

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CONCURSO PÚBLICO

CARGO:

MÉDICO

Especialidade 26:

INTENSIVISTA

(Neonatal)

CADERNO DE PROVAS – PARTE II Conhecimentos Específicos

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Nesta parte II do seu caderno de provas, confira atentamente se os seus dados pessoais e os dados identificadores do seu cargo/especialidade transcritos acima estão corretos e coincidem com o que está registrado em sua folha de respostas. Confira também o seu nome e o nome de seu cargo/especialidade em cada página numerada desta parte de seu caderno de provas. Em seguida, verifique se o seu caderno de provas (partes I e II) contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondentes às provas objetivas. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais ou quanto aos dados identificadores do seu cargo/especialidade, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da **folha de respostas**, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Deixe entrar mais alegria e risos em sua vida.

OBSERVAÇÕES:

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet — www.cespe.unb.br.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Acerca da fisiopatologia, da epidemiologia, do diagnóstico e da terapêutica dos problemas que afetam o recém-nascido de alto risco, julgue os itens de **51** a **63**.

- 51** Considere uma gestante com VDRL positivo 1/16, tratada com 4.800.000UI de penicilina benzatina via intramuscular, 15 dias antes do parto. O VDRL do sangue periférico do recém-nascido foi 1/8, o hemograma completo, o exame do líquor e a radiografia dos ossos longos foram normais. Nessa situação, deve-se tratar o recém-nascido com penicilina benzatina 50.000 UI por via intramuscular, dose única.
- 52** O diagnóstico clínico de um neonato do sexo feminino com baixo peso e baixa estatura, pescoço alado, orelhas em abano, palato estreito, micrognatia e edema do dorso dos pés é síndrome de Turner.
- 53** Considere que um recém-nascido por via vaginal, a termo, sem fratura de clavícula, apresentou membro superior situado ao longo do corpo, edema da região supraclavicular e presença de preensão palmar no dimídio esquerdo. Nesse caso, o diagnóstico clínico mais provável é paralisia braquial alta por tocotraumatismo.
- 54** O diagnóstico clínico mais provável para um neonato com perímetro cefálico abaixo do percentil 10 da respectiva curva para a idade gestacional, com sutura craniana sagital soldada e fontanelas bregmática e lambdoide impalpáveis é microcefalia por craniossinostose.
- 55** Um recém-nascido de termo pequeno para a idade gestacional tem morbidade e mortalidade maior do que um prematuro adequado para a idade gestacional.
- 56** Considere que, imediatamente após nascer envolto em líquido amniótico claro, um neonato de termo respire regularmente, tenha sua frequência cardíaca em 140 bpm e na sequência do atendimento ele apresente cianose de extremidades. Nessa situação, conforme a norma de reanimação da sociedade brasileira de pediatria, o médico deve administrar ao recém-nascido 5 litros por minuto de oxigênio a 40%, por via inalatória.
- 57** Considere um neonato de 40 semanas gestacionais, nascido de parto vaginal, pesando 2.500 g e com exame físico normal. Sua mãe é multipara, amamentou todos os filhos anteriores durante seis meses e apresenta mamas secretoras. Nessa situação, no manejo clínico do primeiro dia de vida, o recém-nascido deverá receber alimentação complementar com leite do banco ou ordenhado da própria mãe e ter a glicemia capilar monitorada.

- 58** Considere um prematuro, com 34 semanas de idade gestacional corrigida, que no 10.º dia de vida pesa 1.400 g, encontra-se estável e alimenta-se por via oral no copo e no seio materno. Nessa situação, como o peso é inferior a 1.500 g, está contraindicada sua ida para o alojamento conjunto, para a segunda etapa do método canguru, face ao risco de aspiração e morte súbita.
- 59** A conduta preconizada para a assistência emergencial a um neonato com diagnóstico de gastrosquise consiste em: reanimação do recém-nascido com intubação orotraqueal; descompressão do estômago e das alças intestinais com sonda orogástrica de grosso calibre; envolvimento das alças intestinais com compressa úmida aquecida e filme plástico; e estabelecimento de acesso venoso para repor perdas.
- 60** Considere que um neonato de 24 horas de vida apresenta vômitos biliosos. Considere ainda que a radiografia simples do tórax e abdome desse paciente tem o aspecto mostrado abaixo. Nesse caso, o diagnóstico mais provável é atresia duodenal.



