



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA MÉDICA DA UFPI - EDITAL 15/2019

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

PROGRAMAS COM PRÉ-REQUISITO NEONATOLOGIA (ÁREA DE ATUAÇÃO)

DATA: 15/12/2019

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. Em relação ao crescimento normal, assinale a opção CORRETA.
- (A) Nos primeiros dias de vida, o bebê perde até 10% do peso de nascimento, que deve estar recuperado em torno do sétimo ao décimo dia de vida.
 - (B) Crianças nascem com aproximadamente 22 centímetros de perímetro cefálico.
 - (C) O peso do bebê dobra no segundo mês de vida, triplica no quarto e quadruplica com um ano.
 - (D) Nas meninas, a velocidade máxima de crescimento ocorre no ano após a menarca.
 - (E) O perímetro cefálico cresce aproximadamente 8 centímetros no primeiro ano de vida.
02. Em relação ao desenvolvimento neuropsicomotor, indique a opção INCORRETA.
- (A) Aos dois meses de idade, apresenta sorriso social.
 - (B) Aos três meses de idade, sustenta a cabeça.
 - (C) Aos seis meses de idade, senta com apoio e gira sobre o abdome.
 - (D) Aos seis meses de idade, apresenta movimento de pinça digital.
 - (E) Aos 10 meses de idade engatinha e, aos 11 meses, fica em pé com apoio.
03. Em relação à Adolescência, assinale a opção INCORRETA.
- (A) Fase de transformações biopsicossociais.
 - (B) A puberdade consiste nas modificações físicas da adolescência.
 - (C) A menarca ocorre na fase de desaceleração do crescimento.
 - (D) A espermarca acontece na fase de aceleração do crescimento ou na fase de Pico de Velocidade de Crescimento (PVC).
 - (E) A primeira manifestação da puberdade nas meninas é o surgimento do broto mamário, acontecendo no estágio M3 de maturação de Tanner.
04. Pedro Henrique, 2 anos e 5 meses de idade iniciou quadro de febre elevada, tosse seca, intensa acompanhada de coriza abundante, hialina no início e depois purulenta, cefaleia, mal estar, prostração importante. Apresentou, ainda, hiperemia em orofaringe e manchas branco-azuladas, pequenas na região oposta aos dentes molares e ainda, hiperemia conjuntival, fotofobia. Evoluiu com exatema, inicialmente atrás das orelhas disseminando-se rapidamente para pescoço, face, tronco e finalmente extremidades dos membros. O diagnóstico mais provável é:
- (A) Estafilococcia.
 - (B) Sarampo.
 - (C) Doença de Kawasaki.
 - (D) Mononucleose infecciosa.
 - (E) Rubéola.
05. Em relação ao refluxo gastroesofágico na população pediátrica, é INCORRETO afirmar:
- (A) As regurgitações nos lactentes se tornam mais frequentes a partir do segundo ao quarto mês de vida com pico de incidência entre o quarto e quinto mês de vida.
 - (B) A maioria dos lactentes apresenta refluxo gastroesofágico fisiológico e não são necessários medicamentos.
 - (C) Distensão abdominal, vômitos biliosos e início dos vômitos após seis meses de vida são sinais de alarme em crianças com regurgitação ou vômito.
 - (D) Os procinéticos diminuem a frequência do relaxamento transitório do esfíncter esofágico inferior e induzem a cicatrização das lesões esofágicas.
 - (E) Em crianças maiores e adolescentes com sintomas típicos de doença do refluxo gastroesofágico, sem sinais de alerta, podem receber teste empírico terapêutico com inibidor da bomba de prótons por quatro semanas.

06. A vacina Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) é uma das principais estratégias da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o controle da mortalidade por formas graves da infecção causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. No entanto essa vacina pode causar eventos adversos importantes:

- I. Úlcera com diâmetro maior que 1 (um) centímetro após 12 semanas da vacinação;
- II. Abscessos subcutâneos frio;
- III. Abscessos subcutâneos quente;
- IV. Linfadenopatia regional não supurada;
- V. Linfadenopatia regional supurada.

Dos eventos citados, NÃO HÁ necessidade de uso de isoniazida nos eventos:

- (A) I e II.
- (B) III e IV.
- (C) IV e V.
- (D) I e III.
- (E) II e IV.

07. A asma é uma doença respiratória crônica que afeta de 1 a 18 % da população em diferentes países. É muito importante que o pediatra ou médico assistente da criança e adolescente saibam identificar a asma, avaliar seu grau de controle e escolher a melhor terapêutica para o controle clínico e redução dos riscos futuros. A opção abaixo está INCORRETA em relação à terapêutica de controle (manutenção) da asma em adolescentes maiores que doze anos é:

- (A) Corticoide inalado em baixa dose é a primeira opção de tratamento no step 02 (passo ou etapa 02) do tratamento de manutenção da asma.
- (B) Antagonista do receptor de leucotrienos (LTRA) é uma opção alternativa (segunda opção) de tratamento no step 02 (passo ou etapa 02) do tratamento de manutenção da asma.
- (C) Corticoide inalado em baixa dose associado à beta-2 agonista de longa duração (LABA) é uma primeira opção de tratamento no step 03 (passo ou etapa 03) do tratamento de manutenção da asma.
- (D) Dose média de corticoide inalado é uma opção alternativa (segunda opção) de tratamento no step 03 (passo ou etapa 03) do tratamento de manutenção da asma.
- (E) Corticoide oral em baixa dose é uma opção alternativa (segunda opção) de tratamento no step 03 (passo ou etapa 03) do tratamento de manutenção da asma.

08. Em relação à pneumonia adquirida na comunidade (PAC) na população pediátrica, assinale a opção INCORRETA.

- (A) Lactentes menores de seis meses de idade com quadro de pneumonia adquirida na comunidade de curso insidioso, estado geral preservado e tosse irritativa, deve-se considerar o diagnóstico de pneumonia causada por *Chlamydia trachomatis* e indicar a amoxicilina como o tratamento de escolha.
- (B) Os vírus são responsáveis pela maioria das pneumonias no 1º ano de vida e pela metade dos casos na idade escolar.
- (C) O *Streptococcus pneumoniae* é o principal agente bacteriano de pneumonia adquirida na comunidade.
- (D) Na criança com infecção respiratória aguda, a frequência respiratória (FR) deve sempre ser pesquisada visando ao diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade. Na ausência de sibilância, a FR maior ou igual a 60 irpm em menores de dois meses é considerada taquipneia.
- (E) Lactentes menores de 2 meses de idade com pneumonia devem sempre ser hospitalizados.

