhuma das anteriores.
43. Você é contratado por um hospital comunitário no qual acabou de nascer um menino de 1900g, com 34 semanas de gestação, apresentando defeito na parede abdominal. A criança se mostra vigorosa e parece saudável, sem outras anormalidades evidentes. O pediatra que assiste esse recém-nascido lhe diz que há uma grande quantidade de intestino fora do abdome do recém-nascido, e que esse intestino parece espessado, enrijecido e coriáceo. É difícil visualizar o defeito real sob as alças do intestino exposto. Os sinais vitais se mostram apropriados e não há desconforto respiratório. A descrição desse caso ilustra, de forma mais clássica, o tipo de defeito da parede abdominal:
- (A) Hérnia umbilical rompida.
 - (B) Gastrosquise.
 - (C) Onfalocele.
 - (D) Pentalogia de Cantrell.
 - (E) Hérnia epigástrica.
44. Em relação à Adolescência, é INCORRETO afirmar:
- (A) A partir do início da puberdade e por ação dos esteroides sexuais, começam a ocorrer modificações corporais que irão redundar em um indivíduo com capacidade reprodutiva estabelecida.
 - (B) A primeira manifestação clínica da puberdade na menina é o aparecimento do broto mamário (telarca) em resposta ao início da produção do estrogênio pelos ovários.
 - (C) A menarca ocorre cerca de 2 anos após o início da puberdade (M2), geralmente no estágio M3 de Tanner.
 - (D) Mais da metade dos meninos tem ginecomastia puberal, tendendo a desaparecer entre 1 e 2 anos.
 - (E) A primeira ejaculação ocorre mais tardiamente, quando os testículos atingem 10 a 12 ml, algumas vezes durante o sono(polução) noturna.
45. Em relação ao crescimento pós-natal, assinale a opção INCORRETA.
- (A) Ao nascer, o menino mede em torno de 50 cm, e a menina, 49 cm de comprimento.
 - (B) Em algumas crianças é observado um grande estirão entre 7 e 8 anos de idade, denominado estirão do meio da infância.
 - (C) O crescimento pós-natal pode ser dividido em três fases: fase de crescimento rápido, mas também de desaceleração rápida que ocorre dos 2,5 anos até os 3 anos; fase de crescimento mais estável com uma desaceleração lenta, que vai até o início da puberdade; e a fase puberal com o estirão com de crescimento rápido até atingir um pico, com desaceleração posterior até atingir a altura adulta.
 - (D) Durante toda a infância, tanto a menina como o menino crescem de forma bastante semelhante, mas durante a puberdade, as meninas apresentam o estirão em média 2 anos antes que os meninos, e com isso param de crescer mais cedo.
 - (E) A correlação do tamanho ao nascer é baixa em relação à estrutura final.
46. Considerando o desenvolvimento humano, assinale a opção INCORRETA.
- (A) Embora a carga genética seja fator determinante, o desenvolvimento humano emerge a partir da interação com os fatores ambientais, sendo fundamental que ocorra uma ampla e adequada variação de estímulos e experiências, para favorecer o potencial de cada um.
 - (B) O estudo do desenvolvimento compreende alguns domínios de função interligados, sensorial, motor (geralmente subdividido em habilidades motoras grosseiras e habilidades motoras finas), da linguagem, social. Adaptativo, emocional e cognitivo.
 - (C) Os movimentos do recém-nascido são, geralmente, reflexos, controlados por partes primitivas do cérebro. Assim, reflexos como sucção, preensão palmar, plantar e da marcha passarão em poucos meses a serem atividades involuntárias.
 - (D) O desenvolvimento motor ocorre no sentido craniocaudal e proximodistal e, por meio de aquisições mais simples para mais complexas.
 - (E) A primeira musculatura a ser controlada é a ocular.

47. Analise o Cariótipo abaixo e defina o diagnóstico da Síndrome genética demonstrada pelo mesmo.

- (A) Síndrome de Williams
- (B) Síndrome de Down
- (C) Síndrome de Marfan
- (D) Síndrome de Patau
- (E) Síndrome de Prader-Wills



48. Criança de 6 meses de idade iniciou quadro de tumefação dolorosa das mãos, pés, dedos e artelhos proximais causada por infarto simétrico dos metacarpianos, metatarsianos e falanges. Não apresenta manifestações sistêmicas como febre, adenomegalia, hepatoesplenomegalia ou queda do estado geral. Baseado nos dados acima, o diagnóstico mais provável é:

- (A) Osteosarcoma.
- (B) Fascite plantar.
- (C) Artrite Idiopática Juvenil.
- (D) Anemia Falciforme.
- (E) Osteomielite.

49. Entre os organismos apresentados abaixo, o que NÃO está associado a Síndrome de Mononucleose Infecciosa like é:

- (A) Citomegavírus.
- (B) Toxoplasma gondii.
- (C) Adenovírus.
- (D) Herpesvírus humano tipo 6.
- (E) Listeria monocytogenes.

50. Paciente do sexo feminino, 11 anos de idade, iniciou quadro de febre alta, em torno de 39,8 °C, dois picos febris diários, há cerca de 18 dias. Apresentava rash cutâneo durante os episódios de febre, linfadenomegalia cervical, esplenomegalia e artrite em joelhos e tornozelos. O hemograma mostrava hemoglobina de 10, hematócrito 30%, Leucócitos 14.200, neutrófilos 79%, bastões 9%, segmentados 70%, linfócitos 20%, eosinófilo 1%. Plaquetas 630.000. Ferritina 590, VHS 86 mm, PCR 18. Sumário de urina normal. FAN não reagente. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) Lupus Eritematoso Sistêmico.
- (B) Artrite Idiopática Juvenil Sistêmica.
- (C) Leucemia Linfocítica Aguda.
- (D) Doença Falciforme.
- (E) Febre Reumática.