



PROCESSO SELETIVO
2018
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANOS OPCIONAIS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

PEDIATRIA: NEONATOLOGIA

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do CARTÃO-RESPOSTA.
2. A prova objetiva deverá ser feita, obrigatoriamente, à caneta esferográfica, fabricada em material incolor e transparente, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que contém 40 (quarenta) questões de múltipla escolha, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D), distribuídas da seguinte forma:

QUESTÕES OBJETIVAS	
Pediatria Geral	01 a 20
Específico para o Programa a que concorre	21 a 40

4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no CARTÃO-RESPOSTA, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico: O descumprimento dessa instrução implicará na anulação da prova e na eliminação do certame.

“O SUCESSO SEMPRE FOI A CRIAÇÃO DA OUSADIA”

5. Em hipótese alguma haverá substituição do CARTÃO-RESPOSTA por erro do candidato.
6. O telefone celular desligado e demais pertences não permitidos deverão permanecer acondicionados em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a retirada do candidato do estabelecimento de realização da mesma.
7. Será vedado ao candidato, dentro da sala de realização da prova, independente do início da prova:
 - a) o uso de lupas, óculos escuros, protetores auriculares ou quaisquer acessórios de cobertura para cabeça, tais como: chapéu, boné, gorro etc., salvo se autorizado, previamente, pela Coordenadoria de Recrutamento e Seleção, conforme estabelecido no Edital Regulamentador do certame;
 - b) o empréstimo de material e/ou utensílio de qualquer espécie entre os candidatos;
 - c) a consulta a qualquer material (legislação, livros, impressos, anotações, jornal e revista)
 - d) o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
8. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
09. A simples posse ou uso de qualquer material, objeto ou equipamento não permitido, mesmo que desligado, no local da prova, corredor ou banheiros, implicará na exclusão do candidato no certame.
10. Não será permitido ao candidato fumar conforme determinado no art 49 da Lei Federal 12.546 de 14 de dezembro de 2011.
11. Somente após decorrida uma hora do início da prova, o candidato, ainda que tenha desistido do certame, poderá entregar **O CARTÃO-RESPOSTA DEVIDAMENTE ASSINADO E COM A FRASE TRANSCRITA** e retirar-se do recinto levando o seu caderno de questões.
12. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no CARTÃO-RESPOSTA.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. **NÃO SERÁ PERMITIDO O USO DE SANITÁRIOS POR CANDIDATOS QUE TENHAM TERMINADO A PROVA.**
15. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>.