09. Em relação às afirmações a seguir sobre as infecções de Vias Aéreas Superiores (IVAS), assinale opção CORRETA.
- I. Crianças com otite média aguda (OMA), em sua maioria, apresentam melhora dos sintomas depois de 24 horas.
 - II. A suspeita de otite média aguda (OMA) deve ser confirmada pela otoscopia e o parâmetro mais significativo para esse diagnóstico é o abaulamento da membrana timpânica.
 - III. A rinossinusite aguda na criança sem comorbidades ou sinais de gravidade pode ser confirmada pela história clínica e o exame físico. sem necessidade de exames.
- (A) I e II são corretas.
 - (B) II e III são corretas.
 - (C) Somente a III é correta.
 - (D) I e III são corretas.
 - (E) Todas as opções são corretas.
10. João, 5 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 João é síndrome nefrítica. A principal causa na pediatria é GESF (glomeruloesclerose segmentar e focal). A criança deve fazer biópsia para confirmar a hipótese e, caso confirme, iniciar tratamento com corticoide.
 - (B) A principal hipótese diagnóstica para João 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 diagnóstica é síndrome nefrótica. Para confirmação diagnóstica deve-se solicitar sumário de urina para documentar a presença de hematúria, função renal para avaliar o grau de comprometimento renal e ASLO para comprovar a infecção prévia pela bactéria.
 - (D) A principal hipótese é síndrome nefrítica. Em crianças, esta doença ocorre predominantemente como uma complicação supurativa durante infecções de pele ou orofaringe causadas por cepas nefritogênicas do *Staphylococcus*
 - (E) A principal hipótese nesse caso é síndrome nefrítica. A melhor conduta para o paciente é interná-lo, restringir sal e água, iniciar diurético e fazer penicilina benzatina para evitar disseminação das cepas nefritogênicas para a comunidade.
11. Sobre síndrome nefrótica, assinale a opção INCORRETA.
- (A) A principal causa de síndrome nefrótica em criança é lesão histológica mínima, a qual é idiopática e costuma ter uma boa resposta ao corticoide, mas tem uma taxa significativa de recaídas.
 - (B) A síndrome nefrótica em crianças caracteriza-se por proteinúria nefrótica, edema, hipoalbuminemia, hipertensão e hematúria.
 - (C) São indicações de biópsia na síndrome nefrótica: idade menor de 1 ano, início na puberdade, córtico-resistência, piora progressiva da função renal.
 - (D) Na síndrome nefrótica ocorre perda da barreira de carga da membrana basal glomerular, o que resulta em perda seletiva de albumina, redução da pressão oncótica intravascular e extravasamento de líquido para o terceiro espaço.
 - (E) São indicações de albumina na síndrome nefrótica: anasarca importante, edema escrotal, oligúria, derrame pleural e ascite volumosa.

12. Criança de 3 anos, 15kg, é trazida ao pronto socorro por queixa de , há 2 dias, diarreia líquida cerca de 5-6x / dia e 4 vômitos. À admissão, a criança encontra-se em regular estado geral, pulsos finos e rápidos (FC 126 bpm), TEC 3 segundos, olhos bem fundos e sem lágrimas, boca bem seca. A mãe refere que última diurese foi há 10 horas:
- (A) Essa criança encontra-se desidratada grave. Deve-se, então, iniciar o plano C de hidratação para essa criança com expansão com soro ao meio 1glicosado 5%: 1 fisiológico 0,9% endovenoso 20ml/kg e repetir se necessário.
 - (B) Esta criança encontra-se com desidratação moderada. Neste caso, deve-se prescrever terapia de hidratação oral para casa +/- 50-100ml/kg 6 horas e depois 100ml após cada vômito ou diarreia. Além disso, orientar oferta aumentada de líquidos e alimentação leve apenas com sucos e sopas. Deve-se orientar sinais de alerta para retorno ao pronto-socorro.
 - (C) A criança encontra-se desidratada grave. Deve-se fazer expansão com soro fisiológico 20 ml/kg a cada 30 minutos e repetir até que os sinais de desidratação sejam revertidos ou surjam sinais de hipervolemia. Depois prescrever um soro de reposição para 24horas. Liberar dieta assim que tiver condições de se alimentar.
 - (D) Essa criança encontra-se com sinais de desidratação de algum grau ou moderada. Deve-se iniciar o plano B do ministério da saúde que consiste em oferecer soro de rehidratação oral na dose de 50-100ml/kg em 4-6 horas, aos goles. Se houver sinais de sinais de piora clínica, como rebaixamento do nível de consciência, deve-se converter para hidratação endovenosa.
 - (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.
13. Maria, 1 ano, é levada por sua mãe ao pediatra para consulta de rotina. A mãe se queixa de baixa aceitação da dieta. Ao exame, a criança encontra-se em bom estado geral, afebril, eupnéica, ausculta normais, oroscopia e otoscopia normais, abdome plano e sem massas. O pediatra observa que a criança apresenta queda na curva de peso e retificação da curva de altura. O pediatra diz à mãe que a criança pode estar com infecção urinária. Sobre a hipótese do pediatra, marque a opção CORRETA.
- (A) Infecção do trato urinário é pouco provável pois a criança não teve queixas urinárias nem febre.
 - (B) O principal agente causador de infecção do trato urinário em crianças é *Escherichia coli*, a qual é adquirida por via ascendente a partir do trato gastrointestinal.
 - (C) Infecção do trato urinário tem predominância no sexo masculino, contudo, no primeiro ano de vida, é mais frequente em meninas devido aspectos anatômicos da uretra.
 - (D) O diagnóstico de infecção do trato urinário em crianças é definido por sintomatologia associada à urocultura positiva. A urina deve ser colhida por jato médio, mas no caso de criança sem controle esfinteriano, o método de escolha é por saco coletor.
 - (E) São fatores de risco para infecção urinária: malformação do trato urinário, baixa ingesta hídrica, constipação e distúrbio miccional e sexo masculino.
14. Mãe em amamentação exclusiva chega ao consultório com seu filho de 15 dias de vida queixando-se de fissura em mama direita com sangramento local. G1P1, peso de nascimento: 3.500g. Peso atual: 3.650g. A conduta nesse caso é:
- (A) Interromper a amamentação e prescrever aleitamento artificial.
 - (B) Internar e investigar possível infecção.
 - (C) Interromper a amamentação somente na mama que sangra.
 - (D) Manter a amamentação e fazer compressas mornas na mama direita.
 - (E) Manter a amamentação e orientar pega adequada.

