



PROCESSO SELETIVO
2018
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANOS OPCIONAIS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

PEDIATRIA: MEDICINA INTENSIVA 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:
- (A) diabetes melito tipo I
 - (B) diabetes melito tipo II
 - (C) tolerância diminuída à glicose
 - (D) 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:
- (A) cefaleia
 - (B) dor neuropática
 - (C) acometimento articular
 - (D) 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:
- (A) uma dose de 0,5 mL por via subcutânea
 - (B) duas doses de 0,5 mL por via subcutânea, com intervalo de 6 meses entre as doses
 - (C) duas doses de 0,5 mL por via subcutânea, com intervalo de 2 a 4 semanas entre as doses
 - (D) 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:
- (A) alcalose
 - (B) hipertonia
 - (C) hipercalemia
 - (D) 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 :
- (A) peso menor do que 2.500 g
 - (B) nascido de gestação múltipla
 - (C) grande para a idade gestacional
 - (D) 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:
- (A) acompanhamento ambulatorial e hidratação oral
 - (B) acompanhamento em leito de emergência e hidratação venosa
 - (C) acompanhamento em leito de internação até estabilização e hidratação venosa
 - (D) 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: hematuria 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:
- (A) no caso relatado está indicada a utilização de penicilina no esquema terapêutico inicial
 - (B) ASO negativa afasta a possibilidade de glomerulonefrite pós-infecção estreptocócica
 - (C) as culturas da pele e da orofaringe são fundamentais para confirmação do diagnóstico
 - (D) hematuria, 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

MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA

21. Lactente, um ano e seis meses de idade, após cinco dias de diarreia aguda, tem início súbito de oligoanúria, acentuada palidez cutâneo-mucosa, petéquias em tronco e icterícia. Nota-se, ainda, hipertensão arterial sistêmica 160x98 mmHg. A principal hipótese diagnóstica é:
- (A) síndrome hemolítico-urêmica
(B) feocromocitoma
(C) glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica
(D) hepatite A
22. Nas situações de apneia com ausência de pulso central em crianças, é correto afirmar que:
- (A) nas situações de um ressuscitador, mantém-se uma relação de massagem cardíaca externa e ventilação de 15:2
(B) a superfície hipotenar sobre o terço inferior do externo na massagem cardíaca externa é utilizada em lactente de 10 meses de vida
(C) deve-se iniciar massagem cardíaca externa de 100 compressões por minuto
(D) deve-se priorizar o quanto antes a obtenção de via aérea por intubação orotraqueal
23. Na insuficiência hepática em crianças:
- (A) o propofol, por sua meia vida curta, poderá ser utilizado nos casos de agitação intensa
(B) recomenda-se a correção de rotina dos distúrbios de coagulação, mesmo sem sangramento ativo
(C) pacientes com encefalopatia hepática grau I devem ser intubados e colocados em ventilação mecânica
(D) a encefalopatia hepática grau II se caracteriza pelo predomínio de ondas tipo teta no eletroencefalograma (EEG)
24. De acordo com as definições do protocolo de Berlim para síndrome do desconforto respiratório agudo (SARA) moderada, tem-se:
- (A) $PaO_2/FiO_2 < 100$ com $PEEP \geq 5$ cmH₂O
(B) uso de VNI com $PEEP \geq 5$ cmH₂O
(C) PaO_2/FiO_2 entre 300 até 201
(D) PaO_2/FiO_2 entre 200 até 101 com $PEEP \geq 5$ cmH₂O
25. Lactente de nove meses de idade, com história de contato com os pais resfriados, inicia, após seis dias, coriza, febre baixa e tosse. O quadro agrava-se com taquipneia, batimento de aletas nasais e tiragem subcostal. A ausculta pulmonar tem sibilos bilaterais. A radiografia de tórax mostra hiperinsuflação com atelectasia em hemitórax direito. A abordagem mais adequada é:
- (A) fisioterapia respiratória com aspiração de secreções de orofaringe
(B) intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva
(C) diurético de alça e dobutamina
(D) oxigênio sob máscara e, caso não melhore, início de ventilação não invasiva na forma de CPAP
26. Caracteriza o achado eletrocardiográfico da hipercalemia:
- (A) a depressão do segmento ST e a diminuição da amplitude das ondas T
(B) a onda T apiculada com encurtamento do intervalo QT
(C) o aumento da amplitude da onda U
(D) o alargamento do QRS e o aumento do intervalo PR

