



CONCURSO PÚBLICO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
2019

MÉDICO GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

ATENÇÃO

1. A prova terá duração de 4 (quatro) horas, considerando, inclusive, a marcação do **CARTÃO-RESPOSTA**.
2. 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), que estão distribuídas da seguinte forma:

CONTEÚDO	QUESTÕES
Língua Portuguesa	01 a 10
SUS	11 a 20
Específico do cargo/Especialidade médica a que concorre	21 a 60

3. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no cartão-resposta, com caligrafia usual, utilizando caneta esferográfica de tinta azul ou preta, para posterior exame grafológico.

"A pintura é poesia sem palavras."

4. 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 durante a realização da prova. A simples posse ou uso de qualquer material, objeto ou equipamento não permitido, mesmo que desligado, no local da prova, corredor ou banheiros, implicará na exclusão do candidato no certame.
5. Durante a realização da prova objetiva não será admitida a consulta à legislação, livros, impressos ou anotações bem como o empréstimo de material e/ou utensílio de qualquer espécie e/ou comunicação entre os candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
6. Não haverá substituição do cartão-resposta por erro do candidato. O candidato não poderá amassar, molhar, dobrar, rasgar, manchar ou, de qualquer modo, danificar o cartão-resposta.
7. O candidato é responsável pela conferência de seus dados pessoais: nome, número de inscrição e data de nascimento.
8. 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.
9. Somente após decorrida uma hora do início da prova, ainda que tenha desistido do certame, o candidato poderá retirar-se do recinto, depois que entregar o cartão-resposta, devidamente assinado e com a frase transcrita, e o caderno de questões. Não será permitida qualquer anotação de informações da prova em qualquer meio, sob pena de eliminação do certame.
10. **O candidato somente poderá sair do local de realização das provas levando o caderno de questões no decurso dos 30 (trinta) minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.** 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.
11. Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado as provas.
12. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
13. O gabarito da prova objetiva será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro – D.O. Rio, no segundo dia útil seguinte ao de realização da prova, estando disponível, também, no endereço eletrônico <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>.

Boa Prova!

LÍNGUA PORTUGUESA

Texto: O sonho da psicanálise

Um dia, imaginava Freud, uma placa comemorativa seria inaugurada, com a seguinte inscrição: "Em 1895 foi revelado ao Dr. Sigmund Freud o mistério do sonho." Cem anos depois, a descoberta de Freud é homenageada não apenas com placas comemorativas, mas com o triunfo da instituição que ele criou, a psicanálise. Que já não é apenas uma forma de tratamento, mas também uma pujante instituição cultural: conta com milhares de afilios, realiza congressos e encontros e dá origem a uma verdadeira torrente de publicações.

O mistério do sonho desvendou-se a Freud graças a uma intuição genial. Até então, tinha-se a ideia de que o sonho informava acerca do futuro, de acordo com o modelo bíblico: José interpretando os sonhos do faraó e revelando os sete anos de vacas gordas e os sete anos de vacas magras. Freud deu-se conta de que, ao contrário, o sonho fala do passado da pessoa, e sobretudo dos desejos reprimidos para o inconsciente. Esta foi também uma descoberta revolucionária – e profética: o ser humano não é governado unicamente pela razão, segundo a concepção introduzida pela modernidade, mas ele está à mercê de forças obscuras que podem explodir com violência inesperada. O nazismo veio a demonstrar, para tristeza do próprio Freud, que este raciocínio estava inteiramente correto.

Para minha geração, a psicanálise adquiriu uma importância decisiva. Tínhamos o perfil adequado do analisando: éramos intelectualizados, carregávamos muitos e pesados conflitos (com os nossos pais, com o *establishment*) e, sendo de classe média, podíamos pagar o tratamento. Que era revelador, e aliviante. Muitos de nós tínhamos passado pela experiência do comunismo, em que a individualidade é sufocada, mediante a culpa, pelo coletivo.

Só quem passou por uma daquelas terríveis sessões de crítica e autocrítica, instituídas pelo estalinismo, sabe o que é isto. A pessoa levantava-se, diante de um grupo, e acusava-se: eu não presto, não valho nada, não passo de um burguês miserável. Lembro-me da primeira vez que ouvi de um analista a frase que equivalia à completa absolvição: tu não tens culpa de nada. Podia até não ser verdade, mas que curava, curava. Os pesadelos do passado davam lugar aos sonhos do futuro. Era agora possível dormir em paz. Os psicanalistas também dormem. Alguns, inclusive, nas sessões. E por que não haveriam de dormir? Poucas coisas são mais chatas do que um neurótico dando voltas em torno ao próprio umbigo (mesmo que seja um umbigo simbólico), desfiando monotona-mente as suas lamentações. É uma espécie de melopeia encantatória: a poltrona vai se tornando cada vez mais macia e, poupado do olhar súplice ou acusador de seu paciente, o analista dorme. E talvez até sonhe.

