



CONCURSO PÚBLICO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
2017

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

**MÉDICO PEDIATRIA - MEDICINA INTENSIVA  
PEDIÁTRICA**

ATENÇÃO

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do **CARTÃO-RESPOSTA**.
2. A prova deverá ser feita, obrigatoriamente, a caneta esferográfica, **fabricada em material incolor e transparente**, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que **contém 60 (sessenta) questões de múltipla escolha**, cada uma com **4 (quatro) alternativas (A,B,C e D)**, distribuídas da seguinte forma:

QUESTÕES	
Língua Portuguesa	de 01 a 10
SUS	de 11 a 20
Específico do cargo / Especialidade médica com área de atuação	de 21 a 60

4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no **CARTÃO-RESPOSTA**, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico:

*“Infelicidade é uma questão de prefixo”*

5. Em hipótese alguma haverá substituição do **CARTÃO-RESPOSTA** por erro do candidato.
6. O telefone celular deverá permanecer desligado e acondicionado 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 prova.
7. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
8. Durante a prova não será admitida qualquer espécie de consulta ou comunicação entre os candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. Somente após decorrida **1 (uma) hora do início da prova**, o candidato, ainda que tenha desistido do concurso, poderá entregar o **caderno de questões, o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto.
10. O candidato que terminar a prova **antes dos 30 minutos finais**, entregará, obrigatoriamente, ao fiscal de sala, o caderno de questões, e o **cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita, sob pena de exclusão do certame**.
11. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no **CARTÃO-RESPOSTA**.
12. O candidato somente poderá retirar-se do local de realização das provas levando o caderno de questões no decurso dos últimos 30 minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. **Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.**
15. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>

Boa Prova!

## LÍNGUA PORTUGUESA

## A arte de envelhecer

Achei que estava bem na foto. Magro, olhar vivo, rindo com os amigos na praia. Quase não havia cabelos brancos entre os poucos que sobreviviam. Comparada ao homem de hoje, era a fotografia de um jovem.

Tinha cinquenta anos naquela época, entretanto, idade em que me considerava bem distante da juventude. Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.

O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção: o feto de seis meses é muito mais velho do que o embrião de cinco dias.

Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação. Não há animal capaz de criar soluções diante da adversidade como nós, de sobreviver em nichos ecológicos que vão do calor tropical às geleiras do Ártico.

Da mesma forma que ensaiamos os primeiros passos por imitação, temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.

A adolescência é um fenômeno moderno. Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários. Nas comunidades agrárias, o menino de sete anos trabalhava na roça e as meninas cuidavam dos afazeres domésticos antes de chegar a essa idade.

A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial. Bem mais cedo, nossos avós tinham filhos para criar.

A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais. Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética, os costumes e os padrões de comportamento característicos dessa faixa etária tem o efeito perverso de insinuar que o declínio começa assim que essa fase se aproxima do fim.

A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados. Sócrates tomou cicuta aos setenta anos, Cícero foi assassinado aos 63, Matusalém sabe-se lá quantos anos teve, mas seus contemporâneos gregos, romanos ou judeus viviam em média trinta anos. No início do século XX, a expectativa de vida ao nascer, nos países da Europa mais desenvolvida, não passava dos quarenta anos.

A mortalidade infantil era altíssima, epidemias de peste negra, varíola, malária, febre amarela, gripe e tuberculose dizimavam populações inteiras. Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas. Que sentido haveria em pensar na velhice, quando a probabilidade de morrer era tão alta? Seria como hoje preocupar-nos com a vida aos cem anos de idade, que pouquíssimos conhecerão.

Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta. Se assim for, é preciso sabedoria para aceitar que nossos atributos se modificam com o passar dos anos. Que nenhuma cirurgia devolverá, aos sessenta, o rosto que tínhamos aos dezoito, mas que envelhecer não é sinônimo de decadência para aqueles que se movimentam, não fumam, comem com parcimônia, exercitam a cognição e continuam atentos às transformações do mundo.

Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre. Julgar, aos oitenta anos, que os melhores foram aqueles dos quinze aos 25 é não levar em conta que a memória é editora autoritária, capa de suprimir por conta própria as experiências traumáticas e relegar ao esquecimento as inseguranças, medos, desilusões afetivas, riscos necessários e as burradas que fizemos nessa época.

Nada mais ofensivo para o velho do que dizer que ele tem

“cabeça de jovem”. É considerá-lo mais inadequado do que o rapaz de vinte anos que se comporta como criança de dez.

Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.

Drauzio Varella

VARELLA, Drauzio. *Palavra de médico: ciência, saúde e estilo de vida*. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 93-95.

