

**PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA NO PROGRAMA
DE ÁREA DE ATUAÇÃO EM UNIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

PEDIATRIA - PNEUMOLOGIA

01. A prova terá duração de 2 (duas) horas, considerando, inclusive, a marcação do cartão-resposta.
02. 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.
03. 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:

Conteúdo	Nº de questões
Pediatria Geral	20
Pneumologia Pediátrica	20

04. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no cartão-resposta, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico.

“Contra quem cala não há castigo nem resposta.”

05. Em hipótese alguma haverá substituição do cartão-resposta por erro do candidato.
06. 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 saída do candidato do estabelecimento de realização da mesma.
07. O candidato cujo aparelho celular ou outro equipamento, mesmo que acondicionado no saco de segurança e debaixo de sua carteira, venha a tocar, emitindo sons de chamada, despertador etc., **SERÁ ELIMINADO DO CERTAME.**
08. Será vedado ao candidato, dentro da sala de realização da prova, independentemente, 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 Gerência 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.
09. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais ou emitam sons e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
10. Não será permitido ao candidato fumar conforme determinado no art. 49 da Lei Federal nº 12.546/2011.
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://prefeitura.rio/web/portaldeconcursos>.

PEDIATRIA GERAL

01. A cetoacidose diabética é um conjunto de alterações provenientes da insuficiente ação insulínica e do aumento da produção de hormônios contrarreguladores da insulina. A complicação mais temida do tratamento da cetoacidose diabética é:
- (A) pneumonia
 - (B) hiperpotassemia
 - (C) edema cerebral
 - (D) desidratação
02. As hérnias inguinais constituem uma das afecções cirúrgicas mais encontradas em crianças e adolescentes e em sua maioria são:
- (A) congênitas indiretas
 - (B) congênitas diretas
 - (C) adquiridas diretas
 - (D) adquiridas femorais
03. Temos como a principal causa de obstrução intestinal em crianças de 5 meses e 3 anos e é a emergência abdominal mais comum em menores de 2 anos:
- (A) gastroenterite
 - (B) intussuscepção intestinal
 - (C) infecção urinária
 - (D) litíase renal
04. Lactente de 12 meses de vida, do sexo feminino, é levada a consulta na Clínica da Família do seu bairro, pela mãe, com o relato de aparecimento de pelos pubianos e aumento do volume abdominal. Refere que em relação aos pelos pubianos eles vêm crescendo e ficando encaracolados. Ao exame físico: bom estado geral, pelos pubianos em genitália encaracolados e hipertrofia do clitóris. Também se observa acne em face. Abdome: massa palpável em loja renal esquerda. A principal hipótese diagnóstica é:
- (A) tumor de Wilms
 - (B) tumor suprarrenal
 - (C) neuroblastoma
 - (D) rim policístico
05. Coreia é um termo designativo de movimentos rápidos e caóticos. É considerada como a forma mais comum de coreia adquirida na infância:
- (A) encefalopatia pelo HIV
 - (B) coreia decorrente do LES
 - (C) coreia hereditária benigna
 - (D) coreia de Sydenham
06. Apesar da enorme diversidade de alimentos consumidos pela criança o leite materno varia na sua composição apenas em situações extremas de desnutrição materna. Temos como o principal carboidrato presente no leite materno:
- (A) lactose
 - (B) lactoalbumina
 - (C) frutose
 - (D) sacarose
07. Podemos considerar como sinais de alerta para transtornos do desenvolvimento puberal:
- (A) ausência dos sinais puberais aos 8 anos em meninas
 - (B) presença de sinais puberais aos 13 anos em meninos
 - (C) presença de sinais puberais aos 10 anos em meninas
 - (D) ausência de sinais puberais aos 14 anos em meninos
08. O retinoblastoma é o tumor intraocular mais frequente em crianças. É uma neoplasia embrionária maligna da retina. Avança para doença metastática e óbito em mais de 50% das crianças acometidas pela doença. É comum termos como queixa inicial:
- (A) reflexo vermelho em exame de rotina
 - (B) lacrimejamento
 - (C) estrabismo
 - (D) olhos secos
09. Estima-se que 30 a 50% da população mundial tenha anemia ferropriva, e a maior parte vive em países em desenvolvimento. A dose terapêutica de ferro elementar para tratamento desse tipo de anemia é:
- (A) 1mg/mg/Kg/dia em 1 ou 2 doses
 - (B) 2mg/Kg/dia em 1 dose
 - (C) 3 a 6 mg/Kg/dia em 1 ou 2 doses
 - (D) 10 mg/Kg/dia em 4 doses
10. A síndrome nefrótica afeta 1 a 3 para cada 100.000 crianças menores de 16 anos de idade. Sem tratamento se associa a um risco elevado de morte, normalmente decorrente de infecções. Os achados clínicos característicos para o diagnóstico da doença são:
- (A) edema, hipoalbuminemia e hiperlipidemia
 - (B) hipertensão, hematuria e hiperlipidemia
 - (C) glicosúria, edema e cilindrúria
 - (D) hipoalbuminemia, hipertensão e piúria
11. A artrite idiopática juvenil é um processo crônico, autoimune, com manifestações extra articulares. Sua etiologia é desconhecida, e os agentes desencadeantes são multifatoriais. Em relação a epidemiologia da doença, podemos afirmar ser:
- (A) doença reumática normalmente monoarticular
 - (B) artrite com manifestação exclusivamente cutânea
 - (C) manifestação característica depois da adolescência
 - (D) doença reumática crônica mais frequente na faixa etária pediátrica

