



CT1314

Neonatologia

Tecnologista em Saúde Pública

Prova Objetiva

**Conhecimentos Específicos na
Área de Atuação**

1. A padronização das definições de termos referentes ao período neonatal é fundamental para a avaliação de situações locais e sua comparação com outras regiões com o objetivo de contribuir para adoção de medidas de controle. Em relação ao tema, a seguinte definição está correta:

- (A) coeficiente de mortalidade neonatal tardia é o número de óbitos ocorridos entre o sétimo e o trigésimo dia de vida dividido pelo total de nascidos vivos.
- (B) coeficiente de natimortalidade é o número de natimortos dividido pelo número de total de nascidos vivos.
- (C) coeficiente de mortalidade neonatal precoce é o número de óbitos ocorridos até o sétimo dia completo de vida dividido pelo total de nascidos vivos.
- (D) coeficiente de mortalidade neonatal hospitalar é o número de óbitos neonatais dividido pelo número de nascidos vivos + número de natimortos.
- (E) coeficiente de mortalidade perinatal é o número de natimortos + número de óbitos neonatais tardios dividido pelo número de natimortos.

2. A organização da assistência neonatal em nosso país nas últimas décadas tem demonstrado expressiva queda da mortalidade neonatal. Entre os fatores que contribuíram para esta realidade podemos afirmar que:

- (A) novas modalidades de assistência respiratória como a ventilação de alta frequência foram responsáveis por queda expressiva na mortalidade neonatal no Brasil.
- (B) o uso de corticosteróides ante natal reduziu os casos de Doença de Membrana Hialina interferindo na mortalidade neonatal.
- (C) os avanços obtidos na nutrição neonatal pouco contribuíram para a redução da mortalidade neonatal.
- (D) as melhorias observadas nos cuidados básicos nas unidades neonatais não foram capazes de reverter as taxas de mortalidade neonatal.
- (E) a introdução de surfactante precoce pouco contribuiu para a redução da mortalidade neonatal em nosso país.

3. Em relação à infra-estrutura necessária ao funcionamento do alojamento conjunto, o seguinte parâmetro está correto:

- (A) máximo de quatro binômios por quarto.
- (B) área mínima de 6 m² por leito materno e berço.
- (C) um pediatra exclusivo para cada 20 recém-nascidos.
- (D) um auxiliar de enfermagem para cada 20 binômios.
- (E) um obstetra para cada 30 mães.

4. No Sistema Único de Saúde, as diretrizes da atenção integral e humanizada ao recém-nascido tem o seguinte princípio norteador:

- (A) o acolhimento dos usuários de maneira respeitosa através da organização de filas que promovam a otimização dos serviços.
- (B) o fortalecimento da participação popular em todas as instâncias gestoras do SUS.
- (C) organização da hora de chegada na unidade de saúde ou o número de ordem na fila de espera para definir as prioridades de atendimento.
- (D) a vigilância à saúde e a integração de rede assistencial não constituem princípios norteadores.
- (E) a promoção de equidade e integralidade de assistência passa a ser executado pelo ação do profissional do serviço social local, diminuindo assim o excesso de trabalho dos demais profissionais de saúde.

5. De acordo com a portaria do Ministério da Saúde número 930 de Maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, e com os critérios de classificação de habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é correto afirmar que:

- (A) as diretrizes e objetivos da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave promovem estímulo à participação da mãe nos cuidados ao recém-nascido mas ainda não prevê o protagonismo paterno neste processo.
- (B) em relação à organização dos leitos de unidades neonatal, as unidades foram divididas de acordo com as necessidades de cuidado. A Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) recebeu duas tipologias: UCINCo e UCINCa respectivamente representadas por unidades convencionais e por unidades canguru.
- (C) as unidades habilitadas como UTIN tipo III, o serviço hospitalar deverá contar com toda estrutura prevista no art 13 referentes a UTIN tipo II e 80% dos plantonistas com certificado de habilitação em Neonatologia ou Medicina Intensiva pediátrica e ter 1 enfermeiro plantonista assistencial por turno exclusivo na unidade para cada 10 leitos ou fração.
- (D) os serviços de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal convencional (UCINCo) poderão receber recém-nascidos com peso superior a 1000g e inferior a 1500g que necessite de venóclise para hidratação venosa ou estejam em uso de antibióticos com quadro infeccioso instável.
- (E) garantia de visitas programadas dos familiares e garantia de livre acesso aos pais e ou permanência 24 horas de um deles não é prerrogativa para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tipo II mas são preceitos obrigatórios para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tipo III conforme preceitos do Programa Nacional de humanização.

6. Segundo dados do Ministério da Saúde a prevalência de partos de crianças prematuras é de 11,7% em relação a todos os partos realizados no país. Segundo o relatório "Born too Soon" divulgado pela Organização Mundial de Saúde este percentual coloca o Brasil no mesmo patamar de países de baixa renda. Recentes dados perinatais demonstram que 70% dos nascimentos prematuros ocorrem devido ao nascimento de bebês pré-termo tardios. A seguinte proposta pode contribuir para a redução dessas elevadas taxas de prematuridade:

- (A) repetir ciclos semanais de corticoide antenatal até o nascimento do bebê.
- (B) garantir 3 consultas de pré-natal a todas as gestantes hipertensas.
- (C) realizar ultrassonografia obstétrica em toda gestante no segundo trimestre de gestação.
- (D) na necessidade de cesariana eletiva, realizá-la a partir de 39 semanas de gestação.
- (E) interrupção precoce da gestação nos casos de rotura prematura de membranas.

7. Em relação aos dados do Ministério da Saúde sobre o perfil de nascimentos no Brasil é correto afirmar que:

- (A) o sistema de informação de nascidos vivos (Sinasc) possibilita traçar o perfil de nascimento de cada hospital, mas não permite calcular as taxas de mortalidade hospitalares.
- (B) a cobertura do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) ainda é pequena e abrange apenas 30 a 40% do total de nascimentos do país.
- (C) o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece que os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde da gestante são obrigados a fornecer a Declaração de Nascido Vivo (DNV), com dados sobre o parto e o recém-nascido.
- (D) nas últimas três décadas houve discreto aumento da taxa de fecundidade (número médio de filhos nascidos vivos por mulher) no país, de 2,3 em 1980 para 2,5 em 2006.
- (E) a incidência de malformações congênitas (MFC) ao nascer, dado que consta na Declaração de Nascido Vivo (DNV), é superestimada, pois embora as mais graves levem a perdas fetais, as demais são de fácil diagnóstico e percebidas com facilidade no momento do nascimento.