01. “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” (4º parágrafo). A palavra em destaque indica, nesse contexto, a qualidade daquilo que é
  - (A) inelutável
  - (B) incoercível
  - (C) insofismável
  - (D) inextinguível
02. “Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética...” (8º parágrafo). A palavra em destaque está empregada com o sentido de:
  - (A) absorver
  - (B) restringir
  - (C) demarcar
  - (D) aproximar
03. No decorrer do texto, certas ideias essenciais são reiteradas. Assim, uma afirmação contida em uma frase pode ser reforçada e ampliada por outra, mais adiante, tal como se verifica em:
  - (A) “Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta.” / “Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre.”
  - (B) “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” / “Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários.”
  - (C) “A adolescência é um fenômeno moderno.” / “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial.”
  - (D) “A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados.” / “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.”
04. De acordo com o 11º parágrafo, são atributos essenciais de quem sabe envelhecer:
  - (A) rigor e flexibilidade
  - (B) frugalidade e obstinação
  - (C) comedimento e sobriedade
  - (D) discernimento e intemperança
05. “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.” (10º parágrafo). A expressão grifada substitui outra mais chocante, suavizando a ideia que ela traz. Recurso expressivo semelhante ocorre na seguinte frase:
  - (A) De forte constituição, não teve quase nenhuma doença de menino.
  - (B) Pare de se preocupar com coisas fúteis, liberte-se da doença do consumo.
  - (C) O paciente foi submetido a exame para detecção de doença do trato digestivo.
  - (D) Antigamente, as pessoas com doença de pele eram afastadas do convívio social.

06. “Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.” (último parágrafo) A oração destacada guarda, com o restante do período, a mesma relação expressa na seguinte frase:
- (A) Mesmo que se aceite a ideia, a velhice tem sabor assaz amargo.
- (B) Temos de aceitar com resignação a velhice, até porque não nos resta outra saída.
- (C) Já que a vida era tão curta, nossos ancestrais não se preocupavam com a senectude.
- (D) À medida que envelhecemos, vamos aceitando as contradições e ambiguidades do mundo.
07. “Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.” (2º parágrafo) A palavra semelhante, que nessa frase é um adjetivo, tem a possibilidade de assumir outro significado e classe gramatical quando anteposta ao substantivo. Essa mesma possibilidade caracteriza a palavra destacada na seguinte frase:
- (A) A memória suprime por conta própria experiências traumáticas.
- (B) A criatura temível era onipresente em nossas vidas.
- (C) Havia probabilidade elevada de morrer cedo.
- (D) Aprender a viver é adquirir luz própria.
08. “A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais.” (8º parágrafo). O adjetivo em destaque é empregado no sentido figurado. O mesmo ocorre na seguinte frase:
- (A) O estranho objeto espalhava por toda a praia uma luz argêntea.
- (B) O projeto prevê a construção de uma estufa de paredes vítreas.
- (C) A exposição a fluidos corpóreos oferece riscos a profissionais da saúde.
- (D) Os direitos individuais e coletivos constituem cláusula pétrea de nossa constituição.
09. Está destacado um pronome relativo no seguinte fragmento do texto:
- (A) “Achei que estava bem na foto.” (1º parágrafo)
- (B) “O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção...” (3º parágrafo)
- (C) “...é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.” (2º parágrafo)
- (D) “... temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.” (5º parágrafo)
10. “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu...” (7º parágrafo) A palavra mal assume, nesse fragmento, o mesmo valor semântico que tem na seguinte frase:
- (A) A comida não ficou boa, pois a carne estava mal cozida.
- (B) Pouco se me dá que falem mal de mim.
- (C) Ele tratava muito mal os empregados.
- (D) Mal saiu de casa, começou a chuva.

## SUS

11. O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Trata-se de uma resposta institucional às demandas da sociedade brasileira, no que se refere à saúde pública como direito do cidadão e dever do Estado. No plano normativo, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementariedade do setor privado compõem um conjunto de princípios constitucionais que:
- (A) regem a organização do SUS
- (B) fundamentam a doutrina do SUS
- (C) podem ser considerados pelo gestor local de saúde
- (D) podem ser considerados pelo gestor municipal, estadual e federal
12. De acordo com os princípios constitucionais, não há hierarquia entre os entes federados; o que há é a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, apresenta as Comissões Intergestoras como lócus de pactuação consensual entre os entes federativos para a organização e funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. A Comissão Intergestora Bipartite (CIB) pode ser definida como:
- (A) instância com a finalidade de desenvolver atividades ou implementar projetos comuns a grupos de municípios, racionalizando a aplicação de recursos financeiros e materiais
- (B) colegiado composto por secretários municipais de saúde com a função de formular e propor políticas, promover o intercâmbio de experiências, apoiar os municípios e representá-los na CIT
- (C) fórum para o processo de descentralização das ações de saúde; nesse espaço, representantes do governo estadual e dos municípios articulam-se e realizam as suas pactuações
- (D) conselho constituído por usuários, trabalhadores de saúde e representantes do governo e prestadores de serviço; tem a função deliberativa, consultiva e fiscalizadora das ações e serviços de saúde do município
13. A aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) em 2000 determinou a vinculação de percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. A Lei Complementar nº 141 (LC 141), Capítulo III, Seção I, artigos 6º e 7º fixou para os Municípios o percentual mínimo de:
- (A) 7 %
- (B) 12 %
- (C) 15 %
- (D) 22 %
14. Indicadores de saúde são medidas sínteses que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde dos indivíduos e populações, bem como do desempenho do sistema de saúde. Segundo a Resolução CIT nº 2, de 16 de agosto de 2016, que dispõe sobre os 29 indicadores constantes do processo nacional de pactuação interfederativa, os indicadores podem ser classificados em dois tipos, a saber:
- (A) ampliado ou restrito
- (B) universal ou específico
- (C) primário ou secundário
- (D) tradicional ou inovador