Com que sonha um analista? Sonha exatamente com aquilo que Freud sonhava: sonha em desvendar o mistério do sonho. Sonha que está ouvindo um paciente que lhe conta sonhos, e que interpreta estes sonhos com a mesma intuição do pai da psicanálise. Sonha que o paciente lhe diz: aqui, neste ano de 1995, tu desvendaste para mim o mistério do sonho; sem ser prosaico, tu és melhor que qualquer Prozac. A psicanálise do sonho realizou o sonho da psicanálise. Um sonho do qual toda a humanidade, de uma maneira ou outra, veio a se beneficiar.

Moacyr Scliar. Publicado em 13/05/1995, na coluna "A cena médica", do jornal Zero Hora. Disponível em: <http://www.moacyrscliar.com/textos/o-sonho-da-psicanalise/>. Acesso em 15/07/2019. Adaptado.

01. Segundo o autor do texto, a descoberta de Freud acerca dos sonhos é revolucionária e profética por ter explicitado que:
 - (A) o comportamento dos neuróticos é egocêntrico, por isso se lamentam de forma enfadonha
 - (B) a individualidade dos jovens comunistas havia sido sufocada pelo coletivo
 - (C) os desejos e lembranças ignorados ou desconhecidos influenciam o comportamento humano
 - (D) a absolvição concedida aos pacientes pelo analista os libertava dos conflitos
02. "a poltrona vai se tornando cada vez mais macia e, **poupado do olhar súplice ou acusador de seu paciente**, o analista dorme." (quarto parágrafo). Considerando os sentidos do texto, a alegação feita no trecho em destaque torna-se pertinente, tendo em vista o fato de:
 - (A) o psicanalista manter a atenção como ouvinte curioso, interrompendo raramente o paciente para observar certas conexões
 - (B) o psicanalista sentar-se às costas do paciente, visando que este liberte sua mente sem interferência do contato visual
 - (C) o paciente estabelecer com o psicanalista um contrato terapêutico, criando cumplicidade que o ampare nas questões psíquicas
 - (D) o paciente ser livre para expressar conteúdos inconscientes ao psicanalista, expondo sentimentos, sonhos e associações que faz
03. É possível depreender o significado de vocábulos desconhecidos, tendo em vista o contexto em que se inserem. Percebe-se que, no texto, o significado do adjetivo em *uma instituição pujante* (primeiro parágrafo) e o do substantivo em *uma espécie de melopeia encantatória* (quarto parágrafo) são, respectivamente:
 - (A) magnificente - tom ornamental
 - (B) altiva - canto da musicoterapia
 - (C) possante - toada monótona
 - (D) pelejante - som melodramático
04. Em "é homenageada não apenas com placas comemorativas, mas com o triunfo da instituição" (primeiro parágrafo), os conectivos empregados coordenam dois segmentos, estabelecendo entre eles a seguinte relação de sentido:
 - (A) explicação
 - (B) alternância
 - (C) oposição
 - (D) adição
05. "Podia até não ser verdade, mas que curava, curava." (quarto parágrafo) Ao se reescrever essa frase, empregando o padrão formal da língua escrita, é preservado seu sentido e mantida a correção gramatical em:
 - (A) Poderia inclusive não ser verdade, entretanto efetivamente curava.
 - (B) Pudera ainda não ser verdade, apenas positivamente curava.
 - (C) Poderia também não ser verdade, pois com efeito curava.
 - (D) Pudera mesmo não corresponder à verdade, uma vez que de fato curava.

06. "Um sonho **do qual** toda a humanidade, de uma maneira ou outra, veio a se beneficiar." (quinto parágrafo) Assim como é corretamente empregado nessa frase, o pronome relativo em destaque, na mesma flexão e precedido da mesma preposição, pode preencher a lacuna em:
- Recusei-me a ser tratada pelo terapeuta ____ método discordava.
 - Solicitamos o envio por correio de livro sobre a psicanálise ____ precisávamos.
 - Tornou-se eternamente grato ao primeiro psicanalista ____ fora atendido.
 - São várias as interpretações de Freud ____ muitos especialistas duvidam.
07. "Cem anos depois, a descoberta de Freud é homenageada" (primeiro parágrafo). O mesmo motivo gramatical que leva ao uso da vírgula nesse segmento justifica seu emprego em:
- O nazismo veio a demonstrar, para tristeza do próprio Freud (segundo parágrafo)
 - A pessoa levantava-se, diante de um grupo (quarto parágrafo)
 - Podia até não ser verdade, mas que curava (quarto parágrafo)
 - Até então, tinha-se a ideia de que o sonho informava (segundo parágrafo)
08. Em "**Para** minha geração, a psicanálise adquiriu uma importância decisiva." (terceiro parágrafo), a preposição em destaque tem função e significado idênticos aos que assume na frase:
- Para** a completa compreensão da obra de Freud, faltam ainda alguns anos.
 - Para** certos seguidores de Carl Jung, Freud teria traído sua própria teoria.
 - Para** o ano se tornará centenário o reconhecimento por Freud de que não só o reprimido constitui o inconsciente.
 - Para** cursar com proveito a universidade e afugentar maus pensamentos, ilumino o quarto e estudo muito.
09. Sophie Freud, neta do pai da psicanálise, em 2002, ____ (surpreender) os participantes do III Congresso Mundial de Psicoterapia, em Viena, ao advertir que já não ____ (existir) esperanças de que neste século o mundo dos humanos se ____ (tornar) pacífico, incluindo seu avô entre aqueles que ____ (considerar) responsáveis por isso: falsos profetas que ____ (propagar) doutrinas duvidosas e desumanas.
- Observando as regras gramaticais relativas à flexão verbal, as lacunas devem ser preenchidas pelas seguintes formas:
- surpreendeu – existia – tornassem – considera – propagavam
 - surpreende – existe – torne – consideram – propagam
 - surpreendeu – existiam – tornasse – considerava – propagam
 - surpreende – existem – tornem – consideravam – propagavam
10. "sem ser prosaico, tu és melhor que qualquer Prozac." (quinto parágrafo) Há nesse segmento organização coerente do raciocínio, sendo estabelecidas entre as orações que o compõem duas relações lógicas, respectivamente, as de:
- contraste e comparação
 - condição e consequência
 - causa e proporção
 - conformidade e concessão