12. No Brasil, as taxas de soro prevalência gestacional de toxoplasmose encontra-se entre 41 a 92% estando entre os países de maior risco de toxoplasmose congênita. Temos como principais manifestações da doença ao nascer:
- (A) rash maculopapular, rinite persistente e osteocondrite
 - (B) calcificações intracranianas difusas, hidrocefalia e coriorretinite
 - (C) catarata, cardiopatia congênita e surdez
 - (D) calcificações intracranianas periventriculares, petéquias e hepatoesplenomegalia
13. A manifestação clínica da cardiopatia congênita ocorre principalmente nos primeiros meses de vida. A cianose na criança com cardiopatia congênita é normalmente generalizada. A cardiopatia congênita cianótica mais frequente nos primeiros meses de vida é:
- (A) tetralogia de Fallot
 - (B) comunicação interventricular
 - (C) transposição das grandes artérias
 - (D) coarctação da aorta
14. A mielomeningocele produz disfunção de múltiplos órgãos e estruturas. A extensão e o grau do déficit neurológico dependem da localização da lesão. A região do neuroeixo onde encontramos o maior número de casos de mielomeningocele é:
- (A) lombossacra
 - (B) toracolombar
 - (C) lombar baixa
 - (D) sacral baixa
15. São critérios diagnósticos da Púrpura de Henoch-Schönlein, vasculite mais frequente, na faixa etária pediátrica e mediada por deposição de IgA:
- (A) púrpura palpável ou dor abdominal ou hematuria
 - (B) púrpura palpável(obrigatória) na presença de dor abdominal difusa ou artrite/artralgia ou envolvimento renal
 - (C) artrite/artralgia(obrigatório) na presença de tosse, febre
 - (D) envolvimento renal ou púrpura palpável ou edema subcutâneo
16. A incidência de queimaduras diminuiu nas últimas décadas, mas as crianças até 5 anos de idade são as de maior risco. Em relação a classificação podemos definir as queimaduras de 2º grau como:
- (A) limitada ao epitélio
 - (B) destruição da epiderme e parte da derme
 - (C) estende-se a gordura subcutânea
 - (D) destruição da derme e terminações nervosas
17. A incidência de hipotiroidismo congênito aparentemente aumentou em todo o mundo com base nos programas de rastreamento neonatal. Temos como causa mais comum de hipotiroidismo permanente:
- (A) agenesia da tireoide
 - (B) defeito da síntese da tireoglobulina
 - (C) uso de iodetos pela mãe
 - (D) hipoplasia da tireoide
18. A avaliação do desenvolvimento deve ser um processo contínuo de acompanhamento das atividades relativas ao potencial de cada criança e para a detecção precoce de desvios ou atrasos. São marcos característicos do desenvolvimento da criança aos 6 meses de vida:
- (A) balbucia algumas palavras
 - (B) tenta alcançar um brinquedo
 - (C) bate palmas
 - (D) pinça completa(polpa a polpa)
19. Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que das gestações de mulheres com sífilis em atividade, 25% resultem em óbito fetal e 25% em recém natos de baixo peso ou com infecção neonatal grave. São consideradas as manifestações principais da sífilis congênita precoce:
- (A) hepatomegalia, fronte olímpica e estrabismo
 - (B) tibia em sabre, rágades periorais e surdez
 - (C) lesões cutâneas, rágades periorais e nariz em sela
 - (D) hepatomegalia, lesões cutâneas e periostite
20. A tuberculose é uma das principais causas de morte no mundo sendo o Brasil um dos países com maior número de casos. A manutenção da cobertura vacinal pelo BCG alta é uma das estratégias para:
- (A) proteger exclusivamente para a tuberculose pulmonar
 - (B) proteger exclusivamente para a tuberculose pleural
 - (C) proteger para as formas graves da doença
 - (D) proteger para todas as formas da doença

PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

21. Recém-nascido filho de pai bacilífero, coabitam com avô, também bacilífero, e em tratamento há uma semana com esquema básico para tuberculose. Com base no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil de 2019, a orientação adequada para o recém-nascido é:
- (A) não vacinar, fazer prova tuberculínica (PT) e iniciar quimioprofilaxia primária se resultado da PT maior ou igual a 5mm
 - (B) vacinar e encerrar o caso se prova tuberculínica menor ou igual a 5mm após três meses
 - (C) não vacinar, iniciar quimioprofilaxia primária e fazer prova tuberculínica após três meses
 - (D) não vacinar, iniciar esquema básico para tuberculose se prova tuberculínica maior ou igual a 10mm
22. O diagnóstico de tuberculose pulmonar na infância (0 a 9 anos de idade), padronizado pelo Ministério da Saúde, realizado por um sistema de score, utiliza os seguintes critérios/exames:
- (A) critério clínico, radiológico, epidemiológica, teste imunológico e estado nutricional
 - (B) critério clínico, radiológico e exame bacteriológico (baciloscopia/teste rápido molecular para tuberculose)
 - (C) critério clínico, radiológico, exame bacteriológico (baciloscopia/teste rápido molecular para tuberculose e estado nutricional)
 - (D) critério clínico, radiológico, exame bacteriológico (baciloscopia/teste rápido molecular para tuberculose e teste imunológico)
23. Marina tem 3 anos de idade e foi trazida à consulta porque o tio que mora no mesmo domicílio encontra-se em tratamento de tuberculose pulmonar, há 20 dias. A mãe conta que Marina não tem nenhuma queixa e que recebeu BCG ao nascer. Os exames complementares que devem ser realizados nessa criança são:
- (A) prova tuberculínica ou IGRA e radiografia de tórax
 - (B) prova tuberculínica ou IGRA e exame de escarro
 - (C) radiografia de tórax e exame de escarro
 - (D) radiografia de tórax, exame de escarro e prova tuberculínica
24. Criança de 2 anos de idade, com quadro de tosse, secreção nasal e febre há 3 dias. Ao exame clínico apresenta bom estado geral, corada, afebril, acianótica, com frequência respiratória de 50 ipm e saturação oxigênio de 95%, em ar ambiente; ausculta pulmonar com sibilância expiratória difusa e tiragem subcostal e intercostal. A conduta inicial deverá:
- (A) considerar o diagnóstico de pneumonia e tratamento ambulatorial com início de antibiótico
 - (B) considerar o tratamento da sibilância, com posterior avaliação, quanto à possibilidade de pneumonia
 - (C) considerar o diagnóstico de pneumonia e tratamento hospitalar com início do tratamento da sibilância e antibiótico
 - (D) considerar o tratamento da sibilância e tratamento ambulatorial de asma ou bronquiolite
25. Em crianças menores de 5 anos de idade, os fatores considerados de risco para uma evolução desfavorável de pneumonia adquirida na comunidade são:
- (A) desmame precoce, idade menor de 2 meses, vacinação completa, desnutrição
 - (B) desnutrição, poluentes intradomiciliares, aleitamento materno exclusivo, vacinação completa
 - (C) desnutrição, baixas condições socioeconômicas, baixa cobertura vacinal, desmame precoce
 - (D) vacinação completa, baixas condições socioeconômicas, poluentes intradomiciliares, idade maior de cinco anos
26. Diante da suspeita de bronquiectasia deve-se avaliar a extensão e a gravidade do acometimento pulmonar. O exame que oferece maior sensibilidade para este diagnóstico é denominado:
- (A) broncoscopia com ultrassonografia radial - EBUS
 - (B) tomografia computadorizada de alta resolução -TCAR
 - (C) tomografia de tórax com contraste
 - (D) prova de função pulmonar - PFP
27. A definição de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) complicada é:
- (A) criança com PAC que evolui com febre persistente, mas sem derrame pleural, apesar do uso de antibiótico
 - (B) criança com PAC que evolui com derrame parapneumônico ou empiema pleural, apesar do uso de antibiótico
 - (C) criança com PAC que evolui com febre persistente, mas em uso irregular de antibiótico
 - (D) criança com PAC mantendo tosse persistente associado a sibilância
28. Em relação às rinossinusites agudas assinale a afirmativa **CORRETA**:
- (A) frequentemente tem etiologia viral
 - (B) tomografia de seios da face é fundamental para o diagnóstico
 - (C) corticoides tópicos nasais não estão formalmente indicados
 - (D) rinorréia e dor na face são sinais de complicação grave
29. Criança de 2 anos de idade, iniciou há 3 dias quadro de rinorréia, tosse e febre baixa que evoluiu com estridor nas últimas 24h. Existem parâmetros de classificação quanto a gravidade da obstrução das vias aéreas, que poderão definir a abordagem do estridor, que consistem em:
- (A) nível de consciência, frequência respiratória, estridor, entrada de ar (expansibilidade pulmonar) e retrações
 - (B) nível de consciência, saturação de oxigênio, estridor, entrada de ar (expansibilidade pulmonar) e frequência cardíaca
 - (C) nível de consciência, cor (cianose), estridor, frequência cardíaca e respiratória
 - (D) nível de consciência, cor (cianose), estridor, entrada de ar (expansibilidade pulmonar) e retrações