15. O Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão são instrumentos de planejamento do SUS que devem se interligar sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento com vistas à operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. Dentre esses instrumentos, o Plano de Saúde se destaca por ser o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Já a Programação Anual de Saúde se caracteriza por ser um instrumento de planejamento que:
- operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo atualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados no ano de referência
  - faz parte da análise situacional, contendo as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera
  - consiste no balanço da execução, do acompanhamento, da avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção
  - subsidiar os gestores do SUS na prestação de contas quadrimestral das ações do Plano de Saúde operacionalizadas
16. Nas etapas de confecção do Plano de Saúde, após a elaboração da análise situacional é possível avançar no estabelecimento das diretrizes e prioridades que o nortearão. É importante lembrar que as diretrizes expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias que são estabelecidas visando responder às necessidades de saúde da população identificadas na análise situacional. Objetivos e metas no Plano de Saúde devem expressar, respectivamente:
- os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
  - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
  - os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros adotados para aferir o alcance dos objetivos
  - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e as características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde
17. Para assegurar resolutividade na rede de atenção, a qualidade na prestação de serviços de saúde é um dos objetivos fundamentais da Rede de Atenção à Saúde. Segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qualidade na atenção em saúde pode ser compreendida considerando seis dimensões, a saber:
- suficiência, efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e simplicidade
  - segurança; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e equidade
  - impessoalidade; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e bondade
  - efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência, liberdade de escolha e acesso
18. A fim de fortalecer as ações de transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle, a Lei Complementar nº 141/2012 dispõe sobre a obrigatoriedade dos órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de dar ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, às prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade. A prestação de contas realizada pelo município no Relatório Anual de Gestão (RAG), deverá ocorrer mediante:
- a apresentação do RAG na Comissão Intergestora Tripartite para aprovação
  - a apresentação do RAG em audiência pública na respectiva Câmara de Vereadores
  - o envio do RAG ao COSEMS, até o dia 30 de setembro do ano seguinte ao da execução financeira
  - o envio do RAG ao respectivo Conselho Municipal de Saúde, cabendo a este emitir parecer conclusivo
19. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS. Segundo a referida portaria, uma das razões para se organizar a rede de atenção à saúde é que:
- a informatização dos serviços é fundamental, assim como o uso de computador em todos os pontos de atenção à saúde
  - as regiões mais desenvolvidas devem ser priorizadas para implantação de ferramentas de micro gestão de serviços de saúde
  - o quadro sanitário atual e o perfil epidemiológico da população permitem a simplificação do cuidado em saúde
  - o modelo de atenção à saúde vigente tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e futuros
20. A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, **NÃO** é atribuição específica dos médicos:
- ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção Básica transferidos aos municípios
  - realizar consultas e procedimentos clínicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.)
  - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo a coordenação do cuidado
  - contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe

#### MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA

21. Paciente de 9 anos de idade, sexo feminino, é admitida na emergência com história de perda de peso, poliúria e polidipsia. À admissão, apresentava-se desidratada, taquicárdica e taquipneica. A gasometria arterial revelava acidose moderada com  $\text{pH}=7,20$  bicarbonato de  $8\text{mEq/L}$  e glicemia de  $488\text{mg/dL}$ . Após a expansão inicial com soro fisiológico, foi iniciada a insulino terapia com insulina regular em infusão contínua. A redução da glicemia será gradual devendo ocorrer dentro dos seguintes valores a cada hora:
- 50 a  $100\text{mg/dL}$
  - 40 a  $110\text{mg/dL}$
  - 50 a  $120\text{mg/dL}$
  - 40 a  $130\text{mg/dL}$