- 61** Uma gestante com 23 semanas gestacionais, em trabalho de parto prematuro inevitável, que recebe 24 mg de betametasona, por via intramuscular, 24 horas antes do parto, apresenta menor risco de desenvolver doença da membrana hialina grave.
- 62** Considere um recém-nascido prematuro com 12 horas de vida, apresentando dificuldade respiratória, cuja radiografia do tórax mostra infiltrado reticulogranular difuso, com broncograma aéreo ultrapassando limites cardíacos. Nesse caso, doença da membrana hialina, pneumonia por estreptococos beta-hemolítico do grupo B e hemorragia pulmonar são algumas patologias que devem ser consideradas no diagnóstico diferencial.
- 63** Diminuição da quimiotaxia e fagocitose dos neutrófilos, diminuição do complemento sérico, redução da capacidade de opsonização e hipogamaglobulinemia são características imunológicas que podem favorecer o desenvolvimento de infecções bacterianas em um neonato prematuro extremo.

Com relação aos problemas que afetam o recém-nascido de alto risco, julgue os itens de 64 a 76.

- 64 Considere que após a estabilização de um prematuro pesando 1.000 g, no terceiro dia de vida, o intensivista neonatal decida iniciar dieta enteral. Nesse caso, deverá fazê-lo por sonda orogástrica, com leite cru da própria mãe, no volume de 60 mL/kg/dia, fracionando o volume total a cada 3 horas.
- 65 Um prematuro grave, pesando 900 g e colocado em dieta enteral zero deve receber, a partir das primeiras 12 horas de vida, solução de aminoácidos, na dose inicial de 0,5 g/kg/dia e aumentos sucessivos até 3 g/kg/dia, juntamente com hidratação por via venosa, para compensar seu catabolismo proteico.
- 66 Um prematuro no terceiro dia de vida deve receber: fluidos: 150 mL/kg; taxa de infusão de glicose: 4 a 6 mg/kg/min; sódio: 3 mEq%; potássio: 5 mEq%; cálcio: 6 mEq/kg; fósforo: 2mEq/kg; magnésio: 1 mEq/kg.
- 67 O filho de uma mulher que tenha usado salicilatos durante toda a gestação terá risco aumentado de fechamento intrauterino do ducto arterioso e de hipertensão pulmonar persistente após o nascimento.
- 68 Considere o caso de um recém-nascido de termo, ventilado com pressão positiva e máscara ao nascer, que foi encaminhado para a UTIN com leve desconforto respiratório e cuja radiografia de tórax tenha mostrado discreto pneumomediastino e pneumotórax à esquerda, sem desvio mediastinal. Nessa situação, o médico deve observá-lo em ambiente rico em oxigênio e não indicar drenagem torácica.
- 69 A primeira medida a ser feita em um recém-nascido de termo, nascido banhado em líquido amniótico tinto de mecônio e chorando forte, seria aspirá-lo sob intubação orotraqueal.
- 70 Considere um prematuro de 32 semanas pós-concepcionais, pesando 1.300 g e aparentemente estável, que no terceiro dia de vida para de respirar por mais de 20 segundos. Apresenta bradicardia e cianose, sendo reanimado com sucesso. Nessa situação, o médico assistente deve administrar teofilina, na dose de ataque de 5 mg/kg e de manutenção de 1 a 2 mg/kg, a cada 12 horas, por via endovenosa, até completar 34 semanas ou até que se mantenha sem apneia por sete dias.
- 71 Suponha um recém-nascido de termo, vigoroso, produto de gestação de baixo risco, nascido por parto cesariano eletivo e que desenvolveu desconforto respiratório logo após nascer. O boletim de Silverman-Anderson foi avaliado como 4 e a saturação de oxigênio sob capacete com fiO_2 de 0,4 era de 92%. Nessa situação, o médico assistente deve indicar a progressão do suporte respiratório para ventilação mecânica.
- 72 Um prematuro de 36 semanas pós-conceptuais, nascido com 30 semanas gestacionais e que esteja dependente de oxigênio no capacete a uma fiO_2 de 40%, deve ser considerado como tendo displasia broncopulmonar moderada.