SUS

11. A Constituição Federal de 1988 foi um marco na legislação sobre a saúde no Brasil. Nela, afirma-se que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, constituem um sistema único e é organizado de acordo com a seguinte diretriz, entre outras:
- o pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas
 - a proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário
 - a participação das instituições de forma suplementar no Sistema Único de Saúde - SUS
 - o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais
12. A Lei nº 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos na área da saúde. Neste âmbito, os recursos do Fundo Nacional de Saúde devem ser alocados como:
- cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos estados, municípios e Distrito Federal
 - ajuda à manutenção dos dependentes de segurados de baixa renda
 - promoção da integração ao mercado de trabalho
 - investimentos em merenda escolar
13. De acordo com a Portaria nº 2436/2017, compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, sendo sua responsabilidade:
- formular políticas de alimentação e nutrição
 - gerir sistemas públicos de alta complexidade
 - executar a Vigilância Sanitária de portos e aeroportos
 - manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
14. A Constituição Federal de 1988 trouxe novidades em relação à organização do Sistema Único de Saúde – SUS. Dentre elas, a opção correta é:
- universalidade da cobertura e do atendimento
 - liberdade de aprender e divulgar o pensamento
 - atenção ao preparo para o exercício da cidadania
 - promoção da integração das pessoas portadoras de deficiência à sua vida comunitária
15. O Decreto nº 7508/2011 regulamenta a Lei nº 8080/90. Para efeito desse decreto, considera-se que as instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos são:
- Regionais de Saúde
 - Comissões Avaliadoras
 - Comissões Intergestores
 - Redes de Atenção à Saúde
16. De acordo com o Decreto nº 7508/2011, a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo Sistema Único de Saúde e pela iniciativa privada é a definição de:
- Região de Saúde
 - Mapa da Saúde
 - Rede de Atenção à Saúde
 - Serviços de Acesso Aberto

