

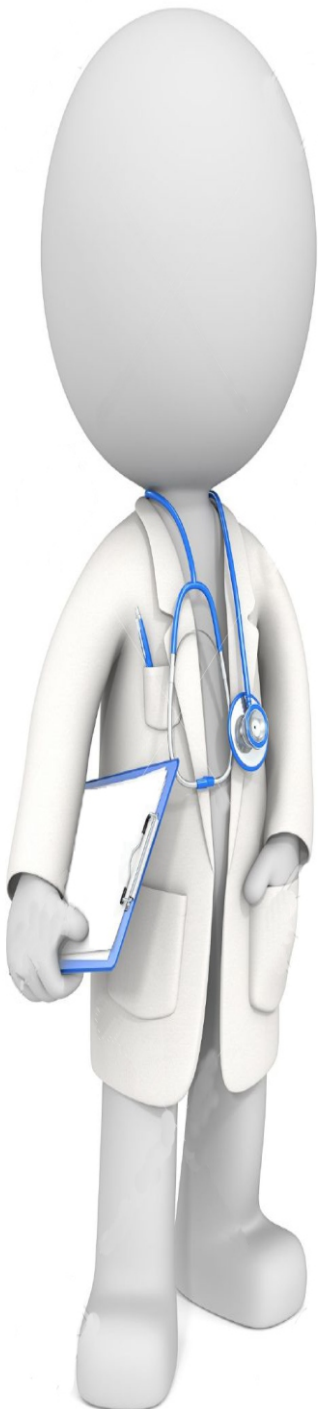
RESIDÊNCIA MÉDICA 2016

ESPECIALISTA EM PEDIATRIA
PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

08/11/2015

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO
LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas de Pediatria e Pneumologia.
2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se houver algum defeito dessa natureza, peça ao aplicador de prova para entregar-lhe outro exemplar.
3. Não é permitida a consulta a pessoas, livros, dicionários, apostilas ou a qualquer outro material.
4. Cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.
5. Transfira as respostas para o cartão, observando atentamente a numeração das questões.
6. No cartão, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta PRETA ou AZUL, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.
7. Esta prova tem a duração de quatro horas, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, às instruções e à transcrição para o cartão-resposta.
8. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorridas duas horas de prova e poderá levar o caderno de prova somente no decurso dos últimos trinta minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.
9. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.



— QUESTÃO 01 —

Ao atender uma criança de quatro anos com história de tosse e sibilância recorrente há dois anos, o médico faz diagnóstico de asma persistente moderada e prescreve tratamento de manutenção com corticosteroide inalatório.

A técnica inalatória mais indicada para essa criança é:

- (A) inalador de pó seco do tipo aerolizer.
- (B) nebulizador ultrassônico.
- (C) nebulímetro pressurizado com espaçador.
- (D) inalador de pó seco do tipo turbohaler.

— QUESTÃO 02 —

A mãe de um casal de gêmeos de 12 anos traz os filhos para avaliação por achar que eles estão “demorando a entrar na puberdade”.

Para uma orientação correta, é necessário informar à mãe que a primeira manifestação de maturação sexual no sexo feminino e no masculino é, respectivamente:

- (A) telarca e aumento do escroto e dos testículos.
- (B) pubarca e aumento do pênis em toda a sua extensão.
- (C) pelos longos, finos e ligeiramente pigmentados ao longo dos grandes lábios e na base do pênis.
- (D) broto mamário e presença de pelos longos, finos e ligeiramente pigmentados na base do pênis.

— QUESTÃO 03 —

Um lactente de um ano e dois meses é trazido para consulta de puericultura. Trata-se de uma criança sem doença de base, nascida a termo, sem intercorrências. Apresenta boas condições de moradia e de higiene, nunca recebeu vitaminas, ferro ou vermífugos. Recebeu leite materno exclusivo até os seis meses, quando foram introduzidos leite de vaca integral e alimentação complementar. Seu hemograma coletado há 15 dias mostrava Hb: 9,2 g/dl, Ht: 28%, hemácias: 3.000.000/mm³. Leucócitos normais, sem eosinofilia. Presença de hipocromia moderada e microcitose.

A possível causa para essas alterações hematológicas é:

- (A) introdução tardia da alimentação complementar.
- (B) ausência de suplementação de ferro após os seis meses.
- (C) ausência de vermifugação precoce.
- (D) uso precoce de leite de vaca.

— QUESTÃO 04 —

Na avaliação dos marcos do crescimento e desenvolvimento infantil existe uma cronologia que se deve acompanhar, observando suas possíveis variações. Qual a característica mais importante do desenvolvimento de um lactente de seis meses de idade?

- (A) Engatinhar
- (B) Ficar de pé com apoio
- (C) Falar três ou mais palavras
- (D) Sentar-se com apoio

— QUESTÃO 05 —

Uma menina de nove anos é diagnosticada com arterite de Takayasu. No diagnóstico diferencial das vasculites na infância,

- (A) a arterite de Takayasu, a granulomatose de Wegener e a síndrome de Churg-Strauss são vasculites granulomatosas.
- (B) a biópsia das lesões na poliarterite nodosa mostra arterite necrosante de artérias de pequeno calibre.
- (C) o acometimento renal, como a síndrome nefrótica ou nefrítica no início, não modifica o prognóstico.
- (D) o comprometimento de pele é frequente naquelas associadas ao anticorpo anticitoplasma de neutrófilos.