8. Em relação aos princípios assistenciais da linha de cuidados perinatais preconizados pelo Ministério da Saúde é correto afirmar que:

- (A) a garantia de qualidade, integralidade e resolutividade acontecem até o momento da internação do paciente. A continuidade posterior do cuidado vai depender das possibilidades de cada serviço.
- (B) apenas gestantes e ou recém-nascidos de risco estão incluídos no programa de acolhimento hospitalar a fim de priorizar o atendimento.
- (C) a Integração da rede de saúde e outros setores de assistência e desenvolvimento social são prerrogativas de hospitais de grande porte.
- (D) abordagem de risco não garante que a atenção imediata e continuada seja destinada a cada criança e mulher, pois é dependente da relação profissional-paciente.
- (E) vigilância à saúde é compreendida como a postura ativa que o serviço deve assumir em situações de maior risco, dirigida a pessoas com maior vulnerabilidade, desencadeando ações estratégicas como a busca ativa, para minimizar os danos com o adequado acompanhamento de saúde.

9. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), lançada em 2006, destaca a construção de um modelo de atenção que prioriza a qualidade de vida, com ações para a prevenção de violências e estímulo à cultura da paz. Desde a gestação, a criança precisa de tempo, espaço e condições favoráveis para se desenvolver bem. As características do ambiente em que convive são decisivas para favorecer ou dificultar o alcance de todo seu potencial de desenvolvimento. Constitui sinal de risco ou de vulnerabilidade durante a gravidez que pode comprometer a saúde do recém-nascido:

- (A) paciente fez apenas 6 consultas de pré-natal.
- (B) há cerca de 4 anos atrás a paciente refere ter feito um abortamento espontâneo.
- (C) até o momento da alta não houve reconhecimento da paternidade do recém-nascido.
- (D) a mãe da gestante não estava no momento do parto.
- (E) apesar de não ter tido orientação materna sobre amamentação, a mãe expressa interesse em amamentar seu filho ao seio materno.

10. A ética pode ser definida como a ciência que estuda a conduta e o comportamento humanos; a ética médica é o estudo crítico dos problemas morais oriundos da prática médica no âmbito da ciência moderna. Em Neonatologia a reanimação de prematuros extremos, a manutenção da vida de portadores de malformações congênitas incompatíveis com a vida e os recém-nascidos gravemente asfixiados são situações vivenciadas na prática clínica diária. Sobre as considerações éticas específicas desses aspectos do cuidado neonatal é correto afirmar que:

- (A) devido à precisão e facilidade da obtenção da idade gestacional de pré-termos extremos, essa se constitui na melhor opção para definir que bebês abaixo de 23 semanas não devem ser reanimados na sala de parto.
- (B) o rastreamento para anomalias fetais e a detecção ocasional de anormalidades foram fundamentais para o país organizar a legislação referente à decisão de não reanimar esses recém-nascidos.
- (C) antes do nascimento os pais devem ser informados sobre o prognóstico do recém-nascido, mas a tomada de decisão continua sendo do profissional médico. A discussão sobre qualidade de vida e responsabilidade financeira pelos cuidados das crianças com sequelas deve ser feita após a reanimação, em caráter multidisciplinar.
- (D) a presença de bradicardia fetal < 100 batimentos/min durante 5 minutos ou mais se associa com aumento de paralisia cerebral e o escore de apgar < 5 com 10 minutos de vida é considerado um bom preditor de lesão cerebral ou óbito.
- (E) em relação aos portadores de malformação congênita incompatível com a vida, a decisão de reanimar ou não deve levar em conta os pontos de vista dos pais, dos médicos e da equipe perinatal e o parecer do geneticista, assim como os aspectos éticos e legais.

11. O Conselho Federal de Medicina (CFM) define o prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade de assistência prestada ao indivíduo. Em relação ao tema, avalie as afirmativas a seguir:

- I- O prontuário médico é o principal documento que a polícia, a justiça e o próprio Conselho de Medicina solicitam aos hospitais ou médicos na apresentação de fatos denunciados.
- II- O preenchimento do prontuário médico é de obrigação e responsabilidade intransferíveis do médico, mesmo em hospitais de ensino.
- III- É direito de todo paciente ou seu responsável legal ou por advogado constituído obter cópia integral do prontuário, a qual deve ser cedida mediante recibo. Quando for exigido o original, a cópia ficará no arquivo médico da instituição.
- IV- Segundo a lei 8069 de 13 de julho de 1990, o artigo 10 estabelece que os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes públicos ou particulares são obrigados a manter registro das atividades desenvolvidas através de prontuários individuais pelo prazo de 5 anos.

Sobre as afirmativas acima pode-se dizer que:

- (A) apenas I está correta.
- (B) apenas I e IV estão corretas.
- (C) apenas II e III estão corretas.
- (D) apenas I e III estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

12. Ao atender uma criança, você percebe que ela apresenta ausência de 2 marcos do desenvolvimento para a faixa etária anterior. A conduta correta é:

- (A) orientar a mãe sobre a estimulação do seu filho e marcar retorno em 60 dias.
- (B) referir para avaliação nutricional.
- (C) elogiar a mãe e marcar retorno em 90 dias.
- (D) referir para avaliação neuropsicomotora.
- (E) orientar a mãe sobre a estimulação de seu filho e liberá-la sem necessidade de retorno.

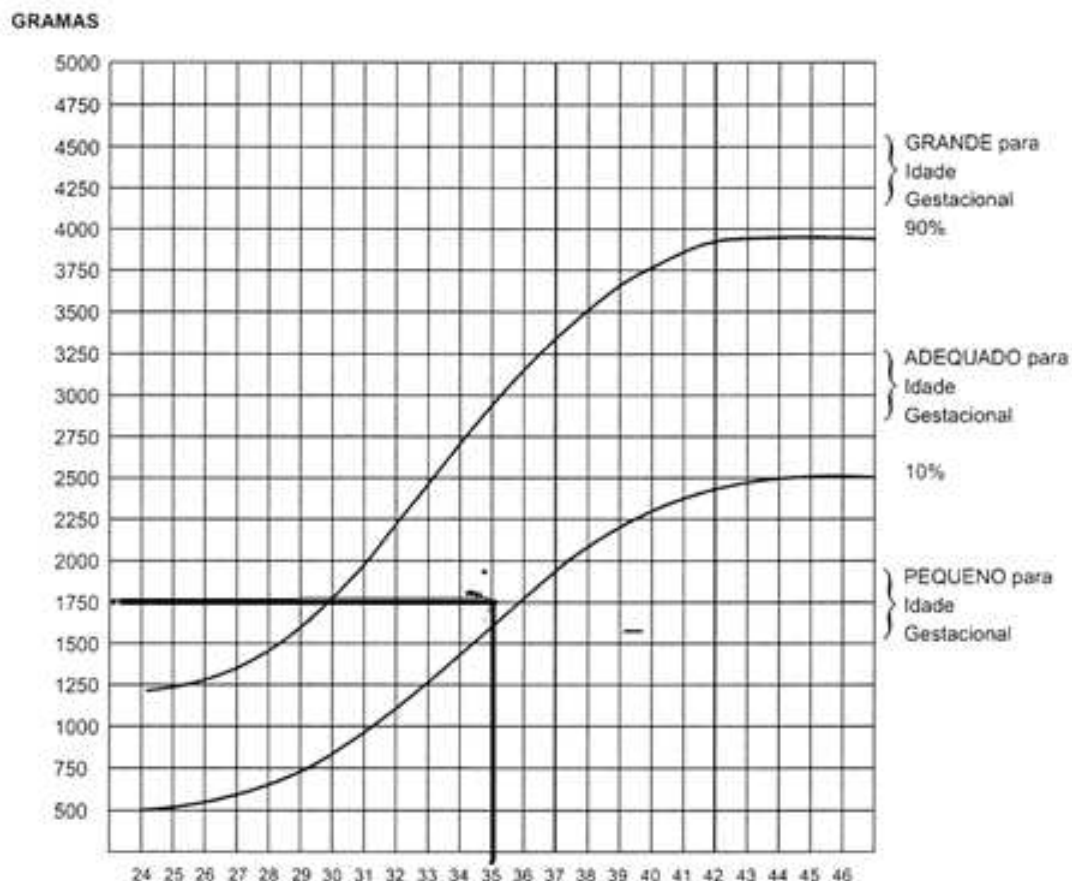
13. Em relação ao crescimento da criança é correto afirmar que:

- (A) a velocidade de crescimento linear no primeiro ano de vida é de cerca de 25 cm/por ano.
- (B) nos dois primeiros anos de vida o crescimento é mais influenciado por fatores hereditários do que por fatores nutricionais.
- (C) na fase pré-puberal, o crescimento apresenta estreita relação com a secreção dos hormônios sexuais e tireoidianos.
- (D) o peso apresenta resposta mais tardia aos agravos nutricionais.
- (E) o perímetro cefálico cresce aproximadamente 10 cm por ano nos dois primeiros anos de vida.

14. No exame físico inicial do recém-nascido é importante ficarmos atentos às alterações que possam gerar consequências para a criança, além de deixar a família ansiosa. Assinale a opção em que o problema destacado pode apresentar risco e, portanto, precisa de abordagem imediata:

- (A) eritema tóxico.
- (B) bossa serosanguinolenta.
- (C) cefalohematoma.
- (D) hérnia inguinal.
- (E) hidrocele.

15. Durante a consulta de avaliação de um recém-nascido, o pediatra assinalou o gráfico abaixo:



Assinale a alternativa correta:

- (A) é um prematuro de baixo peso que não necessita cuidados especiais.
- (B) por ser de muito baixo peso, mas como é considerado pré-termo tardio não há necessidade de monitorar a glicemia.
- (C) é um pré-termo com peso adequado para a idade gestacional e que precisa monitorar a glicemia.
- (D) é a termo, adequado para a idade gestacional e de baixo peso.
- (E) é pré-termo, adequado para a idade gestacional e de muito baixo peso.

16. A Constituição Federal Brasileira, de 1988, em seu artigo 196, apresenta um conceito de saúde, em consonância com as propostas do Movimento de Reforma Sanitária. A seguinte afirmativa corresponda a esse conceito:

- (A) a saúde “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.
- (B) a saúde “é dever de todos e deve ser garantida mediante políticas sociais e financeiras que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso seletivo às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.
- (C) a saúde “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à eliminação do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e cura”.
- (D) a saúde “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para uma melhor qualidade de vida da população”.
- (E) a saúde “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a melhoria do meio ambiente através de recursos advindos da pactuação do Estado com Município local.

17. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, que deve ser organizado conforme as seguintes diretrizes:

- (A) centralização, integralidade e eficiência.
- (B) descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.
- (C) municipalização, atendimento integral e controle social.
- (D) descentralização, eficácia e eficiência.
- (E) federalização, controle de recursos humano e integralidade.

18. O desenvolvimento da medicina paliativa traz a preocupação de permitir ao paciente terminal a morte mais digna possível. A seguinte afirmativa proporciona cuidado integral ao paciente e à sua família durante todo o processo de final de vida:

- (A) a participação de atividades lúdicas e de terapia ocupacional deve ser desestimulada devido às limitações físicas.
- (B) a prevenção de escaras e a observação de posição anatômica dos segmentos corpóreos não se constituem cuidados paliativos.
- (C) o processo de decisão sobre adoção de cuidados paliativos é uma decisão exclusivamente médica e deve ser registrado no prontuário.
- (D) a utilização de escalas de dor deve ser considerada como quinto sinal vital, uma vez que 80% destes pacientes experimentam dor aguda ou crônica.
- (E) o suporte nutricional em paciente terminal deve ser sempre oral para evitar mais sofrimento do acesso venoso para suprimento calórico.

19. A consulta pediátrica é a base do exercício da Pediatria. Em relação à anamnese e ao exame físico avalie se são verdadeiras (V) ou falsas (F) as afirmativas a seguir:

- I - A parte referente aos antecedentes pessoais corresponde ao relato da família a respeito da história de vida da criança. O pediatra, ao atender uma adolescente, não necessita resgatar a história neonatal, pois já não tem mais influência na vida do paciente.
- II - É papel do pediatra conhecer e valorizar a influência do ambiente físico sobre a saúde de crianças e adolescentes, pois é parte integrante da puericultura.
- III - O índice de massa corpórea deve ser incorporado na consulta do pediatra após 2 anos de idade e a medida axilar e medida do perímetro cefálico devem ser realizados até os 3 anos de idade sistematicamente.

Dessas afirmativas:

- (A) apenas I é correta.
- (B) apenas I e III estão corretas.
- (C) apenas III está correta.
- (D) apenas II e III estão corretas.
- (E) apenas II está correta.

20. O crescimento é um processo biológico, dinâmico e contínuo de hiperplasia e hipertrofia celular. De uma forma geral o crescimento é entendido como o aumento do tamanho corporal, cessando com o término do crescimento linear (altura). Em relação ao crescimento é correto afirmar que:

- (A) o período pré-natal é o de menor velocidade em relação ao crescimento global.
- (B) todo indivíduo nasce com um potencial ou alvo genético de crescimento mas apenas 20% o atinge de forma plena.
- (C) quanto menor a criança, mais dependente e vulnerável ela é em relação ao ambiente em que vive.
- (D) a velocidade de crescimento da criança é especialmente elevada após os 2 primeiros anos de vida, com declínio acentuado entre 7 e 9 anos, quando após inicia-se o estirão da puberdade.
- (E) o Ministério da Saúde preconiza pelo menos 4 consultas no primeiro ano de vida sendo a primeira iniciada na primeira semana de vida e, após o primeiro ano, uma consulta anual até os dez anos.

**Conhecimentos
Específicos no Perfil**

21. Em relação ao prognóstico do desenvolvimento neuromotor de um recém-nascido prematuro com exame de imagem aos 7 dias de vida evidenciando hemorragia intracraniana, é correto afirmar que :

- (A) nos casos de hemorragia intraventricular a espasticidade ocorre nos primeiros três meses de vida e resolve-se espontaneamente.
- (B) nas hemorragias de graus 1 e 2 o desenvolvimento é mais comprometido do que nas crianças que apresentam leucomalácia.
- (C) nas hemorragias parenquimatosas o prognóstico neurológico é melhor do que nas hemorragias subependimárias.
- (D) as hemorragias de matriz germinativa apresentam hidrocefalia como principal complicação.
- (E) nas hemorragias intraventriculares é frequente a ocorrência de sequelas motoras.