22. Paciente de 4 anos de idade, sexo masculino, vítima de acidente automobilístico com traumatismo crânioencefálico apresentava-se bradicárdico, hipertenso e com rebaixamento do nível de sensório (Glasgow 7). Transferido para o CTI Pediátrico, foi sedado e intubado. Após a estabilização hemodinâmica, foi realizada a colocação de um cateter de pressão intra-craniana (PIC). Os dados clínicos do paciente são FC= 57 bpm ; PA= 115x52(73) mmHg; PIC= 18 mmHg. Com base nesses dados, pode-se afirmar que a pressão de perfusão cerebral é:
- (A) 55 mmHg  
(B) 65 mmHg  
(C) 45 mmHg  
(D) 75 mmHg
23. As pneumonias associadas à ventilação mecânica (PAV) são responsáveis por um grande número de infecções nosocomiais e os protocolos de desmame ventilatório que reduzem o tempo de intubação são importantes na sua prevenção. A medida que pode reduzir o risco de pneumonia associada à ventilação mecânica é:
- (A) uso de sistema aberto  
(B) uso de antibioticoterapia profilática  
(C) uso de tubos traqueais com balonete  
(D) intubação nasotraqueal em vez de orotraqueal
24. Paciente de 12 anos de idade, sexo feminino, previamente hígida foi trazida à emergência com história de febre de 38-38,5° C durante 3 dias, associada a mialgia e cefaleia intensa. Apesar do desaparecimento da febre, a paciente encontrava-se prostrada, com vômitos e dor abdominal. O exame físico revelava: paciente acordada mas sonolenta, taquicárdica (FC= 110 bpm), acianótica, FR= 22 inc/min, pulsos finos, perfusão periférica igual a 4s, pressão arterial adequada para a idade. Segundo o manual "Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança" (5ª ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2016) o estadiamento clínico e a conduta inicial adequada, nesse caso, são, respectivamente:
- (A) categoria D e expansor plasmático, com albumina 0,5-1 g/kg  
(B) categoria D e solução salina 20 mL/kg em 20min, repetindo-se, se necessário, até 3 vezes  
(C) categoria C e solução salina 20 mL/kg em 20min, repetindo-se, se necessário, até 3 vezes  
(D) categoria C e reposição volêmica com 10 mL/kg de soro fisiológico a 0,9%, na primeira hora
25. As queimaduras de mais de 10 a 20% de superfície corporal em crianças desencadeiam alterações locais e sistêmicas significativas. A respeito dessas alterações e do adequado tratamento desses pacientes, é correto afirmar que:
- (A) após as queimaduras, ocorre redução do fibrinogênio e dos fatores V e VIII  
(B) devido à gastroparesia, deve-se dar preferência à nutrição por via parenteral  
(C) na fase inicial (12-24h) de estresse, a fase "ebb", há aumento da taxa metabólica seguida pela fase "flow", na qual ocorre catabolismo intenso  
(D) o sequestro de plaquetas na região queimada leva à trombocitopenia nos primeiros dias, seguida de trombocitose relacionada à resposta medular
26. A identificação precoce dos pacientes em morte encefálica (ME) é fundamental, pois, após a sua constatação, os órgãos podem ser considerados potencialmente aptos à doação. O intervalo entre os exames confirmatórios em crianças varia de acordo com a faixa etária. De acordo com a Resolução do CFM nº 1.480/97, para a realização dos eletroencefalogramas em um bebê de 11 meses, é necessário um intervalo de:
- (A) 6 horas entre um e outro  
(B) 12 horas entre um e outro  
(C) 24 horas entre um e outro  
(D) 48 horas entre um e outro
27. Um lactente de 1 ano e 6 meses de vida, internado na UTI Pediátrica por pneumonia com derrame pleural, evoluiu com fadiga progressiva, gemência e queda da saturação, apesar da instituição da ventilação não invasiva. Durante a intubação, o bebê apresentou diminuição da expansibilidade torácica muito reduzida e necessidade de aumento de pressão para ventilação adequada. O antagonista que deverá ser administrado para reverter a rigidez torácica é:
- (A) naloxane  
(B) flumazenil  
(C) neostigmina  
(D) pralidoxima
28. Um lactente de 9 meses de vida iniciou quadro de tosse seca, coriza e febre baixa há 48 horas. A mãe refere que o irmão encontra-se "gripado". O raio X de tórax evidenciou hiperinsuflação pulmonar. Suspensa a dieta por via oral, foi iniciada a oxigenioterapia, entretanto, houve piora clínica progressiva com tiragem subcostal significativa e queda da saturação. A criança foi então sedada, intubada e colocada em ventilação mecânica. Os parâmetros ventilatórios iniciais a serem definidos são pressão inspiratória positiva (PIP), tempo inspiratório (TI), tempo expiratório (TE), frequência respiratória (FR) e pressão expiratória positiva final (PEEP) e devem seguir as seguintes recomendações:
- (A) manter pico de PIP elevado, TI longo, TE normal, FR normal, PEEP (3-5 cmH2O)  
(B) manter pico de PIP elevado, TI longo, TE prolongado, FR baixa, PEEP (3-5 cmH2O)  
(C) manter pico de PIP elevado, TI curto, TE prolongado, FR elevada, PEEP (3-5 cmH2O)  
(D) manter pico de PIP reduzido, TI longo, TE prolongado, FR elevada, PEEP (3-5 cmH2O)
29. Um adolescente de 13 anos de idade, submetido a cirurgia de retirada de um tumor hipofisário, evoluiu com hiponatremia. Os dados clínicos e laboratoriais que confirmam a hipótese diagnóstica de síndrome inapropriada do hormônio antidiurético são:
- (A) hipovolemia, osmolaridade sérica baixa e sódio urinário baixo  
(B) hipovolemia, osmolaridade sérica baixa e sódio urinário normal  
(C) retenção hídrica, osmolaridade sérica baixa e sódio urinário elevado  
(D) retenção hídrica, osmolaridade sérica normal e sódio urinário elevado
30. Paciente de 2 anos e 8 meses de vida foi trazida pelos pais após queda de uma altura aproximada de 2,5 metros. Apresentava crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Foi ofertado oxigênio e verificada a glicemia, que se encontrava dentro dos limites da normalidade. Decorridos 10 minutos e após administração de 3 doses consecutivas de diazepam (0,5 mg/Kg dose), não houve resposta clínica. A droga de escolha a ser utilizada a seguir é:
- (A) propofol  
(B) tiopental  
(C) fenitoína  
(D) fenobarbital
31. A conduta inicial adequada diante de uma criança com taquicardia supraventricular com pulso palpável e sinais de instabilidade hemodinâmica (hipotensão e hipoperfusão periférica) é:
- (A) amiodarona 5 mg/Kg  
(B) desfibrilação dose de 0,5-1 J/Kg  
(C) cardioversão elétrica na dose inicial de 2 J/Kg  
(D) cardioversão elétrica na dose inicial de 0,5-1 J/Kg

