

# RESIDÊNCIA MÉDICA 2015

ESPECIALISTA EM PEDIATRIA

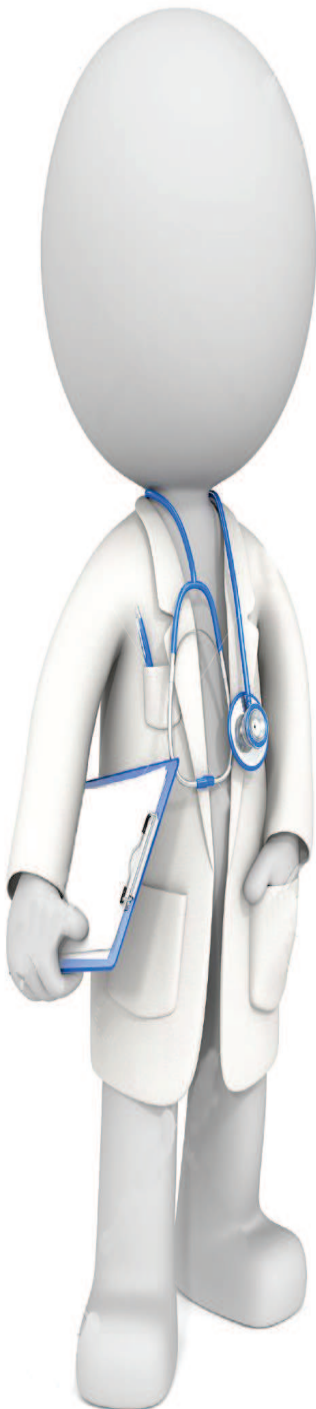
# PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

09/11/2014

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**, 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 decorrido 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 —**

O parâmetro mais prático e importante no acompanhamento e avaliação de uma criança com baixa estatura é:

- (A) idade óssea.
- (B) idade cronológica.
- (C) alvo genético.
- (D) velocidade de crescimento da criança.

**— QUESTÃO 02 —**

A anemia falciforme é uma doença muito frequente nas consultas emergenciais e de ambulatório de seguimento em pediatria. Sendo assim, em relação ao diagnóstico laboratorial da anemia falciforme, constata-se o seguinte:

- (A) a contagem de plaquetas está diminuída.
- (B) a hemoglobina A2 encontra-se aumentada.
- (C) o aumento de desidrogenase láctica, reticulose e eritroblastos podem estar presentes.
- (D) a anemia é normocrômica e microcítica.

**— QUESTÃO 03 —**

É exemplo de cardiopatia acianótica:

- (A) estenose pulmonar crítica do recém-nascido.
- (B) persistência do canal arterial.
- (C) síndrome do coração esquerdo hipoplásico.
- (D) atresia pulmonar.

**— QUESTÃO 04 —**

Uma criança de quatro anos foi admitida na sala de emergência do pronto-socorro pediátrico, apresentando crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Ao exame, apresentava temperatura axilar de 39,5 °C, sem sinais de irritação meníngea, com hiperemia de amígdalas e coriza hialina. Não há história prévia de outras crises convulsivas.

Qual é a hipótese diagnóstica e que conduta deve ser tomada?

- (A) Crise convulsiva febril. A conduta a ser tomada é medicar a criança com anticonvulsivante e antitérmico. Na alta, prescrever anticonvulsivante.
- (B) Crise convulsiva febril. A conduta a ser tomada é medicar a criança com anticonvulsivante, antitérmico e mantê-la em observação por seis horas. Dar alta sem anticonvulsivante e com prescrição de medicações sintomáticas.
- (C) Epilepsia. Deve-se medicar a criança com antitérmico e anticonvulsivante. Na alta hospitalar, prescrever anticonvulsivante.
- (D) Epilepsia. Deve-se medicar a criança com anticonvulsivante e antitérmico. Coletar líquido o mais precocemente possível. Na ocasião da alta hospitalar, prescrever anticonvulsivante.

**— QUESTÃO 05 —**

A mãe de uma escolar de seis anos, ao levá-la ao pediatra, queixa-se de que sua filha está apresentando diversos caroços no corpo. Há uma semana apresentou também quadro de dores nos joelhos e tornozelos, tendo procurado o atendimento médico, sendo-lhe prescrito anti-inflamatório, o que melhorou as dores. No exame físico, a criança apresenta nódulos indolores em grandes articulações. Os exames laboratoriais mostraram velocidade de hemossedimentação (VHS) de 100, ASLO de 1350 U Toood e hemograma normal.

Com base na história, o próximo exame complementar a ser solicitado é:

- (A) ultrassonografia dos nódulos.
- (B) anatomopatológico dos nódulos.
- (C) ecocardiograma.
- (D) dosagem do FAN.

**— QUESTÃO 06 —**

Atualmente, a hipotermia terapêutica tornou-se uma estratégia neuroprotetora para minimizar ou até mesmo evitar a lesão cerebral em recém-nascidos. Atualmente, de acordo com os critérios de inclusão de pacientes, no que tange à idade gestacional e às malformações congênitas, pode ser candidato à inclusão no protocolo de hipotermia em recém-nascido na seguinte condição:

- (A) idade gestacional ao nascimento menor que vinte e oito semanas e sem malformações.
- (B) idade gestacional ao nascimento entre vinte e oito e trinta e uma semanas e sem malformações.
- (C) idade gestacional de 33 semanas e com onfalocele.
- (D) idade gestacional maior ou igual a 36 semanas e sem malformações.