15. Na definição de Síndrome Metabólica na Infância e Adolescência, são levados em consideração parâmetros como:
- (A) proteína C reativa, ultrassonografia de fígado e ferritina.
 - (B) índice de massa corpórea, LDL colesterol e glicemia.
 - (C) pressão arterial, colesterol total e insulinemia.
 - (D) tabagismo, TSH e história familiar de diabetes.
 - (E) circunferência abdominal, triglicérides e HDL colesterol.
16. É indicação de uma alimentação saudável, segundo o Ministério da Saúde, para crianças menores de 2 anos:
- (A) Oferecer leite materno até os seis 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) 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.
17. O rotavírus é um dos principais agentes etiológicos da diarreia aguda. Após a introdução da vacina no calendário nacional em 2007, observam-se mudanças importantes na sua epidemiologia. Em relação à diarreia por rotavírus, é CORRETO afirmar que:
- (A) A vacina disponível é contraindicada em lactentes menores de seis meses.
 - (B) A infecção em menores de dois meses, na maioria das vezes, é assintomática.
 - (C) A doença é mais frequente nos lactentes menores de dois anos e é sempre leve.
 - (D) Diarreia por rotavírus não é a etiologia mais frequente nos países desenvolvidos.
 - (E) Diarreia aquosa, febre baixa e a completa ausência de vômitos são características da infecção por rotavírus.
18. Assinale a opção que completa, CORRETA e RESPECTIVAMENTE as lacunas do texto abaixo.
- A desnutrição, em especial nas crianças menores de dois anos de idade, pode causar danos permanentes irreversíveis no corpo e na mente.
- A desnutrição do tipo _____ resulta de uma deficiência global de energia, com déficit de hidratos de carbono, gordura e proteína.
- A desnutrição do tipo _____ resulta de uma grave deficiência de proteína e ingestão adequada de calorías.
- (A) Kwashiorkor – Marasmo-Kwashiorkor
 - (B) Marasmo – Marasmo-Kwashiorkor
 - (C) Marasmo – Kwashiorkor
 - (D) Kwashiorkor – Marasmo
 - (E) Nanismo Nutricional e Kwashiorkor
19. Adolescente de 12 anos de idade, iniciou quadro febre, poliartrite migratória em articulações de joelhos, tornozelos e punhos com duração do envolvimento de cada articulação em torno de 6 dias. Evoluiu com dispneia, taquicardia, tiragem intercostal e de fúrcula, ictus cordis palpável e visível em foco mitral. Apresenta ainda, edema de face, e membros inferiores, e ainda, hepatomegalia dolorosa. Hemograma com anemia, leucocitose, plaquetas normais. VHS: 90 mmhg, PCR reagente. Baseado nos dados acima, o diagnóstico mais provável é:
- (A) Artrite Idiopática Juvenil.
 - (B) Leucemia Linfocítica Aguda.
 - (C) Lupus Eritematoso Sistêmico.
 - (D) Febre Reumática.
 - (E) Endocardite Bacteriana.

20. Adolescente de 14 anos de idade, iniciou quadro febre alta, com 2 picos febris diários de até 40C, há cerca de 18 dias, poliartrite cumulativa em articulações interfalangeanas distais de ambas as mãos, além de ombros e cotovelos. Apresentava, ainda, exantema em tórax e membros, durante os episódios de febre. Evoluiu com adenomegalia cervical, hepatomegalia. Hemograma com anemia, leucocitose, plaquetose. VHS: 100 mmhg, PCR reagente. Baseado nos dados acima, o diagnóstico mais provável é:

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

21. CASO CLÍNICO: RN nasceu 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 u BTS com 12 horas de vida e o resultado foi de 9,2 mg/dL. “Não é muito alta”, declarou médico. No dia seguinte (28 horas), o valor da BTS era de 15 mg/dL.

O que você deve fazer?

- (A) Observar o bebê e repetir a BTS após 24 horas.
- (B) Colocar o bebê sob fototerapia “intensa” e repetir a BTS em quatro a seis horas.
- (C) Iniciar a fototerapia e realizar a exsanguineotransfusão.
- (D) Orientar com relação ao aleitamento materno.
- (E) Viabilizar orientações dos cuidados do recém-nascido e alta hospitalar.

22. CASO CLÍNICO: RN nasceu 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 u BTS com 12 horas de vida e o resultado foi de 9,2 mg/dL. “Não é muito alta”, declarou médico. No dia seguinte (28 horas), o valor da BTS era de 15 mg/dL. Uma hora após o início da fototerapia, os resultados laboratoriais subsequentes mostram: recém-nascido do grupo sanguíneo B, Rh positivo, TAD (Coombs direto) fortemente positivo, Hb 12,0 mg/dL, hematócrito 36% e contagem de reticulócitos 6%. A anemia, em associação com a contagem elevada de reticulócitos, sugere a ocorrência de hemodiálise. Após seis horas de fototerapia intensiva, o valor da BTS repetida foi de 18,3mg/dL. O que se deve fazer agora?

- (A) Continuar com a fototerapia e repetir a BTS em 12 horas.
- (B) Exsanguineotransfusão.
- (C) Administrar IGIV, 1 g/kg.
- (D) Suspender fototerapia.
- (E) Viabilizar alta hospitalar.

23. CASO CLÍNICO: RN do sexo masculino, a termo, de pais Afro-americanos. Não havia incompatibilidade do grupo sanguíneo. O bebê era amamentado e mostrava-se aparentemente saudável. Com 50 horas de vida, o resultado da BTS pré-alta foi de 10.0 mg/dL. Quando colocado no monograma hora-específico, ficou entre os percentis 40 e 75.

Considerando o caso clínico, assinale a opção CORRETA.

- (A) Trata-se de um RN a termo, com valor de BTS na faixa de risco intermediário baixa. Ele pode ser liberado para casa com segurança, não há preocupação especial.
- (B) Trata-se de um RN de descendência afro-americana e de um baixo risco para hiperbilirrubinemia neonatal.

- (C) Trata-se de RN potencialmente de alto risco, devendo, portanto, ser acompanhado de acordo com os guidelines da AAP, com a mesma vigilância que um RN caucasiano.
- (D) Reforçar cuidados básicos de assistência ao recém-nascido.
- (E) Orientar início de puericultura com 30 dias de vida.