— QUESTÃO 06 —

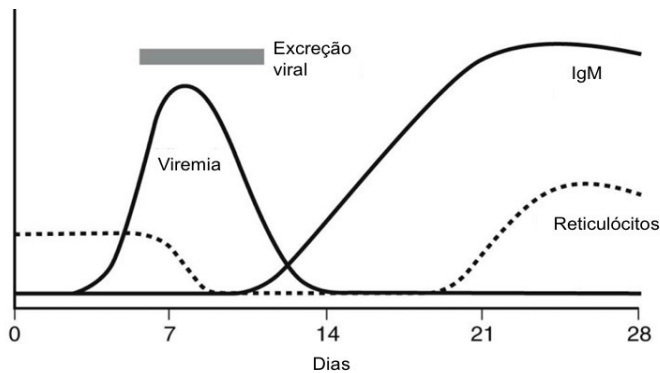
Chega para avaliação uma criança de seis anos com história de dor em joelhos e tornozelos há cerca de uma semana, associada a manchas avermelhadas nos braços e nas pernas. Ao exame são evidenciadas lesões maculopapulares avermelhadas que não desaparecem à digito pressão. As plaquetas estão normais ao hemograma. O médico faz o diagnóstico de Púrpura de Henoch-Shonlein.

Na doença diagnosticada,

- (A) o comprometimento articular de pequenas articulações ocorre em cerca de 60-80% dos casos.
- (B) o comprometimento da função hepática está presente em cerca de 50% dos casos.
- (C) a presença de manifestação renal em geral é um indicador de pior prognóstico.
- (D) a biópsia da lesão demonstra infiltrado de eosinófilos.

— QUESTÃO 07 —

As doenças exantemáticas na infância apresentam características clínicas e laboratoriais que auxiliam na definição do diagnóstico de cada caso. Em relação aos aspectos laboratoriais, observe a figura a seguir:



Fonte: Feigin's Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 7ed, 2015. Ch151, p1846.

O agente etiológico mais provavelmente envolvido é o:

- (A) herpes vírus humano tipo 6.
- (B) parvovírus B19.
- (C) vírus varicela-zóster.
- (D) togavírus.

— QUESTÃO 08 —

Os estafilococos sempre representaram agentes etiológicos de inúmeras doenças pediátricas de maior ou menor gravidade. Os MRSA (meticilino-resistentes) têm se disseminado, sendo adquiridos em ambiente hospitalar ou mesmo na comunidade. Qual é o principal mecanismo de resistência dos MRSA?

- (A) Produção de betalactamases.
- (B) Alteração nos ribossomos.
- (C) Alteração nas PBP (penicilin binding proteins).
- (D) Mutações da topoisomerase.

— QUESTÃO 09 —

A doença de Kawasaki é a principal causa de cardiopatia adquirida na infância em países desenvolvidos, pela sua potencial lesão aneurismática coronariana. Entretanto, o tratamento de primeira linha com gamaglobulina e aspirina pode apresentar falha em cerca de 10 a 20% dos casos. Em caso de febre persistente após 48 horas do início do tratamento, deve-se administrar:

- (A) pulsoterapia com metil-prednisolona, 30 mg/kg.
- (B) gamaglobulina endovenosa (nova dose), 2 g/kg.
- (C) anticorpo anti-TNF (infliximabe), 5 mg/kg.
- (D) azatioprina, 5 mg/kg/dia.