17. De acordo com as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, no âmbito da Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, a atribuição dos três níveis de governo é:
- (A) elaborar e pactuar as tabelas de procedimentos
 - (B) elaborar contratos com os prestadores de serviços de acordo com a política nacional
 - (C) monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes das transferências fundo a fundo
 - (D) apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar de acordo com a regionalização
18. Em relação à participação do setor privado no Sistema Único de Saúde - SUS, a Lei nº 8080/90 estabelece que:
- (A) é permitido aos serviços privados solicitar uma complementação financeira ao usuário, quando houver defasagem no valor do procedimento
 - (B) o SUS pode recorrer à iniciativa privada, quando suas disponibilidades forem insuficientes para a cobertura da assistência à região
 - (C) entidades cujos administradores tenham cargos comissionados ou de chefia no SUS terão preferência de contratação
 - (D) a participação complementar dos serviços privados poderá ser formalizada mediante indicação de fé pública, nos casos previstos em lei
19. O Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, um dos componentes do Pacto pela Vida (2006), tem como um de seus objetivos:
- (A) a radicalização da descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para estados e municípios
 - (B) a expressão dos compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira
 - (C) a articulação e apoio à mobilização social pelo desenvolvimento da cidadania sanitária
 - (D) a definição do compromisso dos gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde
20. A Lei nº 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS. Neste âmbito, o Conselho de Saúde é definido como um órgão colegiado composto por representantes:
- (A) dos conselhos de saúde, diretores de unidades e usuários
 - (B) do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários
 - (C) dos prestadores de serviços, formuladores de estratégias de saúde e segmentos minoritários
 - (D) das associações de usuários, entidades de planos de saúde, e associações de saúde suplementar
- ESPECÍFICO DO CARGO / ESPECIALIDADE MÉDICA A QUE CONCORRE**
21. Na abordagem da doença péptica gastroduodenal é importante considerar que:
- (A) a orientação alimentar é fundamental, em especial o uso de leite e derivados, por inibirem a secreção ácida gástrica
 - (B) as doenças primárias são aquelas definidas pela presença do *H. pylori* na cultura obtida por endoscopia digestiva alta
 - (C) o uso de álcool pelos adolescentes está relacionado à lesão péptica na mucosa gástrica, semelhante ao quadro de doença por uso de AINE
 - (D) é incomum a ocorrência de infecção pelo *H. pylori* em crianças, ocorrendo mais frequentemente na infância nos casos de carcinoma ou linfoma gástricos
22. Lactente de três meses de vida é levado à consulta com quadro clínico de regurgitações frequentes ou vômitos após cerca de dez minutos após as mamadas, quando não ocorrem ao final da própria mamada, ficando bastante irritado e choroso após estes episódios. Como vem aumentando a frequência dos episódios os pais trazem o lactente à consulta. O diagnóstico mais provável:
- (A) não deve trazer qualquer apreensão aos pais, devendo o pediatra tranquilizá-los, pois há poucas evidências de complicações
 - (B) está relacionado a condições preexistentes ou comorbidades, devendo ser afastado na ausência destes comemorativos na HPP
 - (C) depende da realização de pHmetria, exame contrastado de trato digestório, confirmação de episódio durante ultrassonografia abdominal com ingestão de contraste
 - (D) é basicamente clínico, sendo os exames complementares indicados apenas para afastar outras condições, verificar complicações ou o acompanhamento do tratamento
23. Esofagite é um achado comum em casos de doença do refluxo gastroesofageano. As esofagites:
- (A) infecciosas e eosinofílica também causam lesões inflamatórias, sendo importantes diagnósticos diferenciais para doença do refluxo gastroesofageano
 - (B) infecciosas mais comuns são aquelas de etiologia bacteriana, seguidas das virais e por último as micóticas
 - (C) eosinofílicas exigem prova terapêutica para sua confirmação diagnóstica, pois não há características específicas à endoscopia
 - (D) cáusticas estão relacionadas à pouca lesão esofágica, em particular quando há ingestão de substâncias alcalinas
24. Segundo a ESPGHAN e a NASPGHAN, recomenda-se para a investigação do *Helicobacter pylori* que:
- (A) não se adie a realização da biópsia nos casos indicados, mesmo que estejam em uso de inibidores da bomba de prótons ou anti-histamínicos H1
 - (B) não se realize testes diagnósticos em caso de pacientes com doença funcional, exceto se houver história familiar de câncer gástrico
 - (C) em crianças menores de 2 anos de idade, seja feita a opção por dosagem de anticorpos das classes IgM e IgG contra o *H. pylori*, evitando-se a biópsia gástrica
 - (D) sejam avaliados pacientes com quadro de otite média de repetição ou outras doenças respiratórias, com déficit ponderoestatural, devido à forte relação com este agente infeccioso
25. No Brasil, segundo publicação oficial do Datasus, a proporção de óbitos por diarreia aguda em menores de 5 anos de idade caiu de 10,8% em 1990 para 1,6% em 2011. Porém, a morbidade tem se mantido estável. Sobre a diarreia aguda, pode-se afirmar que:
- (A) no mundo inteiro, os vírus são os principais causadores das diarreias infecciosas
 - (B) as diarreias osmóticas são mais comuns em infecções bacterianas, como o cólera
 - (C) as diarreias secretoras possuem poucas complicações devido aos poucos volumes de perda hídrica
 - (D) é necessário realizar a análise fecal para um correto diagnóstico e tratamento da diarreia aguda