24. CASO CLÍNICO: Após observar sua conversação com a mãe, a enfermeira neonatal da UTIN solicita sua opinião quanto ao uso de leite humano de banco de doadoras, caso a mãe não seja capaz de fornecer leite suficiente a seu bebê.

Com base nas evidências atualmente disponíveis, a afirmação VERDADEIRA é:

- (A) O leite da doadora é pasteurizado para minimizar o risco de infecção.
- (B) A pasteurização preserva todos os benefícios imunológicos do leite humano.
- (C) A Composição de nutrientes do leite de banco de doadoras é comparável àquela do leite de mulher com parto prematuro.
- (D) Os bebês prematuros que recebem leite de doadora apresentam taxa de ganho de peso semelhante àquela de bebês alimentados com fórmula para prematuros.
- (E) Os bebês prematuros que recebem leite de doadora devem sempre ser alimentados com fórmula para prematuros.

25. CASO CLÍNICO: A equipe pediátrica da sala de parto é chamada para o parto de um RN, sexo masculino, prematuro de 27 semanas de gestação. A história pré-natal chama atenção pela colocação de cerclagem com 14 semanas de gestação. Com 26 semanas, a mãe apresentou ruptura prematura de membrana (RPM), mas não estava em trabalho de parto prematuro. Ela recebeu um ciclo de betametasona e foi tratada com penicilina G durante 48h até que a triagem para SGB colhida na admissão foi negativa. Como ela estava afebril, sem evidências de trabalho de parto prematuro, foi internada no serviço de obstetrícia de alto risco para conduta expectante. Pela política obstetrícia do local, ela tomou eritromicina durante 7 dias para aumentar a latência. No dia do parto, a mãe apresentou febre de 38,5°, com o início das contrações; ela foi levada para realizar o parto via cesariana devido à posição pélvica fetal. O RN nasceu com esforço respiratório mínimo e foi intubado na sala de parto; o escore de Apgar foi de 5 com 1 minuto, 5 com 5 minutos e 8 com 10 minutos de vida. O peso de nascimento foi de 1.200gramas. Nas primeiras 6 horas de vida, o bebê apresentou insuficiência respiratória progressiva, apesar da administração de surfactante exógeno, mas melhorou com a ventilação de alta frequência. Ele permaneceu estável hemodinamicamente. Você está com a SNP (sepsis neonatal precoce) e colheu uma hemocultura e HMG (hemograma) com diferencial. A contagem de leucócitos é de 21.760/mm³, com uma relação I:T 0,14 e CAN (contagem de neutrófilos) de 11.098/mm³. A contagem de plaquetas é de 190x10⁹/uL. Você não realizou a punção lombar devido à instabilidade respiratória da criança.

Como deve ser conduzido esse RN?

- (A) Começar com ampicilina e gentamicina enquanto aguarda os resultados da hemocultura, porque a maioria das bactérias causadoras da SNP ainda é sensível a esses antibióticos.
- (B) Começar com cefotaxima e gentamicina enquanto aguarda os resultados da hemocultura, porque esse bebê tem risco de infecção resistente à ampicilina.
- (C) Começar com a ampicilina e cefotaxima enquanto aguarda os resultados da hemocultura, porque o bebê tem risco de infecção resistente à ampicilina, e alguns organismos que causam a SNP são inerentemente resistentes a cefalosporinas.
- (D) Administrar imunoglobulina intravenosa (IVIG) e antibióticos de amplo espectro, já que esse bebê é provavelmente deficiente em anticorpo adquirido da mãe.
- (E) Apenas acompanhamento clínico e screen hematológico.

26. CASO CLÍNICO: Mãe de 32 anos, na segunda gravidez, é internada em hospital de sua região após ruptura prematura das membranas, com 26 semanas de gestação, associada a contrações leves. Mulher até então saudável. Gravidez sem intercorrências até 20 semanas de gestação, quando, então, ela apresentou aumento da pressão arterial, suspeitando-se de doença hipertensiva específica da gestação. Ultrassonografia com 24 semanas de gestação mostrou diminuição do crescimento fetal, estimando-se o peso fetal como mais consistente com 20 semanas de gestação. Os resultados dos seus exames de triagem pré-natal foram: hepatite B, negativo; vírus da imunodeficiência humana (HIV), negativo; VDRL, negativo; grupo sanguíneo B positivo; e estreptococos do grupo B (EGB) desconhecido. Neste momento, o procedimento que pode otimizar o tratamento pré-natal dessa mulher grávida é:

- (A) Glicocorticoides para acelerar a maturação pulmonar do feto.
- (B) Antibióticos para prevenir sepsse materna e fetal.
- (C) Transferência para um hospital com UTIN nível 3.
- (D) Todas as opções acima.
- (E) Apenas alertar sobre possibilidade de parto prematuro.

27. CASO CLÍNICO: Mãe de 32 anos, na segunda gravidez, é internada em hospital de sua região após ruptura prematura das membranas, com 26 semanas de gestação, associada a contrações leves. Mulher até então saudável. Gravidez sem intercorrências até 20 semanas de gestação, quando, então, ela apresentou aumento da pressão arterial, suspeitando-se de doença hipertensiva específica da gestação. Ultrassonografia com 24 semanas de gestação mostrou diminuição do crescimento fetal, estimando-se o peso fetal como mais consistente com 20 semanas de gestação. Os resultados dos seus exames de triagem pré-natal foram: hepatite B, negativo; vírus da imunodeficiência humana (HIV), negativo; VDRL, negativo; grupo sanguíneo B positivo; e estreptococos do grupo B (EGB) desconhecido. Se esse RN nascer, o fator de risco em potencial para que desenvolva DBP é:

- (A) Idade gestacional.
- (B) Ruptura prematura das membranas.
- (C) Pressão arterial alta.
- (D) Situação desconhecida quanto ao EGB.
- (E) Peso ao nascer.