**— QUESTÃO 07 —**

Um recém-nascido de muito baixo peso ao nascimento, quando recebe alta hospitalar, deve ser encaminhado a um ambulatório diferenciado para um melhor seguimento. Os exames laboratoriais que devem ser solicitados antes da alta para serem apresentados na primeira consulta ambulatorial são:

- (A) hemograma completo, proteína C reativa, função hepática, função renal e triagem neonatal (teste do pezinho).
- (B) cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, ureia, creatinina e triagem neonatal (teste do pezinho).
- (C) hemograma completo, ferro, ferritina, reticulócitos, função hepática e triagem neonatal (teste do pezinho).
- (D) hemograma completo, ferro, ferritina, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina e triagem neonatal (teste do pezinho).

**— QUESTÃO 08 —**

Um prematuro de trinta e três semanas e peso de nascimento de 1450 gramas teve alta hospitalar aos vinte e oito dias de vida, em aleitamento materno exclusivo. Na ocasião da alta hospitalar, apresentava peso, comprimento e perímetro cefálico no percentil 10 da curva de Fenton. Foi amamentado exclusivamente com leite materno até o sexto mês de idade cronológica, apresentando, nesse momento, peso, comprimento e perímetro cefálico entre os percentis três e 15 da curva da Organização Mundial de Saúde (OMS). Com um ano de idade corrigida, o perímetro cefálico encontra-se no percentil 15, enquanto o peso e o comprimento mantiveram-se entre os percentis três e 15.

Em relação a essa criança verifica-se o seguinte:

- (A) o crescimento atingiu a curva ainda no primeiro ano de vida, existindo, pois, uma ótima expectativa.
- (B) o crescimento está inadequado e a criança precisa ser encaminhada ao nutricionista e ao endocrinologista pediátrico.
- (C) o crescimento está inadequado, lento, podendo haver um *catch up* mais tardio.
- (D) o perímetro cefálico está crescendo rápido. A criança necessita de exames de imagem e posterior avaliação da neuropediatria.

**— QUESTÃO 09 —**

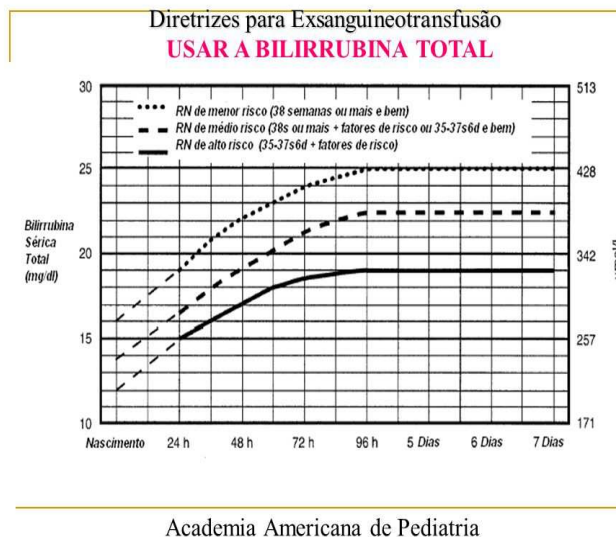
Um recém-nascido de vinte e seis semanas de gestação, com peso de nascimento de 750 gramas, desenvolveu quadro clínico e radiológico compatível com síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido. Ele foi intubado, acoplado à ventilação mecânica com altos parâmetros e recebeu duas doses de surfactante nas primeiras horas de vida.

Essa terapêutica, além de diminuir a mortalidade, pode ser benéfica, em curto prazo, para também reduzir

- (A) a enterocolite necrosante.
- (B) a persistência do canal arterial.
- (C) o pneumotórax.
- (D) as malformações congênitas pulmonares.

**— QUESTÃO 10 —**

A figura a seguir apresenta as diretrizes para exsanguineotransfusão estabelecidas pela Academia Americana de Pediatria.



A exsanguineotransfusão é um procedimento realizado em recém-nascidos com hiperbilirrubinemia, consistindo no tratamento padrão da doença hemolítica. A condição que indica formalmente a exsanguineotransfusão é quando a mãe apresenta

- (A) tipagem sanguínea A negativo, Coombs indireto negativo e recém-nascido a termo com tipagem sanguínea A positivo, Coombs direto negativo, com 36 horas de vida e bilirrubina total de 11 mg/dl.
- (B) tipagem sanguínea A negativo, Coombs indireto positivo e recém-nascido a termo com tipagem sanguínea O positivo, Coombs direto positivo, com 40 horas de vida e bilirrubina total de 10 mg/dl.
- (C) tipagem sanguínea O negativo, Coombs indireto positivo e recém-nascido com tipagem sanguínea A positivo, Coombs direto positivo, que apresentou bilirrubina de cordão igual a 3 mg/dl.
- (D) tipagem sanguínea O negativo, Coombs indireto positivo e recém-nascido com tipagem sanguínea O positivo, Coombs direto positivo, que apresentou hemoglobina de cordão igual a 11 mg/dl.

Leia o caso e seguir para responder às questões 11, 12 e 13.

