

MÉDICO – PEDIATRIA / PLANTÃO (306) CADERNO DE QUESTÕES

PROIBIDO FOLHEAR ESTE CADERNO ANTES DA AUTORIZAÇÃO PARA O INÍCIO DA PROVA

Além deste caderno de **50** questões OBJETIVAS e **10** questões DISCURSIVAS, você recebeu:
- um cartão-resposta personalizado com questões de múltipla escolha com quatro alternativas.
- um caderno de respostas para as questões discursivas.

Duração máxima da prova: **5 horas**

Autorização para deixar o local de prova: **após 2 horas** do início da prova

INSTRUÇÕES

- 1) Na mesa, são permitidos apenas o(s) caderno(s), o cartão-resposta (quando houver) e a caneta esferográfica transparente de tinta preta ou azul **SEM A TAMPA**. Demais pertences devem estar devidamente guardados embaixo da carteira.
- 2) Terminada a prova, **TODO** material de prova deverá ser devolvido aos fiscais.
- 3) As três últimas pessoas candidatas somente poderão deixar a sala, juntas, quando a última entregar a prova. As três deverão assinar a ata de sala, atestando a idoneidade e a regularidade da finalização da prova.

NO CARTÃO-RESPOSTA:

- 4) Confira os seus dados pessoais, número de inscrição e cargo/programa escolhido.
- 5) Assine e transcreva a frase impressa no cartão assim que o receber (cartões entregues sem a assinatura e/ou sem a transcrição da frase **NÃO** serão corrigidos).
- 6) Marque a alternativa correta de acordo com a ilustração instrutiva. Somente as respostas corretamente preenchidas serão objeto de correção.

Atenção: Por motivo de segurança, as respostas **NÃO** poderão ser anotadas em nenhum outro local que não seja o cartão-resposta ou o caderno de respostas para questões discursivas.

NO CADERNO DE QUESTÕES:

- 7) Após autorização do início da prova, verifique a numeração das questões e das páginas (havendo irregularidade no material, comunique ao fiscal de sala).
- 8) Não arranque, destaque ou rasgue nenhuma folha nem parte dela.

Todos os casos e nomes utilizados nas provas do CEPUERJ são fictícios.

ORGANIZADOR



CEPUERJ

PROVA OBJETIVA**LÍNGUA PORTUGUESA****TEXTO:****O machismo das ausências**

1 Com alguma frequência, respondo a entrevistas. Ou tento, quando o volume de trabalho me permite. Fico feliz quando me procuram para falar de literatura, afinal, é meu trabalho, mas noto a repetição de uma mesma pergunta: “você já sofreu machismo no meio literário?”

5 Como se não bastasse o machismo galopante que transborda do mundo e a que estão sujeitas todas as mulheres, inclusive as escritoras, a pergunta vem com a expectativa de uma resposta contundente, com exemplos que escandalizem, com depoimentos tocantes. É onde costumo decepcionar.

Veja bem, é fácil responder de forma a satisfazer a pessoa jornalista ou o público a quem é destinada a matéria. Mas, considerando que o meio literário não é uma realidade à parte e que o machismo raramente começa e termina num só lugar, responder fica difícil. Difícil porque a resposta mais
10 completa é aquela que a pergunta não contempla. Mas é especialmente difícil porque a resposta está nas perguntas que não nos fazem. Nos exemplos que não existem. Nos “nãos” que nem chegam a ser ditos porque nem precisa.

O problema do preconceito de gênero é que dificilmente ele é explícito; ele está mais presente nas coisas que não vemos. Isso também na literatura: nos convites para eventos que deixamos de
15 receber. Quando uma autora é deixada de lado para darem destaque a um escritor. Nas faltas de indicação a prêmios. No esquecimento.

Apesar da relevância do trabalho das escritoras, ainda é difícil vê-las podendo falar de seu trabalho nas mesmas condições que um autor pode falar. Nas mesas de debates compostas só por homens, por exemplo, eles podem transcender todas essas questões e falar de seus trabalhos, de seus
20 personagens, de literatura. Se convidada, a escritora provavelmente acabará tendo que falar sobre suas dificuldades, sobre o preconceito, sobre ser mulher e escrever.

Ser homem é não ter gênero, é pairar acima dele; enquanto uma mulher, não importa que seja escritora, cientista ou jardineira, será primeiramente e acima de tudo uma mulher.

A ausência está nas perguntas que não nos fazem, aquelas que são esquecidas enquanto vêm as
25 questões sobre as nossas maiores dificuldades de escrever sendo mulher, o único assunto que nos cabe.

Mas as histórias que escrevemos não importam? Nosso trabalho, por si só, não interessa? Não podemos falar sobre literatura, pura e simplesmente? Essa é uma barreira difícil de romper.

Esse é só mais um indício de como o machismo dentro da literatura se manifesta bem antes de chegar
30 no mercado editorial; e, como dito, é um machismo que se manifesta de forma sutil, empurrando as autoras para as margens. É o machismo de tornar as mulheres invisíveis. É o machismo da ausência de oportunidades. E isso vem desde muito cedo, desde quando as jovens mulheres, ainda mais quando são pobres, especialmente quando são negras, são desmotivadas a escrever; quando escrevem, têm dificuldade de ser publicadas; quando são publicadas, não recebem tanta projeção.

- 35 Dessa forma, mesmo que rompamos uma série de barreiras para poder chegar a ser escritoras, mesmo quando conseguimos, ainda seremos barradas em algum momento. E nem poderemos usar isso como um exemplo contundente de machismo, afinal, não aconteceu. Nada existiu. Esse “não estar” é mais cruel do que alguém fazendo um comentário machista na minha cara, porque é mais difícil apontar para essa ausência de oportunidades do que para um preconceito explícito.
- 40 Não é um caso isolado de machismo dentro do meio literário que cria barreiras para as escritoras. É todo um sistema, presente no mundo no qual estamos imersas, que garante que fiquemos à margem. São essas ausências que garantem que o escritor a quem se refere o Dia do Escritor, comemorado no dia 25 de julho, seja homem (como 72% dos autores brasileiros publicados) e branco (como 93,9% dos que escrevem literatura no Brasil). Então é sobretudo nas ausências que precisamos prestar
- 45 atenção.