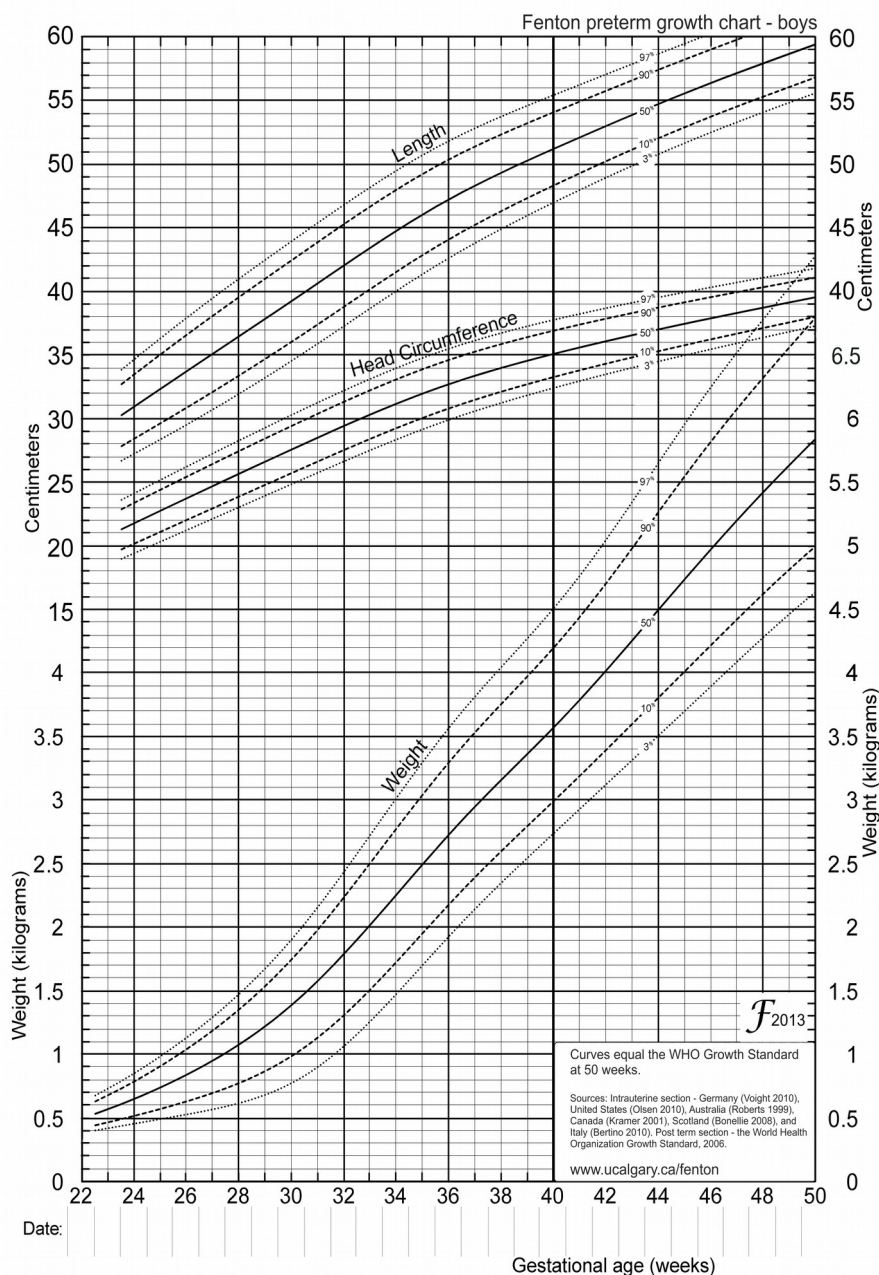
— QUESTÃO 10 —

A otite média aguda (OMA) representa uma das causas mais comuns de infecção respiratória alta em pediatria. Atualmente, há a possibilidade de acompanhar o paciente sem o uso de antibióticos (watchfull waiting). De acordo com o guideline da Academia Americana de Pediatria (Pediatrics 2013;131:e964–e999), deverá, obrigatoriamente, receber antibiótico, imediatamente, no caso de OMA

- (A) bilateral, em paciente de dois anos e três meses de idade, com febre de 38,5 °C.
- (B) unilateral, em paciente de sete meses de idade, com febre de 38,8 °C.
- (C) bilateral, em paciente de quatro anos e sete meses de idade, com febre de 38,8 °C.
- (D) unilateral, em paciente de cinco meses de idade e febre de 38,0 °C.

QUESTÃO 11

Uma gestante de 29 semanas de idade gestacional, calculada pela data da última menstruação e pela ultrassonografia de primeiro trimestre, é admitida na maternidade, em trabalho de parto prematuro sem causa aparente e bolsa rota há duas horas. Ela apresenta tipagem sanguínea A+ e nega qualquer intercorrência na gestação. As suas sorologias apresentam imunidade para toxoplasmose, citomegalovirose, rubéola e hepatite B, além de serem negativas para HIV, sífilis e hepatite C. Após uma hora da admissão, ela dá a luz a um bebê do sexo masculino, com peso de 600 gramas, perímetro cefálico de 23 centímetros e estatura de 33 centímetros e com boletim de Apgar nove no quinto minuto de vida. Após os cuidados iniciais, o bebê apresenta-se taquidispneico, com batimento de asa de nariz leve e com saturação de oxigênio de 85% com oito minutos de vida.



A classificação do recém-nascido, de acordo com a curva de Fenton para meninos, e o suporte respiratório inicial recomendado são:

- (A) adequado para a idade gestacional; intubação orotraqueal para ventilação mecânica invasiva.
- (B) adequado para a idade gestacional; CPAP (continuous positive airway pressure) nasal.
- (C) pequeno para a idade gestacional, assimétrico; intubação orotraqueal para ventilação mecânica invasiva.
- (D) pequeno para a idade gestacional, simétrico; CPAP (continuous positive airway pressure) nasal.

QUESTÃO 12

Uma gestante, usuária de crack, é admitida no pronto-socorro de uma maternidade, em trabalho de parto. A gestação é datada, pela ultrassonografia de primeiro trimestre, de 39 semanas. O pré-natal foi realizado inadequadamente, sendo que a gestante é portadora de HIV e, segundo ela informa, fez uso de profilaxia durante toda a gestação. Ela também relata ter recebido tratamento para sífilis há mais de um mês, e informa não ter parceiro fixo.

Do pré-natal, traz os seguintes exames realizados com 16 e 37 semanas de gestação:

Exames	16 semanas de gestação	37 semanas de gestação
Toxoplasmose	IgM não reagente IgG reagente	IgM não reagente IgG reagente
Rubéola IgM/IgG	IgM não reagente IgG reagente	IgM não reagente IgG reagente
Citomegalovírus IgM/IgG	IgM não reagente IgG reagente	IgM não reagente IgG reagente
Hepatite C	Negativo	Negativo
Hepatite B HBsAg Anti-HBc IgM Anti-HBc IgG Anti-HBs	Reagente Não realizado Não reagente Não reagente	Não reagente Reagente Reagente Não reagente
HIV	Positivo	Positivo
VDRL	1:2	1:16
FTA-ABS IgG	Positivo	Positivo
Linfócito CD4+	Não realizado	368
Carga viral	Não realizado	Indetectável

Em relação ao recém-nascido, as condutas que deverão ser tomadas para prevenir a transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatite B são, respectivamente:

- (A) iniciar esquema com AZT por quatro semanas, em associação com o esquema da nevirapina; solicitar VDRL e hemograma de sangue periférico, além da análise do liquor e radiografia de ossos longos, do recém-nascido, para a tomada de decisões; realizar a vacina para a hepatite B, porém a imunoglobulina está contraindicada porque o HBsAg da mãe já estava negativo há 15 dias antes do nascimento.
- (B) iniciar esquema com AZT por seis semanas; solicitar VDRL e hemograma de sangue periférico, além da análise do liquor e radiografia de ossos longos, do recém-nascido, para a tomada de decisões; realizar a vacina para a hepatite B, porém a imunoglobulina está contraindicada porque o HBsAg da mãe já estava negativo há 15 dias antes do nascimento.
- (C) iniciar esquema com AZT por quatro semanas, em associação com o esquema da nevirapina; solicitar VDRL e hemograma de sangue periférico, além da análise do liquor e radiografia de ossos longos, do recém-nascido, para a tomada de decisões; realizar a vacina e a imunoglobulina para hepatite B, o mais precocemente possível, nas primeiras 12-24 horas após o nascimento.
- (D) iniciar esquema com AZT por quatro semanas; solicitar VDRL e hemograma de sangue periférico, além da análise do liquor e radiografia de ossos longos, do recém-nascido, para a tomada de decisões; realizar a vacina e a imunoglobulina para hepatite B, o mais precocemente possível, nas primeiras 12-24 horas após o nascimento.