Uma criança de três anos é admitida na sala de reanimação de um pronto-socorro pediátrico com história de tosse e febre há três dias. A família relata que vem evoluindo nas últimas 24 horas com dificuldade para respirar, prostração e diminuição da diurese. Ao exame físico, apresentava-se sonolenta, taquidispneica, com diminuição do murmúrio vesicular difusamente, taquicárdica, febril, com abdome globoso, ausência de visceromegalias e perfusão periférica diminuída, sendo o tempo de enchimento capilar (TEC) de quatro segundos. Ao ser monitorizada, mostrava os seguintes parâmetros: ritmo cardíaco sinusal, frequência cardíaca (FC) de 130 bpm, frequência respiratória (FR) de 50 ipm, saturação periférica de oxigênio (sat O<sub>2</sub>) de 87% e pressão arterial média (PAM) de 80 mmHg. Com base nesse quadro clínico, foi feita a hipótese diagnóstica de choque séptico e iniciada a reanimação. O acesso venoso periférico não foi possível.

### — QUESTÃO 11 —

Nessas condições, a melhor conduta inicial é:

- (A) oferecer O<sub>2</sub> sob cateter nasal a dois litros por minuto; obter acesso venoso central; infundir 10 ml/kg de solução salina isotônica em 10 minutos.
- (B) oferecer O<sub>2</sub> sob máscara facial; obter acesso intraósseo; infundir 20 ml/kg de solução salina isotônica de 5 a 10 minutos.
- (C) iniciar ventilação não invasiva com fração de O<sub>2</sub> de 40%; obter acesso venoso central; infundir 10 ml/kg de solução isotônica de 5 a 10 minutos.
- (D) iniciar ventilação mecânica invasiva com fração de O<sub>2</sub> 100%; obter acesso intraósseo; infundir 20 ml/kg de solução salina isotônica em 10 minutos.

### — QUESTÃO 12 —

Após a primeira infusão de volume, a criança foi reavaliada e apresentava os seguintes parâmetros: ausculta pulmonar com estertores crepitantes bilateralmente, sat O<sub>2</sub> 94%, FC = 120 bpm, FR = 50 ipm; TEC de 3 segundos; sem diurese; PAM de 70 mmHg. Além de iniciar antibioticoterapia e realizar a correção de hipoglicemia e da hipocalcemia (caso necessário), a próxima sequência de atendimento é:

- (A) repetir a mesma quantidade de volume em cinco minutos e considerar o uso de milrinone com adrenalina.
- (B) repetir a mesma quantidade de volume em 10 minutos e reavaliar em seguida.
- (C) repetir a mesma quantidade de volume em 5 a 10 minutos e considerar o uso de dopamina 10 mcg/kg/min.
- (D) interromper ressuscitação volêmica, prescrever furosemida na dose de 1 mg/kg e iniciar a associação de dobutamina com adrenalina.

### — QUESTÃO 13 —

Após 20 minutos de reanimação do choque, a criança apresentava-se sonolenta e confusa, mantinha na ausculta pulmonar os estertores crepitantes bilaterais, sat O<sub>2</sub> 90%, FC = 125 bpm, FR = 50 ipm; TEC mantido em três segundos; ainda sem diurese e PAM de 50 mmHg. A melhor conduta, nesse momento, seria iniciar

- (A) dobutamina com adrenalina e, caso o choque continuasse refratário, iniciar hidrocortisona independente da PAM.
- (B) milrinone com adrenalina (se choque frio) ou noradrenalina (se choque quente) e, caso o choque continuasse refratário, iniciar hidrocortisona independente da PAM.
- (C) hidrocortisona e, caso o choque continuasse refratário, trocar droga vasoativa para milrinone e noradrenalina, se PAM estiver baixa.
- (D) hidrocortisona e, caso o choque continuasse refratário, trocar droga vasoativa para milrinone e adrenalina, caso a PAM se mantivesse normal.

### — QUESTÃO 14 —

Um lactente de oito meses de vida vem apresentando febre de 39 °C há 48 horas. O estado geral é bom e não há nenhum outro sintoma. O lactente é levado ao pronto-socorro pediátrico e, após atendimento médico, não é constatado nenhuma alteração. A mãe da criança é orientada a manter o antitérmico e retornar de 24 a 48 horas para reavaliação ou antes, caso apresente outro sintoma. Após 24 horas, o lactente é levado novamente ao pronto-socorro e, apesar de não ter apresentado mais febre nas últimas seis horas, iniciou subitamente erupção cutânea eritematosa, maculopapular, que desaparece à compressão e que vem progredindo no sentido cefalocaudal.

O diagnóstico clínico é:

- (A) rubéola.
- (B) síndrome mão-pé-boca.
- (C) eritema infeccioso.
- (D) exantema súbito.

**— QUESTÃO 15 —**

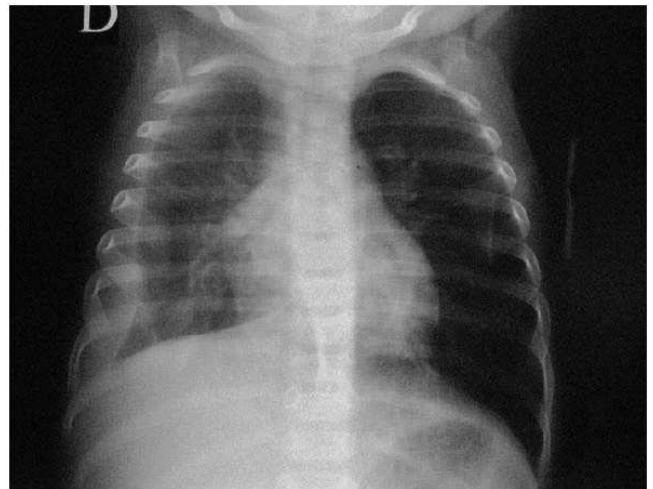
Uma criança de oito anos, sabidamente asmática, é atendida no pronto-socorro em crise aguda de asma. Ao exame físico, apresenta-se consciente, com dispneia moderada, sem conseguir completar frases, em uso de musculatura acessória para respirar e, na ausculta pulmonar, presença de sibilos expiratórios difusos. Ao ser monitorizada, constata-se: frequência respiratória de 40 ipm, frequência cardíaca de 125 bpm e saturação de O<sub>2</sub> de 92%.