22. No acompanhamento a médio e longo prazo das crianças que apresentam displasia broncopulmonar podemos afirmar que:

- (A) o ganho de peso encontra-se adequado para a idade nos primeiros seis meses de vida; as infecções respiratórias são frequentes nos primeiros 10 meses de vida.
- (B) as sequelas neurológicas são muito frequentes; o crescimento pondero-estatural é pouco comprometido.
- (C) as infecções respiratórias são frequentes no primeiro ano de vida; nos casos de doença grave, a função pulmonar pode permanecer alterada por vários anos.
- (D) a mortalidade é elevada no primeiro ano de vida nos casos de doença pulmonar grave; raramente há déficit estatural nos primeiros anos de vida.
- (E) as infecções do trato respiratório e urinário acometem principalmente os pré-escolares; os distúrbios de aprendizagem ocorrem com frequência nestas crianças.

23. Em relação à hemorragia cerebral que frequentemente acomete o recém-nascido pré-termo é correto afirmar que:

- (A) hemorragia de grau 2 está associada com frequência a complicações como dilatação ventricular.
- (B) as hemorragias de matriz germinativa são acompanhadas comumente de sequelas oftalmológicas.
- (C) as hemorragias parenquimatosas por serem as mais leves não costumam causar alterações cognitivas.
- (D) é importante o acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor e da aquisição das diferentes funções e habilidades durante a infância.
- (E) as sequelas motoras são raras e as crianças não necessitam de acompanhamento.

24. Durante o acompanhamento ambulatorial um paciente portador de displasia broncopulmonar grave apresentava ganho ponderal insuficiente nos primeiros 4 meses de vida. Após realização de exames laboratoriais o pediatra concluiu que o ganho ponderal insatisfatório se devia a:

- (A) hipóxia crônica e alto consumo de energia devido ao aumento do trabalho respiratório.
- (B) hiperóxia crônica e oferta calórica adequada.
- (C) hiperóxia crônica e alto gasto de energia para compensar a dificuldade respiratória.
- (D) acidose metabólica e oferta calórica adequada.
- (E) alcalose metabólica e alto consumo de energia devido ao aumento do trabalho respiratório.

25. Alteração auditiva pode acarretar comprometimento no desenvolvimento da linguagem e da fala acarretando dificuldades para o desenvolvimento global da criança. No seguimento de recém-nascidos o pediatra deve estar atento a esta condição. Os seguintes fatores são considerados de risco para déficit auditivo sensorioneural:

- (A) infecção congênita; peso de nascimento inferior a 1500g; asfixia perinatal.
- (B) hiperbilirrubinemia; anemia; hipertensão pulmonar persistente.
- (C) história familiar de déficit auditivo; baixo peso ao nascer; escores de Apgar situados entre 6 e 8.
- (D) anormalidades cranio-faciais; refluxo gastro-esofágico; uso de vitamina D.
- (E) uso de aminoglicosídeo; uso de vitamina C; prematuridade extrema.

26. Em relação a alterações do neurodesenvolvimento na infância, a seguinte afirmativa está mais correta:

- (A) a prevalência é maior no sexo feminino.
- (B) crianças prematuras tardias tem maior risco do que as crianças a termo.
- (C) o aumento da prevalência é diretamente proporcional ao peso de nascimento.
- (D) as alterações de menor gravidade não são detectadas antes dos 6 anos.
- (E) os bebês de extremo baixo peso não costumam apresentar alterações no desenvolvimento motor.

27. O comportamento de segurar objetos entre as polpas digitais do polegar e indicador está presente na maioria dos lactentes nascidos pré-termos após:

- (A) 2 meses de idade corrigida.
- (B) 4 meses de idade cronológica.
- (C) 6 meses de idade corrigida.
- (D) 8 meses de idade cronológica.
- (E) 9 meses de idade corrigida.

28. Durante a avaliação do desenvolvimento das capacidades que requerem maior precisão de movimento e relações mais estreitas entre os objetos, a capacidade de empilhar 3 cubos é observada em crianças com idade de:

- (A) 6 meses.
- (B) 9 meses.
- (C) 12 meses.
- (D) 18 meses.
- (E) 23 meses.

29. Estudos de seguimento de crianças nascidas pré-termo que evoluem com encefalopatia crônica não progressiva apontam associação mais frequente deste desfecho com:

- (A) anemia.
- (B) dano na substância branca cerebral.
- (C) apneia.
- (D) hemorragia de matriz germinal.
- (E) uso de surfactante.

30. Existem evidências de que a profilaxia com Palivizumabe nos dois primeiros anos de vida é efetiva na redução da:

- (A) mortalidade causada pelo vírus influenza em crianças prematuras.
- (B) incidência de doença do trato respiratório baixo causada por pneumococo em crianças com encefalopatia crônica.
- (C) frequência de hospitalização devido à infecção por vírus sincicial respiratório em crianças com doença pulmonar crônica.
- (D) frequência de hospitalização devido à infecção por picornavírus em crianças com cardiopatia congênita.
- (E) incidência de septicemia nos prematuros extremos.

31. Em relação às normas atuais da reanimação neonatal preconizadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria é correto afirmar que:

- (A) recém-nascidos com idade gestacional igual ou maior que 34 semanas ventilados em ar ambiente comparados com os recém-nascidos ventilados com oxigênio a 100% apresentam redução da mortalidade neonatal precoce.
- (B) recém-nascidos com idade gestacional igual ou maior que 34 semanas de gestação que necessitam de reanimação neonatal apresentam resposta mais rápida em relação à recuperação da frequência cardíaca quando ventilados com oxigênio a 100%
- (C) recém-nascido com idade gestacional igual ou maior que 34 semanas de gestação devem ser monitorados quanto a saturação de oxigênio através da colocação do sensor no membro superior esquerdo
- (D) a aspiração da traqueia e vias aéreas superiores frente à presença de líquido amniótico tinto de mecônio independe da vitalidade do recém-nascido.
- (E) a saturação esperada para o recém-nascido a termo até o quinto minuto de vida deve estar acima de 90%.

32. Evitar hipotermia é uma das grandes preocupações atuais na reanimação de recém-nascido de muito baixo peso. Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria, as seguintes ações devem ser adotadas no momento do nascimento:

- (A) manter a temperatura da sala de parto onde será realizado o procedimento de reanimação em temperatura ambiente entre 20-25.
- (B) saco plástico de polietileno e touca devem ser utilizados apenas em recém-nascidos abaixo de 1000 gramas.
- (C) envolver o corpo do recém-nascido dentro de sacos de polietileno após a realização das manobras de reanimação.
- (D) o saco plástico de polietileno deve ser mantido durante o transporte até admissão na Unidade Neonatal quando deve ser realizada a verificação da temperatura corpórea, considerando hipotermia se a mesma encontra-se igual ou abaixo de 37.
- (E) a hipotermia do recém-nascido de muito baixo peso na admissão na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal é um fator independente de risco para a mortalidade e morbidade neonatal.