VALEK, Aline.

Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/cultura/o-machismo-das-ausencias/>.

Acesso em: 26/01/2026 (adaptado).

Com base no texto apresentado, responda às questões de números 1 a 10.

- 1)** De acordo com o texto, o machismo na literatura manifesta-se bem antes do mercado editorial, pois as mulheres:
- a) são alvo de comentários machistas ao buscarem oportunidades de divulgação de seu trabalho
 - b) têm suas obras preteridas pelo mercado livreiro, que prioriza a venda de livros de autores homens
 - c) sentem-se desmotivadas por serem mulheres, pobres e negras, por isso acabam desistindo de suas carreiras
 - d) enfrentam obstáculos nas várias etapas de seu trabalho como escritoras apenas por serem mulheres
- 2)** A autora busca convencer o leitor de que existe machismo na literatura, apresentando fatos e opiniões. O trecho que apresenta uma avaliação pessoal explícita da autora, configurando-se como opinião, é:
- a) “Não é um caso isolado de machismo dentro do meio literário que cria barreiras para as escritoras.” (l. 40)
 - b) “Se convidada, a escritora provavelmente acabará tendo que falar sobre suas dificuldades” (l. 20-21)
 - c) “A ausência está nas perguntas que não nos fazem” (l. 24)
 - d) “Com alguma frequência, respondo a entrevistas.” (l. 1)
- 3)** O título “O machismo das ausências” refere-se à(ao):
- a) proibição do trabalho intelectual feminino
 - b) invisibilização da produção literária feminina
 - c) papel masculino na construção do preconceito de gênero
 - d) literatura de autoria masculina resultante da cultura patriarcal

4) Como estratégia persuasiva, a autora busca uma aproximação maior com o leitor por meio da interlocução direta. No texto, essa estratégia se constrói pelo emprego do(a):

- a) verbo no modo imperativo em “Veja bem” (ℓ. 7)
- b) conjunção coordenativa alternativa em “Ou tento” (ℓ. 1)
- c) adjetivo em “a expectativa de uma resposta contundente” (ℓ. 5)
- d) estrutura comparativa em “é mais difícil apontar para essa ausência de oportunidades do que para um preconceito explícito.” (ℓ. 39)

5) As figuras de linguagem são recursos empregados para dar mais expressividade às ideias no texto; entre elas, a metáfora. O trecho que se configura como metafórico é:

- a) “questões sobre as nossas maiores dificuldades de escrever” (ℓ. 25)
- b) “convites para eventos que deixamos de receber.” (ℓ. 14-15)
- c) “o machismo galopante que transborda do mundo” (ℓ. 4)
- d) “o público a quem é destinada a matéria.” (ℓ. 7-8)

6) Ambiguidade é o fenômeno que permite interpretações distintas e plausíveis de uma mesma frase, palavra, expressão. Entre as frases a seguir, aquela que não apresenta ambiguidades, construindo uma única possibilidade de interpretação, é:

- a) Aquela editora prioriza publicar livros de autoras negras e indígenas.
- b) A escritora conversou com o representante da editora em sua casa.
- c) Li o romance do autor que está sendo discutido nos clubes de leitura.
- d) Meu editor falou com a autora que lançará um livro na Bienal de São Paulo.

7) De forma geral, as informações são organizadas nos textos com o objetivo de promover a continuidade do tema de forma coesa e coerente. No texto em análise, o décimo parágrafo (ℓ. 35-37) desenvolve, em relação ao parágrafo anterior (ℓ. 29-34), uma ideia de:

- a) conformidade
- b) concessão
- c) conclusão
- d) causa

8) Em “Dessa forma, mesmo que rompamos uma série de barreiras para poder chegar a ser escritoras, mesmo quando conseguimos, ainda seremos barradas em algum momento” (ℓ. 35-36), a conjunção que pode substituir a locução conjuntiva em destaque, sem alteração do sentido do trecho, é:

- a) conquanto
- b) entretanto
- c) porquanto
- d) contudo

9) O período que, reescrito, apresenta o mesmo sentido de “é um machismo que se manifesta de forma sutil, empurrando as autoras para as margens” (ℓ. 30-31) é:

- a) É um machismo que se manifesta de forma sutil, embora empurre as autoras para as margens.
- b) É um machismo que se manifesta de forma sutil quando empurra as autoras para as margens.
- c) É um machismo que se manifesta de forma sutil, porém empurra as autoras para as margens.
- d) É um machismo que se manifesta de forma sutil e empurra as autoras para as margens.

10) A pontuação muitas vezes é empregada para além das regras gramaticais, de forma expressiva, com o objetivo de atender à determinada intenção do autor. No texto, o trecho que faz uso de pontuação expressiva, construindo um sentido de ênfase, é:

- a) “Fico feliz quando me procuram para falar de literatura, afinal, é meu trabalho, mas noto a repetição de uma mesma pergunta: ‘você já sofreu machismo no meio literário?’ ” (ℓ. 2-3)
- b) “Mas é especialmente difícil porque a resposta está nas perguntas que não nos fazem. Nos exemplos que não existem. Nos ‘nãos’ que nem chegam a ser ditos porque nem precisa.” (ℓ. 10-12)
- c) “Ser homem é não ter gênero, é pairar acima dele; enquanto uma mulher, não importa que seja escritora, cientista ou jardineira, será primeiramente e acima de tudo uma mulher.” (ℓ. 22-23)
- d) “Esse é só mais um indício de como o machismo dentro da literatura se manifesta bem antes de chegar no mercado editorial; e, como dito, é um machismo que se manifesta de forma sutil, empurrando as autoras para as margens.” (ℓ. 29-31)