A classificação da intensidade da crise e a medida inicial do tratamento são, respectivamente, crise

- (A) moderada; uso de  $\beta$ -2-agonista por via inalatória associado à administração de corticoide injetável simultaneamente.
- (B) moderada; uso de  $\beta$ -2-agonista por via inalatória associado à administração de corticoide inalatório subsequentemente.
- (C) grave; uso de  $\beta$ -2-agonista por via inalatória associado à administração do corticoide injetável subsequentemente.
- (D) grave; uso de  $\beta$ -2-agonista por via injetável associado à administração de corticoide injetável simultaneamente.

**— QUESTÃO 16 —**

Uma criança de dois anos apresenta há três dias tosse, coriza e febre alta. Nas últimas 24 horas, passou a ficar mais prostrada e taquidispneica. Foi solicitada uma radiografia de tórax, que apresentou o seguinte resultado:



Com base no resultado do exame, deve-se proceder da seguinte forma:

- (A) punção pleural e drenagem pleural, caso o líquido puncionado seja empiema. Iniciar cobertura para pneumococo.
- (B) punção pleural de alívio e diagnóstica, sem necessidade de drenagem torácica, caso haja esvaziamento completo confirmado na radiografia de tórax após o procedimento. Iniciar cobertura para estafilococo.
- (C) punção pleural e drenagem pleural, caso o líquido puncionado seja empiema. Iniciar cobertura para Mycoplasma.
- (D) punção pleural de alívio e diagnóstica, sem necessidade de drenagem torácica, caso haja esvaziamento completo confirmado na radiografia de tórax após o procedimento. Iniciar cobertura para hemófilos.

**— QUESTÃO 17 —**

Durante uma consulta pediátrica de puericultura, um lactente de 12 meses é avaliado no seu desenvolvimento neuropsicomotor. A criança engatinha, fica de pé e anda com apoio, fala quatro palavras (“mãemã”, “papa”, “nenê” e “não”), dá tchau, bate palminhas, é sociável, pois brinca com todo mundo e nunca estranha pessoas e lugares. No retorno para puericultura com um ano e três meses, a mãe queixa-se de que a criança agora só fala “papa” o tempo todo e parou de falar outras palavras, não atende pelo nome e parece demonstrar interesse em brincar com um único brinquedo de encaixe, não se importando com os demais brinquedos, nem mesmo aqueles com dispositivos sonoros.

Com base nessas informações, o pediatra deverá levantar a hipótese de

- (A) surdez, e solicitar audiometria.
- (B) encefalopatia crônica evolutiva, e encaminhar ao neuropediatra.
- (C) autismo, e encaminhar ao psiquiatra infantil.
- (D) estimulação inadequada do desenvolvimento, e encorajar a mãe a matricular a criança em atividades de música, natação ou escola maternal.

**— QUESTÃO 18 —**

À medida que a criança vai crescendo, faz parte do seu desenvolvimento a curiosidade. Ela passa a movimentar-se em busca de novas descobertas, o que aumenta o risco de sofrer acidentes. Algumas atitudes simples, como supervisão contínua por parte do cuidador, evitam acidentes, que podem matar ou deixar sequelas graves. De todas as orientações que os pais deveriam ter recebido em consultas anteriores, de acordo com os marcos de desenvolvimento da infância, na consulta de um bebê de nove meses, que recomendação deve ser enfatizada pelo pediatra?

- (A) Não administrar remédio que o médico não tenha receitado.
- (B) Garantir a proteção de tomadas e evitar fios elétricos soltos que possam estar ao alcance da criança.
- (C) Não deixar vasilhas de água ao alcance da criança.
- (D) Transportar a criança no veículo em cadeira especial, no banco de trás e voltada para a frente.

Leia o caso a seguir para responder às questões 19 e 20.

Um lactente de sete meses vem apresentando tosse, coriza hialina e febre baixa (37,9 °C) e irritabilidade há três dias. Nas últimas 12 horas, evoluiu com piora da tosse e passou a apresentar rouquidão, conjuntivite e taquipneia. Ao exame físico mostrava-se irritada, afebril, acianótica, taquipneica (FR = 60 ipm) e, na ausculta pulmonar, sibilos inspiratórios e expiratórios. Foram realizados os seguintes exames:

Gasometria arterial (em ar ambiente)

pH = 7,30, PO<sub>2</sub> = 59, PCO<sub>2</sub> = 45, bicarbonato = 18, BE = -6, saturação O<sub>2</sub> = 93%

Hemograma:

Hb = 12,8 Ht = 36

20.000 leucócitos (6% bastonetes / 30% segmentados / 54% linfócitos / 4% eosinófilos / 6% monócitos)

180.000 plaquetas

Radiografia de tórax apresentado abaixo:

**— QUESTÃO 19 —**

Nessas condições clínicas, a hipótese diagnóstica e a principal conduta a ser tomada são, respectivamente,

- (A) coqueluche; iniciar azitromicina.
- (B) bronquiolite viral; iniciar nebulização com solução salina a 3%.
- (C) asma; iniciar nebulização com salbutamol.
- (D) laringite viral; iniciar nebulização com adrenalina racêmica.