27. Adolescente de 15 anos de idade, em tratamento quimioterápico para leucemia mieloide aguda, apresenta quadro de mucosite oral, febre alta de 39°C (Tax) e neutropenia (90/dL). O tratamento antibiótico inicial mais adequado apresenta-se com:
- vancomicina e anfotericina B
 - cefepime ou piperacilina + tazobactam
 - vancomicina ou linezolida
 - ciprofloxacina oral
28. Escolar, nove anos de idade, procura a emergência com quadro súbito de rouquidão, dor de garganta, edema labial e rash cutâneo urticariforme em tronco, após a ingestão de pasta de amendoim. Abordagem inicial mais adequada é:
- atropina, via intravenosa, 1 mg/kg + adrenalina 0,1 mg/kg e oxigênio sob máscara
 - adrenalina, via intravenosa, na dose 0,01 mg/kg da solução 1:1000 e oxigênio sob máscara
 - adrenalina, via intramuscular, na dose 0,01 mg/kg da solução 1:1000 e oxigênio sob máscara
 - adrenalina, via subcutânea, na dose 0,01 mg/kg da solução 1:10000 e oxigênio sob máscara
29. A epinefrina é utilizada frequentemente nas situações de disfunção hemodinâmica em pediatria. É característica dessa catecolamina:
- melhoria do débito cardíaco e diminuição da resistência vascular periférica nas doses de até 0,3 mcg/Kg/min
 - acentuação dos efeitos alfa 1 e alfa 2 adrenérgico, com aumento do débito cardíaco e da resistência vascular sistêmica nas doses de 0,05 mcg/Kg/min
 - efeito cronotrópico, pouco efeito inotrópico e vaso dilatador em doses alfa 1 adrenérgicas
 - aumento da circulação de ácido láctico devido à diminuição da glicogenólise e piora da perfusão tissular
30. Criança de 10 anos de idade, com pneumonia em ambos os hemitórax, apresenta-se na emergência com febre alta 39°C (Tax), taquidispneia com uso de musculatura acessória, taquicardia (180 bpm), perfusão lentificada com extremidades frias e pressão arterial não invasiva em 80x36 mmHg. A abordagem inicial mais adequada é:
- intubação orotraqueal, acesso venoso profundo em veia femoral ou veia subclávia, expansão volumétrica com cristalóide 20 mL/kg a cada 20 minutos e antibióticos
 - oxigênio com alto fluxo sob máscara ou CPAP nasal, obtenção de dois acessos periféricos e expansão volumétrica com cristalóide com alíquotas de 20 mL/kg a cada cinco minutos e antibióticos
 - oxigênio sob cateter com alto fluxo, acesso intraósseo, expansão volumétrica com soro albuminado e antibióticos
 - intubação orotraqueal ou CPAP, início de dopamina ou adrenalina dose beta-adrenérgica e antibióticos
31. Um menino de nove anos de idade, no pós-operatório de retirada de craniofaringioma, evolui com edema palpebral, congestão pulmonar e redução do volume urinário. Na síndrome inapropriada do hormônio antidiurético, os achados laboratoriais são:
- osmolaridade sérica baixa, hiponatremia, osmolaridade urinária elevada
 - osmolaridade sérica elevada, hipernatremia, osmolaridade urinária elevada
 - osmolaridade sérica baixa, hipernatremia, osmolaridade urinária baixa
 - osmolaridade sérica elevada, hiponatremia, osmolaridade urinária baixa
32. Uma criança de quatro anos de idade, do sexo feminino, portadora de cardiopatia congênita, apresenta-se com alteração do sensório, hipotensão e perfusão periférica lentificada. O eletrocardiograma revelou uma taquicardia ventricular. A conduta inicial adequada é:
- lidocaína 1 mg/kg
 - adenosina 0,1 mg/Kg
 - cardioversão elétrica
 - amiodarona 5 mg/kg
33. Um adolescente de 13 anos de idade, sexo masculino, vítima de atropelamento, é admitido na emergência com Glasgow 11, normotenso, pupilas isocóricas e fotorreagentes. O exame físico revelava equimose periorbitária bilateral. Duas horas após a admissão, o paciente evoluiu com piora do nível de sensório (Glasgow 7), anisocoria e hipertensão arterial. Foi realizada intubação traqueal e puncionado o acesso venoso profundo. De acordo com o quadro evolutivo do paciente, a conduta imediata adequada é:
- sedação, controle hidroeletrólítico, nifedipina
 - sedação, controle hidroeletrólítico, solução salina a 3%
 - sedação, controle hidroeletrólítico, corticoterapia
 - sedação, controle hidroeletrólítico, nitroprussiato de sódio
34. Criança de quatro anos de idade, sexo feminino, previamente hígida, apresentou febre de 38,5–39°C por três dias, associada à mialgia, adinamia, cefaleia e dor retro-orbitária. No quarto dia houve desaparecimento da febre, mas queda significativa do estado geral e vômitos. A mãe refere que a criança não urina há 12 horas. Ao exame físico, encontrava-se sonolenta, taquicárdica, com perfusão periférica de 5 segundos. De acordo com o Manual de Dengue para Tratamento do Adulto e da Criança do Ministério da Saúde de 2016, a classificação do quadro clínico e a conduta inicial adequada são, respectivamente:
- categoria C, soro fisiológico a 0,9% 20ml em 1 hora
 - categoria D, albumina
 - categoria C, soro de reidratação oral
 - categoria D, soro fisiológico 20 mL/kg em 20 minutos
35. Uma criança de dois anos de idade, do sexo feminino, apresenta crise convulsiva tônico-clônica generalizada há cerca de 35 minutos. Já recebeu três doses de diazepam sem resposta. A droga de escolha a ser utilizada a seguir para o tratamento do estado de mal epiléptico é:
- fenitoína
 - ácido valpróico
 - carbamazepina
 - midazolam
36. Paciente de três anos de idade, do sexo masculino, com suspeita de meningite, é admitido no pronto-socorro. A punção lombar revelou o seguinte resultado: aspecto límpido, proteínas=200 mg/dL, celularidade igual a 160 células com predomínio de linfócitos, glicose=35 mg/dL (glicose sérica=90 mg/dL). O provável diagnóstico é:
- meningite fúngica
 - meningite bacteriana
 - meningite viral
 - meningite tuberculosa

