



CONCURSO PÚBLICO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
2017

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

MÉDICO PEDIATRIA

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 a que concorre	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
- PEDIATRIA**
21. A síndrome de Hurler é a forma mais grave de mucopolissacaridose tipo 1 (MPS1), uma doença de armazenamento lisossomal, rara, caracterizada por deformações esqueléticas e atraso no desenvolvimento motor e intelectual. Dentre os achados clínicos característicos de pacientes com essa síndrome, pode-se citar:
- epicanto
  - microcefalia
  - hérnia inguinal
  - hérnia diafragmática

22. “Todo ano, nascem no Brasil cerca de 21 mil crianças com cardiopatia congênita; no mundo são 130 milhões, segundo informações do Instituto Furlanetto – organização que reúne profissionais capacitados para atender aos portadores de malformações cardíacas; a cardiopatia congênita se caracteriza por alterações na estrutura e função do coração, que podem causar mudanças importantes no organismo, impedindo o coração do bebê de funcionar como deveria. É possível que a ingestão de alguns medicamentos, álcool, contato com produtos químicos e infecções, como rubéola, ou diabetes durante a gravidez possam contribuir para o surgimento da doença, mas, muitas vezes, nenhuma causa é encontrada” (revista Crescer 26/06/2015). Dentre os sinais clínicos de crianças com cardiopatias congênitas, a presença de cianose, menor tolerância aos exercícios e mau desenvolvimento físico são descritos na:
- (A) coarctação da aorta  
(B) insuficiência mitral congênita  
(C) transposição dos grandes vasos  
(D) estenose pulmonar com *shunt* intracardíaco
23. “Embora no Brasil não existam estatísticas oficiais sobre o número de crianças que têm morte súbita, ainda é muito comum ver quartos decorados com berços cercados por protetores, ursinhos de pelúcia, cobertores, edredons... Isso quando a recomendação dos médicos é colocar apenas o recém-nascido no berço, em um colchão adequado. Mas por que os pais ainda cultivam esses hábitos? - Muitas vezes, isso acontece por falta de orientação mesmo. Como a maioria dos casos ocorre com bebês que têm entre 2 a 5 meses de vida, eles podem ter ido a poucas consultas com pediatra, diz o pediatra Felipe Monti Lora, chefe do Pronto-Socorro do Hospital Infantil Sabará, de São Paulo. Para Dr. Lora, outro grande fator de risco quando o assunto é morte súbita infantil é colocar o bebê para dormir de bruços. - Alguns pais fazem isso quando a criança tem refluxo porque a posição diminui os sintomas. No entanto, isso aumenta as chances de compressão das vias aéreas, ainda imaturas, possibilitando a diminuição ou até a parada da atividade respiratória, alerta”. (revista Crescer) Dentre os fatores de risco infantil associados à síndrome da morte súbita, pode-se citar:
- (A) sexo feminino  
(B) uso de chupeta  
(C) nascimento pós-termo  
(D) doença febril recente
24. Adolescente de 12 anos de idade com diabetes mellitus tipo 1 procurou o pediatra devido ao aparecimento de lesões cutâneas, assintomáticas, em maior volume na região tibial. A história clínica evidenciou pápulas eritematosas que evoluíram para placas escleróticas amareladas, nitidamente demarcadas e irregulares, com telangectasia central e borda violácea. O diagnóstico mais provável é o:
- (A) morfeia  
(B) líquen escleroso  
(C) granuloma anular  
(D) necrobiose lipóidica
25. Na forma aguda do *kernicterus* neonatal, na fase 3, após a primeira semana do nascimento, uma alteração clínica característica é:
- (A) febre  
(B) estupor  
(C) hipertonia  
(D) sucção fraca
26. “A fibrose cística (FC), também conhecida como doença do beijo salgado ou mucoviscidose, é uma doença genética, ainda sem cura, mas que, se diagnosticada precocemente e tratada de maneira adequada, o paciente poderá ter uma vida praticamente normal, dentro de seus limites. Na maioria das vezes, a FC é diagnosticada já na infância, embora também possa ser diagnosticada na adolescência ou na fase adulta. O gene “defeituoso”, transmitido pelo pai e pela mãe (embora nenhum dos dois manifeste a doença), é responsável pela alteração do transporte de íons através das membranas das células. Chamado de CFTR (regulador de condutância transmembrana da fibrose cística), esse gene intervém na produção de suor, dos sucos digestivos e dos mucos. Isso compromete o funcionamento das glândulas exócrinas que produzem substâncias (muco – secreção pulmonar, suor ou enzimas pancreáticas) mais espessas e de difícil eliminação” (unidospelavida.org.br). Dentre os exames laboratoriais utilizados para a detecção da doença, pode-se citar a:
- (A) imunodifusão radiada  
(B) iontoforese da pilocarpina  
(C) citometria de fluxo laminar  
(D) contraímunoelctroforese cruzada
27. A percepção errônea de “leite fraco” pode ocorrer no excesso de leite ou hiperlactação. Nesses casos, como a criança ingere grande quantidade de leite anterior, pouco calórico, pode voltar a sentir fome em intervalos muito curtos. Além disso, como o leite anterior é rico em lactose, o bebê pode apresentar sinais e sintomas que mimetizam intolerância à lactose. Pode-se pensar em hiperlactação quando ocorrem os seguintes sinais e sintomas na criança:
- (A) engasgos ou tosse durante as mamadas  
(B) manutenção da pega além do previsto  
(C) ganho de peso excessivo  
(D) constipação intestinal
28. Um recém-nato, sexo masculino, com 32 semanas de vida, nasceu por parto vaginal espontâneo. No pós-natal imediato estava em boas condições e não houve necessidade de ressuscitação, mas apresentou uma frequência respiratória de 60 irpm, discreta retração intercostal, leve batimento de asas do nariz e produzia um grunhido expiratório audível quando manipulado. Foi admitido no centro de cuidados intensivos neonatais, sendo colhidos os exames laboratoriais pertinentes, além de culturas, iniciado antibióticos e glicose a 10% a 65 mL/kg/dia. Permaneceu mantendo saturações de oxigênio de 84% com concentração de oxigênio inspirado em torno de 70%. O próximo passo seria colocá-lo em:
- (A) CPAP  
(B) ventilação mecânica  
(C) hipercapnia permissiva  
(D) tenda com oxigênio a 100%
29. “Chikungunya em dialeto da Tanzânia, significa “dobrar-se de dor”. Pelo nome já é possível imaginar o tamanho da dor articular que o vírus provoca nas pessoas infectadas. Apesar de ser uma doença autolimitada, que dura entre sete e dez dias, em alguns casos a dor nas articulações permanece por meses. A febre normalmente mais baixa que a infecção pela dengue e a forte dor articular são alguns dos sintomas desse vírus transmitido pelo mosquito *Aedes aegypti*. Além disso, o chikungunya também pode provocar hepatopatia, linfadenomegalias e erupções na pele. Pela dificuldade de identificar de imediato qual vírus está atacando a pessoa, os médicos também proibem o uso de AAS, pelo risco de hemorragias.” (ultimosegundo.ig.com.br). O período de viremia no ser humano, pelo vírus da chikungunya, dura cerca de:
- (A) 3 dias  
(B) 5 dias  
(C) 10 dias  
(D) 15 dias