**— QUESTÃO 20 —**

O distúrbio ácido-base apresentado é compatível com acidose

- (A) mista e hipoxemia, devendo-se otimizar a ventilação.
- (B) metabólica e hipoxemia, devendo-se infundir o bicarbonato venoso.
- (C) respiratória e hipoxemia, devendo-se otimizar a oxigenação.
- (D) mista, devendo-se otimizar a ventilação.

**— QUESTÃO 21 —**

Um recém-nascido a termo, com 36 horas de vida, em aleitamento materno exclusivo e peso de nascimento 3180 g, está sendo examinado pelo médico pediatra de plantão na maternidade. Trata-se de um bebê nascido de parto normal, com bolsa rota de 30 minutos antes do parto e líquido amniótico claro. Ao nascimento, não necessitou de manobras de reanimação e o APGAR foi nove e dez. Após constatar que o exame físico do neonato é normal, realiza o teste do coraçãozinho e obtém os seguintes resultados:

Saturação de O<sub>2</sub> no membro superior direito: 97%

Saturação de O<sub>2</sub> no membro inferior direito: 93%

A análise do resultado do teste do coraçãozinho indica que o exame é

- (A) normal, podendo o paciente receber alta após 48 horas de vida.
- (B) normal, porém o paciente deve aguardar pelo menos 72 horas de vida para receber alta hospitalar.
- (C) anormal e deverá ser realizada outra oximetria de pulso em uma hora. Caso o resultado se repita, um ecocardiograma deverá ser realizado e o paciente permanecer internado.
- (D) anormal e deverá ser realizada outra oximetria de pulso em até 24 horas. Caso o resultado se repita um ecocardiograma deverá ser solicitado, podendo ser realizado ambulatorialmente.

**— QUESTÃO 22 —**

Um lactente de cinco meses, do sexo masculino, é admitido na sala de emergência pediátrica com quadro de irritabilidade, pouca aceitação da alimentação, vômitos e sudorese há 12 horas. A mãe relata que notou "coração acelerado" e nega febre ou qualquer sinal de infecção. Ao exame físico, encontrava-se afebril, irritado, sugando a chupeta com ansiedade, levemente taquipneico, ausculta pulmonar normal, pálido e com pulsos palpáveis. Ao ser monitorizado, foram observadas: frequência cardíaca de 230 bpm, frequência respiratória de 60 ipm, pressão arterial de 90x50 mmHg e saturação de O<sub>2</sub> em ar ambiente de 98%. O monitor cardíaco evidenciava complexos QRS estreitos, com dificuldade em determinar o intervalo PR e ausência de onda P.

Após o paciente ser colocado em oxigenoterapia e conseguido acesso venoso, a droga de escolha a ser utilizada na reversão desse quadro é:

- (A) atropina.
- (B) adenosina.
- (C) lidocaína.
- (D) sulfato de magnésio.

**— QUESTÃO 23 —**

Um lactente vem para a primeira consulta de puericultura após alta da UTI neonatal, ocorrida há 15 dias. A mãe traz um resumo da internação que informa ter o bebê nascido prematuramente, com 28 semanas de idade gestacional, por parto normal, peso de nascimento de 830 gramas e necessidade de ventilação mecânica por 21 dias, com o tempo total de oxigenoterapia de 45 dias. Atualmente, está com quatro meses de idade cronológica, um mês e dois dias (pós-termo) de idade gestacional corrigida e peso de 2150 gramas. Durante a internação, recebeu somente a primeira dose da vacina contra hepatite B.

As vacinas recomendadas neste momento são:

- (A) BCG, reforço da hepatite B, DTPa, *Haemophilus influenzae* b, Salk, pneumocócica e meningocócica. Não há indicação de Palivizumabe durante o período sazonal do Vírus Sincicial Respiratório.
- (B) reforço da hepatite B, DTPa, *Haemophilus influenzae* b, Salk, rotavírus, pneumocócica e meningocócica. Além do mais, deve ser indicado o Palivizumabe durante o período sazonal do Vírus Sincicial Respiratório.
- (C) BCG, reforço da hepatite B, DTPa, *Haemophilus influenzae* b, Salk, rotavírus, pneumocócica e meningocócica. Não há indicação de Palivizumabe durante o período sazonal do Vírus Sincicial Respiratório.
- (D) BCG, reforço da hepatite B, DTPa, *Haemophilus influenzae* b, Salk, rotavírus, pneumocócica e meningocócica. Além do mais, deve ser indicado o Palivizumabe durante o período sazonal do Vírus Sincicial Respiratório.

**— QUESTÃO 24 —**

Um lactente de dois meses é levado ao pronto-socorro com história de febre há três dias (temperatura axilar máxima de 39 °C), sem outras queixas. A mãe informa que a criança não tem história de doenças prévias, nasceu de parto cesárea a termo e está em aleitamento materno exclusivo desde o nascimento, com bom ganho ponderal. Ao exame físico, o lactente está em bom estado geral, afebril, sem outras alterações consistentes para firmar um diagnóstico.