LEGISLAÇÃO

11) Nas dependências de uma universidade pública, de forma livre, consciente e voluntária, um funcionário técnico administrativo, descumprindo medida protetiva de urgência, com a intenção de matar, ofendeu a integridade corporal de sua esposa, também funcionária da instituição, ao efetuar disparos de arma de fogo. A vítima, porque foi imediatamente socorrida e levada para o hospital, sobreviveu. Ficou entendido que o crime foi cometido por razões da condição do sexo feminino, por menosprezo à condição de mulher. Nesse caso, o crime praticado é tipificado como:

- a) tentativa de homicídio
- b) tentativa de feminicídio
- c) crime de descumprimento de medidas protetivas de urgência
- d) crime de lesão corporal qualificada praticada contra a mulher, por razões da condição do sexo feminino

12) Um médico negro fazia seu atendimento no hospital quando percebeu que uma senhora havia ingressado na sala de emergência sem a devida autorização. O médico solicitou continuamente que a senhora se retirasse do local, pois não havia permissão para ali permanecer. Sem atender ao pedido, ela agrediu o médico dizendo: “E aí, seu médico preguiçoso, safado e incompetente! Não vai me atender?!”. A ação foi presenciada por dois técnicos de enfermagem e por outros pacientes que aguardavam atendimento. Acionados pelo médico, policiais militares compareceram ao local e, diante do relato, efetuaram a prisão em flagrante da senhora, conduzindo-a até a Delegacia de Polícia. Nesse caso, a prisão em flagrante foi corretamente executada, porque a senhora praticou o crime de:

- a) injúria
- b) calúnia
- c) difamação
- d) injúria racial

13) A pena para o crime de homotransfobia, previsto no artigo 20 da lei nº 7.716, de 05 de janeiro de 1989, é de:

- a) detenção de dois a quatro anos e multa
- b) reclusão de dois a quatro anos e multa
- c) detenção de um a três anos e multa
- d) reclusão de um a três anos e multa

14) A fim de se ausentar do trabalho por considerável período de tempo e evitar as sanções previstas em lei, por falta imotivada, um funcionário técnico-administrativo pediu que um amigo médico emitisse dois atestados médicos, que comprovassem o seu suposto comparecimento a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Nesse caso, avalia-se que foi praticado o crime de:

- a) falsidade material
- b) uso de documento falso
- c) falsidade de atestado médico
- d) falsificação de documento particular

15) A Constituição da República de 1988 estabelece que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à segurança, bem como ao(à):

- a) liberdade, igualdade e propriedade
- b) saúde, moradia e propriedade
- c) liberdade, moradia e trabalho
- d) saúde, igualdade e trabalho

16) A Constituição da República de 1988 reconhece a instituição do júri, assegurando a plenitude de defesa, bem como:

- a) sigilo das votações, sistema da prova legal e competência para o julgamento dos crimes dolosos e culposos contra a vida
- b) sala secreta, soberania dos veredictos e competência para o julgamento dos crimes dolosos e culposos contra a vida
- c) sigilo das votações, soberania dos veredictos e competência para o julgamento dos crimes dolosos contra a vida
- d) sala secreta, sistema da prova legal e competência para o julgamento dos crimes dolosos contra a vida

17) Da sentença que julga o mandado de segurança cabe:

- a) remessa necessária, sem efeito suspensivo, se não concedida a segurança
- b) remessa necessária, com efeito suspensivo, se concedida a segurança
- c) apelação, com efeito suspensivo, se concedida a segurança
- d) apelação, sem efeito suspensivo, se concedida a segurança

18) As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável:

- a) nos casos de dolo e culpa
- b) nos casos de dolo ou culpa
- c) somente nos casos de culpa
- d) independente de dolo ou culpa

19) Os atos de improbidade administrativa importarão a suspensão dos direitos políticos, a perda da função pública, bem como o(a):

- a) indisponibilidade dos bens e ressarcimento ao erário, na forma e gradação previstas em lei, sem prejuízo da ação cível cabível
- b) indisponibilidade dos bens e ressarcimento ao erário, na forma e gradação previstas em lei, sem prejuízo da ação penal cabível
- c) perda dos bens e ressarcimento ao erário, na forma e gradação previstas em lei, sem prejuízo da ação penal cabível
- d) perda dos bens e ressarcimento ao erário, na forma e gradação previstas em lei, sem prejuízo da ação cível cabível

20) Além do aperfeiçoamento profissional e acadêmico permanentes, por meio do programa CAPACIT-UERJ, a progressão funcional do servidor técnico-administrativo da UERJ atenderá aos requisitos de interstício mínimo de:

- a) 24 meses e avaliação periódica de desempenho individual satisfatória com interstício superior a dois anos
- b) 36 meses e avaliação periódica de desempenho individual satisfatória com interstício superior a dois anos
- c) 24 meses e avaliação periódica de desempenho individual satisfatória com interstício não superior a dois anos
- d) 36 meses e avaliação periódica de desempenho individual satisfatória com interstício não superior a dois anos

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

De acordo com a lei nº 8.080/1990, responda às questões de números **21** e **22**.

21) A lei orgânica do SUS define entre as atribuições comuns à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios:

- a) acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população e das condições ambientais
- b) formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação, nutrição, vigilância e fiscalização de alimentos
- c) definir e coordenar os sistemas de redes integradas de centros de assistência de alta complexidade
- d) definir as diretrizes e normas para a estruturação física e organizacional dos serviços de saúde bucal

22) Com relação ao subsistema de acompanhamento à mulher nos serviços de saúde, é direito da mulher:

- a) ter como acompanhante, em procedimento que envolva sedação, um profissional de saúde do sexo feminino, indicado pela unidade de saúde responsável, podendo recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro, mediante justificativa plausível
- b) ser atendida exclusivamente por profissionais do sexo feminino em qualquer consulta, exame ou procedimento, podendo exigir substituição imediata de membros do sexo masculino, ainda que gere atraso no atendimento e interrompa a assistência
- c) fazer-se acompanhar por pessoa maior de idade, durante todo o período do atendimento, em consultas, exames e procedimentos realizados em unidades de saúde públicas ou privadas, independentemente de notificação prévia
- d) adiar a ação dos profissionais de saúde previamente autorizados a agir na proteção e defesa da sua saúde e da sua vida, em caso de emergência, quando na ausência do acompanhante requerido, de modo a aguardar a chegada do mesmo