32. Paciente de 3 anos de idade, sexo feminino, vítima de afogamento, por submersão em água doce, é recebida na emergência. Após a ressuscitação cardiopulmonar, a temperatura corporal central, é monitorizada. Em relação às medidas de estabilização de paciente afogado, é correto afirmar que:
- em pacientes vítimas de PCR e comatosos entre 32°C e 34°C, a velocidade de aquecimento não deve ultrapassar 0,5°C a cada duas horas
  - os pacientes não devem ser declarados legalmente mortos até que a temperatura corporal seja restaurada a 35°C
  - para prevenir a lesão cerebral, deve-se atingir uma PO<sub>2</sub> em torno de 100 mmHg e a uma PCO<sub>2</sub> mantida abaixo de 30 mmHg
  - os diuréticos devem ser utilizados no tratamento do edema pulmonar secundário ao afogamento
33. Paciente internado na UTI Pediátrica apresentava ao ECG, um QRS alargado compatível com a hipótese de taquicardia ventricular. No momento do exame, estava normotensa, com bons pulsos e com boa perfusão periférica. A conduta adequada nesse momento é:
- verapamil 0,1 mg/Kg
  - amiodarona 5 mg/Kg IV
  - adenosina 0,1 mg/Kg IV
  - desfibrilação 0,5-1 unidade/Kg
34. A avaliação da pressão venosa central é importante na compreensão do mecanismo fisiopatológico envolvido no choque. A avaliação dos dados clínicos do paciente associada à medida da PVC auxilia na escolha da melhor abordagem a ser adotada para o tratamento. A situação clínica, em que ocorre choque com PVC aumentada é :
- sepsis
  - anafilaxia
  - hemorragia
  - tamponamento cardíaco
35. O reconhecimento precoce e a adequada abordagem do choque podem reduzir a morbidade e mortalidade em crianças e adolescentes. A ressuscitação precoce tem como objetivo atingir variáveis fisiológicas dentro das primeiras 6 horas. Uma das metas a serem atingidas, nesses casos, é manter:
- a diurese horária acima de 2,0 ml/Kg/h
  - a pressão venosa central (PVC) acima de 14
  - a pressão arterial sistólica acima de 55 mmHg
  - a saturação venosa de oxigênio (SCvO<sub>2</sub>) igual ou maior que 70%
36. Um menino de 2 anos de idade com história de infecções bacterianas recorrentes, atualmente em investigação para imunodeficiência, foi internado com quadro de sepsis e anemia. Durante o curso da internação, foi necessário realizar hemotransfusão. No terceiro dia após a hemotransfusão, o paciente iniciou febre de 38-38,5°C e anorexia. Evoluiu com náusea, vômitos, diarreia aquosa, erupção cutânea eritematosa maculopapular em face e tronco associada à disfunção hepática e pancitopenia. O provável diagnóstico da complicação relacionada à transfusão é:
- reação anafilática
  - reação transfusional hemolítica
  - reação transfusional não hemolítica
  - doença do enxerto-versus-hospedeiro pós-transfusional
37. Diversos mecanismos fisiopatológicos podem estar envolvidos no desenvolvimento da insuficiência renal aguda em pacientes graves, como hipóxia, hipoperfusão e o uso de drogas nefrotóxicas. A avaliação da função renal e o desenvolvimento de sistemas de avaliação das lesões renais visam à detecção precoce dessas alterações. Segundo o sistema AKIN (Acute Kidney Injury Network) a classe 1 (AKIN1) de alteração da função renal é a que apresenta aumento da creatinina sérica maior ou igual a:
- 0,3 mg/dL ou 1,5-2 vezes a creatinina basal
  - 0,5 mg/dL ou 2-3 vezes a creatinina basal
  - 0,6 mg/dL ou 1,5-2 vezes a creatinina basal
  - 0,8 mg/dL ou 2 vezes a creatinina basal
38. O pediatra é chamado para atender uma criança internada com diagnóstico de meningite. Foi constatada que a criança encontrava-se em parada cardiorrespiratória. Após iniciar o CAB da reanimação, foi colocado o monitor cardíaco que revelou um ritmo de fibrilação ventricular. O algoritmo correto a ser utilizado na reanimação dessa criança é:
- RCP e acesso IV/IO, epinefrina, RCP, desfibrilação 2-4J/Kg, RCP, desfibrilação 4J/Kg
  - RCP, desfibrilação 2-4J/Kg, RCP e acesso IV/IO, desfibrilação 4J/Kg, RCP, epinefrina
  - RCP, desfibrilação 2-4J/Kg, RCP e acesso IV/IO, epinefrina, RCP, desfibrilação 4J/Kg
  - RCP e acesso IV/IO, desfibrilação 2-4J/Kg, RCP, epinefrina, RCP, desfibrilação 4J/Kg
39. Apesar dos avanços no tratamento, a meningite continua sendo causa importante de mortalidade pediátrica, principalmente quando ocorre demora no diagnóstico ou no início do tratamento. A meningite que frequentemente cursa com paralisia de pares cranianos e hidrocefalia é:
- meningite fúngica
  - meningite herpética
  - meningite tuberculosa
  - meningite bacteriana
40. Um adolescente de 13 anos de idade, peso= 56 Kg, vítima de acidente automobilístico, foi trazido à emergência apresentando traumatismo craneioencefálico, trauma torácico e fraturas em membros inferiores. O paciente encontrava-se comatoso, com palidez cutaneomucosa significativa, pulsos finos e extremidades frias. Garantidos os acessos venoso e de via aérea, o paciente recebeu 60 mL/Kg de soro fisiológico e 2000 mL de concentrado de hemácias; no entanto, o débito do dreno de tórax colocado para drenagem de hemotórax mantinha-se muito elevado nas últimas 3 horas, sendo indicada a cirurgia de urgência. Os exames, nesse momento, revelaram: fibrinogênio = 0,9 g/L e Hgb= 6,0 g/dL. A conduta adequada para esse paciente é:
- concentrado de hemácias, plasma fresco, plaquetas e reposição de fator 8
  - concentrado de hemácias, plasma fresco, plaquetas e crioprecipitado
  - concentrado de hemácias, plasma fresco e crioprecipitado
  - concentrado de hemácias, plasma fresco e plaquetas
41. No tratamento da crise aguda de asma grave, é correto afirmar que:
- o uso recente de antibióticos é fator de risco de exacerbação da asma
  - a ventilação não invasiva pode ser utilizada em caso de crises asmáticas com apneia
  - o uso de aminofilina está recomendado como droga de primeira linha nos quadros mais severos em pediatria
  - por seu efeito broncodilatador, a cetamina é uma boa opção como sedativo nos casos de obtenção de via aérea e ventilação mecânica invasiva