26. No tratamento das diarreias agudas:
- (A) os antieméticos devem ser utilizados de forma a reduzir internação
 - (B) deve-se suspender o aleitamento materno, evitando assim o ciclo fecal-oral, enquanto existir diarreia
 - (C) as principais complicações estão relacionadas às infecções secundárias e variam com o agente etiológico
 - (D) desde 2002, que a Unicef recomenda o uso de zinco oral associado à terapia de reidratação oral, independente da etiologia
27. Paciente com 18 meses de vida apresenta diarreia crônica, distensão abdominal e perda de peso. Deve-se orientar a investigação para:
- (A) forma clássica da doença celíaca, bastante frequente no Brasil
 - (B) possível doença celíaca, devendo realizar biópsia para descartar outras formas
 - (C) doença celíaca não típica, devendo ser solicitados análise fecal de substâncias redutoras
 - (D) forma pediátrica da doença, devendo se aguardar o acompanhamento do desenvolvimento
28. É cada vez mais frequente a associação da forma atípica da doença celíaca a:
- (A) atrofia silenciosa das vilosidades intestinais
 - (B) forma silenciosa, sem manifestações clínicas
 - (C) autismo e epilepsia, com boa resposta à retirada do glúten
 - (D) soropositividade dos testes com anticorpo antitransglutaminase em menores de 2 anos de idade
29. O tratamento da doença inflamatória intestinal prevê:
- (A) iniciar a estratégia *top-down* assim que atingir melhora clínica
 - (B) iniciar o mais breve possível o anti-fator de necrose tumoral alfa
 - (C) escalar um esquema, iniciando-se pela nutrição e medicação menos agressiva
 - (D) utilizar prednisona em dose alta e azatioprina em casos refratários aos tratamentos dietéticos
30. São consideradas doenças funcionais, **EXCETO**:
- (A) refluxo gastroesofágico, diarreia crônica, cólica do lactente
 - (B) regurgitação infantil, cólicas do lactente, síndrome da ruminação no lactente
 - (C) diarreia com fezes não moldadas, por pelo menos 4 semanas, sem perda de peso ou sinais de desidratação
 - (D) dispepsia com dor persistente em abdômen superior, sem alívio à defecação e sem associação a alterações metabólicas, infecciosas, entre outras
31. Segundo Roma III, constitui critério para o diagnóstico de intestino irritável:
- (A) sinal ultrassonográfico de distensão abdominal, com edema de parede, imagem em miolo de pão
 - (B) biópsia com infiltrado eosinofílico e identificação de padrão aganglionar na mucosa intestinal, com achatamento de vilosidades
 - (C) evolução de pelo menos 6 meses de dor abdominal ou desconforto abdominal, associados à melhora com anti-inflamatórios não hormonais
 - (D) sintomas iniciados há pelo menos 2 meses de dor abdominal que melhora com evacuação, tendo início associado a alteração na frequência de evacuações, sem outra causa identificada
32. Na orientação aos pais de crianças com síndrome do intestino irritável, não deve ser comentado que:
- (A) caso haja dor abdominal, a criança deve manter suas atividades com remissão espontânea da dor
 - (B) a doença é grave, com evolução rápida para um estado de desnutrição devido às perdas por diarreia
 - (C) a prática de esportes e de atividades ao ar livre é importante para uma boa evolução do quadro
 - (D) deve-se ensinar estratégias de rearmenização mente-corpo, para uma melhora mais rápida dos quadros
33. Uma crítica aos critérios de Roma III para o diagnóstico de constipação no lactente, que pode retardar o diagnóstico, é:
- (A) o longo tempo de observação dos sintomas, de 3 a 6 meses
 - (B) não são considerados o formato e a consistência das fezes
 - (C) a inexistência de critérios diferenciados por faixa etária
 - (D) o extenso número de critérios a serem observados
34. A abordagem do paciente com dor abdominal aguda deve ser sistematizada e alguns autores sugerem uma sequência de passos a serem seguidos, tais como:
- (A) afastar emergências cirúrgicas ou doenças obstrutivas e apenas depois considerar afecções infecciosas
 - (B) doenças hepatobiliares e infecciosas são raras na infância e não fazem parte do algoritmo de investigação
 - (C) afastar doenças obstrutivas, cirúrgicas ou não, partindo em seguida para a avaliação das doenças funcionais, muito comuns
 - (D) realizar ultrassonografia de abdômen, se não houver tomografia computadorizada à disposição, deve ser a primeira opção diagnóstica
35. Sugerem emergências cirúrgicas na dor abdominal aguda, **EXCETO**:
- (A) rigidez abdominal involuntária, na sequência de trauma abdominal
 - (B) presença de vômitos biliosos ou fecalóides e dor à descompressão súbita
 - (C) dor abdominal de forte intensidade com sinais clínicos de deterioração do estado geral
 - (D) início súbito de febre alta, com dor abdominal difusa, vômitos e diarreia com sangue e muco
36. Após confirmação diagnóstica de alergia à proteína do leite de vaca, deve-se seguir a seguinte terapêutica nutricional:
- (A) fórmulas sem lactose, extensamente hidrolisadas, com aminoácidos sintéticos
 - (B) fórmulas poliméricas à base de proteína de soja, com ou sem probióticos, sem lactose
 - (C) fórmulas que contenham uma mistura de aminoácidos essenciais e não essenciais, sintéticos, sendo consideradas não alergênicas
 - (D) fórmulas compostas por oligopeptídios e aminoácidos, onde a maioria dos epítopos é destruída, tanto os conformacionais quanto os lineares