23) Quanto à organização do SUS, o planejamento em saúde deve:

- a) compatibilizar as necessidades de saúde com os interesses do mercado financeiro, com foco na integralidade da atenção
- b) ser descendente e integrado, realizado de maneira regionalizada do nível federal até os níveis estadual e municipal
- c) ser facultativo para os entes públicos e indutor de políticas para as instituições e representantes da iniciativa privada
- d) considerar os serviços prestados, inclusive pela iniciativa privada, sendo complementares ou não ao SUS

24) A organização do SUS ocorre de forma regionalizada e hierarquizada de modo que a instituição das Regiões de Saúde deve:

- a) adotar as legislações e normas que regem o sistema de saúde do país vizinho, quando as regiões de saúde forem situadas em áreas de fronteira com outro país
- b) ser realizada pelo estado, em articulação com os municípios, respeitando as diretrizes gerais pactuadas na comissão intergestores tripartite
- c) contemplar ações e serviços de atenção básica e hospitalar, podendo implementar ações e serviços de vigilância em saúde, em caráter facultativo
- d) compor regiões interestaduais, formadas por municípios e estados limítrofes, por ato discricionário do gestor nacional do SUS

25) Entre as atribuições comuns a todos os membros das equipes que atuam na Atenção Básica, encontra(m)-se:

- a) responsabilizar-se pela população adscrita, delegando a coordenação do cuidado quando o usuário necessitar de atendimento em outros pontos da rede de atenção à saúde
- b) atender em domicílio pessoas com problemas de saúde que realizam com autonomia as atividades da vida diária e que podem se deslocar até a unidade básica de saúde
- c) realizar acolhimento, consultas, procedimentos e prescrições conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, e normativas técnicas estabelecidas e vigentes
- d) executar a gestão das filas de espera e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade básica de saúde

26) São Princípios e Diretrizes do SUS e da Rede de Atenção à Saúde a serem operacionalizados na Atenção Básica:

- a) integralidade, seletividade e cuidado centrado no profissional
- b) territorialização, eficiência administrativa e problematização
- c) equidade, população adscrita e coordenação do cuidado
- d) universalidade, meritocracia e transversalidade da atenção

27) De acordo com a lei complementar nº 141/2012, que versa sobre financiamento do SUS, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde os gastos com:

- a) limpeza urbana, varrição, lavagem e remoção de resíduos em vias públicas
- b) manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças
- c) merenda escolar e programas alimentares executados em unidades do SUS
- d) pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde

28) Quanto ao repasse e aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, é necessário que:

- a) a movimentação dos recursos repassados seja realizada, exclusivamente, por meios que identifiquem a destinação e, no caso de pagamento, o credor
- b) os recursos reservados aos hospitais universitários federais tenham repasse centralizado no Ministério da Educação, que efetua a execução integral do custeio
- c) os demonstrativos financeiros das contas correntes do ente da Federação sejam publicados no Diário Oficial da União, sendo vedada sua divulgação em meio eletrônico
- d) a transferência de custeio da União seja realizada em contas específicas dos chefes do poder executivo municipal, mantidas em instituição financeira autorizada pela prefeitura

Em relação à lei nº 12.401/2011, que altera a lei nº 8.080/1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS, responda às questões de números **29** e **30**.

29) A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) deverá:

- a) assessorar o Ministério da Saúde na incorporação, exclusão ou alteração, pelo SUS, de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como na constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica
- b) regular e fiscalizar os planos de saúde privados, definir a cobertura mínima obrigatória, estabelecer reajustes anuais de mensalidades, publicar o rol de cobertura e aplicar às operadoras as sanções previstas na legislação nacional vigente
- c) ter em sua composição a participação de, pelo menos, um especialista na área, indicado pela Comissão de Ciência, Tecnologia e Inovação e um representante indicado pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, com mandato bianual
- d) autorizar o registro sanitário de medicamentos e produtos, conceder licenças de funcionamento a serviços de saúde, definir preços máximos nacionais para medicamentos e publicar decisões obrigatórias a serem adotadas pelas instituições de saúde

30) O protocolo clínico e a diretriz terapêutica têm como finalidade:

- a) demonstrar a avaliação econômica comparativa dos malefícios e dos gastos em relação às tecnologias, para definir o financiamento mínimo constitucional em saúde
- b) refutar as evidências científicas sobre eficácia, acurácia, efetividade e segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo de incorporação
- c) substituir a regulação do acesso hospitalar em casos de urgência e emergência, quando comprovada a necessidade clínica e terapêutica imediata
- d) estabelecer critérios de diagnóstico, tratamento, mecanismos de controle clínico e de monitoramento a serem seguidos pelos gestores do SUS

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

31) Lactente de 2 meses, sexo masculino, é admitido em enfermaria de pediatria com quadro de vômitos repetidos e desidratação. Os pais negam febre ou outros sintomas, mas referem que o filho tem vômitos pós-alimentares há cerca de cinco semanas. Imediatamente após o vômito, demonstra sinais de fome. Ao exame físico, apresenta-se moderadamente desidratado, hipoativo e com presença de pequena tumoração à palpação abdominal do epigástrio. Diante desse quadro, a hipótese diagnóstica mais provável, o exame complementar mais adequado e o tratamento, respectivamente, são:

- a) estenose hipertrófica do piloro / ultrassonografia (US) de abdômen / tratamento cirúrgico
- b) estenose hipertrófica do piloro / endoscopia / jejum e descompressão gástrica
- c) pâncreas anular / colangiopancreatografia / jejum e descompressão gástrica
- d) pâncreas anular / pHmetria / tratamento cirúrgico