PEDIATRIA

01. Como fatores desencadeantes e de risco para asma, podem ser citados:
- (A) dermatite atópica, viroses e estresse
 - (B) predisposição genética, vida rural e alérgenos
 - (C) vida urbana, alérgenos e mudanças climáticas
 - (D) baixas condições socioeconômicas, agentes químicos e psoríase
02. A dermatite atópica é uma doença crônica inflamatória da pele caracterizada por prurido intenso e lesões eczematosas com elevada prevalência mundial. A doença apresenta uma complexa interação com o meio ambiente, predisposição genética, defeitos funcionais da barreira cutânea, alterações da resposta imunológica e suscetibilidade para infecções. O tratamento da dermatite atópica deve ser planejado a longo prazo e possui como principais objetivos:
- (A) fazer calor local e descolonização da pele
 - (B) fazer assepsia com álcool 90% e promover o auto manejo
 - (C) evitar infecção secundária e progressão do processo inflamatório
 - (D) evitar fatores desencadeantes e promover o cuidado com sabonetes antissépticos
03. Adolescente, de 17 anos e 6 meses de idade, foi encaminhado a uma Unidade Hospitalar para investigação de síncope recorrente pós-atividade física. Na história familiar, um tio faleceu subitamente aos 15 anos de idade. Portanto, sua mãe está muito preocupada, já que o adolescente pretende ingressar como atleta na modalidade desportiva de futebol. O exame cardiovascular mostra sopro sistólico. A principal hipótese diagnóstica é:
- (A) fibroelastose
 - (B) pericardite tuberculosa
 - (C) miocardiopatia hipertrófica
 - (D) estenose mitral reumática
04. Lactente de 2 meses de idade vem há 12 dias com acessos de tosse seca e leve dificuldade respiratória. Encontra-se apirético, com ausculta pulmonar normal e frequência respiratória de 56 irpm. A radiografia de tórax mostra padrão retículo-nodular peri-hilar bilateral. O hemograma revela discreta leucocitose e eosinofilia, mas sem linfocitose. O agente etiológico mais provável é:
- (A) *Clamidia trachomatis*
 - (B) *Haemophilus influenzae*
 - (C) *Listeria monocytogenes*
 - (D) *Mycoplasma pneumoniae*
05. Lactente de 18 meses de idade é levado por sua mãe para atendimento médico por apresentar epistaxe espontânea há 6 horas e história de equimoses no dorso que progrediram para os membros inferiores, tórax e face há 3 dias. Não há relato de sangramento ativo, nem febre. Há 7 dias apresentou infecção de vias aéreas superiores que foi tratada com ibuprofeno e amoxicilina associada ao clavulanato por via oral. O exame físico mostra: bom estado geral, hidratado, eupneico, afebril, acianótico, ausculta respiratória e cardíaca sem alterações. A pele tem equimoses e petéquias disseminadas, não redutíveis à pressão digital. O hemograma revela anemia normocrômica normocítica, leucócitos dentro da faixa da normalidade e trombocitopenia (10.000 plaquetas). O quadro clínico e laboratorial é compatível com:
- (A) doença de Kawasaki
 - (B) púrpura de Henoch-Shöenlein
 - (C) vasculite de hipersensibilidade
 - (D) púrpura trombocitopênica imunológica
06. Uma escolar sem história de doença anterior foi internada com diagnóstico de pericardite constritiva. Durante a investigação diagnóstica também foi identificado diarreia, anasarca, hipoalbuminemia, hipogamaglobulinemia e linfopenia. A hipótese diagnóstica de doença secundária à pericardite constritiva, considerando o quadro clínico descrito, é:
- (A) linfangectasia intestinal
 - (B) abetalipoproteinemia
 - (C) doença de Crohn
 - (D) doença celíaca
07. Adolescente vegana apresenta alterações sensoriais e parestesias. Esse quadro é compatível com deficiência de:
- (A) tiamina
 - (B) niacina
 - (C) piridoxina
 - (D) cobalamina
08. Para uma grande parte dos casos da doença do refluxo gastroesofágico o diagnóstico é feito por meio de anamnese e exame físico. O estudo radiográfico com contraste do esôfago e trato gastrointestinal superior é indicado em situações específicas, como na suspeita de:
- (A) acalasia e estenoses do trato gastrointestinal superior
 - (B) aspiração pulmonar e enfisema lobar congênito
 - (C) úlcera gástrica e hérnia diafragmática
 - (D) refluxo alcalino e hérnia de hiato
09. A síndrome da larva migrans cutânea pode ser causada pelas larvas de vários nematódeos. O principal agente etiológico é o:
- (A) *Trichuris trichiura*
 - (B) *Necator americanus*
 - (C) *Ascaris lumbricoides*
 - (D) *Ancylostoma braziliense*
10. Os testes de anticorpos específicos do vírus Epstein-Barr (EBV) são úteis para confirmar a infecção aguda ou para confirmar infecção pregressa e determinar a suscetibilidade à futura infecção. A ausência do anti-EBNA (anticorpos contra antígenos nucleares do EBV), quando outros anticorpos estão presentes, indica:
- (A) linfoma de burkitt
 - (B) carcinoma de nasofaringe
 - (C) infecção recente pelo EBV
 - (D) infecção ocorrida há mais de 6 meses