42. Na ventilação oscilatória de alta frequência em terapia intensiva pediátrica, observa-se que:
- a inspiração se dá de forma passiva e a expiração, de forma ativa
  - o volume corrente habitualmente empregado é menor que o espaço morto
  - a redução da pressão média de via aérea aumenta o conteúdo de  $O_2$  arterial e a pressão de  $O_2$  arterial
  - o aumento da frequência respiratória do aparelho tem como efeito a redução da pressão de  $CO_2$  arterial
43. Quanto às drogas utilizadas para sedação e analgesia, é correto afirmar que:
- a dexmedetomidina é um potente agonista alfa 1
  - a cetamina está contraindicada nos pacientes com hipertensão intracraniana
  - o midazolam age a partir de sua ligação com receptores do tipo GABA e sua principal via de eliminação é a renal
  - a infusão por tempo prolongado de propofol em pediatria está associada a acidose metabólica, lipemia e arritmias
44. No que diz respeito à terapêutica de trombose venosa profunda no paciente pediátrico, é correto afirmar que:
- a heparina de baixo peso molecular relaciona-se à osteopenia do recém nascido
  - a heparina de baixo peso molecular é usada na profilaxia secundária, nos eventos de trombose venosa
  - em recém nascidos e lactentes jovens, recomenda-se a utilização de antagonistas de vitamina K nos casos de trombose venosa profunda
  - no sangramento significativo após o uso de heparina não fracionada, o emprego do sulfato de protamina tem ação lenta na reversão dos efeitos de sangramento e sua dose independe da quantidade de heparina utilizada
45. No que se refere à ventilação mecânica invasiva, é correto afirmar que:
- no modo pressão controlada, a pressão de pico é igual à pressão de platô
  - quanto mais horizontal a curva de histerese, melhor a complacência pulmonar do paciente
  - no cálculo da complacência dinâmica, emprega-se a fórmula complacência dinâmica = volume corrente/pressão de platô - PEEP
  - a pressão de suporte é um modo de ventilação assistido com fluxo crescente, em que o operador determina o tempo inspiratório e o volume corrente gerado depende da pressão de suporte preestabelecida
46. Com referência ao manejo das emergências hipertensivas é correto afirmar que:
- a nifedipina diminui o fluxo sanguíneo cerebral e pode causar hipotensão severa
  - na hipertensão aguda grave recomenda-se reduzir os níveis tensionais em, no máximo, 40% na primeira hora
  - a hidralazina é um vasodilatador de ação arteriolar que pode levar à taquicardia reflexa e é contraindicado na presença de sangramento intracerebral
  - o nitroprussiato de sódio, que tem início de ação entre 30 minutos e 1 hora, requer infusão venosa contínua e monitorização dos níveis de cianeto se for utilizado por mais de 72 horas
47. Em relação à síndrome de *delirium* no paciente pediátrico, é correto afirmar que:
- o *delirium* hiperativo tem prevalência maior que o *delirium* hipoativo
  - níveis sanguíneos diminuídos de dopamina cerebral e de cortisol estão associados ao *delirium* hipoativo
  - o haloperidol é um antipsicótico empregado nos casos de *delirium* com agitação, em crianças menores que 4 anos
  - a utilização de escalas de sedação e analgesia e a interrupção diária da sedação mostraram pouco impacto na diminuição do risco de *delirium* em pediatria
48. A respeito da insuficiência hepática aguda em pediatria, é correto afirmar que:
- o aumento do tamanho do fígado é um sinal de alerta para a doença progressiva
  - na forma grave de encefalopatia hepática grau 4, o eletroencefalograma exhibe ondas de padrão delta
  - a evolução para clínica de encefalopatia apresenta geralmente início insidioso e lento, semelhante ao de pacientes de hepatopatias crônicas
  - de acordo com o "Pediatric Acute Liver Injury",  $INR > 1,5$  é critério para definição de insuficiência hepática aguda, na ausência de encefalopatia clínica
49. Paciente de 6 anos de idade, com história de 5 dias de tosse produtiva e febre alta ( $> 38,8^\circ C$ ), dá entrada na emergência com clínica de taquidispneia (65 incursões por minuto), taquicardia (180 batimentos por minuto), vasodilatação palmoplantar com tempo de enchimento capilar rápido ( $< 2$  segundos) e hipotensão (pressão arterial média de 40 mmHg). Após ressuscitação volêmica com solução cristaloide ( $> 40$  mL/kg na primeira hora), o paciente persiste vasodilatado, taquicárdico, com saturação venosa de  $O_2$  de veia cava superior  $< 70\%$ , hipotenso, (pressão arterial média de 35 mmHg). Iniciou-se noradrenalina com aumento progressivo da dose até 2 mcg/kg/min. Nesse momento, a melhor opção terapêutica é:
- iniciar vasopressina
  - associar dobutamina em dose de 10 mcg/kg/min
  - realizar nova expansão volumétrica com plasma 20 mL/kg
  - aumentar progressivamente a noradrenalina até 4 mcg/kg/min, associada a adrenalina
50. O tamponamento cardíaco secundário a sangramento no mediastino é uma complicação crítica no pós operatório de cirurgia cardíaca, e que se caracteriza pela seguinte situação clínica:
- bradicardia
  - baixas voltagens no traçado do eletrocardiograma
  - aumento da velocidade do enchimento capilar, com perfusão rápida
  - aumento da pressão arterial média, com o aumento da pressão de pulso
51. A respeito da nova definição de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), de acordo com o critério de Berlim de 2012, é correto afirmar que:
- uma  $PAO_2/FIO_2$  de 101 é característica da forma grave
  - a avaliação da origem do edema pulmonar dispensa o uso do ecocardiograma
  - na forma leve de SDRA a  $PAO_2/FIO_2$  é  $< 300$  e o PEEP  $\geq 5$  cm  $H_2O$ , mesmo nas formas de ventilação não invasiva
  - o intervalo de tempo entre o insulto desencadeante e a piora respiratória deve estar dentro de um período de 15 dias