— QUESTÃO 13 —

Um menino de seis anos é levado ao pediatra para uma consulta de rotina. A criança é assintomática e alimenta-se bem. No gráfico de desenvolvimento pondoestatural, encontra-se no percentil 50 tanto para a estatura quanto para o peso. Ao exame físico, auscultou-se um sopro protossistólico ++/6+ em borda esternal esquerda média, melhor audível com a criança deitada. A frequência cardíaca é de 60 bpm e a pressão arterial é de 90 x 60 mmHg. Não apresenta nenhuma outra alteração ao exame.

A hipótese diagnóstica mais provável, baseada nos achados clínicos, é:

- (A) comunicação interventricular.
- (B) miocardiopatia hipertrófica.
- (C) estenose subaórtica.
- (D) sopro de Still.

— QUESTÃO 14 —

Uma menina de nove meses é levada ao pediatra porque foi percebido um “caroço na virilha” da criança. Quando questionados, os pais informaram que o caroço aparecia mais quando a criança chorava e que, quando o palpavam, aparentemente não doía. Ao exame físico, observou-se uma tumoração em região inguinal direita, redutível e indolor, de consistência macia.

O provável diagnóstico e o tratamento da criança são, respectivamente, os seguintes:

- (A) hérnia de ovário e tratamento cirúrgico porque, apesar de o encarceramento não levar ao sofrimento do ovário, podem ocorrer torção e sofrimento subsequente.
- (B) hérnia de ovário e tratamento conservador até que ocorra o encarceramento, já que o mesmo não leva ao sofrimento do ovário.
- (C) cisto de cordão e tratamento cirúrgico porque o cisto pode se romper levando à peritonite.
- (D) cisto de cordão e tratamento conservador, já que o conduto peritoniovaginal pode fechar-se espontaneamente até três anos de idade.

— QUESTÃO 15 —

Uma criança de quatro anos, do sexo feminino, é atendida em uma consulta ambulatorial, devido a uma febre baixa persistente há um mês. Neste período, a criança já foi avaliada duas outras vezes, em pronto atendimento, sendo orientado à mãe ofertar antitérmico e observar outros sintomas. Na última semana, além da febre, passou a queixar-se de cefaleia e a apresentar diarreia. Nos últimos três dias, a criança vem apresentando tosse e falta de apetite. Ao exame físico, mostrava-se mais apática e hipocorada +/4, sem outras alterações. Os exames laboratoriais solicitados, com seus respectivos resultados, foram: Hematócrito = 29%; VHS = 85 mm/1ª hora; VCM = 85; radiografia de tórax = massa volumosa no mediastino posterior de contornos irregulares.

A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) linfoma.
- (B) febre tifoide.
- (C) neuroblastoma.
- (D) tuberculose ganglionar.

— QUESTÃO 16 —

Escolar de nove anos é ferroadado por uma abelha enquanto brincava no parque da escola. Evoluiu rapidamente com prurido e placas eritematosas com centro pálido em todo o corpo, edema deformante de orelhas e lábio superior, espirros, coriza hialina, dificuldade para respirar e tosse seca. É levado à emergência da escola.

A conduta no presente caso é:

- (A) adrenalina 1:1000 intramuscular.
- (B) corticosteroide endovenoso.
- (C) anti-histamínico intramuscular.
- (D) expansão volêmica com SF0.9%.

— QUESTÃO 17 —

Lactente, de oito meses, do sexo masculino, vem sendo tratado com corticosteroide inalatório em dose alta e montelucaste por síndrome do bebê chiador, com má resposta ao tratamento. Apresenta história de pneumonias de repetição, com necessidade de internação em UTI por duas vezes, e alergia a proteína do leite de vaca. Está em uso exclusivo de fórmula de aminoácidos, sem melhora do quadro diarreico. Ao exame físico: lesão ulcerosa de 2,5 cm no deltoide direito, placas esbranquiçadas, leitosas, em mucosa oral e em genitália, FR=60ipm, SaO₂=92% (em ar ambiente), tiragem subcostal e MV com estertores subcrepitantes difusos.

De acordo com o Grupo Brasileiro de Imunodeficiências, são considerados sinais de alerta para imunodeficiência na faixa etária pediátrica:

- (A) síndrome do bebê chiador, baixo ganho pondero-estatural, monilíase persistente.
- (B) efeito adverso a BCG, diarreia crônica, pneumonias de repetição.
- (C) diarreia crônica, síndrome do bebê chiador, atraso do DNPM.
- (D) alergia alimentar, hipoxemia, efeito adverso a BCG.

— QUESTÃO 18 —

Lactente, de sete meses, apresenta fezes diarreicas há mais de 60 dias, assadura em região perianal e retificação da curva de ganho de peso. Mãe refere que o quadro teve início após complementação do aleitamento materno com fórmula infantil láctea polimérica. Nota piora da distensão abdominal e flatulência após as refeições com mamadeiras. Nega outras doenças.

A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) diarreia crônica por enterovirose.
- (B) diarreia crônica por doença celíaca.
- (C) diarreia crônica por intolerância à lactose.
- (D) diarreia crônica por alergia à proteína do leite de vaca.

— QUESTÃO 19 —

Lactente de dois anos, do sexo masculino, apresenta quadro recorrente de lesões eritematosas associadas a pápulas, crostas e descamação na região malar e face extensora de membros. Pais referem que acham a pele da criança muito seca e que ela se coça muito durante o sono. Notaram também que os sintomas pioram com suor, quando a criança fica irritada e quando ingere salgadinhos industrializados. Mãe é asmática. Pai com rinite alérgica.