O plantonista deve, nesse caso,

- (A) liberar o paciente com a orientação de retornar se houver persistência da febre ou piora do estado geral, uma vez que ele não apresenta sinais de toxemia.
- (B) solicitar exames complementares (hemograma e EAS) e aguardar o resultado para indicar a conduta.
- (C) solicitar exames complementares (hemograma, hemocultura, EAS, urocultura e radiografia de tórax), iniciar antibioticoterapia empírica ambulatorial com ceftriaxone intramuscular e reavaliação diária.
- (D) internar o paciente, solicitar exames complementares (hemograma, hemocultura, EAS, urocultura, radiografia de tórax e líquor) e iniciar antibioticoterapia empírica com ceftriaxone intravenoso.

**— QUESTÃO 25 —**

Um paciente de três anos, com quadro clínico de diarreia crônica e síndrome de má absorção, evolui com hipocalcemia e hipocalcemia de difícil correção, apesar da adequada oferta de potássio e cálcio. Esses distúrbios devem estar relacionados ao baixo nível sérico de

- (A) magnésio.
- (B) vitamina D.
- (C) sódio.
- (D) fósforo.

**— QUESTÃO 26 —**

A coqueluche atualmente tem se tornado uma doença altamente preocupante. Segundo dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), foram notificados, até a última semana epidemiológica de 2012, 15.458 casos suspeitos no país. Destes, 5.125 (28,9%) foram confirmados, com 2.990 hospitalizações, representando um incremento de 97% em relação ao mesmo período de 2012. É considerado um sinal de alerta para a gravidade da doença:

- (A) frequência respiratória acima de 20 ipm.
- (B) contagem de leucócitos inferior a 5.000.
- (C) hipóxia após paroxismos de tosse.
- (D) redução da frequência cardíaca.

**— QUESTÃO 27 —**

No manejo de crianças com coqueluche,

- (A) a droga de escolha é a azitromicina.
- (B) o contágio é suprimido após 48 horas de antibioticoterapia.
- (C) a eritromicina pode ser usada para tratamento, em qualquer idade.
- (D) os paroxismos de tosse e cianose são benignos, não requerendo internação hospitalar.

**— QUESTÃO 28 —**

Qual dos seguintes fatores desencadeantes de episódios de broncoespasmo é o mais frequente em lactentes?

- (A) Alérgenos alimentares.
- (B) Infecções virais.
- (C) Alérgenos ambientais.
- (D) Infecções bacterianas.

**— QUESTÃO 29 —**

No diagnóstico da pneumonia na infância,

- (A) a taquipneia é o achado mais específico.
- (B) a tiragem subcostal é o achado mais sensível.
- (C) os vírus são agentes comuns nos primeiros cinco anos.
- (D) o *Mycoplasma pneumoniae* é o agente comum nos primeiros cinco anos.

**— QUESTÃO 30 —**

Segundo o documento “Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma-2012”, para uma criança que apresenta crises leves, com frequência de uma vez por mês, com sintomas noturnos e dispneia aos esforços na intercrise, com PFE 89%, qual dos tratamentos seguintes é considerado o mais indicado?

- (A) Agonistas  $\beta_2$  inalados de curta duração nas exacerbações e antagonista dos leucotrienos na intercrise.
- (B) Agonistas  $\beta_2$  inalados de curta duração nas exacerbações e agonistas  $\beta_2$  inalados de longa duração na intercrise.
- (C) Agonistas  $\beta_2$  inalados de curta duração nas exacerbações e corticosteroide inalado em dose baixa na intercrise.
- (D) Agonistas  $\beta_2$  inalados de curta duração, nas exacerbações.

**— QUESTÃO 31 —**

Crianças apresentam alta prevalência de infecção viral de vias aéreas superiores. Em sua maioria constituem quadros benignos e autolimitados, porém uma pequena parcela pode evoluir para rinosinusite bacteriana. Nas rinosinusites agudas,

- (A) a radiografia de seios da face deve ser realizada para diagnóstico de rinosinusite associada à infecção viral de vias aéreas superiores.
- (B) o diagnóstico é feito com bases clínicas, com persistência dos sintomas por mais de dez dias ou piora após o quinto dia.
- (C) o diagnóstico é feito com base nos achados clínicos e confirmado com a tomografia de seios da face.
- (D) os germes mais frequentemente envolvidos são o *Streptococcus agalactiae* e o *Staphylococcus aureus*.



**— QUESTÃO 32 —**

Uma menina de três anos é levada pelos pais ao pediatra devido a um quadro de tosse. Qual das informações a seguir é um sinal de alerta para diagnóstico de maior gravidade?

- (A) Coriza e febrícula nos primeiros dois dias.
- (B) Tosse não produtiva.
- (C) Duração maior que dez dias.
- (D) Episódio de engasgo anterior ao início do sintoma.

**— QUESTÃO 33 —**

Diante da importância epidemiológica dos quadros de infecção pelo vírus Influenza H1N1 pandêmico, para o diagnóstico de síndrome gripal no período de maior circulação do vírus influenza, o Ministério da Saúde considera os seguintes critérios:

- (A) sinais de dispneia ou saturação de O<sub>2</sub> menor que 95% em ar ambiente e/ou outros sinais de insuficiência respiratória aguda.
- (B) tosse, coriza, dispneia e sibilância, associadas à redução da saturação de oxigênio em ar ambiente.
- (C) febre de início súbito, mesmo que referida, associada a artralgia, mialgia e hipotensão.
- (D) febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia.