- 73 Considere que um prematuro de 10 dias de vida, com 34 semanas gestacionais corrigidas e assintomático, tenha apresentado no ecocardiograma patência do canal arterial, com 5 mm de diâmetro, sem repercussão hemodinâmica. Nessa situação, não há indicação para fechamento medicamentoso do canal arterial.
- 74 Considere que um recém-nascido de 24 horas de vida apresente subitamente taquipneia, baixo débito cardíaco, pele acinzentada, hipotermia, anúria e choque. Considere ainda que o aspecto radiológico do tórax e o eletrocardiograma mostraram respectivamente: cardiomegalia leve a moderada, com aumento da trama broncovascular; hipertrofia atrial e ventricular direita, anormalidades difusas do segmento ST e onda T. Nesse caso, o diagnóstico mais provável é de síndrome de hipoplasia do ventrículo esquerdo.
- 75 Considere um neonato de termo nascido severamente deprimido e que foi reanimado com ventilação com pressão positiva, massagem cardíaca e adrenalina. Considere ainda que com 12 horas de vida, sob ventilação artificial, apresentava taquicardia, palidez cutânea, má perfusão periférica, extremidades frias, hepatomegalia, ausência de diurese e pressão arterial média de 20 mm Hg. Nessa situação, está indicado o uso de dopamina, para aumentar a pós-carga, e dobutamina, para melhorar a perfusão sistêmica.
- 76 Suponha que uma gestante portadora de asma severa fez uso de salbutamol durante toda a gestação. Nessa situação, o distúrbio metabólico esperado para o recém-nascido é hipomagnesemia.

Considere um recém-nascido de 40 semanas gestacionais, pesando 3.000 g, que tenha nascido de parto vaginal, vigoroso, após 72 horas da rotura das membranas amnióticas. Após 6 horas de vida, sugava debilmente, estava hipotônico, sem diurese, pálido, com taquicardia, taquipneia e retração intercostal importante. Uma radiografia do tórax mostrou infiltrado reticulogranular bilateral com broncograma aéreo ultrapassando limites da área cardíaca. A gasometria arterial apresentou $\text{pH} = 7,15$, $\text{pCO}_2 = 70$ mmHg, $\text{pO}_2 = 45$ mmHg, $\text{HCO}_3^- = 11$ mEq/L, $\text{BE} = -15$. Foi transferido para a unidade de cuidados intensivos, sendo assistido sob ventilação artificial. Com 30 horas de vida, apresentou parada cardiorrespiratória irreversível. Com base nesse caso, julgue os itens a seguir.

- 77 Nessa situação, o diagnóstico é compatível com septicemia tardia por *Stafilococcus aureus*.
- 78 A indicação de ventilação artificial, nessa situação, é absoluta, pois existia hipoxemia abaixo de 50 mmHg, hipercarbia acima de 60 mmHg e acidose mista.
- 79 No caso em tela, não existe indicação de administração de surfactante exógeno, pois é imediatamente inativado e não aumenta o *pool* de surfactante na interface ar-alvéolo.
- 80 Deve-se, nesse paciente, corrigir a acidose metabólica, administrando 9 mEq de HCO_3^- durante 1 hora.
- 81 Considerando que os resultados do exame proteína C reativa (PCR) colhida com 6 e 30 horas de vida foram 2 mg/L, está afastada a hipótese de infecção bacteriana.

Considere um recém-nascido de 38 semanas gestacionais em que, com 12 horas de vida, foi observada icterícia na zona 5 de Kramer, hepatoesplenomegalia e petéquias. A mãe era múltipara, seu tipo sanguíneo é O e o fator Rh, negativo. Com base nesse caso, julgue os itens que se seguem.

- 82** Nessa situação, quanto à época do aparecimento, trata-se de icterícia classificada como intermediária.
- 83** Com base apenas na análise clínica desse paciente, o nível de bilirrubina sanguínea deve situar-se acima de 15 mg/dL.
- 84** Considerando que a classificação sanguínea desse recém-nascido tenha sido A negativo e o teste de Coombs direto, negativo, está afastado o diagnóstico etiológico por incompatibilidade sanguínea materno-fetal Rh.
- 85** Considerando que o nível de bilirrubina sérica total tenha sido de 22 mg/dL, com 1 mg/dL de bilirrubina direta e 21 de bilirrubina indireta, a terapêutica proposta deve incluir exsanguineotransfusão.
- 86** Infecções bacterianas agudas e perinatais crônicas são diagnósticos diferenciais, nessa situação clínica.

Em cada um dos itens de **87** a **93**, é apresentada uma situação hipotética, seguida de uma assertiva a ser julgada.