Considerando o caso descrito, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) alergia a corantes e conservantes.
- (B) miliária.
- (C) dermatite de contato.
- (D) dermatite atópica.

— QUESTÃO 20 —

Menina de seis anos, há quatro dias com febre alta, com uso de antitérmico a cada 4-6 horas, odinofagia, inapetência e dor abdominal. Ao exame físico: tonsilas com hiperemia intensa e placas purulentas bilaterais; papilas linguais edemaciadas e arroxeadas; exantema micropapular em tronco, face e membros, mais evidente em dobras axilares e em virilhas, e palidez perioral.

A principal hipótese diagnóstica e a conduta terapêutica são, respectivamente:

- (A) urticária aguda e anti-histamínico.
- (B) escarlatina e penicilina.
- (C) mononucleose infecciosa e sintomáticos.
- (D) eritema infeccioso e sintomáticos.

— QUESTÃO 21 —

Escolar de três anos, no percentil 10 para peso e estatura, é atendido em consulta de rotina. Sua pressão arterial foi aferida com manguito cobrindo 2/3 do comprimento e circundando 80% do diâmetro do seu braço. Foram constatados valores tensionais sistólicos e diastólicos entre os percentis 90 e 95 para idade e sexo.

A conduta no presente caso é:

- (A) adequar o manguito do aparelho de pressão.
- (B) iniciar a investigação etiológica da hipertensão arterial.
- (C) aferir a pressão em mais duas consultas sucessivas.
- (D) tratar a criança, pois está hipertensa.

— QUESTÃO 22 —

No período fetal, qual estrutura permite a passagem de maior quantidade de sangue às câmaras cardíacas esquerdas?

- (A) Forame oval.
- (B) Canal arterial.
- (C) Ducto venoso.
- (D) Veias pulmonares.

— QUESTÃO 23 —

Escolar, do sexo masculino, cinco anos, sem antecedentes pessoais de doença aguda ou crônica, é levado ao pronto-socorro com história de sonolência nas últimas seis horas, além de emagrecimento, enurese, sede e fome excessiva há 30 dias. A mãe nega que a criança apresentasse vômitos e diarreia. Ao exame físico, encontra-se obnubilada, pupilas isocóricas, taquipneica FR = 50 ipm, pulso fino, enchimento capilar maior que três segundos e afebril. Ritmo cardíaco regular, ausculta pulmonar sem alteração, abdome flácido e sem visceromegalia e sem sinais de irritação meníngea.

Quais condutas imediatas seriam pertinentes a esse quadro clínico?

- (A) Realizar hidratação oral 100 ml/kg, em 4-6 horas, colher liquor, eletrólitos e exames toxicológicos.
- (B) Realizar hidratação endovenosa 100 ml/kcal, em seis horas, fazer hemograma, liquor e hemocultura.
- (C) Realizar hidratação por gastróclise, 20 ml/kg, em 1-2 horas, fazer hemograma, hemocultura e urocultura.
- (D) Realizar hidratação endovenosa, 20 ml/kg, em 1-2 horas, fazer hemoglicoteste (HGT), eletrólitos e gasometria.

— QUESTÃO 24 —

Pré-escolar, do sexo feminino, é atendida no ambulatório com história de dor abdominal recorrente e perda do apetite há seis meses. A mãe relata que a criança tem apresentado a calcinha continuamente suja de fezes e quando evacua chora de dor. Apresentou dois episódios de infecção urinária confirmada com urocultura positiva. Ao exame físico, apresenta massa palpável em fossa ilíaca esquerda e fissura anal.

Qual é a melhor conduta a ser adotada, nesse caso?

- (A) Realizar manometria anal e iniciar tratamento laxativo.
- (B) Fazer lavagem intestinal e mudar os hábitos alimentares.
- (C) Fazer colonoscopia e iniciar tratamento laxativo.
- (D) Realizar biópsia intestinal e encaminhar ao especialista.

— QUESTÃO 25 —

Criança de dois anos é levada ao pronto-socorro com relato de ter tido crise convulsiva tônico-clônica generalizada de curta duração (5 minutos) há mais ou menos uma hora. A mãe informou que a criança amanheceu com coriza hialina e espirros, mas a febre (38,5°) só foi percebida durante a convulsão. A mãe refere ter apresentado crise convulsiva na infância e que essa é a primeira crise da filha. Ao exame físico, a criança apresenta-se consciente, um pouco irritada, com coriza hialina, hiperemia de orofaringe e exame neurológico normal.

Com base nessa situação, a conduta deve ser:

- (A) não fazer anticonvulsivante e dar alta com sintomas.
- (B) prescrever anticonvulsivante endovenoso e manter oral para casa.
- (C) solicitar eletroencefalograma urgente e prescrever anticonvulsivante.
- (D) encaminhar ao neurologista e prescrever anticonvulsivante durante a febre.

— QUESTÃO 26 —

Pré-escolar de cinco anos, previamente hígido, é avaliado na emergência, apresentando febre, tosse, taquipneia e prostração há quatro dias. À radiografia de tórax: velamento de 1/3 inferior de hemitórax direito, obliterando o seio costofrênico e desenhando uma curva de convexidade para baixo.

O agente etiológico mais provável e a conduta terapêutica são, respectivamente,

- (A) estafilococo e oxacilina.
- (B) clamídia e macrolídeo.
- (C) influenza e oseltamivir.
- (D) pneumococo e penicilina cristalina.

— QUESTÃO 27 —

Lactente eutrófico, de um ano e seis meses, é trazido à consulta de rotina por sua mãe. Essa refere que, nos últimos cinco meses, o menor apresentou quatro episódios de sibilância, não associados a IVAS. Todas as crises foram tratadas com salbutamol via inalatória com boa resposta. Relata também espirros, prurido ocular e obstrução nasal frequentes. Foi um recém-nascido prematuro e de baixo peso. Mãe tabagista. Pai com história de "bronquite alérgica" até os doze anos. Hemograma com 8% de eosinófilos.