30. Recém-nascidos com doença hemolítica isoimune e com aumento da bilirrubina sérica total, apesar da fototerapia intensiva, ou em até 2-3 mg/dL (34-51 Mmol/L) do nível de exangüíneo transfusão, devem receber:
- interferon
  - imunoglobulina
  - dexametasona
  - fator de transferência
31. A administração precoce de resgate do surfactante profilático (administrado dentro de 15 minutos do nascimento), utilizado em bebês intubados nascidos com menos de 30 semanas de gestação, reduz a frequência de:
- pneumotórax
  - derrame pleural
  - aspiração pulmonar
  - bronquiolite obliterante
32. Lactente com 5 meses de vida, sexo feminino, previamente hígida, foi atendida na unidade de pronto-socorro pediátrica, febril, toxêmica e apresentando lesões cutâneas de rápida evolução. A história progressiva fazia referência a vacina contra hepatite há 12 dias, sendo que pouco tempo após passou a ter febre e a mãe percebeu lesão na região glútea, que se iniciou como vesícula, evoluiu para bolha e ulceração local com conteúdo necrótico. Diagnosticou-se furunculose em uma Unidade de Pronto Atendimento, sendo medicada com penicilina benzatina. Como não se observou melhora, foi encaminhada ao hospital de referência, onde recebeu cuidados tópicos e oxacilina venosa, porém sem melhora. Ao exame dermatológico de entrada, constatou-se a presença de seis lesões, em diferentes estágios de evolução, de localização perianal, perineal, glútea e na dobra inguinocrural. As lesões referidas como iniciais apresentavam aspecto de ulceração com necrose central, borda elevada edematosa e eritematosa. Foi diagnosticado ectima gangrenoso. O agente etiológico mais comum é:
- stafilococo MRSA
  - pseudomonas
  - estreptococo
  - bacterioide
33. Thiago possui 1 ano de idade e seus pais estavam muito preocupados com seu desenvolvimento; levaram-o ao pediatra que não identificou nenhuma anormalidade no lactente; os cuidadores foram devidamente tranquilizados. Nessa faixa etária é esperado que a criança:
- beba água segurando um copo
  - toque uma campainha propositadamente
  - possua as pernas com aparência de genu valgo
  - comece a pronunciar os primeiros monossílabos
34. Durante o primeiro ano de vida, algumas crianças, durante o choro e birras, prendem a respiração até perderem a consciência, ocasionalmente chegando a uma rápida crise convulsiva. Nesse caso, a orientação mais apropriada aos pais é:
- que intercedam durante o início do comportamento desafiador colocando calmamente a criança em pausa ou descanso durante 2 a 3 minutos
  - utilizem preventivamente diazepam retal, assim que o processo de choro intenso inicie, evitando a complexidade do evento
  - administrem diariamente fenobarbital até que a criança complete o terceiro ano de vida, quando em geral essa crises desaparecem
  - usem manobra vagal, pressionando levemente a carótida durante a crise de choro, restando a intensidade do evento clínico
35. A laringomalacia é definida como o distúrbio caracterizado pelo colapso das cartilagens laringeas durante a inspiração, com obstrução da glote. Ela é a anomalia mais comum da laringe, bem como a causa mais frequente de estridor na criança. Grandes séries de pacientes com anormalidades da laringe têm mostrado que a laringomalacia representa 50 a 75% dos diagnósticos. A manifestação característica da laringomalacia é o estridor inspiratório intermitente. O estridor usualmente aparece nas duas primeiras semanas de vida, é exacerbado pelo choro, agitação ou exercício, e melhora com a extensão do pescoço. Nos pacientes com eventos potencialmente graves, *cor pulmonale*, cianose e falha no desenvolvimento, o tratamento recomendado é:
- nebulização com corticoide até o segundo ano de idade
  - corticoide oral matinal nos primeiros meses de vida
  - supraglotoplastia endoscópica
  - conduta expectante
36. Nas crianças com prolapso da válvula mitral, o eletrocardiograma característico apresenta-se:
- com desvio do eixo para a direita e evidência de hipertrofia ventricular; onda R dominante aparecendo nas derivações torácicas precordiais direitas
  - usualmente normal, podendo mostrar ondas T bifásicas, especialmente nas derivações II, III, VF e V6
  - eixo QRS no plano frontal entre 0 e +90 graus, com desvio à esquerda, refletindo a gravidade do prolapso
  - onda R normalmente proeminente, que é substituída por um complexo rS; sendo que nas derivações precordiais é demonstrado um complexo qR, seguido por uma onda T normal, achatada e bifásica ou invertida
37. Recém-nascidos com peso ao nascimento inferior a 1.000 g e menos do que 28 semanas de gestação, alguns dos quais não apresentam nenhuma doença pulmonar no pós-natal imediato ou apenas sintomatologia pulmonar discreta, mas desenvolvem insuficiência respiratória progressiva nas primeiras semanas de vida, muito provavelmente apresentam:
- cisto broncogênico
  - pneumonia aspirativa
  - enfisema lobar congênito
  - displasia broncopulmonar
38. Pacientes que receberam transplante de órgãos sólidos e portadores de neoplasias e/ou que necessitem quimioterapia, radioterapia e apresentem outras imunodeficiências, devem receber o seguinte esquema de vacinação contra hepatite B:
- três doses com esquema de zero/1/6 meses
  - três doses com esquema de zero/2/6 meses
  - quatro doses com o esquema de zero/2/4/12 meses
  - quatro doses com o dobro da dose para a idade, com esquema de zero/1/2/6 a 12 meses
39. Um adolescente hígido, sem doenças prévias, apresenta queixa de conjuntivas, discretamente, amarelas após exercícios intensos. O exame físico é normal e a única anormalidade laboratorial revelada nas provas sanguíneas de função hepática é o aumento de bilirrubina indireta (BT= 3,5mg/dL e BI= 3 mg/dL). O diagnóstico mais provável é:
- síndrome de Gilbert
  - fibrose hepática congênita
  - deficiência de alfa 1 antitripsina
  - síndrome de Crigler Najjar tipo 1