37. Do ponto de vista clínico, a colestase manifesta-se por icterícia, hipocolia/acolia fecal, colúria, prurido e xantomas. A sequência do fluxo de diagnóstico para a etiologia mais comum é:
- ultrassonografia abdominal $\Rightarrow$ colangiografia $\Rightarrow$ biópsia hepática
 - dosagem de bilirrubina direta $\Rightarrow$ colangiografia $\Rightarrow$ biópsia hepática
 - dosagem de bilirrubina direta $\Rightarrow$ ultrassonografia abdominal $\Rightarrow$ biópsia hepática
 - dosagem de bilirrubina indireta $\Rightarrow$ contagem de reticulócitos $\Rightarrow$ lâmina de sangue periférico
38. Lactente de dois meses de vida é trazido à consulta na unidade básica de saúde com quadro de convulsão. Ao exame clínico, encontra-se o paciente com ganho ponderal insuficiente, icterico, hepatoesplenomegalia, hipoglicemia ao exame capilar com fita. História gestacional sem intercorrências, nasceu de parto vaginal, domiciliar, não sendo trazido ao pediatra depois da alta da maternidade local, para onde foi levado pelos bombeiros. Está em aleitamento materno complementado com fórmula de partida, mas não vem ganhando peso, além de estar recusando a dieta. Suspeita-se de erro inato do metabolismo, sendo o mais provável para o quadro:
- galactosemia
 - acidemia orgânica
 - doença de Gaucher
 - doença do ciclo da ureia
39. Paciente com sete anos de idade, há dois anos possui diagnóstico de epilepsia. Foi internado por estado de mal-epiléptico, em unidade de terapia intensiva (UTI) por 6 dias em coma barbitúrico, há 4 meses. Recebeu alta quinze dias depois usando carbamazepina 20 mg/kg/dia, fenobarbital 3 mg/kg/dia e valproato de sódio 40 mg/kg/dia. Dá entrada na emergência com quadro de dor abdominal difusa com seis horas de evolução, tipo pontada, de forte intensidade, sem fator de melhora, piorando com alimentação e palpação principalmente da região epigástrica, sem fator desencadeante. Concomitante à dor, referia mal-estar, náuseas e vômitos de conteúdo alimentar. Ao exame, apresentava dados vitais normais, exceto por temperatura de 37,9°C, abdome tenso, com dor à palpação difusa, mais intensa na região epigástrica, ruídos hidro-aéreos presentes porém diminuídos, sem visceromegalias e sinal de Blumberg ausente. Tendo em vista estes dados, o diagnóstico e as condutas a serem adotadas, respectivamente, são:
- doença obstrutiva aguda, devendo ser encaminhado para laparotomia de urgência, para provável correção de volvo intestinal
 - suboclusão por áscaris, devendo-se iniciar óleo mineral, contínuo, até eliminação dos vermes, analgesia e hidratação, além de antieméticos
 - pancreatite aguda, devendo ser mantido tratamento anticonvulsivante, por conta da história recente de estado de mal-epiléptico, restante da dieta suspensa por 48 horas, analgesia e antibioticoterapia
 - pancreatite aguda, devendo ser retirada toda a medicação oral, onde está a provável etiologia, hidratação venosa, hidantolização, analgesia, suspensão da dieta até estabilização do quadro clínico e posterior introdução gradual da dieta por via enteral
40. Dentre as diversas etiologias da pancreatite aguda em crianças, a mais comum é:
- trauma
 - obstrutiva
 - infecciosa
 - metabólica
41. Recém-nascido de 12 dias de vida, a termo, parto vaginal, sem intercorrências no pré-natal ou no alojamento conjunto, teve alta com 50h de vida, em aleitamento materno exclusivo, é trazido à clínica da família por apresentar desde os 7 dias de vida episódios de vômitos alimentares, após as mamadas, em jato, perda de peso de 12% em relação ao peso de nascimento, icterico e desidratado à ectoscopia. Ao exame de abdômen verifica-se peristalse aumentada, com distensão epigástrica. Diante do caso, a conduta será:
- medidas antirrefluxo, inibidor de bomba de prótons e agentes procinéticos
 - radiografia simples de abdômen, pois a imagem característica de dupla bolha permite o diagnóstico
 - descompressão gástrica com sonda, facilitando a palpação que, em geral, fornece o diagnóstico
 - descompressão gástrica com sonda e tomografia computadorizada de abdômen, que definirá a indicação cirúrgica
42. No manejo da síndrome do intestino curto tem-se por objetivo com a nutrição enteral:
- evitar balanço nitrogenado negativo
 - otimizar a superfície absorptiva intestinal
 - manter o crescimento e desenvolvimento adequados
 - promover a adaptação intestinal e hiperplasia vilositária
43. Tem-se utilizado antiácidos de contato, procinéticos e drogas que reduzem a secreção ácida do estômago no tratamento do refluxo gastroesofageano. Sobre a terapia medicamentosa deve-se considerar que:
- não há evidência científica suficiente para o uso de procinéticos
 - a bromoprida é a única droga apontada como efetiva no controle do esvaziamento gástrico
 - antiácidos de contato devem ser a droga de escolha na monoterapia para o refluxo gastroesofageano
 - bloqueadores H2 reduzem a secreção gástrica e possuem maior eficácia em lesões graves e com efeito mais prolongado
44. Deve-se apoiar amplamente o aleitamento materno e nesse contexto surge a iniciativa hospital amigo da criança e seus dez passos para o sucesso do aleitamento. Dentre estes dez passos tem-se:
- incentivar o aleitamento a cada 2 ou 3 horas, em recém-nascidos prematuros e a termo, respectivamente
 - ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde
 - ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno logo que o recém-nascido chegue ao alojamento conjunto, após estabilização da temperatura
 - capacitar a equipe de enfermagem nas práticas necessárias para implementar essa política, pois é a equipe responsável pela orientação ao aleitamento
45. Em relação ao aleitamento materno nos pacientes com erros inatos do metabolismo (EIM), deve-se considerar que:
- na doença do xarope de bordo, dada a fisiopatologia, não há restrições ao aleitamento
 - a galactosemia parece ser a única contraindicação ao aleitamento materno em EIM
 - o aleitamento deve ser suspenso em casos de criança portadoras de acidose metabólica
 - na fenilcetonúria, o aleitamento materno protege a criança das alterações clínicas da doença, devendo ser estimulado