32) Menina de 3 anos foi levada à emergência pelos pais, com diminuição do volume urinário. A mãe relata que, há cerca de dez dias, a filha apresentou febre, vômitos e diarreia com sangue. Ao exame físico, apresenta-se desidratada, hipocorada 3+/4+, edemaciada e irritada. O resultado dos exames laboratoriais foi hemograma com hemácias fragmentadas, hemoglobina (Hb) = 6,0g/dL, hematócrito (Htc) = 18%, leucócitos = 20.000/mm³, plaquetas = 40.000/mm³, ureia = 90mg/dL, creatinina = 2,2mg/dL, elementos anormais do sedimento da urina (EAS) = 15 leucócitos, 20 hemácias por campo e cilindros hemáticos. A criança foi internada, evoluindo, no segundo dia, com febre e crise convulsiva. Novos exames mostraram ureia = 150mg/dL, creatinina = 3,0mg/dL e a excreção fracionada de sódio >1. Encontrava-se hipertensa e com estertoração crepitante em base pulmonar. Diante do quadro descrito, o diagnóstico mais provável e o tratamento, respectivamente, são:

- a) insuficiência renal aguda (pré-renal) pela anemia / concentrado de hemácias
- b) insuficiência renal aguda (pré-renal) pela desidratação / expansão com soro fisiológico
- c) insuficiência renal aguda (renal) por síndrome hemolítico urêmico / tratamento dialítico
- d) insuficiência renal aguda (renal) por diarreia / antibioticoterapia (tratamento conservador)

33) Menino de 9 anos é trazido pela mãe para consulta, apresentando histórico de edema periorbitário há cinco dias com piora progressiva. No primeiro dia, a mãe o levou à emergência e foi medicado com anti-histamínico, sem melhora. A mãe relata que, há 24 horas, ele apresenta redução do volume urinário e urina escura. Ao exame físico, está hipertenso e com edema palpebral bilateral. O exame de urina revela proteinúria +/4+, hematúria e cilindros hemáticos. A partir do quadro descrito, a hipótese diagnóstica mais provável, exames laboratoriais complementares que corroboram o diagnóstico e o tratamento, respectivamente, são:

- a) pielonefrite aguda / urinocultura positiva / antibioticoterapia
- b) doença de Berger / C3 e C4 séricos diminuídos / tratamento com imunoglobulina
- c) glomerulonefrite membranoproliferativa / nível sérico de C3 normal / tratamento com prednisona
- d) glomerulonefrite difusa aguda / C3 sérico diminuído / manejo da hipertensão arterial e da insuficiência renal aguda

34) Menino de 3 anos é trazido pela mãe ao ambulatório com relato de “inchaço dos olhos e da barriga há quatro dias”. Dois dias antes, a mãe procurou o posto de saúde e o diagnóstico foi quadro alérgico. Hoje a mãe observou piora do inchaço. Não sabe informar sobre diurese e nega qualquer outro sinal ou sintoma. Ao exame físico, encontra-se lúcido, eupneico, corado, edema periorbitário bilateral e de membros inferiores 2+/4+, distensão abdominal, aparelho respiratório e cardiovascular sem alterações, frequência cardíaca (FC) = 96bpm e pressão arterial (PA) = 98 x 55mmHg. A principal hipótese diagnóstica e exames laboratoriais a serem solicitados, respectivamente, são:

- a) glomerulonefrite difusa aguda / exame simples de urina e dosagem de complemento
- b) síndrome nefrótica / proteinúria de 24 horas e dosagem sérica de albumina
- c) miocardite / radiografia de tórax e eletrocardiograma
- d) edema alérgico/ IgE total e hemograma completo

35) Menino de 4 anos chega ao pronto atendimento com a mãe, que relata ter sentido “algo duro” na barriga do filho durante o banho nos últimos cinco dias. Ao exame físico, a criança apresenta estado geral regular, hipocorada +/4+, hidratada, massa de consistência endurecida no andar superior do abdômen sem ultrapassar a linha média, PA no percentil 99 para a idade e a estatura. No exame de urina, apresenta hematúria microscópica. O diagnóstico mais provável e o exame a ser solicitado, respectivamente, são:

- a) tumor de Wilms / US abdominal total
- b) linfoma abdominal / US abdominal total
- c) glomerulonefrite difusa aguda / C3 e C4
- d) púrpura de Henoch Schönlein / C3 e C4

36) Menino de 7 anos de idade, com diagnóstico recente de linfoma de Burkitt, é internado para início de quimioterapia. Antes do tratamento, apresenta grande massa tumoral. Nas primeiras 24 horas após o início da quimioterapia, evolui com elevação sérica de ácido úrico, fósforo e potássio, associada à piora da função renal. Considerando o quadro clínico descrito, a conduta inicial mais adequada, além da monitorização seriada de eletrólitos e função renal, inclui:

- a) transfusão profilática de concentrado de hemácias para prevenir anemia
- b) hidratação adequada e uso de alopurinol ou rasburicase, conforme o risco
- c) introdução imediata de diuréticos de alça como medida isolada
- d) restrição hídrica rigorosa para prevenir sobrecarga volêmica

37) Lactente de 11 meses, sexo feminino, com diagnóstico conhecido de anemia falciforme, é levado à emergência por prostração súbita e dor abdominal à esquerda. Ao exame físico, apresenta palidez acentuada, taquicardia, extremidades frias e aumento rápido do volume abdominal com esplenomegalia dolorosa. Exames laboratoriais mostram queda abrupta da hemoglobina em relação ao valor basal, associada à redução da contagem de leucócitos e plaquetas. O quadro clínico mais provável e a conduta inicial mais adequada, respectivamente, são:

- a) crise vaso-oclusiva abdominal / realização de analgesia isolada regular e avaliação de necessidade de hidratação venosa
- b) hipertensão portal / realização de esplenectomia imediata e avaliação de necessidade de transfusão de concentrado de hemácias
- c) crise aplástica / necessidade de observação clínica e realização de transfusão liberal visando à hemoglobina superior a 10g/dL
- d) sequestro esplênico agudo / estabilização hemodinâmica com reposição volêmica isotônica e transfusão restritiva de concentrado de hemácias