40. Dentre as recomendações para alimentação parenteral nos recém-nascidos pré-termo, o manuseio da taxa calórica adequada a ser infundida, deve ser orientado da seguinte maneira:
- iniciar com aporte calórico total de 10kcal/kg/dia (8g/kg/dia de glicose e 0,5g/kg/dia de aminoácidos); monitorizar a glicemia; aumentar cerca de 15kcal/kg/dia até atingir cerca de 70kcal/kg/dia
  - iniciar com aporte calórico total de 28kcal/kg/dia (6g/kg/dia de glicose e 1g/kg/dia de aminoácidos); monitorizar a glicemia; aumentar cerca de 10kcal/kg/dia até atingir cerca de 100kcal/kg/dia
  - iniciar com aporte calórico total de 40kcal/kg/dia (7g/kg/dia de glicose e 1g/kg/dia de aminoácidos); monitorizar a glicemia; aumentar cerca de 20kcal/kg/dia até atingir cerca de 140kcal/kg/dia
  - iniciar com aporte calórico total de 56kcal/kg/dia (8g/kg/dia de glicose e 0,5g/kg/dia de aminoácidos); monitorizar a glicemia; aumentar cerca de 5kcal/kg/dia até atingir cerca de 160kcal/kg/dia
41. Os achados laboratoriais, associados ao Calazar clássico, são:
- trombocitose, anemia e eosinofilia
  - trombocitopenia, anemia e hiperglobulinemia
  - leucopenia, hipoalbuminemia e hipercolesterolemia
  - leucocitose, hipoalbuminemia e aumento de aminotranferases
42. Em uma enfermaria de oito leitos encontram-se 5 crianças internadas. Uma das crianças, Rafael, desenvolve varicela e é, imediatamente, transferida para um leito de isolamento. As outras 4 crianças não têm história prévia da doença ou de terem recebido vacinação desta doença. O quadro abaixo mostra a idade, motivo de internação e respectivo tratamento desses pacientes.