33. A apneia da prematuridade é um evento comum nas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal. Acerca do tema é correto afirmar que:

- (A) a capacidade residual funcional aumenta após episódios seguidos de apneia.
- (B) ocorre com maior frequência durante o sono REM (rapid eyes movements).
- (C) ocorre com maior frequência em recém-nascidos com idade gestacional maior que 32 semanas.
- (D) é característico um aumento do volume corrente antes do episódio de apneia.
- (E) um dos efeitos fisiológicos do uso de xantinas é diminuir a resposta ao CO₂ e a hipóxia.

34. Os efeitos deletérios da dor no recém-nascido e os benefícios das medidas analgésicas para o seu alívio devem ser sempre consideradas; assim, a avaliação da dor e seu manejo devem ser realizados de forma contínua e dinâmica na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. Em relação ao tema é correto afirmar que:

- (A) dentre as escalas sugeridas para avaliação da dor do recém-nascido a escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) leva em consideração apenas mudanças comportamentais em resposta a eventos dolorosos.
- (B) em relação à analgesia não farmacológica o contato pele a pele não é considerado um procedimento eficaz.
- (C) o uso de soluções adocicadas para alívio da dor é recomendado para alívio da dor aguda em procedimentos de rotina na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, como punções e aspiração endotraqueal em recém-nascidos a termo, não sendo utilizadas nos recém-nascidos abaixo de 34 semanas de gestação.
- (D) o uso de Fentanil pode ser empregado de forma contínua para o tratamento de dor nos recém-nascidos criticamente doentes. Apresenta como efeitos colaterais depressão respiratória, íleo adinâmico, retenção urinária e um dos seus inconvenientes é o aparecimento rápido de tolerância.
- (E) os anti-inflamatórios não hormonais são indicados em procedimentos dolorosos leves e moderados ou quando o uso de opióides não é desejável. A dipirona e o ibuprofeno são os únicos medicamentos liberados para alívio da dor no período neonatal.

35. Os 3 equipamentos disponíveis para ventilar o prematuro na sala de parto compreendem o balão autoinflável, o balão inflado por fluxo e o ventilador mecânico manual em T. São vantagens e desvantagens de cada método:

- (A) o balão autoinflável fornece um pico de pressão inspiratória constante, porém não fornece pressão expiratória final positiva (PEEP) confiável.
- (B) o ventilador inflado por fluxo é pouco utilizado na reanimação neonatal, pois é de difícil manuseio, necessita de fonte de ar para ser inflado e fornece PEEP muito baixo independente das pressões aplicadas no balão.
- (C) a interface entre o ventilador mecânico manual em T pode ser realizado através do uso de máscara facial e cânula traqueal, sendo o posicionamento da máscara na face do RN prematuro o principal responsável pela ineficiência da ventilação.
- (D) o ventilador mecânico manual em T tem sido utilizado de forma frequente na reanimação de prematuros pois, além de ser de fácil manuseio, permite administrar um PEEP constante; a pressão inspiratória, porém, não é constante.
- (E) o balão autoinflável é a primeira opção para a ventilação do prematuro em sala de parto, pois, é de fácil manuseio, não necessita de fonte de gás para funcionar e fornece um pico de pressão inspiratória constante evitando risco aumentado de barotrauma.

36. Enterocolite necrosante é considerada uma das patologias mais comuns e devastadoras em recém-nascidos prematuros. Em relação à enterocolite necrosante em prematuros podemos afirmar que:

- (A) aumenta muito a mortalidade desses recém-nascidos, mas não altera a morbidade ou o risco de piora do neuro-desenvolvimento.
- (B) estudos recentes sugerem um maior risco de enterocolite em recém-nascidos prematuros submetidos a transfusão de concentrado de hemácias até 1 semana antes do início dos sintomas.
- (C) o uso de leite materno não foi associado a uma menor taxa de incidência de NEC em comparação à fórmula láctea.
- (D) a prematuridade e a colonização bacteriana do trato gastrointestinal por bactérias patogênicas parecem ser os fatores mais comumente associados à ECN.
- (E) o início da dieta precoce facilita a colonização por microrganismos comensais e o amadurecimento dos sistemas enzimáticos, mas não altera a incidência e o risco de enterocolite em recém-nascidos prematuros.

37. O uso farmacológico do óxido nítrico é frequente nas Unidades de Tratamento Intensivo para o tratamento de hipertensão pulmonar. Em relação às melhores evidências para a utilização do óxido nítrico no recém-nascido podemos dizer que:

- (A) é recomendado em recém-nascido com falência respiratória aguda, a idade gestacional igual ou maior que 34 semanas, com PaO₂ maior que 100 e índice de oxigenação igual ou maior que 20. (Grau de evidência 1 A).
- (B) sugere-se que a dose de óxido nítrico deve ser diminuída ou descontinuada se os níveis de metehemoglobina forem acima de 5 % (Grau de evidência 2 C).
- (C) não é recomendado o recrutamento alveolar em recém-nascido com doença parenquimatosa antes do início do tratamento com óxido nítrico (Nível de evidência 1 A).
- (D) para recém-nascido que apresentaram melhora da oxigenação após instituição da terapia com óxido nítrico, a dose deve ser ajustada a menores valores para manter essa resposta (Grau de evidência 1 A).
- (E) é recomendado que a terapia com óxido nítrico seja descontinuada se não houver melhora do PaO₂ ou índice de Oxigenação após 30-60 minutos do início da terapia (Grau de evidência 1A).

38. Em países em desenvolvimento, anti-D ainda é um anticorpo comum em mulheres grávidas. Em relação ao diagnóstico e tratamento da Doença Hemolítica Perinatal Rh D podemos afirmar que:

- (A) atualmente o emprego da doplervelocimetria da artéria cerebral media seriada é realizada para o diagnóstico de icterícia fetal.
- (B) o teste de Coombs direto é realizado logo após o nascimento nos recém-nascidos de gestantes aloimunizadas pelo antígeno D e é sempre positivo ao nascimento, independente da terapêutica fetal administrada.
- (C) o valor do título de Coombs indireto da mãe é diretamente proporcional a gravidade da doença neonatal.
- (D) quando indicada a terapêutica com exsanguíneotransfusão, é obrigatória a realização da prova cruzada entre o sangue do doador e o soro da mãe antes do início da exsanguíneotransfusão.
- (E) ao término da exsanguíneotransfusão os valores de glicose devem ser monitorados devido ao alto risco de hiperglicemia nas próximas duas horas após o procedimento.