38) Menino de 3 anos é levado de volta à emergência com histórico de febre (39°C) há nove dias, abalamento no pescoço e conjuntivite não purulenta em ambos os olhos. No início do quadro, foi avaliado por pediatra, que prescreveu amoxicilina com clavulanato em dose adequada para peso e idade, porém não houve melhora. Ao atual exame físico, apresenta-se febril, com adenomegalia cervical posterior esquerda medindo 2cm sem sinais flogísticos, hiperemia de conjuntiva sem exsudato, edema de mãos e pés, lábios secos e fissurados. Nesse caso, deve ser instituído tratamento precoce com:

- a) antiviral
- b) antifúngico
- c) imunoglobulina
- d) antimicrobiano

39) Há duas semanas, menino de 7 anos apresenta quadro de púrpura palpável em membros inferiores, artralgia em tornozelos e dor abdominal em cólica. Após atendimento médico, evoluiu com melhora progressiva das manifestações cutâneas e articulares, mantendo-se clinicamente bem. Passadas oito semanas do início do quadro, durante reavaliação ambulatorial, o paciente realiza exame de urina que evidencia hematúria microscópica e proteinúria leve. A pressão arterial encontra-se normal e não há edema. Considerando o quadro clínico apresentado, o diagnóstico mais provável e o seguimento necessário, respectivamente, são:

- a) vasculite por IgA / necessidade de seguimento prolongado pelo risco de comprometimento renal nos primeiros seis meses de doença
- b) complicação tardia relacionada ao uso de anti-inflamatórios não esteroides / necessidade de realização de EAS periódico
- c) evolução típica e autolimitada de doença de Kawasaki / sem impacto prognóstico e sem necessidade de seguimento
- d) critério diagnóstico para lúpus eritematoso sistêmico juvenil / necessidade de realização de biópsia renal imediata

40) Menina de 9 anos é internada para investigação de febre diária há cerca de cinco semanas. A febre apresenta picos elevados, ocorrendo predominantemente no final da tarde, com resolução espontânea. Durante os episódios febris, observa-se exantema macular evanescente em tronco e membros. Evoluiu com linfadenomegalia generalizada e hepatoesplenomegalia. O resultado dos exames laboratoriais foi anemia normocítica, leucocitose com neutrofilia, plaquetose, elevação importante de velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C reativa (PCR), com ausência de blastos no sangue periférico. Hemoculturas seriadas são negativas. Após aproximadamente quatro semanas do início do quadro, a paciente passa a apresentar artrite evidente em joelhos e punhos, associada a rigidez matinal. Diante do quadro descrito, a principal hipótese diagnóstica é:

- a) leucemia linfoblástica aguda
- b) endocardite infecciosa subaguda
- c) lúpus eritematoso sistêmico juvenil
- d) artrite idiopática juvenil de início sistêmico

41) Menina de 3 anos é levada à consulta por edema progressivo de joelho direito há cerca de três meses. Os pais referem que a filha acorda pela manhã com dificuldade para caminhar, com melhora ao longo do dia. Negam febre, perda ponderal ou dor noturna. Ao exame físico, observam-se aumento de volume e limitação de movimento do joelho direito. O resultado dos exames laboratoriais apresenta VHS discretamente elevado, PCR normal, fator antinuclear (FAN) positivo e fator reumatoide (FR) negativo. O quadro clínico descrito é mais compatível com:

- a) dor musculoesquelética benigna da infância
- b) artrite idiopática juvenil oligoarticular
- c) artrite reativa pós-infecciosa
- d) osteomielite subaguda

42) Menino de 8 anos é internado com febre, exantema maculopapular, edema facial e linfadenopatia generalizada que se iniciaram duas semanas após início de fenitoína. Encontra-se em estado geral regular e apresenta hiperemia ocular. Realiza hemograma que evidencia eosinofilia. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) DRESS (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*)
- b) síndrome de Stevens-Johnson
- c) síndrome da pele escaldada
- d) necrólise epidérmica tóxica

43) A doença granulomatosa crônica (DGC) é um erro inato da imunidade que cursa com disfunção neutrofílica, predispondo infecções recorrentes por *Burkholderia cepacia*, *Nocardia spp* e *Aspergillus*. Sobre o tratamento da DGC, é correto afirmar que:

- a) o transplante de células-tronco hematopoiéticas não está indicado por não ter função curativa e a terapia gênica pode ser benéfica
- b) o abscesso hepático é uma complicação frequente e recorrente, estando a drenagem do mesmo indicada para sua resolução
- c) na pneumonite fúngica, não está indicada a associação do corticoide sistêmico ao antifúngico para reduzir a inflamação
- d) a profilaxia com sulfametoxazol, trimetopima e antifúngicos orais reduz a incidência de infecções graves

44) Menino de 3 anos, previamente hígido, apresenta cefaleia holocraniana e febre há cerca de quatro semanas, evoluindo com irritabilidade, vômitos e rigidez de nuca. Na admissão, apresenta crise convulsiva tônico-clônica generalizada. O pai, que mora na mesma casa em que a criança, está em tratamento para tuberculose pulmonar há dois meses. Não houve rastreio dos contatos na época do diagnóstico paterno. O paciente é submetido à punção lombar e o resultado confirma o diagnóstico de meningoencefalite tuberculosa (resultado do teste rápido molecular para tuberculose positivo e sem resistência à rifampicina). De acordo com o “Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil”, de 2019, o tratamento recomendado para o caso descrito é:

- a) rifampicina, isoniazida e pirazinamida por dois meses, seguido de rifampicina e isoniazida por dez meses, associado à dexametasona por quatro a oito semanas, com redução gradual nas quatro semanas subsequentes
- b) rifampicina, isoniazida e pirazinamida por dois meses, seguido de rifampicina e isoniazida por oito meses, associado à dexametasona por quatro a oito semanas, com redução gradual nas quatro semanas subsequentes
- c) rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol por dois meses, seguido de rifampicina e isoniazida por dez meses, associado à dexametasona por quatro a oito semanas, com redução gradual nas quatro semanas subsequentes
- d) rifampicina, isoniazida e pirazinamida por dois meses, seguido de rifampicina e isoniazida por quatro meses, associado à dexametasona por quatro a oito semanas, com redução gradual nas quatro semanas subsequentes