11. Robson, um escolar de 8 anos de idade, foi levado ao laboratório para realizar um teste de tolerância à glicose oral (TTGO). Sua glicemia de jejum (8 horas sem ingesta calórica) estava de 125 mg/dL, 120 minutos após o teste de TTGO, apresentou valores de 197 mg/dL. Nesse caso, a interpretação do teste demonstra:
- (A) diabetes melito tipo I
 - (B) diabetes melito tipo II
 - (C) tolerância diminuída à glicose
 - (D) teste glicêmico normal para a idade
12. Chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus chikungunya, da família *Togaviridae* e do gênero *Alphavirus*. O período de incubação é em média de 3 a 7 dias e a presença do vírus no sangue persiste por até 10 dias após o surgimento das manifestações clínicas. A doença pode evoluir em três fases: aguda, subaguda e crônica. O sintoma mais comum na fase crônica é:
- (A) cefaleia
 - (B) dor neuropática
 - (C) acometimento articular
 - (D) prurido crônico recorrente
13. De acordo com o Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (4ª edição, Brasília-DF, 2014), do Ministério da Saúde, o esquema vacinal preconizado para adolescentes imunocompetentes com 13 anos de idade ou mais, suscetíveis à varicela, é a orientação de:
- (A) uma dose de 0,5 mL por via subcutânea
 - (B) duas doses de 0,5 mL por via subcutânea, com intervalo de 6 meses entre as doses
 - (C) duas doses de 0,5 mL por via subcutânea, com intervalo de 2 a 4 semanas entre as doses
 - (D) duas doses de 0,5 mL por via subcutânea, com intervalo de 4 a 8 semanas entre as doses
14. O equilíbrio térmico é afetado por umidade relativa, fluxo de ar, proximidade de superfícies frias e temperatura do ar ambiente. Os neonatos são particularmente propensos à rápida perda de calor e consequente hipotermia por causa da elevada relação da área de superfície comparada ao volume, que é particularmente alta nos neonatos de baixo peso. A perda de calor por irradiação ocorre quando a pele descoberta é exposta a um ambiente contendo objetos com temperatura mais fria. A perda de calor por evaporação ocorre quando os neonatos estão molhados pelo líquido amniótico. A perda de calor por condução ocorre quando o neonato é colocado em contato com uma superfície ou objeto frio. A hipotermia também pode ter causas patológicas que diminuem a termorregulação (James W. Kendig). Dentre as alterações clínico-laboratoriais iniciais de hipotermia no recém-nascido, pode-se citar a:
- (A) alcalose
 - (B) hipertonia
 - (C) hipercalemia
 - (D) hiperglicemia
15. O desenvolvimento de programas de triagem para identificação dos recém-nascidos de risco que necessitam de tratamento é imprescindível para a redução da cegueira por retinopatia da prematuridade (ROP). Os critérios disponíveis para países com alto índice de desenvolvimento humano (IDH) podem não ser os mais adequados para países com IDH médio. O Grupo ROP-Brasil, apoiado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Oftalmologia Pediátrica e pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia, recomenda que um exame oftalmológico deva ser realizado por oftalmologista com experiência em mapeamento de retina no seguinte recém-nascido :
- (A) peso menor do que 2.500 g
 - (B) nascido de gestação múltipla
 - (C) grande para a idade gestacional
 - (D) idade gestacional entre 32 e 36 semanas
16. Menino de 9 anos de idade começou a apresentar há 7 dias febre alta (39,5°C) e cefaleia retrorbitária. A mãe da criança notou há 24 horas exantema maculopapular em face que disseminou para tronco e membros. Procurou UPA relatando que, “apesar da melhora da febre, ele está com dor abdominal intensa e, após vomitar várias vezes, quase desmaiou”. A classificação de risco do paciente com dengue visa reduzir o tempo de espera no serviço de saúde. Para essa classificação, foram utilizados os critérios da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e o estadiamento da doença. Os dados de anamnese e exame físico são usados para fazer o estadiamento da doença e para orientar as medidas terapêuticas cabíveis. De acordo com a classificação, a conduta mais adequada, considerando o quadro descrito é:
- (A) acompanhamento ambulatorial e hidratação oral
 - (B) acompanhamento em leito de emergência e hidratação venosa
 - (C) acompanhamento em leito de internação até estabilização e hidratação venosa
 - (D) acompanhamento em leito de observação, hidratação venosa até resultados de exames e reavaliação clínica
17. Menina de 7 anos de idade apresentou piodermite há 2 semanas. A mãe procurou a UPA porque notou há 48 horas “pés e olhos inchados” na sua filha. O exame físico revelou edema palpebral bilateral e de membros inferiores ++/4+; PA sistólica entre os percentis 95 e 99. Os resultados dos exames laboratoriais são: exame de urina: hematuria e proteinúria; ureia e creatinina séricas normais; anemia normocítica, proteínas totais e frações normais; colesterol normal; ASO não reator; C3 diminuído. Em relação a esse quadro, é correto afirmar que:
- (A) no caso relatado está indicada a utilização de penicilina no esquema terapêutico inicial
 - (B) ASO negativa afasta a possibilidade de glomerulonefrite pós-infecção estreptocócica
 - (C) as culturas da pele e da orofaringe são fundamentais para confirmação do diagnóstico
 - (D) hematuria, hipercolesterolemia e C3 diminuído confirmam o diagnóstico