39. A fototerapia é uma das intervenções terapêuticas mais utilizadas em neonatologia, porém o uso incorreto ou inadequado pode comprometer a eficácia do tratamento. Em relação aos aparelhos disponíveis para utilização em UTI Neonatal podemos afirmar que:

- (A) os aparelhos convencionais apresentam baixo custo, com alta irradiância e espectro de emissão de luz muito amplo (100- 820 nm).
- (B) as fototerapias equipadas com diodos emissores de luz têm como vantagem não emitir irradiações ultravioleta e infravermelha e ter menor consumo de energia.
- (C) a fototerapia halógena é mais eficaz que a fototerapia convencional pois apresenta alta irradiância na faixa azul e não gera calor.
- (D) o bilíberço tem como vantagem ser um aparelho de alta intensidade, não gerar calor e abranger uma grande superfície corporal.
- (E) a utilização de focos adicionais de fototerapia não melhora a eficácia do bilíberço por ser considerada fototerapia de alta intensidade.

40. As estratégias recomendadas pelo *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* para prevenção da doença estreptocócica pelo grupo B visam diminuir a doença precoce nos recém-nascidos. A seguinte situação NÃO altera o prognóstico neonatal:

- (A) triagem através da coleta de swab vaginal e retal e cultura para *Streptococcus B* hemolítico de todas as gestantes com 35/37 semanas de idade gestacional.
- (B) pesquisa rotineira de bacteriúria assintomática na gestação.
- (C) protocolos individualizados para gestantes em trabalho de parto prematura ou RPMO.
- (D) pesquisa de colonização a partir de 28 semanas em gestações múltiplas.
- (E) antibióticos intra parto somente nas gestantes com swab positivo atual e/ou na gestação anterior.

41. A onfalocele e a gastrosquise são os defeitos de parede abdominal mais comuns no período neonatal. Em relação ao tema, observe as afirmativas a seguir.

- I- As anomalias cromossômicas são mais frequentemente encontradas na gastrosquise e o defeito na parede geralmente se localiza à esquerda do cordão umbilical.
- II- Recém-nascido com onfalocele gigante tem alta incidência de hipoplasia pulmonar resultando em comprometimento da função respiratória e hipertensão pulmonar.
- III- Entre os principais fatores de risco para gastrosquise estão idade materna avançada, baixo nível socioeconômico e exposição a agentes externos como cocaína e anti-inflamatórios não hormonais.

Dessas afirmativas:

- (A) apenas I está correta.
- (B) apenas II está correta.
- (C) apenas I e II estão corretas.
- (D) apenas II e III estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

42. A prevalência de infecção congênita pelo toxoplasma em recém-nascidos brasileiros é considerada alta quando comparada com a prevalência em outras regiões do mundo. O alto risco de sequelas tardias torna a doença relevante e indica a necessidade de identificação das gestantes e crianças comprometidas.

As afirmações a seguir são verdadeiras, **EXCETO:**

- (A) a comparação dos títulos de IgG obtidos por meio do mesmo teste laboratorial em duas amostras de sangue colhidas com pelo menos 3 semanas de intervalo, permite o diagnóstico de infecção aguda materna se for observado soroconversão e ou aumento de pelo menos 4 vezes do título.
- (B) teste sorológico positivo para IgM durante a gestação não significa necessariamente infecção recente pois ela pode ter ocorrido previamente a gestação não havendo risco de transmissão vertical.
- (C) resultados elevados no índice de avididade da IgG indicam que a infecção aguda ocorreu há mais de 3-4 meses.
- (D) a pesquisa de DNA do toxoplasma no líquido amniótico tem sido utilizada para diagnóstico pré-natal de toxoplasmose congênita com sensibilidade de até 70%, porém com especificidade baixa. Sendo assim, o exame está indicado apenas nos casos em que há evidência de comprometimento fetal pela ultrassonografia obstétrica ou quando os testes sorológicos são altamente sugestivos da doença.
- (E) o teste sorológico de captura de IgM é considerado o de melhor sensibilidade e deve ser preferencialmente utilizado pois evita testes falso-negativos ou falso positivos.

43. No Brasil a sífilis durante a gestação ainda é um problema de saúde relevante. As afirmações abaixo são medidas que devem ser adotadas para controle da doença, **EXCETO**:

- (A) realizar VDRL na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e repetir na admissão para o parto ou aborto.
- (B) realizar avaliação dos recém-nascidos com suspeita de sífilis congênita através de VDRL em sangue periférico, RX de ossos longos, coleta de liquor cefalorraquidiano para pesquisa de VDRL, celularidade e proteinorraquia e hemograma.
- (C) a avaliação dos ossos longos através de RX pode representar a única alteração positiva em de 4 a 20% dos casos de sífilis congênita, devendo ser solicitada para avaliação complementar da doença.
- (D) todos os recém-nascidos tratados para sífilis congênita confirmada ou suspeita devem ser acompanhados e os testes sorológicos verificados a cada 2-3 meses após o tratamento até que sejam documentados 2 títulos negativos com intervalo mínimo de 6 meses entre eles.
- (E) deve ser considerado tratamento materno inadequado quando não há confirmação de decréscimo dos títulos reagínicos.

44. Recém-nascido pré-termo, 29 semanas de idade gestacional, peso 1300g, parto normal por trabalho de parto prematuro e bolsa rota recebeu antibiótico por 72 horas na primeira semana de vida, com boa evolução. Está internado na UTI há 20 dias e apresentou, nas últimas 12h, dois episódios de apneia. O relato da enfermagem mostra que nas últimas 24 horas deixou resíduo gástrico acastanhado nas duas últimas dietas e a última glicemia capilar foi de 170 mg/dl. No exame físico foi identificada perfusão lentificada e distensão abdominal. Encontra-se com cateter epicutâneo pois ainda faz uso de nutrição parenteral. Nesse caso:

- (A) o mais provável agente etiológico envolvido no quadro atual é o *Streptococcus* β -hemolítico do grupo B (*S. agalactiae*).
- (B) o esquema antibiótico ideal para ser iniciado deve ser ampicilina associado a Gentamicina.
- (C) a proteína C reativa (PCR), além de alta especificidade, tem um alto valor preditivo para o diagnóstico de sepse neonatal.
- (D) por estar em nutrição parenteral, é mandatório iniciar antifúngico ao esquema antibiótico.
- (E) o estafilococo coagulase negativo é um importante agente etiológico de infecção neonatal em situações como esta.

45. Somente a infecção aguda pelo toxoplasma tem risco de transmitir a doença para o feto. Portanto, o diagnóstico de toxoplasmose aguda na grávida imunocompetente é de crucial importância. As sorologias IgM e IgG positivas frequentemente são utilizadas para o diagnóstico de infecção na gestante, mas a presença de uma IgM isolada não tem condição de definir infecção aguda, havendo a necessidade da realização de outros testes diagnósticos. O teste de avididade da IgG tem grande utilidade nas gestantes com sorologia IgM e IgG positivas e é utilizado para diferenciar infecção recente de passada, sendo mais útil realizá-lo:

- (A) no primeiro mês de gestação.
- (B) no primeiro trimestre de gestação.
- (C) em qualquer fase da gestação.
- (D) no último mês de gestação.
- (E) no último trimestre de gestação.