Nesse caso, são considerados indícios de que o lactente seja asmático:

- (A) início das crises após um ano de vida, prematuridade e mãe tabagista.
- (B) pai asmático, rinite alérgica e sibilância na ausência de IVAS.
- (C) rinite alérgica, prematuridade e eosinofilia.
- (D) pai asmático, mãe tabagista e prematuridade.

— QUESTÃO 28 —

Criança de cinco anos é encaminhada ao especialista com diagnóstico de asma de difícil controle. Apresenta crises de tosse e sibilância mensais desde os dois meses de vida, desencadeadas principalmente por mofo e IVAS. Vem sendo tratada com corticosteroide inalatório em dose alta associada a broncodilatador de longa ação há seis meses. Na intercrise, mantém tosse úmida diurna e noturna, e dispneia aos esforços. Mãe com rinite alérgica. Ao exame físico, apresenta peso abaixo do z score -2, baqueteamento digital, tórax com aumento do diâmetro anteroposterior, ausculta com sibilos e estertores subcrepitantes difusos.

São sinais que alertam para a necessidade de investigar outros diagnósticos diferenciais:

- (A) deformidade torácica e pouca resposta ao tratamento estabelecido.
- (B) tosse diurna e sintomas desencadeados por IVAS.
- (C) início precoce dos sintomas e baixo peso.
- (D) baixo peso e dispneia aos esforços.

— QUESTÃO 29 —

Os corticosteroides são medicações essenciais no manejo terapêutico da doença asmática. No tratamento das exacerbações agudas da asma, eles

- (A) são utilizados, preferencialmente, pela via endovenosa nas crises graves.
- (B) são equivalentes quando utilizados pelas vias oral ou inalatória, se em doses altas.
- (C) têm efeito clínico semelhante quando utilizados pelas vias oral ou endovenosa.
- (D) têm o uso condicionado à constatação de falha de resposta ao broncodilatador inalatório.

— QUESTÃO 30 —

Pré-escolar de dois anos e seis meses é levada à emergência na madrugada por ter despertado subitamente há uma hora com “tosse de cachorro”, metálica, inspiração ruidosa e bastante chorosa. Ao exame físico, apresenta estridor laríngeo em repouso, tiragem de fúrcula e murmúrio vesicular diminuído globalmente.

A conduta imediata deve ser:

- (A) adrenalina inalatória, oxigenioterapia, corticosteroide sistêmico.
- (B) sedação, oxigenioterapia e observação.
- (C) hidratação das vias aéreas, oxigenioterapia e corticosteroide inalatório.
- (D) anti-histamínico parenteral, oxigenioterapia e corticosteroide sistêmico.

— QUESTÃO 31 —

Menina de quatro anos apresenta sintomas de obstrução nasal, roncos noturnos, coriza hialina e prurido nasal intensos. Os sintomas são praticamente diários e atrapalham o sono e as atividades escolares e de lazer.

De acordo com o quadro clínico, o tratamento indicado é:

- (A) descongestionante oral.
- (B) cromoglicato dissódico 2% tópico nasal.
- (C) corticosteroide tópico nasal.
- (D) nebulização com soro fisiológico 0.9%.

— QUESTÃO 32 —

Menina de um ano e cinco meses será objeto de investigação por causa de quadros de pneumonias de repetição. Apresenta história de prematuridade e comprometimento neurológico secundário. Mãe refere que a menor tem baixo peso, alimenta-se mal, aceita somente dieta pastosa, tosse durante as refeições e, às vezes, engasga.

A principal hipótese diagnóstica e o exame indicado são, respectivamente:

- (A) fibrose cística e NaCl no suor.
- (B) doença do refluxo gastroesofágico e pHmetria.
- (C) imunodeficiência primária e imunoglobulinas.
- (D) distúrbio de deglutição e deglutograma.

— QUESTÃO 33 —

Menino de dez anos, com diagnóstico de asma, encontra-se em uso de corticosteroide inalatório em dose baixa há quatro meses. Refere tosse ao pular corda e correr e despertares noturnos por crises de tosse na madrugada (uma a duas vezes na semana). Faz uso de sabutamol inalatório de resgate cerca de quatro vezes na semana.

Segundo The Global Initiative for Asthma (GINA) - 2014, a classificação do controle clínico e a conduta para o caso são, respectivamente:

- (A) asma parcialmente controlada – associar broncodilatador de longa duração.
- (B) asma controlada – manter orientações.
- (C) asma não controlada – associar broncodilatador de longa duração.
- (D) asma não controlada – reduzir dose do corticosteroide inalatório e associar antileucotrieno.

— QUESTÃO 34 —

Paciente de dois anos, com história de desconforto respiratório e tosse intensa súbitos há dois dias, que teve início durante o jantar. Mantém, desde então, tosse seca durante o dia e durante o sono. À ausculta pulmonar, apresenta sibilos expiratórios em terço superior de hemitórax direito.

A conduta diagnóstica inicial é:

- (A) broncoscopia.
- (B) tomografia computadorizada.
- (C) radiografia de tórax em inspiração e expiração.
- (D) radiografia de tórax com esôfago contrastado.