28. CASO CLÍNICO: Diante do risco de nascer um bebê extremamente prematuro, duas horas após a internação, a mãe é transferida para um centro de cuidados terciários, após receber a primeira injeção de betametasona e antibióticos. Chamou-se um neonatologista para aconselhar os pais em relação às questões relevantes que diziam respeito ao bebê e ao prognóstico, incluindo mortalidade e incapacidades no longo prazo. Logo após a chegada, a mãe apresenta febre e mais contrações. Devido à suspeita de corioamnionite, decidiu-se permitir a evolução espontânea para parto vaginal. Nesse momento, ela começa a receber sulfato de magnésio e uma segunda dose de betametasona. Quatro horas mais tarde, nasce um menino com 635g. Apresenta esforço respiratório fraco e frequência cardíaca de 90. A reanimação inclui ventilação comambu e máscara com oxigênio 40%, verificando-se melhora da frequência cardíaca, cor e início de respiração espontânea e regular. Os escores de Apgar são 2, 6 e 8 aos 1, 5 e 10 minutos de vida, respectivamente. Aos 15 minutos de vida, o bebê requer 30% de oxigênio para manter a saturação em 95% com pequeno esforço respiratório.

Nessa situação, como você trataria o bebê?

- (A) Intubação e ventilação do modo convencional com FiO_2 , a fim de manter a saturação de oxigênio em 98%.
- (B) Utilizar CPAP com FiO_2 de 30%, a fim de manter a saturação em 95% e monitorar o quadro respiratório.
- (C) Intubação, administração de surfactante e ventilação mecânica por duas semanas para permitir o crescimento do bebê.
- (D) Intubação e uso de ventilação oscilatória de alta frequência para alcançar saturações de 95% de O_2 .
- (E) Utilizar Halo com FiO_2 de 30%, e monitorar o quadro respiratório.

29. CASO CLÍNICO: Diante do risco de nascer um bebê extremamente prematuro, duas horas após a internação, a mãe é transferida para um centro de cuidados terciários, após receber a primeira injeção de betametasona e antibióticos. Chamou-se um neonatologista para aconselhar os pais em relação às questões relevantes que diziam respeito ao bebê e ao prognóstico, incluindo mortalidade e incapacidades no longo prazo. Logo após a chegada, a mãe apresenta febre e mais contrações. Devido à suspeita de corioamnionite, decidiu-se permitir a evolução espontânea para parto vaginal. Nesse momento, ela começa a receber sulfato de magnésio e uma segunda dose de betametasona. Quatro horas mais tarde, nasce um menino com 635g. Apresenta esforço respiratório fraco e frequência cardíaca de 90. A reanimação inclui ventilação com ambu e máscara com oxigênio 40%, verificando-se melhora da frequência cardíaca, cor e início de respiração espontânea e regular. Os escores de Apgar são 2, 6 e 8 aos 1, 5 e 10 minutos de vida, respectivamente. Aos 15 minutos de vida, o bebê requer 30% de oxigênio para manter a saturação em 95% com pequeno esforço respiratório. Os fatores de risco e potencial pós-natais para o desenvolvimento de DBP nesse bebê são:
- (A) Apneia e bradicardia.
 - (B) Persistência do canal arterial.
 - (C) Infecção nosocomial.
 - (D) Hemorragia intraventricular grau 2.
 - (E) As opções B e C.
30. CASO CLÍNICO: A equipe pediátrica da sala de parto é chamada por causa de um parto vaginal de RN com 38^{6/7} semanas de gestação com líquido meconial, de uma mãe de 30 anos de idade, G2P 2. A história pré-natal é normal; a mãe recebeu os cuidados de pré-natal padrão e a cultura para triagem de EGB com 35 semanas de gestação foi negativa. O trabalho de parto foi espontâneo, com RDM 10 horas antes do parto. Imediatamente antes do parto, a mãe apresentou febre de 39,2°C; no entanto, não houve tempo suficiente para administrar antibiótico intraparto. O bebê nasceu vigoroso com choro espontâneo e bom tônus muscular; o escore de apgar foi 9 tanto no 1º como no 5º minuto de vida. O peso ao nascer foi 3.880 gramas. A equipe obstétrica planeja administrar antibióticos para a mãe no pós-parto até que ela se torne afebril, por causa do risco de corioamnionite. Como deve ser conduzido o caso desse RN?
- (A) Como o RN parece estar completamente bem, nenhuma intervenção adicional é necessária e o bebê pode ficar em alojamento conjunto com a mãe.
 - (B) Como a mãe teve febre intraparto e existe uma preocupação com a corioamnionite, o RN deve ser transferido para o berçário de cuidados especiais ou UTIN para uma avaliação que descarte o risco de sepse. Uma vez que a hemocultura tenha sido coletada, o bebê deve ser transferido para o berçário de cuidados de rotina e ficar em alojamento conjunto com a mãe.
 - (C) O RN deve ser transferido para o berçário de cuidados especiais ou UTIN para ser avaliado para possível SNP. Uma vez que a hemocultura tenha sido coletada, o bebê deve receber antibioticoterapia empírica até que os resultados da hemocultura sejam negativos.
 - (D) Como o RN parece estar bem, só iniciar triagem para infecção se RN apresentar sinais clínicos de infecção.
 - (E) Como o RN parece estar bem, orientar apenas aleitamento materno livre.
31. A intervenção que constitui terapias baseadas em evidências para a prevenção de DBP é:
- (A) Diurético.
 - (B) Indometacina profilática.
 - (C) Restrição de líquidos.
 - (D) Antioxidante.
 - (E) Cafeína.

32. Associe os seguintes achados clínicos no recém-nascido com a medicação materna mais provável:

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| a. Hipoglicemia | 1. Tiazidas |
| b. Bócio neonatal | 2. Diazepam |
| c. Malformações congênitas | 3. Aminopterina |
| d. Hipotonia | 4. Iodeto de potássio |
| e. Trombocitopenia | 5. Propranolol |

- (A) a-5, b-4, c-3, d-2, e-1
 (B) a-4, b-3, c-2, d-5, e-1
 (C) a-1, b-4, c-3, d-2, e-5
 (D) a-5, b-3, c-4, d-2, e-1
 (E) a-2, b-4, c-3, d-5, e-1

33. Associe os seguintes achados na criança com a infecção materna mais provável.

- | | |
|---|-------------------------------------|
| a. Meningoencefalomiocardite | 1. Listeriose () |
| b. Calcificação intracraniana | 2. Sífilis () |
| c. Granulomatose infantisséptica | 3. Vírus coxsackie () |
| d. Ossos longos com aspecto de “talo de aipo” | 4. Infecção por citomegalovírus () |
| e. Conjuntivite e pneumonia | 5. Clamídia () |
| f. Periostite | 6. Rubéola () |

- (A) a-3, b-4, c-1, d-6, e-5, f-2
 (B) a-4, b-3, c-2, d-5, e-1, f-6
 (C) a-6, b-4, c-3, d-2, e-5, f-1
 (D) a-5, b-6, c-4, d-2, e-1, f-3
 (E) a-2, b-4, c-6, d-5, e-1, f-3

34. CASO CLÍNICO: Uma criança de 1.600g não apresenta problemas na sala de parto, tem 42cm de comprimento, um perímetro cefálico de 32 cm e nenhuma evidência de anormalidade física. A avaliação da idade gestacional pela história menstrual e pelo exame neurológico indica que ela nasceu com 38 semanas de gestação. A complicação mais provável nas próximas 12 horas é:

- (A) Hipoglicemia.
 (B) Hipocalcemia.
 (C) Septicemia.
 (D) Episódios de apneia.
 (E) Cianose.