46. A **hérnia diafragmática congênita** é uma anormalidade congênita no diafragma que ocorre em aproximadamente 1/2000 a 1/5000 nascidos vivos e está associada a elevado índice de morbimortalidade. Por muitos anos vem sendo um grande desafio para o neonatologista e, portanto, é importante sabermos que:

- (A) esse defeito deve ser corrigido imediatamente após o nascimento, independentemente das condições em que se encontra o recém-nascido.
- (B) a intubação traqueal deve ser feita imediatamente após o nascimento, ainda na sala de parto quando houver necessidade de reanimação.
- (C) essas crianças precisam receber uma terapia ventilatória agressiva, sedação, surfactante e óxido nítrico.
- (D) menos de 5% dos casos vêm acompanhados de outra malformação.
- (E) a ventilação de alta frequência tem resultados muito superiores aos da convencional, devendo ser a primeira escolha nos serviços que tenham esta disponibilidade terapêutica.

47. O CPAP (*continuous positive airway pressure*) é uma técnica de assistência ventilatória utilizada com intuito de manter uma pressão de distensão contínua no final da respiração em recém-nascidos com respiração espontânea. É um método não invasivo bastante utilizado nas unidades de terapia intensiva neonatal. Por isto, é importante que o neonatologista conheça o mecanismo de ação e os vários aspectos relacionados a esta técnica, tais como:

- (A) seu grande efeito na redução da capacidade residual funcional e na resistência pulmonar.
- (B) para passar do método convencional, com pressão contínua, para uma ventilação não invasiva é mandatório que haja um método de sincronização entre a criança e o aparelho.
- (C) pode ser usado como terapia inicial para desconforto respiratório, além de ser muito usado pós-extubação (desmame).
- (D) os resultados são similares independente se o dispositivo utilizado para aplicação desse método em recém-nascido seja pronga binasal ou tubo orotraqueal.
- (E) considera-se falha desse tratamento se o recém-nascido faz uma apneia ou apresenta um PCO₂ acima de 45.

48. A hipertensão pulmonar no período neonatal tem sido muito estudada e novas terapias têm surgido para o tratamento dessa patologia multifatorial. Muitas são as terapias utilizadas, mas nem sempre os resultados são alcançados. Em relação ao tema, é correto afirmar que:

- (A) a alcalinização com infusão contínua de bicarbonato endovenoso deve ser feita de rotina em todos os casos graves de hipertensão pulmonar persistente, pois seu efeito vasodilatador contribui para a redução da morbidade neonatal.
- (B) é importante ventilar de maneira agressiva objetivando hiperventilar os pacientes, deixando a pCO₂ abaixo de 30.
- (C) o óxido nítrico é uma terapia efetiva independente do grau de recrutamento pulmonar.
- (D) a sedação, analgesia e miorelaxante são importantes e devem ser usados rotineiramente em todas as crianças com este diagnóstico.
- (E) a milrinona é um inibidor seletivo da fosfodiesterase (PDE3) e pode estar indicada em algumas situações devido a seu efeito inodilatador.

49. Recém-nascido com 2 horas de vida e 38 semanas de idade gestacional, VDRL negativo, hepatite B negativo, não realizado swab para estreptococos, teste de tolerância a glicose alterado. Parto normal após indução com ocitocina, Apgar foi de 9/9. Foi encaminhado ao alojamento conjunto, chegou a sugar o seio logo após o nascimento, mas no momento tem desconforto respiratório. Ao exame: Recém-nascido com característica de termo, hipoativo, mas reativo ao manuseio. Mucosas coradas, porém perfusão capilar normal. Fontanela anterior plana e ausência de dimorfismos faciais. Seu tórax era simétrico, murmúrio vesicular universalmente audível, notada moderada retração torácica. Saturação 95% no Hood a 30 %. Ritmo cardíaco regular, sem sopros. Nas horas seguintes houve piora importante do desconforto respiratório, piora da taquipneia e gemidos importantes, saturação de 90% no Hood a 100%. Não havia diferença da saturação pré e pós ductal. Hemodinamicamente ainda estável. A radiografia de tórax não foi realizada por problemas operacionais. A gasometria mostrava apenas hipoxemia e discreta retenção de CO₂. O hemograma e proteína C reativa colhidos com 4 horas de vida foram normais. Avalie as afirmativas a seguir, referentes a diagnósticos diferenciais e s condutas mais pertinentes neste caso estão corretas:

- I- Taquipneia transitória do recém-nascido é uma hipótese diagnóstica, mesmo o parto ter sido normal, se ele não apresentar outros fatores de risco que justifique o desconforto. Neste caso a suspeita diagnóstica poderia ser confirmada com o Rx de tórax onde se espera uma hiperinsuflação com parênquima pulmonar limpo exceto aumento da densidade peri-hilar.
- II- Todo início súbito do desconforto em recém-nascido a termo deve-se avaliar a possibilidade de extravasamento de ar, ou seja, pneumotórax, pneumomediastino e pneumopericárdio. Neste caso esta é uma hipótese descartada visto que se esperava uma deterioração clínica rápida com hipotensão e bradicardia.
- III- Pneumonia Infecciosa é uma hipótese diagnóstica mesmo com hemograma e PCR normais.
- IV A Cardiopatia Congênita é uma das hipóteses diagnósticas, porém foi descartada por não apresentar diferença na saturação de oxigênio pré e pós ductal.
- V- O aparecimento de gemidos neste caso aumenta a possibilidade diagnóstica de Obstrução de Vias Aéreas Superiores.

Sobre as afirmativas podemos dizer que:

- (A) apenas I e II estão corretas.
- (B) apenas II e III estão corretas.
- (C) apenas I e III estão corretas.
- (D) apenas II, III e IV estão corretas.
- (E) apenas I, III e V estão corretas.

50. A mais alta velocidade de crescimento da vida extrauterina acontece no período neonatal. Por isto, é importante a determinação do impacto das intervenções nutricionais e a monitorização do metabolismo proteico. O parâmetro abaixo que pode ser usado na avaliação da adequação da oferta proteica é:

- (A) creatinina.
- (B) glicose.
- (C) insulina.
- (D) ureia.
- (E) cetonas.

51. A colestase é uma complicação frequente do uso da Nutrição parenteral prolongada em recém-nascidos cirúrgicos. Todas as condutas abaixo podem contribuir para a diminuição da incidência de colestase relacionada à NPT, EXCETO:

- (A) administração precoce de dieta por via oral.
- (B) administração de aminoácido com taurina.
- (C) administração de lipídeo com óleo de peixe.
- (D) administração de ácido ursodeoxicólico.
- (E) administração de N-acetilcisteína.