**— QUESTÃO 34 —**

Em relação à suspeita de infecção pelo vírus influenza H1N1, dentre outras, deve ser adotada a seguinte medida:

- (A) notificar todos os pacientes com sintomas de síndrome gripal aguda.
- (B) iniciar tratamento com fosfato de oseltamivir após a confirmação diagnóstica.
- (C) iniciar o tratamento com fosfato de oseltamivir, mesmo sem confirmação diagnóstica, nos pacientes de risco ou nos casos de síndrome gripal aguda grave.
- (D) colher sorologia a partir do quinto dia de sintomas, nos pacientes internados com síndrome gripal aguda grave, fazendo a devida notificação.

**— QUESTÃO 35 —**

Nas crianças com tosse crônica,

- (A) a possibilidade de diagnóstico de doença crônica deve ser considerada naquelas que apresentarem dificuldade em ganhar peso ou achados anormais ao exame físico.
- (B) o diagnóstico de aspiração de corpo estranho é feito pela demonstração de imagem radiopaca ou atelectasia em radiografia de tórax.
- (C) o diagnóstico de tuberculose deve ser considerado, e, para isso, a baciloscopia do escarro deve ser solicitada em todos os casos.
- (D) o tratamento empírico para doença do refluxo gastroesofágico é indicado nos casos de tosse com duração maior que quatro semanas.

**— QUESTÃO 36 —**

A mãe de uma menina de três anos comparece a uma consulta preocupada pelo fato de a filha adoecer muito. Após a realização de anamnese e exame físico detalhado, pode sugerir o diagnóstico de imunodeficiência a apresentação do seguinte achado:

- (A) uma pneumonia no último ano.
- (B) duas otites no último ano.
- (C) um episódio de sepse em qualquer época da vida.
- (D) seis episódios de rinofaringite viral no último ano.

**— QUESTÃO 37 —**

Leia o caso a seguir para responder à questão.

Lactente de nove meses previamente hígido foi atendido no pronto-socorro com história de coriza e tosse há três dias, febre baixa e dificuldade respiratória há um dia. Exame físico: bom estado geral, acianótico, dispneico, FR: 58 irpm e com tiragem subcostal. Ausculta com estertores grossos, sibilos expiratórios difusos, expiração prolongada. A saturação de O<sub>2</sub> à oximetria de pulso encontrava-se a 90%. Radiografia de tórax: retificação de arcos costais, sem áreas de consolidação.

O diagnóstico provável para esse paciente é:

- (A) pneumonia bacteriana, com indicação de antibioticoterapia endovenosa.
- (B) crise asmática, com indicação de corticosteroide endovenoso e broncodilatador inalatório.
- (C) bronquiolite viral aguda, com indicação de hidratação e oxigenoterapia, podendo, nesse caso, serem utilizados broncodilatadores.
- (D) pneumonia por germes atípicos, com indicação do uso de macrolídeos.

**— QUESTÃO 38 —**

Lactente de dois meses, com tosse seca persistente há 15 dias acompanhada por coriza nos primeiros três dias, sem febre. Procurou pronto-atendimento hoje devido à dificuldade respiratória. Parto e período neonatal sem intercorrências. O exame físico revela taquidispneia, com frequência respiratória de 60 ipm e estertores finos difusos. A radiografia de tórax mostra opacidade intersticial difusa e o hemograma apresenta leucocitose leve com eosinofilia de 8%. O agente etiológico mais provável é:

- (A) *Bordetella pertussis*.
- (B) *Streptococcus agalactiae*.
- (C) *Chlamydia trachomatis*.
- (D) *Listeria monocytogenes*.

**— QUESTÃO 39 —**

Leia o caso a seguir para responder à questão.

Uma criança de cinco anos, previamente hígida e em bom estado nutricional, deu entrada no hospital com história de tosse e coriza há sete dias, febre há quatro dias e inapetência. Estava em regular estado geral, com taquidispneia e tiragens intercostais e a radiografia do tórax mostrava opacidade homogênea em lobo inferior esquerdo (LIE). Está recebendo penicilina cristalina há 48 horas, sem febre, mantendo taquidispneia leve e referindo dor em hemitórax esquerdo. A radiografia do tórax, neste momento, mostra opacidade homogênea em LIE com linha de derrame pleural à esquerda que, no decúbito lateral esquerdo, mostra espessura de 2 cm.

Qual é o procedimento a ser seguido a partir de então?

- (A) Manter penicilina e realizar drenagem pleural.
- (B) Manter penicilina e realizar toracocentese.
- (C) Trocar penicilina por ceftriaxona e oxacilina e realizar toracocentese.
- (D) Trocar penicilina por ceftriaxona e oxacilina e não drenar, pois o derrame é laminar.

**— QUESTÃO 40 —**

Criança de três anos é levada ao pediatra com história de tosse e sibilância desde os seis meses de idade. Estes episódios são causados por múltiplos desencadeantes (poeira, mofo, cigarro, contato com gato). A criança possui diagnóstico prévio de rinite alérgica e há história na família de que a prima possui asma. Realizado hemograma, que demonstrou 5% de eosinófilos.

Quantos critérios sugestivos de asma essa criança apresenta?

- (A) 2 maiores.
- (B) 3 menores.
- (C) 1 maior e 2 menores.
- (D) 2 menores.

**— QUESTÃO 41 —**

Mãe comparece a consultório pediátrico com queixa de que seu filho de 18 meses “gripa muito”. Ela relata que no último ano a criança apresentou cerca de seis episódios de infecções de vias aéreas superiores. Todos estes episódios foram autolimitados, com duração de cerca de sete dias e sem necessidade de internação. Em todos eles, apresentou espirros, obstrução nasal e coriza e, em alguns deles, tosse e febre.

