



PROCESSO SELETIVO
2018
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANOS OPCIONAIS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

PEDIATRIA: INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do CARTÃO-RESPOSTA.
2. 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.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que contém 40 (quarenta) questões de múltipla escolha, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D), distribuídas da seguinte forma:

QUESTÕES OBJETIVAS	
Pediatria Geral	01 a 20
Específico para o Programa a que concorre	21 a 40

4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no CARTÃO-RESPOSTA, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico: O descumprimento dessa instrução implicará na anulação da prova e na eliminação do certame.

“O SUCESSO SEMPRE FOI A CRIAÇÃO DA OUSADIA”

5. Em hipótese alguma haverá substituição do CARTÃO-RESPOSTA por erro do candidato.
6. O telefone celular desligado e demais pertences não permitidos deverão permanecer acondicionados em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a retirada do candidato do estabelecimento de realização da mesma.
7. Será vedado ao candidato, dentro da sala de realização da prova, independente do início da prova:
 - a) o uso de lupas, óculos escuros, protetores auriculares ou quaisquer acessórios de cobertura para cabeça, tais como: chapéu, boné, gorro etc., salvo se autorizado, previamente, pela Coordenadoria de Recrutamento e Seleção, conforme estabelecido no Edital Regulamentador do certame;
 - b) o empréstimo de material e/ou utensílio de qualquer espécie entre os candidatos;
 - c) a consulta a qualquer material (legislação, livros, impressos, anotações, jornal e revista)
 - d) o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
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.
09. 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.
10. Não será permitido ao candidato fumar conforme determinado no art 49 da Lei Federal 12.546 de 14 de dezembro de 2011.
11. Somente após decorrida uma hora do início da prova, o candidato, ainda que tenha desistido do certame, poderá entregar **O CARTÃO-RESPOSTA DEVIDAMENTE ASSINADO E COM A FRASE TRANSCRITA** e retirar-se do recinto levando o seu caderno de questões.
12. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no CARTÃO-RESPOSTA.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. **NÃO SERÁ PERMITIDO O USO DE SANITÁRIOS POR CANDIDATOS QUE TENHAM TERMINADO A PROVA.**
15. **O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.**
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>.