18. O prognóstico do câncer na criança e no adolescente é influenciado positivamente por estratégias de diagnóstico precoce e continuidade do cuidado por meio do tratamento adequado no tempo oportuno. A sobrevivência de pacientes com câncer depende principalmente da localização do tumor, da histologia, da sua biologia e do estadiamento da doença ao diagnóstico. Pacientes com doença localizada têm melhor prognóstico que aqueles com doença avançada (BORIM, 1999). Os tumores dos pacientes infantojuvenis podem ser subdivididos em dois grandes grupos: tumores hematológicos (como as leucemias e os linfomas) e tumores sólidos. A leucemia aguda é a principal neoplasia que acomete crianças e adolescentes, possuindo um período de latência curto com história de surgimento dos sintomas em poucas semanas. Os principais sinais de alerta em relação ao câncer infantil e às manifestações clínicas da leucemia aguda são:
- (A) diarreia, cefaleia, equimoses, febre
(B) disúria, vômitos, policitemia, dor óssea
(C) constipação, vômitos, palidez cutâneo-mucosa
(D) cefaleia, vômitos, dor óssea generalizada, hepatoesplenomegalia
19. Mãe de menino de 10 meses de idade procurou a Unidade Básica de Saúde porque seu filho havia iniciado quadro febril de 38°C 12 horas antes. Foi atendida, sendo prescrito paracetamol, e foi orientada a procurar unidade de saúde, caso não houvesse melhora. Muito preocupada, a mãe do menino procurou a UPA do seu bairro há 24 horas com a seguinte queixa: ele está muito "molinho", dormindo muito e não está conseguindo ingerir nem água. Prontamente o plantonista examinou o lactente identificando ao exame físico: criança letárgica, Tax: 39°C, FR: 35 irpm, PA: 60x30 mmHg, pulsos débeis, perfusão periférica diminuída, fontanela cheia e petéquias em tronco, abdome e membros. A conduta imediata é:
- (A) hemocultura, fundoscopia e antibioticoterapia EV
(B) hemocultura, hidratação venosa e antibioticoterapia EV
(C) hemocultura, punção lombar e administração de corticosteroide EV
(D) punção lombar, hidratação venosa e administração de corticosteroide EV
20. O vírus varicela-zóster é causador de infecções primárias, latentes e recorrentes. A infecção primária é manifestada como varicela e resulta no estabelecimento de infecção latente vitalícia dos gânglios nervosos sensoriais. Mesmo ocorrendo frequentemente como doença leve da infância, a varicela pode causar morbidade e mortalidade substanciais em crianças saudáveis estando associada a complicações graves. Em relação às complicações de varicela, é correto afirmar que:
- (A) hepatite por varicela não é comum na criança saudável
(B) pneumonia por varicela não é complicação em lactentes jovens imunodeprimidos
(C) encefalite e ataxia cerebelar aguda são complicações em crianças menores de 5 anos não vacinadas
(D) infecções bacterianas secundárias de pele, geralmente são causadas pelo estreptococo B hemolítico e estafilococo aureus

PEDIATRIA – NEONATOLOGIA

21. Em relação à prevenção da transmissão vertical do HIV, é correto afirmar que:
- (A) todas as gestantes portadoras de HIV, independente do uso de terapia antirretroviral durante a gestação e parto e da carga viral, tem indicação de parto cesáreo eletivo a partir de 38 semanas de gestação
(B) de acordo com as recomendações do programa de reanimação neonatal, deve ser realizado o clampamento tardio do cordão umbilical no recém-nascido a termo que nasce vigoroso, independente do HIV materno
(C) o contato pele a pele da mãe com o bebê na sala de parto e o alojamento conjunto são contraindicados, para garantir a suspensão do aleitamento materno e o início imediato da quimioprofilaxia venosa para todos os bebês
(D) o uso de terapia antirretroviral durante a gravidez e parto reduz a taxa de transmissão vertical do HIV de aproximadamente 30% para menos de 1%, quando se alcança a supressão da carga viral materna
22. A infecção primária da corrente sanguínea associada ao cateter vascular central é um problema frequente em neonatologia, mas pode ser prevenida com a implantação de protocolos bem estabelecidos e atividades de educação médica e de enfermagem. Em relação à indicação, inserção e manutenção do cateter vascular central, pode-se afirmar que:
- (A) o uso de luvas estéreis dispensa a adequada higienização das mãos, antes e após a manipulação do acesso vascular profundo
(B) a utilização de múltiplas punções periféricas no recém-nascido prematuro extremo é mais segura e efetiva do que o cateter central de inserção periférica
(C) o curativo transparente deve ser trocado apenas se houver sujidade, umidade local ou soltura do mesmo e não com data pré-estabelecida
(D) a troca programada e rotineira do cateter vascular central é recomendada a cada 48 horas, para prevenção de infecção associada ao cateter
23. De acordo com as diretrizes de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (2016), a massagem cardíaca está indicada quando:
- (A) após 30 segundos de ventilação com pressão positiva, com cânula traqueal e oxigênio suplementar e técnica correta, a frequência cardíaca é menor do que 60 bpm
(B) após 60 segundos de ventilação com pressão positiva com máscara, em ar ambiente, com técnica correta, a frequência cardíaca é menor do que 60 bpm
(C) o bebê nasce em assistolia, no primeiro minuto de vida, e deve ser associada à ventilação com máscara, antes da realização dos passos iniciais
(D) o bebê nasce hipotônico e em apneia, com mecônio espesso, imediatamente após a aspiração da traqueia com cânula traqueal