A conduta neste caso é:

- (A) tranquilizar a mãe, pois crianças nessa idade podem apresentar até oito resfriados comuns por ano.
- (B) tranquilizar a mãe e esclarecer que a criança possui asma e que, com tratamento correto, ela terá vida normal.
- (C) solicitar exames para investigação de imunodeficiência.
- (D) solicitar radiografia de tórax.

Analise o caso a seguir para responder às questões 42 e 43.

Criança de oito anos de idade, devido à suspeita de doença pulmonar, realiza espirometria que apresenta o seguinte resultado: VEF<sub>1</sub>: 65%; CVF: 95%; VEF<sub>1</sub>/CVF: 58%.

**— QUESTÃO 42 —**

O laudo deste exame é:

- (A) distúrbio ventilatório restritivo leve.
- (B) distúrbio ventilatório obstrutivo leve.
- (C) distúrbio ventilatório obstrutivo moderado.
- (D) distúrbio ventilatório restritivo moderado.

**— QUESTÃO 43 —**

Essa mesma criança, após uso de 400 mcg de salbutamol spray por via inalatória, repete o exame a fim de observar se houve resposta significativa após o uso de broncodilatador. Apresenta uma variação do VEF<sub>1</sub> de 6%. Com base nesses dados, pode-se concluir o seguinte:

- (A) a variação apresentada foi significativa.
- (B) a resposta indica que não houve variação significativa.
- (C) o dado disponível não permite concluir se houve ou não variação significativa.
- (D) a dose de salbutamol está aquém do que é recomendado para avaliar a resposta após o uso de broncodilatador.

**— QUESTÃO 44 —**

São exames utilizados para a avaliação da função pulmonar:

- (A) radiografia de tórax, gasometria arterial e espirometria.
- (B) gasometria arterial, tomografia de tórax e radiografia de tórax.
- (C) espirometria, teste de caminhada de seis minutos e radiografia de tórax.
- (D) teste de caminhada de seis minutos, gasometria arterial e espirometria.

**— QUESTÃO 45 —**

Em crianças menores de cinco anos, há dificuldade para se concluir o diagnóstico de asma, uma vez que tosse, sibilância e dispneia podem estar presentes em outras doenças que fazem diagnóstico diferencial com essa doença. Entre os critérios que ajudam a confirmar o diagnóstico de asma, nessas crianças, inclui-se o seguinte:

- (A) história de irmão com asma.
- (B) resposta ao broncodilatador de curta ação.
- (C) sintomas desencadeados por exercício físico.
- (D) sintomas desencadeados por vírus.

**— QUESTÃO 46 —**

Considere os resultados da gasometria a seguir:

pH: 7,37; pO<sub>2</sub>: 105; pCO<sub>2</sub>: 50; HCO<sub>3</sub>: 30; BE: -3; SpO<sub>2</sub>: 95%

Qual é o diagnóstico dessa gasometria?

- (A) Gasometria normal.
- (B) Acidose respiratória.
- (C) Acidose respiratória compensada.
- (D) Alcalose metabólica.

**— QUESTÃO 47 —**

Escolar de sete anos é internado devido a quadro de febre e tosse há seis dias. Criança previamente hígida. Exame físico: tax 38,5 °C, FR: 48 irpm, tiragem subcostal. Radiografia de tórax: infiltrado alveolar em lobo médio e derrame pleural ipsilateral. A conduta indicada neste momento é:

- (A) punção torácica + prescrição de oxacilina IV.
- (B) drenagem pleural + prescrição de penicilina IV.
- (C) drenagem pleural + prescrição de oxacilina IV.
- (D) punção torácica + prescrição de penicilina IV.

**— QUESTÃO 48 —**

Lactente de nove meses foi atendida no pronto-socorro com história de febre, coriza e tosse há sete dias, tendo sido feito diagnóstico de pneumonia e medicada com amoxicilina. Após 48 horas, na revisão agendada, não apresentou melhora e foi encaminhada para internação. Exame físico: regular estado geral, acianótica, dispneica, FR: 54 irpm e com tiragem subcostal. Radiografia de tórax: condensação em base de lobo inferior direito e derrame pleural à direita.

Qual é o agente etiológico mais provável, nesse caso?

- (A) *Staphylococcus aureus*.
- (B) *Chlamydia pneumoniae*.
- (C) *Streptococcus pneumoniae*.
- (D) *Haemophilus influenzae* tipo b.

Analise o caso a seguir para responder às questões 49 e 50.

Criança de três anos, previamente hígida, chega ao consultório com história de tosse e dispneia há um dia. Mãe relata que a criança estava brincando normalmente e de repente apresentou estes sintomas. Nega febre ou qualquer sintoma prévio. A mãe possui asma e tem muito medo que a filha também tenha que usar "bombinha". Ao exame: regular estado geral, acianótica, dispneica, com tiragem subcostal e de fúrcula esternal; FR: 62 irpm, SpO<sub>2</sub>: 89%. Radiografia de tórax: pulmão direito totalmente velado.

**— QUESTÃO 49 —**

Considerando esse quadro clínico, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) pneumonia.
- (B) aspiração de corpo estranho.
- (C) pneumonia + derrame pleural.
- (D) crise asmática.

**— QUESTÃO 50 —**

Tendo em vista a hipótese diagnóstica formulada, a conduta mais adequada é:

- (A) drenagem torácica + antibioticoterapia venosa.
- (B) antibioticoterapia venosa.
- (C) broncodilatador de curta ação.
- (D) broncoscopia.