PEDIATRIA

01. Como fatores desencadeantes e de risco para asma, podem ser citados:
- (A) dermatite atópica, viroses e estresse
 - (B) predisposição genética, vida rural e alérgenos
 - (C) vida urbana, alérgenos e mudanças climáticas
 - (D) baixas condições socioeconômicas, agentes químicos e psoríase
02. A dermatite atópica é uma doença crônica inflamatória da pele caracterizada por prurido intenso e lesões eczematosas com elevada prevalência mundial. A doença apresenta uma complexa interação com o meio ambiente, predisposição genética, defeitos funcionais da barreira cutânea, alterações da resposta imunológica e suscetibilidade para infecções. O tratamento da dermatite atópica deve ser planejado a longo prazo e possui como principais objetivos:
- (A) fazer calor local e descolonização da pele
 - (B) fazer assepsia com álcool 90% e promover o auto manejo
 - (C) evitar infecção secundária e progressão do processo inflamatório
 - (D) evitar fatores desencadeantes e promover o cuidado com sabonetes antissépticos
03. Adolescente, de 17 anos e 6 meses de idade, foi encaminhado a uma Unidade Hospitalar para investigação de síncope recorrente pós-atividade física. Na história familiar, um tio faleceu subitamente aos 15 anos de idade. Portanto, sua mãe está muito preocupada, já que o adolescente pretende ingressar como atleta na modalidade desportiva de futebol. O exame cardiovascular mostra sopro sistólico. A principal hipótese diagnóstica é:
- (A) fibroelastose
 - (B) pericardite tuberculosa
 - (C) miocardiopatia hipertrófica
 - (D) estenose mitral reumática
04. Lactente de 2 meses de idade vem há 12 dias com acessos de tosse seca e leve dificuldade respiratória. Encontra-se apirético, com ausculta pulmonar normal e frequência respiratória de 56 irpm. A radiografia de tórax mostra padrão retículo-nodular peri-hilar bilateral. O hemograma revela discreta leucocitose e eosinofilia, mas sem linfocitose. O agente etiológico mais provável é:
- (A) *Chlamidia trachomatis*
 - (B) *Haemophilus influenzae*
 - (C) *Listeria monocytogenes*
 - (D) *Mycoplasma pneumoniae*
05. Lactente de 18 meses de idade é levado por sua mãe para atendimento médico por apresentar epistaxe espontânea há 6 horas e história de equimoses no dorso que progrediram para os membros inferiores, tórax e face há 3 dias. Não há relato de sangramento ativo, nem febre. Há 7 dias apresentou infecção de vias aéreas superiores que foi tratada com ibuprofeno e amoxicilina associada ao clavulanato por via oral. O exame físico mostra: bom estado geral, hidratado, eupneico, afebril, acianótico, ausculta respiratória e cardíaca sem alterações. A pele tem equimoses e petéquias disseminadas, não redutíveis à pressão digital. O hemograma revela anemia normocrômica normocítica, leucócitos dentro da faixa da normalidade e trombocitopenia (10.000 plaquetas). O quadro clínico e laboratorial é compatível com:
- (A) doença de Kawasaki
 - (B) púrpura de Henoch-Shöenlein
 - (C) vasculite de hipersensibilidade
 - (D) púrpura trombocitopênica imunológica
06. Uma escolar sem história de doença anterior foi internada com diagnóstico de pericardite constritiva. Durante a investigação diagnóstica também foi identificado diarreia, anasarca, hipoalbuminemia, hipogamaglobulinemia e linfopenia. A hipótese diagnóstica de doença secundária à pericardite constritiva, considerando o quadro clínico descrito, é:
- (A) linfangectasia intestinal
 - (B) abetalipoproteinemia
 - (C) doença de Crohn
 - (D) doença celíaca
07. Adolescente vegana apresenta alterações sensoriais e parestesias. Esse quadro é compatível com deficiência de:
- (A) tiamina
 - (B) niacina
 - (C) piridoxina
 - (D) cobalamina
08. Para uma grande parte dos casos da doença do refluxo gastroesofágico o diagnóstico é feito por meio de anamnese e exame físico. O estudo radiográfico com contraste do esôfago e trato gastrointestinal superior é indicado em situações específicas, como na suspeita de:
- (A) acalasia e estenoses do trato gastrointestinal superior
 - (B) aspiração pulmonar e enfisema lobar congênito
 - (C) úlcera gástrica e hérnia diafragmática
 - (D) refluxo alcalino e hérnia de hiato
09. A síndrome da larva migrans cutânea pode ser causada pelas larvas de vários nematódeos. O principal agente etiológico é o:
- (A) *Trichuris trichiura*
 - (B) *Necator americanus*
 - (C) *Ascaris lumbricoides*
 - (D) *Ancylostoma braziliense*
10. Os testes de anticorpos específicos do vírus Epstein-Barr (EBV) são úteis para confirmar a infecção aguda ou para confirmar infecção pregressa e determinar a suscetibilidade à futura infecção. A ausência do anti-EBNA (anticorpos contra antígenos nucleares do EBV), quando outros anticorpos estão presentes, indica:
- (A) linfoma de burkitt
 - (B) carcinoma de nasofaringe
 - (C) infecção recente pelo EBV
 - (D) infecção ocorrida há mais de 6 meses