37. Uma criança de oito anos de idade, peso de 26 kg, previamente diabética, iniciou há três dias taquipneia progressiva, vômitos e sonolência. Não há histórico de febre, diarreia ou queixas urinárias. Mãe informa que há 15 dias fez uso de antibiótico, por sete dias, para o tratamento de amigdalite. A gasometria revelava: glicose = 350 mg/dL, $\text{pH}=7,0$ PaCO_2 10, PaO_2 98 e bicarbonato = 5,0 mEq/L $\text{BE} = -22$. A diluição correta da solução de insulina regular e a velocidade de infusão adequada para o tratamento da cetoacidose diabética são, respectivamente:
- (A) solução com 250 mL de soro fisiológico a 0,9% e 30 unidades de insulina regular, velocidade 26 mL/h
 - (B) solução com 125 mL de soro glicosado a 5% e 125 mL de soro fisiológico a 0,9%, 25 unidades de insulina regular, velocidade de 26 mL/h
 - (C) solução com 250 mL de soro fisiológico a 0,9% e 25 unidades de insulina regular, velocidade 26 mL/h
 - (D) solução com 100 mL de soro fisiológico a 0,9% e 15 unidades de insulina regular, velocidade 13 mL/h
38. Uma criança de dois anos de idade, portadora de tetralogia de Fallot, foi submetida à cirurgia reparadora com circulação extracorpórea. Evoluiu no pós-operatório imediato com acidose metabólica de difícil controle, insuficiência cardíaca congestiva, hipercalemia, náuseas e vômitos. A conduta terapêutica mais adequada, nesse caso, é:
- (A) albumina
 - (B) toracocentese
 - (C) diálise
 - (D) furosemida
39. Uma menina de sete anos de idade sofreu queimaduras de espessura total em 15% da superfície corporal. A respeito do paciente grande queimado é correto afirmar:
- (A) o edema tecidual máximo ocorre 48 horas após a queimadura
 - (B) o parâmetro mais sensível para avaliar reposição fluidica é a diurese horária
 - (C) o uso de antiácidos e antagonistas de H_2 está contraindicado
 - (D) na fase inicial do estresse (12-24 horas) ocorre hipermetabolismo intenso
40. Uma criança de quatro anos de idade, com história pregressa de asma brônquica, iniciou tosse e esforço respiratório há 24 horas. A mãe já havia realizado nebulização com beta 2 agonista inalatório sem melhora. No momento da admissão, a criança encontrava-se: taquipneica ($\text{FR}=30\text{inc}/\text{min}$); taquicárdica ($\text{FC}=110\text{ bpm}$); com tiragem subcostal; saturação de O_2 em ar ambiente = 92%; falava com frases incompletas e o valor do pico de fluxo expiratório (PEF) era 70% do previsto. Diante do quadro apresentado, a intensidade da crise de asma pode ser classificada como:
- (A) asma moderada
 - (B) asma grave
 - (C) asma leve
 - (D) falência respiratória iminente