35. CASO CLÍNICO: Uma criança do sexo feminino com 1.600g nasceu de uma primípara com pré-clâmpsia. O recém-nascido está cianótico, responde mal à estimulação e ventila com dificuldade. Está tinto de mecônio e ao exame demonstra ser de 37 semanas de gestação. A ressuscitação foi realizada com sucesso, porém ainda se fazem presentes gemidos respiratórios, batimentos de aletas nasais e retrações intercostais, hiperinsuflação do tórax e coloração acinzentada da pele no ar ambiente. A causa mais provável do problema é:

- (A) Doença da membrana hialina.
 (B) Aspiração maciça.
 (C) Hipoglicemia.
 (D) Hemorragia intraventricular.
 (E) Hipocalcemia.

36. CASO CLÍNICO: Uma criança do sexo feminino com 1.600g nasceu de uma primípara com pré-clâmpsia. O recém-nascido está cianótico, responde mal à estimulação e ventila com dificuldade. Está tinto de mecônio e ao exame demonstra ser de 37 semanas de gestação. A ressuscitação foi realizada com sucesso, porém ainda se fazem presentes gemidos respiratórios, batimentos de aletas nasais e retrações intercostais, hiperinsuflação do tórax e coloração acinzentada da pele no ar ambiente. As complicações mais prováveis são:
- (A) Pneumonia.
 - (B) Pneumotórax.
 - (C) Doença hemorrágica do recém-nascido.
 - (D) Convulsões.
 - (E) Opção A e B.
37. CASO CLÍNICO: Uma criança do sexo feminino com 1.600g nasceu de uma primípara com pré-clâmpsia. O recém-nascido está cianótico, responde mal à estimulação e ventila com dificuldade. Está tinto de mecônio e ao exame demonstra ser de 37 semanas de gestação. A ressuscitação foi realizada com sucesso, porém ainda se fazem presentes gemidos respiratórios, batimentos de aletas nasais e retrações intercostais, hiperinsuflação do tórax e coloração acinzentada da pele no ar ambiente. É necessário fazer-se imediatamente:
- (A) Fazer raio X de tórax.
 - (B) Opção A e D.
 - (C) Opção A e E.
 - (D) Administrar oxigênio.
 - (E) Administrar Glicose.
38. CASO CLÍNICO: S. A. é um recém-nascido de 2.350g, produto de uma gestação de 31 semanas de uma primípara de 20 anos com diabetes antigo em uso de 58 unidades de insulina NPH por dia. O diabetes materno foi bem controlado durante a gestação e ela teve um trabalho de parto e parto normais. Apgar de um minuto = 8; aos cinco minutos o Apgar = 10. O comprimento é de 41 cm e o perímetro cefálico de 27 cm. O recém-nascido começou a apresentar gemidos e retração e foi transferido para um berçário de cuidados intensivos. Foi feita uma radiografia de tórax. Este recém-nascido, filho de diabética, é:
- (A) PIG e pré-termo.
 - (B) GIG e pré-termo.
 - (C) AIG e pré-termo.
 - (D) PIG e a termo.
 - (E) AIG e a termo.
39. CASO CLÍNICO: S. A. é um recém-nascido de 2.350g, produto de uma gestação de 31 semanas de uma primípara de 20 anos com diabetes antigo em uso de 58 unidades de insulina NPH por dia. O diabetes materno foi bem controlado durante a gestação e ela teve um trabalho de parto e parto normais. Apgar de um minuto = 8; aos cinco minutos o Apgar = 10. O comprimento é de 41 cm e o perímetro cefálico de 27 cm. O recém-nascido começou a apresentar gemidos e retração e foi transferido para um berçário de cuidados intensivos. Foi feita uma radiografia de tórax. Os seguintes fatores influem adversamente na evolução do feto da mulher diabética:
- (A) História prévia de natimorto.
 - (B) Hipoglicemia.
 - (C) Cetoacidose.
 - (D) A dose de insulina requerida pela mãe.
 - (E) Opção A e C.