24. Gestante com 17 anos de idade, Gesta 2 Para 1, dá entrada na maternidade em trabalho de parto, com amniorrexe de 13 horas. Não fez pré-natal. Realizada ultrassonografia que mostrou um feto de 38 semanas. Em gestação anterior, apresentou colonização por estreptococo do grupo B e seu filho internou na UTI neonatal com sepse e pneumonia. O obstetra indica profilaxia para estreptococo B com penicilina. Nesse caso, a indicação da profilaxia com antibiótico intraparto foi:
- colonização por estreptococo B em gestação anterior
 - ruptura de membranas por tempo superior a 12 horas
 - doença invasiva por estreptococo B em filho anterior
 - trabalho de parto prematuro em gestante adolescente
25. Gestante, com 29 semanas de idade gestacional, chega à admissão da maternidade com descolamento de placenta e é submetida a parto cesáreo de urgência. O bebê nasce com peso de 1.100 g e apresenta quadro de insuficiência respiratória, com necessidade de assistência ventilatória. O diagnóstico mais provável da insuficiência respiratória, a alteração radiológica esperada e o tratamento específico indicado são, respectivamente:
- pneumonia congênita; condensação lobar com broncograma aéreo; antibioticoterapia
 - síndrome do desconforto respiratório; infiltrado reticulo-granular difuso bilateral com broncograma aéreo; surfactante
 - hipertensão pulmonar persistente neonatal; vasculatura pulmonar pouco proeminente; óxido nítrico inalatório
 - taquipneia transitória do recém-nascido; hiperinsuflação pulmonar com congestão peri-hilar e espessamento de cisuras interlobares; apenas suporte ventilatório
26. Em relação ao método canguru, a afirmativa correta é:
- o objetivo principal do método canguru é economizar recursos humanos e tecnológicos, sendo um substituto para UTI neonatal e incubadoras
 - o método canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado, que reúne estratégias de intervenção biopsicossociais
 - o cuidado canguru se inicia após o parto, apenas quando o bebê já estiver em ar ambiente e com dieta enteral plena por sucção
 - o método canguru consiste em colocar o bebê de roupa na posição canguru e pode ser realizado por qualquer membro da família e da equipe de saúde
27. Em relação ao diagnóstico e à abordagem terapêutica das cardiopatias congênitas no período neonatal, pode-se afirmar que:
- o teste da oximetria de pulso normal, realizado entre 24 e 48 horas de vida, descarta a possibilidade de cardiopatia congênita e dispensa a realização de ecocardiograma, mesmo na presença de sopro cardíaco
 - as principais manifestações clínicas de cardiopatias com fluxo sistêmico dependente do canal arterial são cianose acentuada de início precoce, radiografia de tórax com área cardíaca normal e trama vascular pulmonar diminuída
 - as principais manifestações clínicas de cardiopatias com fluxo pulmonar dependente do canal arterial são taquidispneia progressiva, sinais de choque, cianose discreta e radiografia de tórax com trama vascular pulmonar aumentada
 - a hipótese clínica de uma cardiopatia congênita, do tipo fluxo pulmonar ou fluxo sistêmico dependente de canal arterial, indica o início imediato de prostaglandina E1, mesmo sem a realização do ecocardiograma
28. O sucesso do aleitamento materno depende, dentre outros fatores, de posicionamento e pega adequados durante a amamentação. Na observação da mamada, considera-se técnica adequada quando:
- as bochechas do bebê ficam encovadas durante a sucção e o bebê faz ruídos com a língua
 - o bebê está apoiado, com o corpo próximo ao da mãe e com cabeça e tronco alinhados
 - a aréola é mais visível abaixo da boca do bebê e o lábio inferior está voltado para dentro
 - a mãe está inclinada em direção ao bebê e segura as mamas com dedos em tesoura
29. Para prevenção de enterocolite necrosante em recém-nascido prematuro extremo, recomenda-se:
- início precoce de dieta enteral com o leite da própria mãe
 - administração enteral de probióticos
 - manter o bebê em nutrição parenteral e dieta zero por 3 dias
 - utilização de antibióticos profiláticos
30. Em relação ao controle térmico do recém-nascido prematuro, é correto afirmar que:
- os principais mecanismos de perda de calor no prematuro são a condução e a convecção
 - a utilização de incubadora umidificada em prematuros extremos diminui a perda de calor por radiação
 - a hipotermia está associada com aumento da morbidade e mortalidade no prematuro
 - o prematuro deve ser mantido na unidade de calor radiante para prevenir a perda de calor por evaporação
31. Gestante no primeiro trimestre realizou exame de rotina no pré-natal e a sorologia para toxoplasmose mostrou IgG e IgM positivos. O índice de avidéz de IgG foi elevado. Seu bebê nasce a termo, com peso adequado para a idade gestacional e não apresenta sintomas compatíveis com toxoplasmose congênita. A conduta adequada para esse bebê é:
- considerar como bebê saudável e não investigar, porque a infecção aguda materna ocorreu antes do início da gravidez
 - iniciar imediatamente sulfadiazina e pirimetamicina, antes de investigar o bebê, devido ao risco elevado de infecção congênita
 - realizar sorologias para toxoplasmose do bebê nas primeiras horas de vida, para avaliar a necessidade de tratamento
 - realizar sorologias para toxoplasmose, hemograma, exame de líquor, ultrassonografia transfontanela e fundo de olho do bebê
32. Recém-nascido a termo, com história gestacional de polidrâmnio, apresenta alterações fenotípicas compatíveis com síndrome de Down e vômitos biliosos nas primeiras horas de vida. A radiografia simples do abdome mostra ar no estômago e na parte superior do abdome (dupla bolha), sem ar nos intestinos delgado ou grosso. O diagnóstico mais provável é:
- enterocolite necrosante
 - estenose hipertrófica do piloro
 - atresia duodenal
 - rolha meconial