11. Robson, um escolar de 8 anos de idade, foi levado ao laboratório para realizar um teste de tolerância à glicose oral (TTGO). Sua glicemia de jejum (8 horas sem ingesta calórica) estava de 125 mg/dL, 120 minutos após o teste de TTGO, apresentou valores de 197 mg/dL. Nesse caso, a interpretação do teste demonstra:
- diabetes melito tipo I
 - diabetes melito tipo II
 - tolerância diminuída à glicose
 - teste glicêmico normal para a idade
12. Chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus chikungunya, da família *Togaviridae* e do gênero *Alphavirus*. O período de incubação é em média de 3 a 7 dias e a presença do vírus no sangue persiste por até 10 dias após o surgimento das manifestações clínicas. A doença pode evoluir em três fases: aguda, subaguda e crônica. O sintoma mais comum na fase crônica é:
- cefaleia
 - dor neuropática
 - acometimento articular
 - prurido crônico recorrente
13. De acordo com o Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (4ª edição, Brasília-DF, 2014), do Ministério da Saúde, o esquema vacinal preconizado para adolescentes imunocompetentes com 13 anos de idade ou mais, suscetíveis à varicela, é a orientação de:
- uma dose de 0,5 mL por via subcutânea
 - duas doses de 0,5 mL por via subcutânea, com intervalo de 6 meses entre as doses
 - duas doses de 0,5 mL por via subcutânea, com intervalo de 2 a 4 semanas entre as doses
 - duas doses de 0,5 mL por via subcutânea, com intervalo de 4 a 8 semanas entre as doses
14. O equilíbrio térmico é afetado por umidade relativa, fluxo de ar, proximidade de superfícies frias e temperatura do ar ambiente. Os neonatos são particularmente propensos à rápida perda de calor e consequente hipotermia por causa da elevada relação da área de superfície comparada ao volume, que é particularmente alta nos neonatos de baixo peso. A perda de calor por irradiação ocorre quando a pele descoberta é exposta a um ambiente contendo objetos com temperatura mais fria. A perda de calor por evaporação ocorre quando os neonatos estão molhados pelo líquido amniótico. A perda de calor por condução ocorre quando o neonato é colocado em contato com uma superfície ou objeto frio. A hipotermia também pode ter causas patológicas que diminuem a termorregulação (James W. Kendig). Dentre as alterações clínico-laboratoriais iniciais de hipotermia no recém-nascido, pode-se citar a:
- alcalose
 - hipertonia
 - hipercalcemia
 - hiperglicemia
15. O desenvolvimento de programas de triagem para identificação dos recém-nascidos de risco que necessitam de tratamento é imprescindível para a redução da cegueira por retinopatia da prematuridade (ROP). Os critérios disponíveis para países com alto índice de desenvolvimento humano (IDH) podem não ser os mais adequados para países com IDH médio. O Grupo ROP-Brasil, apoiado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Oftalmologia Pediátrica e pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia, recomenda que um exame oftalmológico deva ser realizado por oftalmologista com experiência em mapeamento de retina no seguinte recém-nascido :
- peso menor do que 2.500 g
 - nascido de gestação múltipla
 - grande para a idade gestacional
 - idade gestacional entre 32 e 36 semanas
16. Menino de 9 anos de idade começou a apresentar há 7 dias febre alta (39,5°C) e cefaleia retrorbitária. A mãe da criança notou há 24 horas exantema maculopapular em face que disseminou para tronco e membros. Procurou UPA relatando que, “apesar da melhora da febre, ele está com dor abdominal intensa e, após vomitar várias vezes, quase desmaiou”. A classificação de risco do paciente com dengue visa reduzir o tempo de espera no serviço de saúde. Para essa classificação, foram utilizados os critérios da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e o estadiamento da doença. Os dados de anamnese e exame físico são usados para fazer o estadiamento da doença e para orientar as medidas terapêuticas cabíveis. De acordo com a classificação, a conduta mais adequada, considerando o quadro descrito é:
- acompanhamento ambulatorial e hidratação oral
 - acompanhamento em leito de emergência e hidratação venosa
 - acompanhamento em leito de internação até estabilização e hidratação venosa
 - acompanhamento em leito de observação, hidratação venosa até resultados de exames e reavaliação clínica
17. Menina de 7 anos de idade apresentou piodermite há 2 semanas. A mãe procurou a UPA porque notou há 48 horas “pés e olhos inchados” na sua filha. O exame físico revelou edema palpebral bilateral e de membros inferiores ++/4+; PA sistólica entre os percentis 95 e 99. Os resultados dos exames laboratoriais são: exame de urina: hematúria e proteinúria; ureia e creatinina séricas normais; anemia normocítica, proteínas totais e frações normais; colesterol normal; ASO não reator; C3 diminuído. Em relação a esse quadro, é correto afirmar que:
- no caso relatado está indicada a utilização de penicilina no esquema terapêutico inicial
 - ASO negativa afasta a possibilidade de glomerulonefrite pós-infecção estreptocócica
 - as culturas da pele e da orofaringe são fundamentais para confirmação do diagnóstico
 - hematúria, hipercolesterolemia e C3 diminuído confirmam o diagnóstico