40. S. A. é um recém-nascido de 2.350g, produto de uma gestação de 31 semanas de uma primípara de 20 anos com diabetes antigo em uso de 58 unidades de insulina NPH por dia. O diabetes materno foi bem controlado durante a gestação e ela teve um trabalho de parto e parto normais. Apgar de um minuto = 8; aos cinco minutos o Apgar = 10. O comprimento é de 41 cm e o perímetro cefálico de 27 cm. O recém-nascido começou a apresentar gemidos e retração e foi transferido para um berçário de cuidados intensivos. Foi feita uma radiografia de tórax. O sofrimento respiratório nesse recém-nascido é, mais provavelmente, devido a:
- (A) Pneumotórax.
 - (B) Pneumonia de aspiração.
 - (C) Hemorragia intrapulmonar.
 - (D) Doença de membrana hialina.
 - (E) Taquipneia de Transição.
41. S. A. é um recém-nascido de 2.350g, produto de uma gestação de 31 semanas de uma primípara de 20 anos com diabetes antigo em uso de 58 unidades de insulina NPH por dia. O diabetes materno foi bem controlado durante a gestação e ela teve um trabalho de parto e parto normais. Apgar de um minuto = 8; aos cinco minutos o Apgar = 10. O comprimento é de 41 cm e o perímetro cefálico de 27 cm. O recém-nascido começou a apresentar gemidos e retração e foi transferido para um berçário de cuidados intensivos. Foi feita uma radiografia de tórax. Os seguintes distúrbios metabólicos podem ser antecipados:
- (A) Hipoglicemia.
 - (B) Hipocalcemia.
 - (C) Acidose.
 - (D) Hiperbilirrubinemia.
 - (E) Todas as opções.
42. CASO CLÍNICO: C. K. pesou 1.300 gramas na 32 semana de gestação. O índice Apgar foi de 4 no primeiro minuto e de 6 no quinto minuto. Ele desenvolveu síndrome de angústia respiratória no primeiro dia de vida. Foi submetido a cateterismo arterial colocado a nível de T₁₀, e necessitou de 60 por cento de oxigênio, porém não de assistência ventilatória. A síndrome de angústia respiratória melhorou nas 48 horas de vida, tendo sido retirado o cateter. A fórmula láctea não hipercalórica foi administrada pela primeira vez no terceiro dia de vida. No oitavo dia, observou-se distensão abdominal e a enfermeira registrou fezes guaiaco-positivas, 5cc de resíduo na última mamada e, ainda, que a incubadora precisava ser mantida numa temperatura mais elevada para manter a temperatura corporal. O diagnóstico preliminar mais provável é:
- (A) Síndrome da rolha meconial.
 - (B) Enterocolite necrosante.
 - (C) Septicemia.
 - (D) Má rotação.
 - (E) Doença de Hirshsprung.
43. CASO CLÍNICO: C. K. pesou 1.300 gramas na 32 semana de gestação. O índice Apgar foi de 4 no primeiro minuto e de 6 no quinto minuto. Ele desenvolveu síndrome de angústia respiratória no primeiro dia de vida. Foi submetido a cateterismo arterial colocado a nível de T₁₀, e necessitou de 60 por cento de oxigênio, porém não de assistência ventilatória. A síndrome de angústia respiratória melhorou nas 48 horas de vida, tendo sido retirado o cateter. A fórmula láctea não hipercalórica foi administrada pela primeira vez no terceiro dia de vida. No oitavo dia, observou-se distensão abdominal e a enfermeira registrou fezes guaiaco-positivas, 5cc de resíduo na última mamada e, ainda, que a incubadora precisava ser mantida numa temperatura mais elevada para manter a temperatura corporal. O tratamento que devem ser instituídos é:
- (A) Aspiração nasogástrica, hidratação venosa e colocação do paciente em dieta zero.
 - (B) Antibiótico sistêmico.
 - (C) Laparotomia.
 - (D) As opções A, B e E.
 - (E) Instalação de nutrição parenteral.

44. CASO CLÍNICO: C. K. pesou 1.300 gramas na 32 semana de gestação. O índice Apgar foi de 4 no primeiro minuto e de 6 no quinto minuto. Ele desenvolveu síndrome de angústia respiratória no primeiro dia de vida. Foi submetido a cateterismo arterial colocado a nível de T₁₀, e necessitou de 60 por cento de oxigênio, porém não de assistência ventilatória. A síndrome de angústia respiratória melhorou nas 48 horas de vida, tendo sido retirado o cateter. A fórmula láctea não hipercalórica foi administrada pela primeira vez no terceiro dia de vida. No oitavo dia, observou-se distensão abdominal e a enfermeira registrou fezes guaiaco-positivas, 5cc de resíduo na última mamada e, ainda, que a incubadora precisava ser mantida numa temperatura mais elevada para manter a temperatura corporal. Uma hora mais tarde, a pressão arterial havia caído de 55/35 para 40/0. A diurese diminuiu a menos de 1 ml/hora e o abdômen estava mais distendido, edematoso e doloroso. Ao exame físico, o recém-nascido está róseo com o pulso cheio, taquicárdico e com as extremidades quentes. Como você interpreta esses dados?
- (A) Choque séptico.
 - (B) Perfuração de víscera abdominal.
 - (C) Persistência de canal arterial com insuficiência cardíaca congestiva.
 - (D) Pneumotórax.
 - (E) Choque séptico e perda para o terceiro espaço.
45. CASO CLÍNICO: C. K. pesou 1.300 gramas na 32 semana de gestação. O índice Apgar foi de 4 no primeiro minuto e de 6 no quinto minuto. Ele desenvolveu síndrome de angústia respiratória no primeiro dia de vida. Foi submetido a cateterismo arterial colocado a nível de T₁₀, e necessitou de 60 por cento de oxigênio, porém não de assistência ventilatória. A síndrome de angústia respiratória melhorou nas 48 horas de vida, tendo sido retirado o cateter. A fórmula láctea não hipercalórica foi administrada pela primeira vez no terceiro dia de vida. No oitavo dia, observou-se distensão abdominal e a enfermeira registrou fezes guaiaco-positivas, 5cc de resíduo na última mamada e, ainda, que a incubadora precisava ser mantida numa temperatura mais elevada para manter a temperatura corporal. Duas horas mais tarde, o estudo radiográfico mostrou aumento do da distensão, não havia nenhuma evidência de ar livre, porém as alças intestinais davam a impressão de “flutuar” no abdômen. O que significa isto? Como você reagiria? Qual das seguintes condutas seria apropriadas?
- (A) Repetir o coagulograma e realizar exsanguíneotransusão.
 - (B) Percussão abdominal e então transiluminação enquanto se aguarda a radiografia.
 - (C) Repetir as hemoculturas e alterar a antibioticoterapia.
 - (D) Realizar uma gasometria e aumentar o oxigênio ambiental.
 - (E) Realizar hemotransusão.
46. CASO CLÍNICO: Gestante de 22 anos foi transferida para o centro perinatal regional por causa do trabalho de parto prematuro com idade gestacional de 24 semanas, depois de receber uma dose de betametasona e de sulfato de magnésio. Após a admissão no centro obstétrico, observou-se que seu colo exibia dilatação de 3 cm. O sulfato de magnésio foi continuado, e ela foi capaz de receber a segunda dose de betametasona. No entanto, continuou apresentando contrações uterinas, com dilatação cervical progressiva. A equipe da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) foi chamada, tomando-se as necessárias providências para o parto vaginal iminente de um feto prematuro com 24 semanas de gestação. Quais das opções a seguir constituem medidas apropriadas de estabilização em sala de parto para esse recém-nascido prematuro de 24 semanas de gestação?
- (A) Clampeamento tardio do cordão umbilical.
 - (B) Uso de aquecedor radiante, campos pré-aquecidos e gorro.
 - (C) Colocar o recém-nascido dentro de um saco plástico sem secar.
 - (D) Opções A e B.
 - (E) Opções A, B, e C.