33. Recém-nascido, filho de mãe hipertensa crônica e tabagista, apresenta idade gestacional de 35 semanas e peso de nascimento de 1400 g. Esse recém-nascido é classificado como:
- pré-termo, baixo peso e pequeno para a idade gestacional
 - a termo, muito baixo peso e adequado para a idade gestacional
 - pré-termo tardio, muito baixo peso e pequeno para a idade gestacional
 - pré-termo tardio, baixo peso e adequado para a idade gestacional
34. Em um recém-nascido com idade gestacional de 27 semanas e peso de nascimento de 900 g, a taxa hídrica e o suporte de aminoácidos recomendados no primeiro dia de vida são:
- taxa hídrica 80 a 100 mL/Kg/dia e solução de aminoácidos 1 a 2 g/Kg/dia
 - taxa hídrica 80 a 100 mL/Kg/dia e solução de aminoácidos 3 a 4 g/Kg/dia
 - taxa hídrica 100 a 120 mL/Kg/dia e solução de aminoácidos 3 a 4 g/Kg/dia
 - taxa hídrica 100 a 120 mL/Kg/dia e solução de aminoácidos 1 a 2 g/Kg/dia
35. Recém-nascido, filho de diabética, com idade gestacional de 36 semanas e peso de nascimento de 3500 g. Com 2 horas de vida está ativo e apresenta sucção efetiva no seio materno. A glicemia capilar é 55 mg/dL e o hematócrito 63%. A conduta recomendada é:
- internar na unidade neonatal e iniciar imediatamente hidratação venosa
 - manter em alojamento conjunto e iniciar fórmula láctea suplementar regular por sucção
 - internar na unidade neonatal, realizar exsanguineotransfusão parcial e iniciar fototerapia
 - manter em aleitamento materno, com controle da glicemia capilar e observação clínica
36. Recém-nascido, com idade gestacional de 29 semanas, apresentou síndrome do desconforto respiratório e recebeu surfactante. No segundo dia de vida, encontra-se em ventilação mecânica invasiva com PIP 20 cmH₂O, PEEP 6 cmH₂O, frequência respiratória 30 irpm, volume corrente 7 mL/Kg e FiO₂ 0,5. Apresenta expansibilidade torácica de 1 cm, saturação de O₂ pelo oxímetro de pulso 95%, volume pulmonar na radiografia de tórax de 10 arcos costais e gasometria com pH 7,3 e pCO₂ 45 mmHg. Neste caso, o ajuste adequado dos parâmetros ventilatórios é:
- aumentar a PIP em 1 a 2 cmH₂O por vez até atingir volume corrente de 8 a 10 mL/Kg, reduzir lentamente a FiO₂ para manter SatO₂ entre 90 a 94%, aumentar PEEP em 1 a 2 cmH₂O e aumentar frequência respiratória mantendo pCO₂ 30 a 40 mmHg
 - reduzir a PIP em 1 a 2 cmH₂O por vez até atingir volume corrente de 4 a 6 mL/Kg, aumentar a FiO₂ para manter SatO₂ entre 95 a 98%, aumentar a PEEP em 1 a 2 cmH₂O e reduzir a frequência respiratória mantendo pCO₂ 40 a 60 mmHg