Nome	Idade	Motivo de Internação	Medicação em uso
Alan	3 anos	Pneumonia com derrame pleural	Penicilina cristalina (7º dia)
Clara	10 anos	Hepatite autoimune	Corticoide (18º dia de dose imunossupressora)
Lis	3 meses	Diarreia e desidratação	Hidratação venosa (2º dia)
Paulo	13 meses	Celulite periorbitária	Oxacilina (6º dia)

Baseado na orientação do Manual dos Centros de Referência para imunobiológicos especiais (4ª edição, Brasília-DF, 2014), a conduta correta em relação ao uso de imunobiológicos para Alan, Clara, Lis e Paulo é:

- vacina varicela para os quatro pacientes
- imunoglobulina anti-varicela-zóster para os quatro pacientes
- imunoglobulina anti-varicela-zóster para Clara e Lis/ vacina varicela para Alan e Paulo
- imunoglobulina anti-varicela-zóster para Alan e Paulo e vacina varicela para Clara e Lis

43. Uma menina de 2 anos de idade com história de febre, cultura de urina positiva e ultrassonografia renal normal foi submetida à cintilografia renal com ácido dimercaptossuccínico marcado com tecnésio (DMSA) que revelou pielonefrite aguda e cicatriz renal. Para a investigação de refluxo vesicoureteral, deve ser realizado a:
- laparoscopia
  - tomografia de rins
  - uretrocistografia miccional
  - cintilografia renal com gálio-67
44. Ao analisar a resposta sorológica de um adolescente, submetido à investigação para mononucleose infecciosa (vírus Epstein-Barr – EBV), foi verificado anticorpos heterófilos (teste de Paul-Bunnell-Davidsohn) negativo; anticorpos IgM anti antígeno do capsídeo viral (IgM-VCA) negativo; e anticorpos IgG anti antígeno do capsídeo viral (IgG-VCA) de 1:40. Esses dados falam a favor de:
- infecção remota
  - linfoma de Burkitt
  - infecção primária aguda pelo EBV
  - infecção primária recente pelo EBV
45. “Os sinais de alarme na dengue devem ser rotineiramente pesquisados e valorizados, bem como os pacientes devem ser orientados a procurar a assistência médica na ocorrência deles. A maioria dos sinais de alarme é resultante do aumento da permeabilidade vascular, a qual marca o início do deterioramento clínico do paciente e sua possível evolução para o choque por extravasamento de plasma”. Segundo o manual do Ministério da Saúde, Dengue: diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança, Brasília/DF – 2016, os sinais de alarme da doença são:
- hepatomegalia, cefaleia e vômitos persistentes
  - ascite, esplenomegalia e sangramento gengival
  - lipotímia, irritabilidade e aumento progressivo do hematócrito
  - anemia, queda abrupta da plaqueta e dor abdominal intensa
46. Segundo o manual do Ministério da Saúde (2015), “a febre de chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus chikungunya. O quadro clínico é parecido com o da dengue – febre de início agudo, dores articulares e musculares, cefaleia, náusea, fadiga e exantema. A principal manifestação clínica que as difere são as fortes dores nas articulações. A doença pode evoluir em três fases: aguda, subaguda e crônica”. No entanto, há formas de apresentação atípicas da doença, algumas graves, como a:
- ruptura de baço
  - obstrução intestinal
  - síndrome de Guillain-Barré
  - síndrome hemolítica urêmica
47. Escolar de sete anos de idade apresenta eritema de face, há três dias, e em face extensora de membros superiores, há um dia. Há história de febre baixa desde o início do exantema. O estado geral é bom e tem apetite preservado. Refere artralgia nas mãos, punhos e joelhos. O exame físico mostra ausência de hepatoesplenomegalia e adenomegalias. O diagnóstico mais provável é:
- rubéola
  - sarampo
  - exantema súbito
  - eritema infeccioso