18. O prognóstico do câncer na criança e no adolescente é influenciado positivamente por estratégias de diagnóstico precoce e continuidade do cuidado por meio do tratamento adequado no tempo oportuno. A sobrevivência de pacientes com câncer depende principalmente da localização do tumor, da histologia, da sua biologia e do estadiamento da doença ao diagnóstico. Pacientes com doença localizada têm melhor prognóstico que aqueles com doença avançada (BORIM, 1999). Os tumores dos pacientes infantojuvenis podem ser subdivididos em dois grandes grupos: tumores hematológicos (como as leucemias e os linfomas) e tumores sólidos. A leucemia aguda é a principal neoplasia que acomete crianças e adolescentes, possuindo um período de latência curto com história de surgimento dos sintomas em poucas semanas. Os principais sinais de alerta em relação ao câncer infantil e às manifestações clínicas da leucemia aguda são:
- (A) diarreia, cefaleia, equimoses, febre
(B) disúria, vômitos, policitemia, dor óssea
(C) constipação, vômitos, palidez cutâneo-mucosa
(D) cefaleia, vômitos, dor óssea generalizada, hepatoesplenomegalia
19. Mãe de menino de 10 meses de idade procurou a Unidade Básica de Saúde porque seu filho havia iniciado quadro febril de 38°C 12 horas antes. Foi atendida, sendo prescrito paracetamol, e foi orientada a procurar unidade de saúde, caso não houvesse melhora. Muito preocupada, a mãe do menino procurou a UPA do seu bairro há 24 horas com a seguinte queixa: ele está muito "molinho", dormindo muito e não está conseguindo ingerir nem água. Prontamente o plantonista examinou o lactente identificando ao exame físico: criança letárgica, Tax: 39°C, FR: 35 irpm, PA: 60x30 mmHg, pulsos débeis, perfusão periférica diminuída, fontanela cheia e petéquias em tronco, abdome e membros. A conduta imediata é:
- (A) hemocultura, fundoscopia e antibioticoterapia EV
(B) hemocultura, hidratação venosa e antibioticoterapia EV
(C) hemocultura, punção lombar e administração de corticosteroide EV
(D) punção lombar, hidratação venosa e administração de corticosteroide EV
20. O vírus varicela-zóster é causador de infecções primárias, latentes e recorrentes. A infecção primária é manifestada como varicela e resulta no estabelecimento de infecção latente vitalícia dos gânglios nervosos sensoriais. Mesmo ocorrendo frequentemente como doença leve da infância, a varicela pode causar morbidade e mortalidade substanciais em crianças saudáveis estando associada a complicações graves. Em relação às complicações de varicela, é correto afirmar que:
- (A) hepatite por varicela não é comum na criança saudável
(B) pneumonia por varicela não é complicação em lactentes jovens imunodeprimidos
(C) encefalite e ataxia cerebelar aguda são complicações em crianças menores de 5 anos não vacinadas
(D) infecções bacterianas secundárias de pele, geralmente são causadas pelo estreptococo B hemolítico e estafilococo aureus

INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA

21. Em relação ao ciclo viral e ao período de incubação, para que a transmissão eficiente da febre amarela urbana ocorra, o vírus deve multiplicar-se:
- (A) no mosquito durante o período de incubação extrínseco de 12 a 14 dias; sendo que após o mosquito picar um indivíduo infectado, o período de incubação intrínseco é de 3 a 6 dias
(B) no mosquito durante o período de incubação intrínseco de 12 a 14 dias; sendo que após o mosquito picar um indivíduo infectado, o período de incubação extrínseco é de 3 a 6 dias
(C) no homem durante o período de incubação intrínseco de 12 a 14 dias; sendo que após o mosquito picar um indivíduo infectado, o período de incubação extrínseco é de 3 a 6 dias
(D) no homem durante o período de incubação extrínseco de 3 a 6 dias; sendo que após o mosquito picar um indivíduo infectado, o período de incubação intrínseco é de 12 a 14 dias
22. Ao atender pela primeira vez um paciente com cinco anos de idade recentemente completados, que apresente sua caderneta de imunizações com atraso (apenas BCG e demais imunizações do primeiro ano de vida), o pediatra deve recomendar:
- (A) vacinação tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela), vacinação triplice bacteriana (difteria, tétano e coqueluche) e vacinação contra hepatite A
(B) vacinação anual contra *influenza* e poliomielite (OPV), além da dupla bacteriana (difteria e tétano) e a triplice viral (sarampo, rubéola e caxumba)
(C) reiniciar todo o calendário de imunizações caso ela não apresente cicatriz da vacinação com BCG
(D) vacinação contra hepatite B, antipólio (IPV), dupla bacteriana e anti-meningocócica
23. A diferenciação entre colonização e infecção pode ser difícil. Porém, quando se obtém culturas de aspirado endotraqueal em neonatos em ventilação crônica, as amostras do aspirado por esse método são úteis, com o objetivo de identificar pneumonia congênita, desde que coletado nas primeiras:
- (A) 8 horas de vida, podendo ser utilizadas nos RN que são intubados ao nascimento ou logo após
(B) 16 horas de vida, podendo ser utilizadas nos RN que são extubados após o nascimento
(C) 24 horas de vida, podendo ser utilizadas nos RN que são intubados e permanecem no CTI após o nascimento
(D) 36 horas de vida, podendo ser utilizadas nos RN que são extubados após permanecerem no CTI por tempo prolongado
24. Em pacientes soro-positivos para o HIV, a profilaxia primária está claramente indicada:
- (A) contra as infecções pelo complexo *Mycobacterium avium*, quando o nº de células CD4 cai a menos de 50 células/mL
(B) contra infecções pelo *pneumocystis jiroveci* (especialmente quando houver imunodepressão)
(C) contra *Mycobacterium tuberculosis* em pacientes com PPD reator ou anergia independente do risco de contágio
(D) contra *influenza* e contra pneumococo, com a vacina de polissacarídeo aos pacientes com CD4 menor que 200 células/mL