46. A litíase biliar na infância tem características peculiares, como:
- (A) forte associação às doenças hemolíticas, como anemia falciforme e esferocitose
 - (B) resolução espontânea dos cálculos até o início da puberdade, sendo indicada intervenção nos neonatos
 - (C) diferente do adulto, não há evidências que relacionem litíase biliar infantil e transtornos nutricionais
 - (D) as complicações, como colelitíase e pancreatite biliar, são frequentes, o que indica a colecistectomia imediata ao se identificar cálculos durante a infância
47. Na condução de um caso de colestase neonatal, é importante considerar que:
- (A) o procedimento de Blalock é mandatório em qualquer neonato que apresente aumento de bilirrubina indireta após o 15º dia de vida, não devendo ultrapassar o 60º dia
 - (B) a icterícia em neonatos, após o 15º dia de vida, é um forte indicio da ocorrência de malformação das vias biliares, em particular naqueles que vêm se desenvolvendo bem
 - (C) a portoenterostomia é o procedimento paliativo mais indicado em casos de obstrução de vias biliares, particularmente nos que apresentam colangite por cisto de colédoco
 - (D) a diferenciação entre as causas mais prováveis de colestase neonatal deve ser feita de forma precoce, pois o uso de antibioticoterapia posterga a indicação tanto de procedimento paliativo como de transplante hepático
48. Deve-se considerar no manejo da hipertensão portal:
- (A) esplenomegalia assintomática não possui relação com hipertensão portal
 - (B) a escleroterapia endoscópica é de pouca valia, além da alta prevalência de complicações após o procedimento
 - (C) o diagnóstico de hipertensão portal deve ser suspeitado em todas as crianças, após a ocorrência de qualquer sangramento gastrointestinal
 - (D) a hipertensão portal é difícil de ser suspeitada, pois é uma morbidade paucissintomática, só ficando evidente quando há trombose venosa e indicação de transplante hepático
49. Determina quadro de abdômen cirúrgico, com dor abdominal, náuseas, vômitos e febre, embora na maioria das vezes seja assintomático; o diagnóstico definitivo geralmente é efetuado durante a cirurgia, que pode ser laparoscópica. A ultrassonografia de abdômen pode auxiliar no diagnóstico, mas não a radiografia simples:
- (A) doença péptica duodenal
 - (B) diverticulite de Meckel
 - (C) varizes esofageanas
 - (D) tricobezoar
50. Paciente nascido de parto vaginal, a termo, adequado à idade gestacional, sem eliminação de mecônio ao longo das primeiras 48 horas de vida, distensão abdominal. O recém-nascido passou a recusar a amamentação e apresentar vômitos, inicialmente, alimentares, a seguir biliosos e, finalmente, escuros, com aspecto de mecônio. O exame físico revela distensão e timpanismo abdominal. Ao toque retal, sente-se o ânus tônico e o reto vazio, com eliminação brusca e ruidosa de grande quantidade de ar e mecônio. A hipótese diagnóstica mais provável para o caso, é:
- (A) alergia à proteína do leite de vaca
 - (B) megacólon congênito
 - (C) diverticulite de Meckel
 - (D) volvo intestinal
51. Em relação aos tumores do trato digestório, pode-se afirmar que:
- (A) o aumento do nível sérico da alfafetoproteína é mais comum nos hepatoblastomas do que nos carcinomas
 - (B) hepatoblastoma geralmente acomete crianças escolares, enquanto o carcinoma hepatocelular crianças com média de um ano de idade
 - (C) tratamento dos tumores hepáticos primários raramente é cirúrgico
 - (D) crianças prematuras ou com peso muito baixo ao nascimento parecem apresentar um risco maior de desenvolver carcinoma hepatocelular
52. Para o manejo eficiente da hemorragia digestiva, deve-se saber que:
- (A) a etanolamina é uma das principais drogas utilizadas na doença péptica duodenal, em casos de úlcera por *H. pylori*
 - (B) sangramento maciço e ausência de dor abdominal em crianças praticamente exclui o diagnóstico de divertículo de Meckel
 - (C) no neonato, a deglutição de sangue materno está no diagnóstico diferencial de hemorragia digestiva e o teste de Apt-Downey auxilia a definir o caso
 - (D) em hemorragias varicosas o uso de drogas vasoativas não se mostrou superior ao placebo em conjunto com endoscopia ou isoladamente
53. Em relação às hepatites virais:
- (A) a hepatite viral A é uma doença autolimitada, causada pelo vírus HVA — classificado na família Picornaviridae —, que é eliminado pelas fezes a partir de dois dias antes do aparecimento da icterícia e até no máximo duas semanas após
 - (B) a imunoglobulina humana para hepatite B pode ser aplicada até 14 dias, após episódio de abuso sexual, mas tem melhores resultados se utilizada nas primeiras 48 horas; hepatite B e imunoglobulina hiperimune para hepatite B (IGHB)
 - (C) a prevenção da transmissão mãe-filho da hepatite B é feita por meio da imunoprofilaxia, com vacina contra o vírus quando necessário, pois o índice de cronicidade para crianças infectadas por suas mães HBeAg/HBsAg é de cerca de 20% sem a imunoprofilaxia
 - (D) criança portadora do vírus da hepatite B que apresente anti-HBe (-) está imune
54. Recém-nascido apresenta distensão abdominal progressiva, com vômitos biliosos e ausência de evacuação de mecônio. A radiografia de abdômen mostra sinais de obstrução intestinal baixa: alças distendidas sem níveis hidroaéreos, ausência de ar distalmente e aparência mosqueada, como vidro fosco. O exame contrastado (enema opaco) mostra microcólon e obstrução em íleo distal. A maioria dos casos necessita de correção cirúrgica. O diagnóstico provável é:
- (A) imperfuração anal
 - (B) microcólon congênito
 - (C) aganglionose congênita de cólon
 - (D) fibrose cística — íleo meconial congênito
55. Fezes volumosas, de aspecto brilhante, odor pútrido e que boiam no vaso sanitário caracterizam a esteatorreia, de ocorrência frequente na:
- (A) diarreia crônica inespecífica
 - (B) insuficiência pancreática exócrina
 - (C) doença inflamatória intestinal crônica
 - (D) linfangiectasia primária com perda proteica fecal