48. Menino de cinco anos de idade, apresenta febre com duração de 6 dias, lábios hiperemiados e fissurados, adenopatia cervical de 2,5 cm unilateral, edema e eritema das mãos ou pés. É critério de diagnóstico de doença de Kawasaki quando houver associação com:
- hipertensão arterial
  - poliartrite migratória
  - eritema vesicular em tronco
  - congestão conjuntival bilateral
49. Os seguintes marcadores genéticos e características histológicas da mucosa do intestino delgado, estão associados à doença celíaca:
- HLA DQ2, atrofia de vilosidades com hiperplasia de criptas
  - HLA DQ8, hiperplasia de vilosidades com atrofia de criptas
  - HLA DRB03, atrofia de vilosidades com hiperplasia de criptas
  - HLA DRB04, hiperplasia de vilosidades com atrofia de criptas
50. Criança de quatro anos de idade, previamente hígida, é atendida por seu pediatra por apresentar tosse e febre alta há dois dias. Observou-se discreta tiragem intercostal, regular estado geral e frequência respiratória de 48 ipm. A radiografia de tórax evidenciou consolidação pulmonar em lobo superior direito. Foi prescrito amoxicilina oral para a criança. Na reavaliação, ocorrida 72h, após o exame inicial, o estado geral da criança era mais comprometido: febre baixa, porém persistente e frequência respiratória de 50 ipm. A radiografia de tórax de controle mostrou pequeno derrame pleural associado à consolidação dos lobos superior e médio direito. A conduta adequada é:
- internação e tratamento com oxacilina endovenosa
  - internação e tratamento com amoxicilina associada ao clavulonato
  - manutenção do tratamento ambulatorial com ceftriaxona intramuscular
  - manutenção do tratamento ambulatorial com amoxicilina e clavulonato, associado à azitromicina
51. As características bioquímicas do derrame pleural que sugerem a realização de drenagem são:
- desidrogenase láctica < 200U/L; pH < 7,10; glicose > 40mg/dL
  - desidrogenase láctica < 200U/L; pH > 7,10; glicose < 40mg/dL
  - desidrogenase láctica > 1000U/L; pH > 7,10; glicose > 40mg/dL
  - desidrogenase láctica > 1000U/L; pH < 7,10; glicose < 40mg/dL
52. O Ministério da Saúde, ano 2013, preconiza, na CaderNETA de saúde da Criança, a suplementação alimentar com:
- ferro de 6 a 24 meses e zinco de 6 a 12 meses
  - ferro de 6 a 24 meses e vitamina A de 6 a 59 meses
  - ferro de 4 a 18 meses e vitamina A de 4 a 24 meses
  - vitamina D de 6 a 12 meses e vitamina A de 6 a 24 meses
53. Dentre as hiperlipidemias de causas secundárias, aquela associada à hipertrigliceridemia é a:
- colestase
  - anorexia nervosa
  - síndrome nefrótica
  - síndrome de Cushing
54. Uma menina de 9 anos de idade, apresenta febre vespertina, tosse e emagrecimento. Tem mal estado geral e mucosas hipocoradas. Sua mãe é soropositiva para HIV, em tratamento irregular e seu pai é alcoólatra e tem tosse persistente. Já havia histórico de investigação diagnóstica anterior que revelou, no RX de tórax, imagem de condensação em lobo inferior direito. Fez uso de amoxicilina, por uma semana e a imagem radiológica se manteve. O teste tuberculínico não mostrou reação. Há suspeita de que a criança possa estar infectada por HIV. Nesse caso, a melhor conduta é:
- tratamento com esquema básico para tuberculose por seis meses
  - repetir o teste tuberculínico e a radiografia de tórax em dois meses
  - tratamento com esquema básico para tuberculose associado à estreptomicina
  - repetir o teste tuberculínico em dois meses e proceder ao lavado broncoalveolar
55. A mucopolissacaridose que se caracteriza por ser um distúrbio ligado ao X é a doença de:
- Hunter (MPS II)
  - Hurler (MPS I)
  - Morquio (MPS IV)
  - Sanfilippo (MPS III)
56. Um adolescente de 14 anos de idade, infectado pelo HIV, por transmissão vertical, sem adesão aos medicamentos antivirais, apresenta febre e tosse, há 10 dias. Ao exame: febril, tossindo, emagrecido, hipocorado, dispneico, porém com boa saturação periférica de oxigênio. Ausculta pulmonar: estertores subcrepitantes nos dois terços superiores do hemitórax esquerdo. Teste tuberculínico não reator. Radiografia de tórax: consolidação em lobo inferior direito. Mãe falecida, há cinco anos por tuberculose. O quadro clínico sugestivo é de pneumonia:
- intersticial lifocítica
  - pelo *Pneumocystis jiroveci*
  - pelo *Mycoplasma pneumoniae*
  - bacteriana aguda pelo *Streptococcus pneumoniae*
57. Em relação ao Índice Preditivo de Asma para Crianças, que avalia os fatores de risco dos pré-escolares no prognóstico de asma persistente na idade escolar, a resposta que contém dois fatores de risco considerados critérios maiores para esta doença é:
- asma nos pais e eczema
  - asma nos pais e rinite alérgica
  - rinite alérgica e eosinófilo maior ou igual a 4%
  - sensibilização a alérgenos alimentares e sibilância fora de resfriados
58. Um lactente de oito meses de vida é levado à consulta por apresentar aumento das partes moles na região deltoide esquerda. A mãe referia que desde o nascimento, a criança movimentava pouco o braço esquerdo além de apresentar irritabilidade e palidez. No exame, apresentava gânglios cervicais e axilares pequenos e móveis. O fígado era palpável a 4 cm do RCD e ponta de baço palpável no RCE. Radiografia do úmero com presença de osteocondrite e periostite. Punção lombar com líquido límpido, sem células, cultura negativa. A principal hipótese diagnóstica é:
- artrite séptica
  - sífilis congênita
  - traumatismo de parto
  - toxoplasmose congênita

59. Uma menina negra de 18 meses de vida apresenta palidez e irritabilidade há três meses. O exame físico revelou: mucosa descorada e sopro sistólico na borda esternal esquerda. O fígado era palpável a 2 cm do RCD e ponta de baço palpável a 1 cm do RCE. Exames laboratoriais: dosagem de hemoglobina: 4,6g; hematócrito: 17%; hemácias: 2.400.000. Aspecto das hemácias microcítico e hipocrômico com presença de hemácias em alvo. Reticulócitos de 1%. Ferro sérico: 28 mcg/100mL e índice de saturação de transferrina de 10%. O diagnóstico provável é:
- (A) anemia falciforme
  - (B) anemia megaloblástica
  - (C) anemia por deficiência de ferro
  - (D) anemia por intoxicação pelo chumbo
60. Crianças que fazem uso crônico de ácido acetil salicílico (AAS), após a vacinação contra varicela, devem suspender o AAS por:
- (A) 1 semana
  - (B) 2 semanas
  - (C) 4 semanas
  - (D) 6 semanas