30. Para o diagnóstico clínico da síndrome de desconforto respiratório (denominada anteriormente como doença das membranas hialinas), é importante conhecer a história materna obstétrica e familiar e as condições do nascimento. Mas estes são os fatores mais determinantes, para a síndrome de desconforto respiratório:
- (A) história materna obstétrica e condições ao nascimento
 - (B) prematuridade e história obstétrica
 - (C) prematuridade e baixo peso ao nascimento
 - (D) baixo peso ao nascimento e condições ao nascimento
31. O diagnóstico de displasia broncopulmonar, deve ser considerado em:
- (A) qualquer neonato que permaneça dependente de oxigênio em concentrações acima de 21% por um período maior ou igual a 28 dias
 - (B) neonato prematuro, idade gestacional < 32 semanas, que permaneça dependente de oxigênio em concentrações acima de 21% por um período maior ou igual a 28 dias
 - (C) neonato prematuro, idade gestacional < 28 semanas, que permaneça dependente de oxigênio em concentrações acima de 21% por um período maior ou igual a 32 dias
 - (D) qualquer neonato que permaneça dependente de oxigênio em concentrações acima de 21% por um período maior ou igual a 32 dias
32. Os lactentes com sibilância persistente possuem o risco aumentado (75%) para desenvolver asma futura. Podemos considerar este diagnóstico quando:
- (A) lactente possui o diagnóstico de dermatite atópica associado a sibilância na ausência de infecções das vias aéreas superiores
 - (B) existe um histórico de diagnóstico de asma em um dos pais associado a sibilância na ausência de infecções das vias aéreas superiores
 - (C) lactente possui o diagnóstico de dermatite atópica associado a alergia alimentar (leite, ovo)
 - (D) lactente possui o diagnóstico de dermatite atópica associado a alergia alimentar (leite, ovo) e sibilância na ausência de infecções das vias aéreas superiores
33. Criança de 2 anos de idade com febre de início há 1 dia, mas com congestão nasal, coriza hialina e tosse de início há 2 dias e com relato de 1 episódio de evacuação de fezes amolecidas. Aceitando bem as alimentações. Apresenta carteira de vacina em dia e não possui comorbidades. Ao exame: bom estado geral, corada, hidratada, FC: 105 bpm e FR: 30 ipm e com Tax 38,3°C e saturação 98% em ar ambiente. Exame cardiológico e pulmonar sem alterações, assim como o exame abdominal. Otoscopia com leve hiperemia de conduto, mas membrana timpânica com brilho e leve hiperemia de amígdalas sem exsudato. Nesse caso devemos considerar como diagnóstico e seu respectivo tratamento:
- (A) síndrome respiratória aguda grave. Tratamento hospitalar: hidratação venosa, monitoramento clínico e uso de antiviral específico (Oseltamivir) por 5 dias
 - (B) síndrome respiratória aguda grave. Tratamento ambulatorial: hidratação, repouso, sintomático (paracetamol ou dipirona) para o quadro de febre e o uso de antiviral específico (Oseltamivir) por 5 dias
 - (C) síndrome gripal. Tratamento ambulatorial: hidratação, repouso e sintomático (paracetamol ou dipirona) para o quadro de febre. Sem indicação do antiviral específico (Oseltamivir), por não apresentar fatores de risco para complicações por influenza
 - (D) síndrome gripal. Tratamento ambulatorial: hidratação, repouso, sintomático (paracetamol ou dipirona) para o quadro de febre e o uso de antiviral específico (Oseltamivir) por 5 dias
34. O desenvolvimento pulmonar ocorre em fases e a sua respectiva ordem é:
- (A) fase pseudoglandular, canalicular, sacular e alveolar
 - (B) fase embrionária, pseudoglandular, canalicular, sacular e alveolar
 - (C) fase pseudoglandular, sacular, canalicular e alveolar
 - (D) fase embrionária, canalicular, pseudoglandular, sacular e alveolar
35. Em relação a infecção pelo vírus influenza devemos considerar SRAG quando, além dos sinais da síndrome gripal, o paciente apresentar dispneia e o seguinte sinal de gravidade:
- (A) sibilos e roncos na ausculta pulmonar
 - (B) tosse produtiva e secreção purulenta
 - (C) Sat O₂ > 95%
 - (D) hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente
36. Após a primeira dose de medicação para tratamento de tuberculose pulmonar com RHZ uma criança, de 5 anos de idade, apresentou reação exantemática grave em tronco. A conduta recomendada é:
- (A) manter o tratamento e associar anti-histamínico oral até a melhora das lesões
 - (B) suspender a rifampicina e iniciar esquema especial alternativo com levofloxacino
 - (C) manter o tratamento e associar corticoide oral até a melhora das lesões
 - (D) suspender a medicação, aguardar melhora das lesões e reintroduzir droga a droga