52. O uso do bicarbonato de sódio no tratamento da acidose metabólica é controverso. O seu emprego pode justificar-se na seguinte situação clínica:
- hipocalemia severa ( $K < 2,5$ )
  - cetoacidose diabética com desidratação severa
  - perda renal de bicarbonato de sódio com  $pH < 7,1$
  - acidose láctica por hipoperfusão tecidual antes da ressuscitação volêmica
53. Pré-escolar em tratamento quimioterápico para leucemia linfoblástica aguda apresenta quadro de febre alta ( $39^{\circ}C$ ), pneumonia bilateral com hipóxia e contagem total de neutrófilos de 400/dL. Tem cateter semi-implantado em membro superior direito. A abordagem antibiótica mais adequada, nesse caso, é:
- amicacina
  - cefepine e vancomicina
  - vancomicina e fluconazol
  - linezolida e anfotericina B
54. Um paciente de 7 anos de idade com linfoma de Burkitt apresenta, após 48 horas de início de quimioterapia, quadro de convulsões tônico clônicas generalizadas e as seguintes alterações laboratoriais: potássio= 6,8 mmol/L, ácido úrico= 9mg/dL, cálcio= 6mmol/L, fósforo= 8 mmol/L. Além da abordagem da convulsão, a conduta mais adequada é:
- hiperidratação (3000 mL/m<sup>2</sup> de superfície corpórea) e rasburicase
  - reposição hídrica basal com soluções sem potássio e correção do cálcio
  - hiperidratação (3000 mL/m<sup>2</sup> de superfície corpórea) e reposição de bicarbonato de sódio 8,4%
  - hiperidratação (3000 mL/m<sup>2</sup> de superfície corpórea) e furosemida para manter débito urinário  $> 3\text{mL/Kg/hora}$
55. Na síndrome perdedora de sal secundária ao trauma de crânio, encontram-se as seguintes características clínicas laboratoriais:
- hipovolemia, Na sérico  $< 135$  mEq/L, osmolaridade urinária elevada e Na urinário  $> 40$  mEq/L
  - euvolemia, Na sérico  $> 135$  mEq/L, osmolaridade urinária normal e Na urinário  $< 40$  mEq/L
  - hipervolemia, Na sérico  $< 135$  mEq/L, osmolaridade urinária diminuída e Na urinário  $< 40$  mEq/L
  - hipovolemia, Na sérico  $< 135$  mEq/L, osmolaridade urinária diminuída e Na urinário  $> 40$  mEq/L
56. Paciente de 9 anos de idade com quadro de leucemia mieloide aguda, no 12º dia de quimioterapia, apresenta cefaleia, visão turva e taquipneia, com saturação de O<sub>2</sub> de 87% em ar ambiente. A radiografia de tórax mostra infiltrado intersticial difuso bilateral. A contagem de leucócitos no hemograma é de 188.000/mL e as plaquetas estão em 15.000/mL. Além das medidas de suporte de vida, a conduta mais adequada é:
- hiperidratação, alcalinização e esteroides
  - pulsoterapia com esteroides e alcalinização
  - hiperidratação, alcalinização, leucoferese e transfusão de plaquetas
  - concentrado de hemácias, diurético de alça e transfusão plaquetária
57. Na aspergilose pulmonar invasiva em paciente imunodeprimido, transplantado de medula óssea, o melhor método para diagnóstico é:
- quantificação da galactomanana
  - lavado broncoalveolar com cultura de secreção para *Aspergillus*
  - testes para detecção de mannan (Mn) ou anticorpo anti-mannan (A-Mn)
  - radiografia de tórax com imagem sugestiva de *Aspergillus* e hemocultura para fungo
58. A oximetria de pulso é amplamente utilizada na monitorização dos pacientes pediátricos em terapia intensiva. Quanto a esse método de monitorização, é correto afirmar que:
- a presença de carboxiemoglobina não interfere na aferição da saturação de O<sub>2</sub>
  - a saturação de O<sub>2</sub> nos casos de vasoconstricção periférica costuma ser fidedigna
  - erros de acurácia na saturação de O<sub>2</sub> devido a movimentos do paciente são infrequentes
  - a presença de quantidade significativa de meta-hemoglobina pode indicar de forma incorreta uma saturação de O<sub>2</sub> maior que a esperada
59. Com referência à utilização de bloqueadores neuromusculares para sequência rápida de intubação, é correto afirmar que:
- a succinilcolina é um agente despolarizante de ação ultrarrápida e a droga de escolha nas doenças neuromusculares
  - o atracúrio tem eliminação por metabolismo hepático e pode causar a liberação de histamina
  - o vecurônio tem início de ação rápida e é metabolizado principalmente no rim
  - o rocurônio tem início de ação rápida com mínimos efeitos hemodinâmicos
60. São características eletrocardiográficas da hipocalemia:
- diminuição da amplitude de R e bradicardia
  - ondas T pontiagudas e aumento do intervalo PR
  - alargamento do QRS e desaparecimento da onda P
  - aparecimento da onda U e depressão do segmento ST