56. Menina de 5 anos de idade, começou há cerca de 10 meses a apresentar crises de vômitos, no final da madrugada, sempre próximo ao mesmo horário, durando cerca de 2(duas) horas, com melhora espontânea, sem qualquer sintoma após os episódios. Esta semana apresentou outro episódio na casa da avó que a levou à emergência, melhorando ao fazer antiemético venoso. Os exames colhidos no hospital não demonstraram alterações. Este fenômeno vem ocorrendo a cada 20 dias, aproximadamente. Junto com os vômitos apresenta sialorreia abundante. A principal hipótese diagnóstica e a proposta de tratamento, respectivamente, são:
- (A) esôfago de Barret – correção cirúrgica
 - (B) esofagite eosinofílica – corticoterapia
 - (C) esofagite de refluxo – ranitidina ou omeprazol
 - (D) síndrome dos vômitos cíclicos – ciproheptadina ou amitriptilina
57. Os principais objetivos do tratamento da doença do refluxo gastroesofágico estão listados abaixo, **EXCETO**:
- (A) promoção do ganho de peso adequado
 - (B) prevenção da recorrência
 - (C) alterar a flora intestinal
 - (D) alívio dos sintomas
58. O *programming* é a indução, a deleção ou o prejuízo do desenvolvimento de uma estrutura somática permanente ou ajuste de um sistema fisiológico por um estímulo ou agressão que ocorre em um período suscetível, resultando em consequências em longo prazo para as funções fisiológicas. Dos citados abaixo, encontra-se relacionado à teoria do *programming*:
- (A) neonatos com baixo peso ao nascer estão protegidos em relação à obesidade na vida adulta
 - (B) filhos de gestantes desnutridas possuem risco relativo aumentado para alergia à proteína heteróloga
 - (C) o aleitamento materno tem efeito protetor e dose-dependente na redução do risco de obesidade até a idade adulta
 - (D) a epigenética é responsável pelo maior risco de síndrome metabólica relacionado ao aleitamento materno
59. A causa não cirrótica de hipertensão portal intra-hepática é:
- (A) colangite esclerosante
 - (B) atresia de vias biliares
 - (C) esquistossomose
 - (D) fibrose cística
60. É muito importante conhecer e utilizar as definições de aleitamento materno adotadas pela OMS (Organização Mundial de Saúde). Assim, o aleitamento materno pode ser classificado em:
- (A) predominante: quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite
 - (B) misto ou parcial: quando a criança recebe leite materno e água ou suco de frutas
 - (C) materno: quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de medicamentos
 - (D) complementado: quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido, sem o objetivo de substituição