25. A liberação dos leucócitos é dinâmica; mesmo em condições normais, existe leucocitose nas primeiras 12 a 18 horas de vida; considera-se leucocitose, no RN, quando o número total de leucócitos é superior a 25.000; há inúmeras outras condições em que a leucocitose está presente, como: asfixia perinatal, febre materna e condições associadas ao estresse do trabalho de parto. Já a leucopenia (número inferior a 5.000 leucócitos) está associada:
- ao complexo VACTER
 - à fenda labial e palatina
 - à taquipneia transitória
 - à hipertensão materna
26. São indicações para alteração da terapia antirretroviral em pacientes com infecção pelo HIV:
- falha na adesão
 - aumento do número de células CD4
 - queda de 1 log na contagem de HIV RNA no plasma após 4 (quatro) semanas do início da terapia com boa adesão
 - aumento significativo (igual ou maior que 3 vezes) na carga viral inicial, não atribuído a infecções intercorrentes ou vacinações
27. No Brasil, a tuberculose é um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais. A cada ano, são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e ocorrem 4,5 mil mortes em decorrência da doença. A tuberculose tem cura e o tratamento é gratuito e disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (Portal Saúde – MS). Para o diagnóstico da tuberculose são utilizados os seguintes exames: baciloscopia, teste rápido molecular para tuberculose e cultura para micobactéria, além da investigação complementar por exames de imagem; a pesquisa do bacilo álcool-ácido-resistente (BAAR) é uma técnica simples, de baixo custo e mais utilizada no Brasil, não apenas para o diagnóstico, mas também para o controle do tratamento. Cepas de *Mycobacterium tuberculosis* coram-se pela coloração ácido-resistente, mas não pela coloração de Gram, podendo tal evento ser explicado:
- em decorrência da não absorção do corante púrpura, pela intensa quantidade de *pili*
 - graças à grande quantidade de histonas existentes na bactéria, negativamente carregadas
 - pela espessura muito fina da parede celular da bactéria, que não favorece a retenção do corante
 - devido à bactéria possuir uma grande quantidade de lipídios de membrana, dificultando a entrada do corante púrpura na célula
28. No diagnóstico diferencial clínico entre infecções agudas pelos arbovírus, pode-se dizer que:
- a artralgia é mais característica na dengue do que na Chikungunya; é variável na Zika
 - o choque hipovolêmico é tão frequente na dengue quanto na Chikungunya, porém mais precoce nesta última
 - a febre costuma ser mais elevada na dengue e na infecção pelo vírus Zika e intermitente na Chikungunya
 - os sangramentos são mais frequentes no dengue, menos frequentes na infecção por Chikungunya e não ocorrem na infecção pelo vírus Zika
29. A produção de β -lactamases de espectro estendido (ESBLs) é um importante mecanismo de resistência em enterobactérias. O tratamento de infecções causadas por cepas produtoras de ESBL oferece um substancial desafio à terapia antimicrobiana, pois os únicos betalactâmicos ativos *in vivo* contra essas cepas são:
- betalactâmicos com inibidores de betalactamases
 - carbapenêmicos
 - cefamicinas
 - cefepima
30. São sinais de alarme para dengue grave:
- hepatomegalia, mialgia e febre
 - queda do hematócrito, hipertensão arterial e cefaleia
 - dor abdominal intensa, vômitos persistentes, derrame pleural
 - hemorragia de mucosas, icterícia e exantema maculopapular
31. Maria Angélica, uma adolescente de 16 anos de idade, deu entrada numa Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de febre alta, hipotensão e petéquias pelo corpo. Houve suspeita de meningococemia e ela foi transferida imediatamente para uma Unidade Hospitalar. A gravidade da doença meningocócica está relacionada à circulação na corrente sanguínea de níveis aumentados de:
- endotoxina
 - proteína do *pili*
 - superantígenos
 - protease de IgA
32. A vacinação com o BCG pode ser aplicada:
- quando houver lesões de pele no local da aplicação
 - logo ao nascimento, mesmo se a mãe for portadora do HIV
 - quando o recém-nascido tiver peso baixo ao nascer (< 2 Kg)
 - nos pacientes imunodeprimidos, seja por infecção pelo HIV, seja por outras doenças, quimioterapia ou corticoterapia prolongada
33. Considera-se piúria a presença de 5 ou mais piócitos por campo microscópico sob grande aumento, ou mais de 10.000 piócitos por mililitros. O valor preditivo da piúria varia entre 40% a 80%, estando presente entre 23% a 50% dos pacientes com bacteriúria e infecção do trato urinário; a presença de cilindros piocitários sugere fortemente processo pielonefrítico; uma condição que pode apresentar piúria ou leucocitúria sem significar infecção do trato urinário é:
- hepatite
 - pancreatite
 - úlcera duodenal
 - apendicite aguda
34. A sífilis congênita persiste como uma das mais frequentes infecções que acometem recém-nascidos em nosso país. Esse fato demonstra a:
- dificuldade na precisão do diagnóstico laboratorial
 - resistência bacteriana aos antibióticos usualmente empregados
 - não realização de pelo menos 2 exames sorológicos (um no 1º e outro no último trimestre da gestação) durante o acompanhamento pré-natal
 - consequência da grande disseminação do HIV na população feminina, ocasionando grande quantidade de mulheres imunodeprimidas