45) Menino de 2 anos e 6 meses apresenta início súbito de tosse metálica que o acordou na madrugada, associado a desconforto respiratório. Os pais negam coriza, espirros ou febre associados. Durante o trajeto de carro para o hospital, a tosse e o desconforto respiratório se resolvem. Os pais relatam que a criança já apresentou dois episódios prévios semelhantes e negam asma ou rinite. O diagnóstico mais provável para o caso é:

- a) laringotraqueobronquite
- b) *croup* espasmódico
- c) epiglote aguda
- d) laringite viral

46) Lactente de 18 meses, sexo feminino, previamente hígida, é admitida na unidade de internação devido a episódio de crise convulsiva tônico-clônica, generalizada, associada à febre de 39°C, com duração de aproximadamente cinco minutos. É admitida acordada. O exame neurológico é normal, não há sinais de irritação meníngea e o estado geral é bom. Apresenta apenas coriza e obstrução nasal. A glicemia capilar é de 90mg/dL. Segundo a mãe, a criança estava resfriada há 24 horas e evoluiu com febre, hoje. A vacinação está completa para a idade. Sobre a realização de exames complementares, nesse caso, é correto afirmar que:

- a) a punção lombar para avaliação líquórica deve ser realizada pelo risco de meningite nessa faixa etária
- b) a tomografia computadorizada de crânio deve ser realizada por ser a primeira crise convulsiva
- c) hemograma e eletrólitos não são recomendados por ser a primeira convulsão febril simples
- d) o eletroencefalograma deve ser feito por se tratar de uma convulsão febril complexa

47) Menina de 9 anos, previamente hígida, é admitida na unidade de internação com parestesia e fraqueza que se iniciaram simetricamente em membros inferiores, há uma semana, e estão ascendendo para o tronco. Aproximadamente dez dias antes do início dos sintomas neurológicos, apresentou um quadro de gastroenterite aguda. Submetida à avaliação líquórica que evidenciou proteína acima do dobro do limite superior da normalidade, glicose normal e menos de 10 leucócitos/mm³. O PCR no liquor para vírus e bactérias foi negativo. Frente a hipótese diagnóstica de síndrome de Guillain-Barré, o tratamento a ser empregado, nesse momento, é:

- a) plasmaferese
- b) imunoglobulina intravenosa
- c) pulsoterapia com metilprednisolona
- d) metilprednisolona na dose de 2mg/kg/dia

48) Menina de 6 anos é levada à consulta por aumento mamário bilateral iniciado há cerca de oito meses, associado ao surgimento de pelos pubianos e aceleração da velocidade de crescimento. Ao exame físico, apresenta mamas em estágios Tanner II–III e pelos pubianos em estágio II. A velocidade de crescimento encontra-se aumentada para a idade e a idade óssea está avançada em relação à idade cronológica. Não há sinais neurológicos ao exame clínico, como cefaleia, alterações visuais, convulsões ou déficit neurológico focal. Os exames laboratoriais revelam níveis basais de hormônio luteinizante (LH) detectáveis em faixa puberal, com pico de LH após estímulo com hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH). A ressonância magnética de encéfalo não evidencia alterações estruturais. O quadro clínico descrito é compatível com:

- a) puberdade precoce periférica, uma vez que os níveis basais de LH são detectáveis
- b) puberdade precoce central, que cursa tipicamente com atraso da idade óssea e baixa velocidade de crescimento
- c) puberdade precoce central idiopática, caracterizada por ativação precoce do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal
- d) variante benigna do desenvolvimento devido à ausência de lesões no sistema nervoso central, excluindo a necessidade de investigação laboratorial

49) Menino de 9 anos, previamente saudável, apresenta ganho ponderal progressivo há cerca de 12 meses, associado à desaceleração do crescimento linear. Os pais relatam aparecimento de face arredondada, acne, estrias violáceas em abdômen e coxas, além de fadiga muscular. Ao exame físico, apresenta obesidade central, fácies cushingoide, estrias violáceas e hipertensão arterial. Não há histórico de uso de corticosteroides. A investigação inicial demonstra aumento do cortisol urinário livre e elevação do cortisol salivar noturno. O hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) encontra-se elevado. Com base no quadro clínico e laboratorial descrito, a etiologia mais provável da síndrome de Cushing nesse paciente é:

- a) produção ectópica de ACTH por tumor não hipofisário
- b) administração exógena de glicocorticoides
- c) adenoma hipofisário secretor de ACTH
- d) tumor adrenal produtor de cortisol

50) Pediatra está finalizando seu plantão de 12 horas em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que dispõe de um pediatra por plantão, quando recebe uma mensagem de texto do colega que iria rendê-lo no plantão, informando que não poderá comparecer ao local de trabalho por motivo de doença. De acordo com o Código de Ética Médica (CEM), o médico que recebeu a mensagem de texto deverá informar:

- a) aos pacientes que devem procurar outra unidade de saúde para atendimento médico
- b) à equipe de enfermagem que está de saída do plantão e que não haverá atendimento médico
- c) à direção médica da UPA que está de saída do plantão e que não haverá atendimento médico
- d) à direção técnica da UPA o ocorrido para que ela providencie a substituição para o plantão

PROVA DISCURSIVA

AS RESPOSTAS DAS QUESTÕES DEVEM SER PREENCHIDAS NO CADERNO DE RESPOSTA

QUESTÃO 1: Lactente de 5 meses, sexo feminino, previamente hígido, é levado à emergência com histórico de febre sem foco há 48 horas, com picos de até 39,6°C, associada a irritabilidade, hiporexia e dois episódios de vômitos. Os pais referem ser o primeiro episódio de febre da filha. Ao exame físico, apresenta estado geral regular, febril, frequência cardíaca (FC) = 140bpm, frequência respiratória (FR) = 28irpm, abdômen e genitália externa sem alterações. O resultado do exame de urina coletada por sondagem vesical revelou elementos anormais do sedimento urinário (EAS) com aspecto turvo, densidade 1.020, pH= 6,0, leucócitos = 50–70/campo, nitrito positivo, hemácias = 5–10/campo e urocultura com crescimento de *Escherichia coli* > 50.000UFC/mL. O resultado do hemograma apresentou leucócitos = 17.800/mm³ (82% neutrófilos) e proteína C reativa (PCR) = 7,5mg/dL.