— QUESTÃO 35 —

Uma família composta de mãe e seus dois filhos (um e cinco anos de idade) procura a unidade básica de saúde para avaliação por serem contactantes de um tio das crianças, com diagnóstico recente de tuberculose pulmonar. Todos estão assintomáticos e trazem radiografia de tórax normal e teste tuberculínico (TT) com os seguintes resultados:

Criança de um ano = 8 mm
Criança de cinco anos = 9 mm
Mãe = 3 mm

A conduta do médico, nesse momento, consiste em:

- (A) iniciar isoniazida para a criança de um ano, pois o TT é > 5 mm.
- (B) iniciar esquema completo de tratamento para a criança de cinco anos (TT > 5 mm).
- (C) iniciar isoniazida para a criança de cinco anos, pois o TT é > 5 mm.
- (D) iniciar esquema completo para a criança de um ano (TT > 5 mm).

— QUESTÃO 36 —

Mãe traz o filho de três meses para consulta de puericultura. A criança nasceu a termo, sem intercorrências e está em aleitamento materno exclusivo, com boa evolução pondero-estatural e assintomática. O teste do pezinho mostra resultado alterado para tripsina imunorreativa, o que sugere o diagnóstico de fibrose cística.

Diante disso, o médico deverá:

- (A) solicitar repetição do teste do pezinho, pois pode tratar-se de falso positivo.
- (B) informar o diagnóstico à mãe e encaminhar a criança para o pneumologista pediátrico.
- (C) solicitar a dosagem do cloro no suor.
- (D) tranquilizar a mãe, pois a criança não apresenta clínica compatível com a doença.

— QUESTÃO 37 —

Mãe traz sua criança para o atendimento de puericultura, sem queixas. A criança nasceu prematura, com 30 semanas gestacional, tendo ficado 45 dias em UTI neonatal (15 dias em ventilação mecânica e 20 dias em CPAP), porém a mãe perdeu o resumo de alta da criança. Está agora com três meses de idade cronológica. Durante a avaliação física constata-se que o peso e a estatura estão adequados, mas o lactente apresenta uma frequência respiratória de 68 ipm, com tiragens intercostais. A saturação de O₂ é 95% e a ausculta pulmonar e cardíaca são normais.

Esses achados são provavelmente devido à

- (A) bronquiolite viral aguda.
- (B) estenose laríngea pós-entubação.
- (C) pneumonia afebril do lactente.
- (D) displasia broncopulmonar.

— QUESTÃO 38 —

Criança de sete anos apresenta tosse úmida há 45 dias, que se iniciou após um quadro de resfriado, e mantém obstrução nasal, coriza mucosa e inapetência. Ausculta cardiorrespiratória normal.

A melhor opção terapêutica para essa criança é:

- (A) broncodilatador inalatório.
- (B) anti-histamínico oral.
- (C) corticosteroide nasal.
- (D) antibiótico oral (amoxicilina).

— QUESTÃO 39 —

Criança de seis anos chega à unidade de emergência com dificuldade respiratória, apresentando tiragens subcostais e intercostais, FR = 40, ausculta cardíaca normal e ausculta respiratória caracterizada por tempo expiratório prolongado e sibilos inspiratórios e expiratórios. A gasometria arterial feita após 30 minutos da admissão mostra pH = 7.29; pO₂ = 70; pCO₂ = 55; Bic = 29; BE = -8.

Esses dados são compatíveis com:

- (A) acidose respiratória.
- (B) acidose metabólica.
- (C) alcalose respiratória.
- (D) alcalose metabólica.

— QUESTÃO 40 —

Lactente de cinco meses apresenta respiração ruidosa desde o nascimento, que melhora com o repouso. Apresenta bom ganho pondero-estatural, sem história de doença prévia. Ausculta respiratória normal, porém apresenta ruído inspiratório audível sem estetoscópio.

A possível explicação para esse ruído é:

- (A) alteração congênita de vias aéreas inferiores.
- (B) corpo estranho em vias aéreas.
- (C) alteração congênita de vias aéreas superiores.
- (D) refluxo gastroesofágico.

— QUESTÃO 41 —

O médico chega para reavaliar uma criança na sala de emergência que deu entrada há quatro horas com crise de asma aguda grave. Ela tem sete anos e se encontra em máscara de O₂ a 10 l/min, Sat = 95%, gasometria (pH = 7.36; pO₂ = 70; pCO₂ = 35; Bic = 23), FR=34, consciente, com tiragens difusas. Realizados três ciclos de três doses de broncodilatador inalatório em doses altas a cada 20 minutos (salbutamol) e brometo de ipatrópio. Apresenta ainda sinais de obstrução brônquica (expiração prolongada, sibilos inspiratórios e expiratórios e esforço respiratório).

Segundo o documento IV Diretrizes Brasileiras para o manejo da asma, o próximo passo a seguir é:

- (A) indicar ventilação mecânica não invasiva.
- (B) indicar ventilação mecânica invasiva.
- (C) iniciar uso de broncodilatador endovenoso contínuo.
- (D) fazer sulfato de magnésio endovenoso em bolus.

— QUESTÃO 42 —

Ao atender uma criança de três anos com história de tosse e sibilância recorrente há dois anos, que preenche os critérios de probabilidade para o diagnóstico de asma, o médico faz diagnóstico de asma persistente moderada. A opção terapêutica mais indicada para essa criança é:

- (A) antagonista do receptor de leucotrienos.
- (B) corticosteroide inalatório 200 mcg/dia.
- (C) corticosteroide inalatório 100 mcg/dia, associado a beta-agonista de longa ação.
- (D) corticosteroide inalatório 200 mcg/dia associado a beta-agonista de longa ação.

— QUESTÃO 43 —

Um lactente de nove meses chega à unidade de emergência com dispneia (Fr: 58, tiragens subcostais) e hipoxemia (Sat O₂ = 89%), sem sinais de toxemia. Ausculta pulmonar com estertores grossos e roncocal difusos. Sua mãe refere que o quadro iniciou há cerca de seis horas, mas que há dois dias ele apresenta tosse e coriza hialina e teve dois picos febris. Criança previamente hígida. A radiografia de tórax demonstrou hiperinsuflação moderada sem consolidação. O médico fez diagnóstico de bronquiolite viral aguda e optou por iniciar oxigênio a 2 l/min, via cateter nasal, com boa resposta.