52. A infusão combinada de glicose e lipídeos confere vantagens metabólicas importantes para os recém-nascidos que necessitam de nutrição parenteral porque:

- (A) a glicose possui um alto poder energético e uma baixa osmolalidade e quando combinada ao lipídeo facilita a incorporação de gordura no fígado.
- (B) a glicose é a principal fonte de energia do corpo humano e o pretermo tem uma alta habilidade de aproveitá-la rapidamente, aumentando o aproveitamento do lipídeo para a mielinização.
- (C) a glicose, mesmo em concentrações altas, não contribui para o aumento de produção de CO₂, diminuindo os riscos da infusão de lipídeo em doentes com doenças respiratórias.
- (D) a glicose associada ao lipídeo aumenta a eficiência da utilização energética e previne a deficiência de ácidos graxos.
- (E) a glicose associada ao lipídeo aumenta a taxa metabólica favorecendo a incorporação de proteína necessária para o crescimento.

53. A proteína predominante do leite humano é:

- (A) a proteína do soro.
- (B) a caseína.
- (C) o nitrogênio não proteico.
- (D) a tiamina.
- (E) o ácido araquidônico.

54. A composição do leite humano é variável. O componente mais sujeito a variação é:

- (A) lipídeos.
- (B) proteína.
- (C) lactose.
- (D) fósforo.
- (E) cálcio.

55. O status materno de vitaminas pode afetar o conteúdo de vitaminas do leite. Em relação a vitaminas e leite humano todas as afirmativas abaixo estão corretas, EXCETO:

- (A) deficiências maternas de vitaminas hidro-solúveis afetam mais o conteúdo dessas vitaminas no leite do que as liposolúveis.
- (B) mães vegetarianas podem ser insuficientes em vitamina B-12.
- (C) deficiência de vitamina K pode acontecer em recém-nascidos amamentados não suplementados ao nascimento.
- (D) o conteúdo de vitamina D do leite humano é baixo sendo recomendado atitudes para favorecer sua incorporação.
- (E) o conteúdo de vitamina C do leite humano é baixo, podendo ocasionar anemias.

56. A amamentação é importante para bebês de qualquer idade gestacional. A seguinte condição clínica contraindica a amamentação:

- (A) galactosemia.
- (B) doença de Cröhn.
- (C) linfoma.
- (D) diabetes tipo 1.
- (E) asma.

57. Em relação ao transporte inter-hospitalar do recém-nascido é CORRETO afirmar que:

- (A) no caso de óbito durante o transporte, a equipe deve retornar com o paciente ao hospital de origem.
- (B) o recém-nascido com pneumotórax deve ser transportado idealmente com um escalpe no segundo espaço intercostal.
- (C) o controle de glicemia do recém-nascido durante o transporte deve ser feito na saída do hospital de origem, na chegada ao destino e a cada 90 minutos durante a transferência.
- (D) se o paciente se extubar acidentalmente e estiver próximo ao local da transferência, deixar para realizar o procedimento de reentubação de modo seguro no hospital de destino.
- (E) durante o transporte neonatal, a temperatura do paciente deve idealmente ser aferida a cada intervalo de 60 minutos.

58. Para o transporte neonatal, a capacidade do cilindro de oxigênio que deve ser acoplado à incubadora de transporte é:

- (A) 10 a 15 metros cúbicos.
- (B) 6 a 8 metros cúbicos.
- (C) 4 a 5 metros cúbicos.
- (D) 2 a 3 metros cúbicos.
- (E) 0,5 a 1 metro cúbico.

59. O Índice de Risco para o Transporte Neonatal (TRIPS) utiliza parâmetros para avaliação do risco de morte e complicações do recém-nascido durante sua transferência inter-hospitalar. Em relação a este índice, podemos afirmar que:

- (A) a medida da glicemia capilar é um dos parâmetros.
- (B) a pontuação é inversamente proporcional à gravidade da criança.
- (C) deve ser aplicado antes e durante o transporte.
- (D) valores superiores a 10 se associam ao óbito até 7 dias de vida.
- (E) a avaliação do estado neurológico do recém-nascido não é utilizado como parâmetro.

60. Na ventilação do recém-nascido entubado durante o transporte, o equipamento de eleição a ser é o:

- (A) ventilador mecânico manual em T.
- (B) ventilador de alta frequência.
- (C) ventilador eletrônico ou pneumático.
- (D) balão anestésico.
- (E) balao auto-inflável.

1. Por motivo de segurança a Fundação Dom Cintra solicita que o candidato transcreva em letra cursiva, em espaço próprio no Cartão de Respostas, a frase abaixo apresentada:

2. Para cada uma das questões da prova objetiva são apresentadas 5 (cinco) alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E), e só uma responde da melhor forma possível ao quesito proposto. Você só deve assinalar UMA RESPOSTA. A marcação de nenhuma ou de mais de uma alternativa anula a questão, MESMO QUE UMA DAS RESPOSTAS SEJA A CORRETA.

3. A duração da prova é de 4 (quatro) horas, considerando, inclusive, a marcação do Cartão de Respostas. Faça-a com tranquilidade, mas controle o seu tempo.

4. Verifique se a prova é para o **PERFIL** para o qual concorre.

5. Somente após autorizado o início da prova, verifique se este Caderno de Questões está completo e em ordem. Folhear o Caderno de Questões antes do início da prova implica na eliminação do candidato.

6. Verifique, no **Cartão de Respostas**, se seu nome, número de inscrição, identidade e data de nascimento estão corretos. Caso contrário, comunique ao fiscal de sala.

7. O **Caderno de Questões** poderá ser utilizado para anotações, mas somente as respostas assinaladas no **Cartão de Respostas** serão objeto de correção.

8. Observe as seguintes recomendações relativas ao **Cartão de Respostas**:

- . não haverá substituição por erro do candidato;
- . não deixar de assinar no campo próprio;
- . não pode ser dobrado, amassado, rasurado, manchado ou conter qualquer registro fora dos locais destinados às respostas;
- . a maneira correta de marcação das respostas é cobrir, fortemente, com esferográfica de tinta azul ou preta, o espaço correspondente à letra a ser assinalada;
- . outras formas de marcação diferentes da que foi determinada acima implicarão a rejeição do **Cartão de Respostas**;

9. O fiscal não está autorizado a alterar quaisquer dessas instruções.

10. Você só poderá retirar-se da sala após 60 minutos do início da prova.

11. Quaisquer anotações só serão permitidas se feitas no caderno de questões.

12. Você poderá anotar suas respostas em área específica do Caderno de Questões, destacá-la e levar consigo.

13. Os três últimos candidatos deverão permanecer na sala até que o último candidato entregue o **Cartão de Respostas**.

14. Ao terminar a prova, entregue ao fiscal de sala, obrigatoriamente, o **Caderno de Questões** e o **Cartão de Respostas**.

Boa Prova!

Ao término de sua prova, anote aqui seu gabarito e destaque na linha pontilhada.

01		11		21		31		41		51	
02		12		22		32		42		52	
03		13		23		33		43		53	
04		14		24		34		44		54	
05		15		25		35		45		55	
06		16		26		36		46		56	
07		17		27		37		47		57	
08		18		28		38		48		58	
09		19		29		39		49		59	
10		20		30		40		50		60	