37. Com base no ACT (Asthma Control Test) um paciente com relato de absenteísmo escolar, apresentando sintomas noturnos mais que duas vezes por semana e necessitando de salbutamol spray duas vezes por dia nas últimas 4 semanas, deve ser classificado como:
- (A) asma persistente moderada
 - (B) asma grave
 - (C) asma não controlada
 - (D) asma parcialmente controlada
38. A tomografia computadorizada de tórax apresenta maior sensibilidade e especificidade que a radiografia simples para diagnóstico de pneumonias virais e deve ser indicada quando a evolução clínica é não satisfatória ou em grupos de risco. Entre as opções abaixo o achado tomográfico guarda menor correlação com o diagnóstico de COVID-19 é:
- (A) derrame pleural
 - (B) padrão em vidro fosco
 - (C) sinal do halo invertido
 - (D) consolidações periféricas
39. Crianças menores de 2 anos de idade, com doenças pulmonares crônicas têm maior chance de desenvolver quadro grave pelo novo coronavírus e desenvolver Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) ou deterioração clínica. Entre as opções assinale o agravo considerado como fator de menor risco para este:
- (A) fibrose cística
 - (B) asma controlada
 - (C) diabetes mellitus
 - (D) insuficiência renal
40. Em relação à rinite alérgica, podemos afirmar que:
- (A) seu diagnóstico é fundamentalmente clínico
 - (B) o tratamento com corticoides tópicos nasais não é indicado
 - (C) lavagem nasal com solução salina é o principal tratamento
 - (D) não há relação com a asma alérgica