47. CASO CLÍNICO: O traçado da frequência cardíaca do feto piora, com as desacelerações tardias tornando-se mais graves e a paciente sendo levada à sala cirúrgica para ser submetida à cesariana de emergência. Após a incisão do útero, o obstetra nota grande perda de sangue e descolamento da placenta. Verifica-se um RN do sexo masculino débil, pálido e apneico. Ele é colocado em uma fonte de calor radiante pela equipe pediátrica, onde se contata grave bradicardia. As etapas de reanimação inicial – incluindo secagem, estimulação e sucção cuidadosa da orofaringe – falham em aumentar a frequência cardíaca para um valor acima de 50 batimentos por minuto. Os mecanismos de compensação do feto, em resposta à asfixia, objetivam preservar o fluxo sanguíneo para quais dos seguintes órgãos?
- (A) Coração, cérebro e glândulas adrenais.
 - (B) Coração, cérebro e pulmões.
 - (C) Coração e cérebro (apenas).
 - (D) Coração, cérebro, glândulas adrenais e pulmões.
 - (E) Coração e pulmões (apenas).
48. CASO CLÍNICO: O traçado da frequência cardíaca do feto piora, com as desacelerações tardias tornando-se mais graves e a paciente sendo levada à sala cirúrgica para ser submetida à cesariana de emergência. Após a incisão do útero, o obstetra nota grande perda de sangue e descolamento da placenta. Verifica-se um RN do sexo masculino débil, pálido e apneico. Ele é colocado em uma fonte de calor radiante pela equipe pediátrica, onde se contata grave bradicardia. As etapas de reanimação inicial – incluindo secagem, estimulação e sucção cuidadosa da orofaringe – falham em aumentar a frequência cardíaca para um valor acima de 50 batimentos por minuto. Os procedimentos de reanimação foram incrementados gradativamente e a criança, por fim, se estabilizou, após intubação endotraqueal com ventilação com pressão positiva, compressões do tórax e aplicação de uma dose de epinefrina por meio de um cateter venoso umbilical. Qual das seguintes afirmações a respeito da suplementação de oxigênio na sala de parto é verdadeira?
- (A) Todos os RNs saudáveis devem apresentar cor rosada aos 5 minutos de vida.
 - (B) Os procedimentos de reanimação devem ser iniciados com 100% de oxigênio e reduzidos se a criança se apresenta com boa saturação.
 - (C) O nível de saturação de oxigênio no útero é de cerca de 70%.
 - (D) Hiperoxia pode ser prejudicial e deve ser evitada.
 - (E) Os procedimentos de reanimação devem ser iniciados com 100% de oxigênio, independente da idade gestacional.
49. CASO CLÍNICO: O traçado da frequência cardíaca do feto piora, com as desacelerações tardias tornando-se mais graves e a paciente sendo levada à sala cirúrgica para ser submetida à cesariana de emergência. Após a incisão do útero, o obstetra nota grande perda de sangue e descolamento da placenta. Verifica-se um RN do sexo masculino débil, pálido e apneico. Ele é colocado em uma fonte de calor radiante pela equipe pediátrica, onde se contata grave bradicardia. As etapas de reanimação inicial – incluindo secagem, estimulação e sucção cuidadosa da orofaringe – falham em aumentar a frequência cardíaca para um valor acima de 50 batimentos por minuto. Os procedimentos de reanimação foram incrementados gradativamente e a criança, por fim, se estabilizou, após intubação endotraqueal com ventilação com pressão positiva, compressões do tórax e aplicação de uma dose de epinefrina por meio de um cateter venoso umbilical. Assim que estabilizada, a concentração de oxigênio foi mantida com o ar ambiente. Os escores de Apgar foram 1, 2, 4 e 7, aos 1, 5, 10 e 15 minutos, respectivamente, e o bebê foi transferido para a unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). A gasometria arterial do cordão umbilical mostrou pH de 7,35, P_{CO_2} de 45 mm Hg, P_{O_2} de 100 mm Hg, e déficit de base de 12 mEq/L. A placenta foi enviada para exame histopatológico. Qual a sua interpretação para esses resultados da gasometria do sangue arterial do cordão umbilical?
- (A) Acidose respiratória.
 - (B) Acidose metabólica.
 - (C) Acidose metabólica compensada.
 - (D) Acidose mista metabólica e respiratória.
 - (E) Acidose respiratória compensada.

50. CASO CLÍNICO: O traçado da frequência cardíaca do feto piora, com as desacelerações tardias tornando-se mais graves e a paciente sendo levada à sala cirúrgica para ser submetida à cesariana de emergência. Após a incisão do útero, o obstetra nota grande perda de sangue e descolamento da placenta. Verifica-se um RN do sexo masculino débil, pálido e apneico. Ele é colocado em uma fonte de calor radiante pela equipe pediátrica, onde se constata grave bradicardia. As etapas de reanimação inicial – incluindo secagem, estimulação e sucção cuidadosa da orofaringe – falham em aumentar a frequência cardíaca para um valor acima de 50 batimentos por minuto. Os procedimentos de reanimação foram incrementados gradativamente e a criança, por fim, se estabilizou, após intubação endotraqueal com ventilação com pressão positiva, compressões do tórax e aplicação de uma dose de epinefrina por meio de um cateter venoso umbilical. Assim que estabilizada, a concentração de oxigênio foi mantida com o ar ambiente. Os escores de Apgar foram 1, 2, 4 e 7, aos 1, 5, 10 e 15 minuto, respectivamente, e o bebê foi transferido para a unidade terapia intensiva neonatal (UTIN). A gasometria arterial do cordão umbilical mostrou pH de 6,7, P_{CO_2} de 127mm Hg, P_{O_2} de 10 mm Hg, e déficit de base de 19 mEq/L. A placenta foi enviada para exame histopatológico. Qual afirmação a respeito do baixo pH do sangue arterial do cordão umbilical é verdadeira?
- (A) O pH do sangue venoso do cordão umbilical é um indicador mais confiável da condição do feto.
 - (B) Crianças com acidemia fetal são facilmente diferenciadas daquelas que apresentam pH normal ao nascimento.
 - (C) Crianças com acidemia que necessitam de manobras de reanimação relevantes apresentam alto risco de consequência neurológica adversa.
 - (D) O pH fetal é o melhor indicador de consequência.
 - (E) O pH fetal deve ser avaliado isoladamente das condições clínicas ao nascimento.