35. Mesmo com os avanços mais recentes no atendimento ao RN criticamente doente, a enterocolite neonatal (ECN) continua sendo um desafio à equipe cuidadora e aos familiares das crianças acometidas; é uma das mais graves, devastadoras e desafiadoras doenças que comprometem RN internados em UTI neonatal. A classificação de ECN baseia-se em achados clínicos, radiológicos e laboratoriais e possibilita a uniformização do diagnóstico em diferentes serviços, bem como serve de roteiro para o manejo da doença em seus vários estágios. A conduta indicada para os neonatos com ECN no estágio IIB, é:
- (A) antibióticos por 7 dias
 - (B) intervenção cirúrgica
 - (C) antibióticos por 14 dias
 - (D) fluídos, agentes inotrópicos, ventilação mecânica e paracentese
36. Dentre as vacinas habitualmente disponíveis nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIEs), está a vacina tríplice acelular (DTPa), habitualmente utilizada em situações especiais, como:
- (A) exantema generalizado após a aplicação de uma dose de vacina pentavalente (DTP+*H.influenzae* B+ Hepatite B)
 - (B) choque anafilático imediatamente após aplicação de uma dose anterior da vacina pentavalente (DTP+*H.influenzae* B+ Hepatite B)
 - (C) febre alta (acima de 39°C) no dia seguinte à aplicação de qualquer dose da vacina pentavalente (DTP+*H.influenzae* B+ Hepatite B)
 - (D) antecedente de crise convulsiva até 3 dias após a aplicação de dose anterior da vacina pentavalente (DTP+*H.influenzae* B+ Hepatite B)
37. A quantificação da proteína C reativa é um importante marcador de fase aguda em muitos tipos de infecção, sendo já condensada sua importância para definir se a efusão pleural é parapneumônica. A presença de pneumonia complicada, com necessidade de drenagem, é indicada por valores de proteína C reativa acima de:
- (A) 25 mg/dL
 - (B) 45 mg/dL
 - (C) 70 mg/dL
 - (D) 100 mg/dL
38. A vacinação contra *influenza* é especialmente indicada para crianças e adolescentes que apresentam patologias tratadas com uso contínuo de aspirina, com o objetivo de evitar o risco aumentado de:
- (A) miosite aguda
 - (B) síndrome de Reye
 - (C) crises convulsivas
 - (D) broncoespasmo grave
39. Na resposta imunológica inicial de defesa, um grupo de células funcionam como apresentadoras de antígenos profissionais, isto é, expressam proteína do sistema MHC de classe II e apresentam antígenos para células T CD4+. Desse modo, podem ser considerados como principais indutores na resposta primária por anticorpos, os seguintes grupos celulares:
- (A) células dendríticas
 - (B) plasmócitos
 - (C) eosinófilos
 - (D) linfócitos T
40. Alguns procedimentos médicos não devem ser realizados em época próxima às imunizações pelo risco de interferir no seu efeito protetor. Em relação à vacinação tríplice viral o intervalo recomendado para sua administração depois que a criança tenha sido submetida à transfusão com concentrado de hemácias é de:
- (A) 12 meses
 - (B) 5 meses
 - (C) 3 meses
 - (D) 1 mês