 - aumentar a PIP em 1 a 2 cmH₂O por vez até atingir volume corrente de 8 a 10 mL/Kg, aumentar a FiO₂ para manter SatO₂ entre 95 a 98%, reduzir a PEEP em 1 a 2 cmH₂O e aumentar frequência respiratória mantendo pCO₂ 30 a 40 mmHg
 - reduzir a PIP em 1 a 2 cmH₂O por vez até atingir volume corrente de 4 a 6 mL/Kg, reduzir lentamente a FiO₂ para manter SatO₂ entre 90 a 94%, reduzir PEEP em 1 a 2 cmH₂O e reduzir frequência respiratória mantendo pCO₂ 40 a 60 mmHg
37. Recém-nascido pré-termo, pequeno para a idade gestacional, apresentou glicemia 30 mg/dL e hematócrito 60%. O mecanismo que causou a hipoglicemia neste bebê foi:
- excesso de consumo de glicose
 - diminuição das reservas de glicose
 - deficiência de hormônios contrarreguladores da insulina
 - aumento da utilização de glicose por hiperinsulinismo
38. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria, a administração de cinco doses de palivizumabe (anticorpo monoclonal contra o vírus sincicial respiratório), no período da sazonalidade do vírus, está indicada na seguinte condição clínica:
- idade 12 meses, diagnóstico de comunicação interventricular corrigida cirurgicamente, sem repercussão hemodinâmica
 - idade 18 meses, diagnóstico de displasia broncopulmonar que necessitou tratamento há menos de 6 meses
 - idade 18 meses, pré-termo com idade gestacional entre 29 e 31 semanas, sem displasia broncopulmonar
 - idade 24 meses, pré-termo com idade gestacional menor do que 29 semanas, sem displasia broncopulmonar
39. Recém-nascido a termo apresenta hiperbilirrubinemia indireta e anemia. Grupo sanguíneo materno O, Rh negativo, com Coombs indireto positivo 1:64 e grupo sanguíneo do bebê B, Rh positivo, com Coombs direto positivo. É colocado em fototerapia intensiva, porém mantém hemólise, com aumento dos níveis de bilirrubinas, sendo indicada exsanguineotransfusão. O sangue adequado para a realização do procedimento é:
- sangue reconstituído com concentrado de hemácias O negativo e plasma B ou AB negativo
 - sangue reconstituído com concentrado de hemácias O negativo e plasma O negativo
 - sangue total O negativo
 - sangue total B positivo
40. Na sequência do oligodrâmnio, a malformação primária e a alteração secundária que causa o óbito neonatal são, respectivamente:
- hérnia diafragmática e hipertensão pulmonar
 - gastrosquise e sepse
 - agenesia renal bilateral e hipoplasia pulmonar
 - obstrução intestinal e enterocolite