- 87** Foi indicado para um prematuro extremo com peso de 900 g manutenção hídrica. Nesse caso, no 1.º dia de vida, deve-se administrar um volume de água de 110 mL/kg e sódio a 2%.
- 88** Um neonato a termo com uma patologia cirúrgica necessita de reposição hidroeletrólítica. Nessa situação, para que a hidratação esteja sendo administrada corretamente, a diurese deve estar entre 1 a 6 mL/kg/hora, a densidade urinária deve situar-se entre 1.020 e 1.030, o sódio plasmático entre 135 e 155 mEq/L e o potássio plasmático entre 3,5 e 6,0 mEq/L.
- 89** Um neonato no 5.º dia de vida, apresenta oligúria há 24 horas, mesmo após reposição hídrica rápida e administração de diurético. O nível do potássio sérico foi de 8 mEq/L. Não havia possibilidade de diálise no hospital. Nesse caso, como medida emergencial, o médico deve suspender a administração de potássio, administrar 4 mEq/kg de cálcio em 2 h, além de bicarbonato de sódio 9,6 mEq/kg em 15 minutos e solução polarizante com 8 g/kg de glicose, acrescidos de 2 unidades de insulina regular em 15 minutos.
- 90** Um neonato portador de atresia de esôfago, com indicação de transferência foi encaminhado para a uma unidade de maior nível de assistência. Nessa situação, recomenda-se que, além das medidas gerais, como aquecimento e hidratação, o neonato seja transportado em posição semissentado e com aspiração da boca e faringe frequente.

- 91** Foi indicado ventilação mecânica para um neonato pesando 2.000 g com septicemia. Nessa situação, os parâmetros iniciais aceitáveis do ventilador são: PIP de 25 cm de H₂O; PEEP de 6 cm de H₂O; frequência respiratória de 40 ciclos por minuto e FiO₂ de acordo com saturação de oxigênio.
- 92** Um neonato é submetido à ventilação mecânica. Nesse caso, deve-se admitir a extubação quando os parâmetros do ventilador estiverem com a frequência respiratória em torno de 40 ciclos por minuto, a PIP entre 25 e 30 cm H₂O, a PEEP abaixo de 6 cm H₂O e a FiO₂ menor que 0,6.
- 93** Um neonato foi diagnosticado com doença da membrana hialina e recomendado CPAP nasal. Nessa situação, é indicado inicialmente uma FiO₂ de 0,6 e uma pressão de distensão aérea de 8 cm de H₂O.

Considere que um neonato a termo tenha apresentado icterícia no 5.º dia de vida. Não havia risco para doença hemolítica de origem imunológica. O hemograma completo mostrou hematócrito de 35%, hemoglobina de 11 g%, reticulócitos de 8 %, presença de esferócitos no esfregaço; bilirrubina total foi 16 mg/dL e bilirrubina direta 0,6 mg/dL. O médico suspeitou de esferocitose congênita. Nessa situação, julgue os seguintes itens.

- 94** Esse neonato tem diagnóstico de anemia neonatal, porque o nível de hemoglobina está abaixo de 12 g%.
- 95** O teste que confirma a etiologia é a eletroforese de hemoglobina.

Em cada um dos itens a seguir, é apresentada uma situação hipotética, seguida de uma assertiva a ser julgada.

- 96** Um médico encontrou um sobressalto à manobra de abdução do quadril de um neonato (manobra de Ortolani positiva), nessa situação, o exame de maior sensibilidade para o diagnóstico de displasia do desenvolvimento do quadril é a radiografia do quadril em incidência anteroposterior e lateral.
- 97** Um neonato apresentou uma crise convulsiva e recebeu uma dose de ataque de fenobarbital de 20 mg/kg, por via endovenosa, em *bolus*. Após cinco minutos, o neonato apresentou nova crise convulsiva. Nesse caso, o próximo passo será administrar uma dose de 20 mg/kg de difenilhidantoína, por via endovenosa, em *bolus*.
- 98** Um prematuro extremo esteve sob ventilação mecânica, na primeira semana de vida. Nessa situação, indica-se a realização de fundoscopia, para verificar a presença de retinopatia da prematuridade.
- 99** O teste do pezinho de um recém-nascido mostrou TSH elevado e T₄ livre diminuído. Nessa situação, o diagnóstico é de hipotireoidismo congênito e a origem mais provável se encontra na tireoide do neonato.
- 100** Um neonato a termo de 7 dias de vida, estava sob cuidados intensivos. Nas últimas 24 horas urinou 0,5 mL/kg/hora e apresentou os níveis séricos de ureia e creatinina, respectivamente, de 80 mg/dL e 2 mg/dL. O teste da excreção de fração de sódio (ENaF) foi de 7,5 %, e ele não urinou após administração de 20 mL/kg de solução fisiológica e 2 mg/kg de furosemida. Nesse caso, o diagnóstico mais provável é de insuficiência renal intrínseca.