Indique o diagnóstico mais provável, cite três dados clínicos e/ou laboratoriais que corroborem a hipótese diagnóstica e o exame complementar de imagem mais indicado no seguimento desse paciente, justificando a escolha do exame. (10pts)

QUESTÃO 2: Menino de 3 anos com diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda encontra-se em tratamento quimioterápico e evolui com febre associada à neutropenia grave (contagem absoluta de neutrófilos < 500/ μ L). Não há foco infeccioso evidente ao exame físico inicial. O paciente é colonizado por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA). Indique a conduta inicial diante do quadro descrito. (10pts)

QUESTÃO 3: Menino de 9 anos é avaliado por dor musculoesquelética recorrente há alguns meses. O pediatra assistente questiona se o quadro pode corresponder a dor benigna da infância ou se há necessidade de investigação adicional para doença reumática ou outra condição subjacente. Indique quatro sinais de alarme que devem ser identificados na história clínica e/ou no exame físico e dois achados laboratoriais que justifiquem investigação adicional em crianças com dor musculoesquelética. (10pts)

QUESTÃO 4: Menino de 5 anos, previamente hígido, é admitido na emergência com febre alta há três dias, odinofagia e hiperemia ocular. Nas últimas 24 horas, evoluiu com aparecimento de lesões cutâneas dolorosas, inicialmente maculopapulares, que rapidamente se tornaram bolhosas, com áreas de descolamento epidérmico. A mãe refere que o filho iniciou uso de antibiótico há cinco dias para tratamento de infecção respiratória. Ao exame físico, apresenta estado geral comprometido, temperatura 39°C, conjuntivite bilateral com secreção serossanguinolenta, lesões eritematobolhosas disseminadas, com áreas de necrose epidérmica e dolorosas à palpação, atingindo cerca de 9% da área corporal, sinal de Nikolsky positivo e erosões em mucosa oral e genital. Indique o diagnóstico mais provável e cite quatro critérios clínicos que corroborem a hipótese diagnóstica. (10pts)

Considerando o caso clínico a seguir, responda às questões de números 5 e 6.

Menina de 2 anos, previamente hígida, apresenta congestão nasal e espirros há 24 horas, evoluindo com febre de 38°C no dia seguinte, e é levada à emergência com quadro de lesões urticariformes difusas e dispneia que se iniciaram aproximadamente 20 minutos após uso de dipirona oral para febre. No exame físico, apresenta-se irritada, com placas urticariformes em tronco, membros e face, edema labial, ausculta pulmonar com sibilos difusos, FR = 50irpm, tiragem subcostal moderada, saturação de oxigênio é de 90%, pressão arterial normal e pulsos periféricos adequados.

QUESTÃO 5: Cite a hipótese diagnóstica mais provável e justifique. (10pts)

QUESTÃO 6: Descreva a conduta terapêutica nesse caso, incluindo a posologia e a via de administração do principal fármaco no tratamento. (10pts)

QUESTÃO 7: Menina de 4 anos, previamente hígida, apresenta tosse e febre há 72 horas, evoluindo hoje com prostração, desconforto respiratório e baixa aceitação oral de alimentos e líquidos. Ao exame físico, apresenta-se hipocorada +/4+, desidratada, perfusão capilar periférica adequada, ausculta respiratória com estertoração crepitante na base direita, sem sibilos, FR = 52irpm, batimento de asa de nariz e saturação de oxigênio em ar ambiente 94%. Radiografia de tórax evidencia consolidação em metade inferior do hemitórax direito com broncograma aéreo de permeio e seio costofrênico ipsilateral livre. O diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade é estabelecido e a internação hospitalar indicada. De acordo com o “Documento Científico da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre abordagem diagnóstica e terapêutica das pneumonias adquiridas na comunidade não complicadas” (2022), cite dois sinais clínicos, apresentados no caso, que justifiquem a internação e identifique a primeira opção de antibioticoterapia a ser empregada e sua posologia. (10pts)

QUESTÃO 8: Menina de 4 anos, previamente hígida, é levada à emergência com relato de febre há 72 horas, cefaleia intensa, fotofobia, vômitos e irritabilidade. Não há histórico de convulsões. Vacinação em dia. Ao exame físico, apresenta estado geral regular, temperatura 38,9°C, rigidez de nuca presente, sinal de Kernig positivo e sem déficits neurológicos focais. O resultado da punção lombar revela aspecto límpido, células = 180/mm³ (90% linfócitos), proteínas = 65mg/dL, glicose = 62mg/dL (glicemia sérica 95 mg/dL) e teste de Gram sem formas microbianas. Indique o diagnóstico mais provável e cite dois dados laboratoriais que corroborem a hipótese diagnóstica. (10pts)

Considerando o caso clínico a seguir, responda às questões de números 9 e 10.

Menino de 7 anos é admitido na emergência com história de poliúria, polidipsia, perda de peso, náuseas e vômitos. Ao exame físico, apresenta estado geral comprometido, sonolento, sinais de desidratação, respiração profunda e rápida, além de odor cetônico no hálito.

QUESTÃO 9: Descreva de forma objetiva as principais medidas terapêuticas da cetoacidose diabética, indicadas para o paciente do caso clínico, incluindo a posologia do principal fármaco. (10pts)

QUESTÃO 10: Considerando o edema cerebral uma causa importante de morbidade e mortalidade em crianças com cetoacidose diabética, descreva a conduta imediata diante desta complicação. (10pts)

ORGANIZADOR



CEPUERJ