A outra medida terapêutica a ser considerada é:

- (A) corticosteroide sistêmico, por via oral.
- (B) corticosteroide sistêmico, por via endovenosa.
- (C) antibiótico sistêmico, por via endovenosa (ampicilina).
- (D) teste terapêutico com beta2 de curta ação, por via inalatória.

— QUESTÃO 44 —

As infecções pulmonares por *Staphylococcus aureus* possuem alto índice de complicações como empiema e pneumatocele. O surgimento e a disseminação de *Staphylococcus aureus* resistentes adquiridos na comunidade (CA-MRSA) têm orientado modificações terapêuticas ao redor do mundo. A droga que representa uma opção inicial para o controle da pneumonia por CA-MRSA é:

- (A) o meropenem.
- (B) a clindamicina.
- (C) a azitromicina.
- (D) a piperacilina-tazobactam.

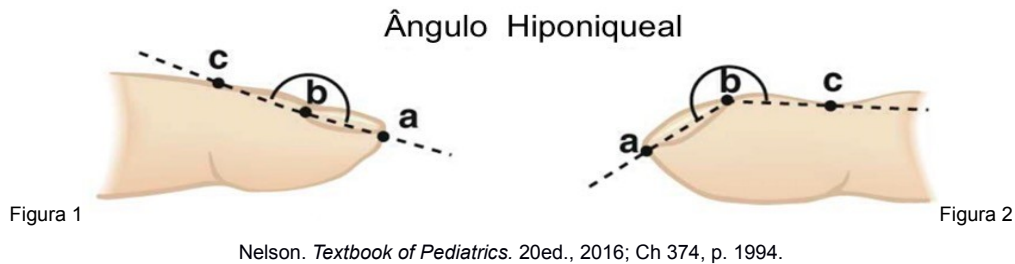
— QUESTÃO 45 —

Os pacientes portadores de fibrose cística estão propensos a incontáveis infecções respiratórias por patógenos variáveis, durante a vida. O micro-organismo que mais frequentemente coloniza a via aérea desses pacientes nos primeiros anos de doença é:

- (A) *Pseudomonas aeruginosa*.
- (B) *Haemophilus influenzae*.
- (C) *Staphylococcus aureus*.
- (D) *Burkholderia cepacia*.

— QUESTÃO 46 —

O baqueteamento digital representa um importante sinal clínico na identificação de pacientes com doenças pulmonares que apresentam hipoxemia crônica. Avalie a figura a seguir:

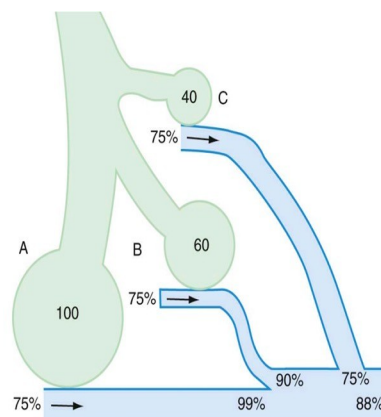


O ângulo hiponiqueal na figura 1 é normal e na figura 2, patológico. O valor em graus do ângulo a-b-c acima, que é considerado patológico, é:

- (A) 135°
- (B) 160°
- (C) 180°
- (D) 195°

— QUESTÃO 47 —

As alterações da relação ventilação-perfusão determinam profundas modificações na oxigenação sanguínea e estão presentes em diversas doenças pulmonares. Analise a imagem a seguir. Ela representa três unidades alveolares (A, B e C). O PO_2 alveolar está identificado no centro do alvéolo. A unidade A apresenta uma ventilação normal (PO_2 alveolar de 100%).



Nelson. *Textbook of Pediatrics*. 20ed., 2016; Ch 373, p. 1988.

Uma doença que pode exemplificar o que está descrito na unidade alveolar C é:

- (A) tomboembolismo pulmonar.
- (B) bronquiectasia.
- (C) pneumonia intersticial idiopática.
- (D) pneumonia lobal.

— QUESTÃO 48 —

O *Mycoplasma pneumoniae* é um importante agente de pneumonias adquiridas na comunidade (PAC) e é responsável por 7 a 40% de todas PAC entre 3 e 15 anos de idade. Os mycoplasmas resistentes a macrolídeos têm sido descritos de forma cada vez mais frequente. A droga que apresenta uma opção terapêutica, nestes casos, é:

- (A) o cefotaxime.
- (B) o ceftobiprole.
- (C) a vancomicina.
- (D) a levofloxacina.

— QUESTÃO 49 —

A aspiração de corpo estranho em crianças representa sempre uma condição de risco de complicações e óbito e necessita de um diagnóstico acurado. Analise a imagem radiológica a seguir.



Nelson. *Textbook of Pediatrics*. 20ed., 2016; Ch 387, p. 2040.

Trata-se de radiografia de tórax de um lactente que aspirou um amendoim, obtida em expiração, que demonstra, indiretamente, que o corpo estranho aspirado se encontra do lado

- (A) esquerdo, com pneumotórax ipsilateral.
- (B) direito, com atelectasia ipsilateral.
- (C) esquerdo, com enfisema obstrutivo ipsilateral.
- (D) direito, com pneumonia ipsilateral.

— QUESTÃO 50 —

Um paciente de quatro anos apresenta febre e tosse com quatro semanas de duração. Foi realizada radiografia de tórax, mostrada a seguir.



De acordo com a imagem apresentada, o agente etiológico mais provável é:

- (A) *Mycoplasma pneumoniae*.
- (B) *Cryptococcus neoformans*.
- (C) *Mycobacterium tuberculosis*.
- (D) *Streptococcus pneumoniae*.