



PROCESSO SELETIVO  
**2018**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## ANOS OPCIONAIS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

### PEDIATRIA: PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do CARTÃO-RESPOSTA.
2. A prova objetiva deverá ser feita, obrigatoriamente, à caneta esferográfica, fabricada em material incolor e transparente, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que contém 40 (quarenta) questões de múltipla escolha, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D), distribuídas da seguinte forma:

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

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

**“O SUCESSO SEMPRE FOI A CRIAÇÃO DA OUSADIA”**

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

## PEDIATRIA

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

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

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

## PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

21. Lactente de três meses foi levado por sua mãe à Unidade Básica de Saúde, com queixa de tosse não produtiva, febre baixa e coriza hialina clara há 5 dias. Três dias após, apresentou cansaço e piora da tosse. Fez uso de broncodilatador, sem melhora clínica. Ao exame físico: ausência de obstrução nasal, frequência respiratória de 68 irpm, com tiragem intercostal. A ausculta pulmonar constatou broncofonia no terço superior do hemitórax direito. A radiografia de tórax evidenciou condensação de lobo superior direito, sugestiva de atelectasia. Segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) adotados no Brasil pelo Ministério da Saúde, o quadro dessa criança deve ser classificado como:
- (A) bronquiolite grave
  - (B) processo aspirativo
  - (C) pneumonia redonda
  - (D) pneumonia por *Mycoplasma pneumoniae*
22. Escolar de 8 anos de idade sem antecedentes de doença respiratória prévia, inicia tratamento para pneumonia com amoxicilina oral na dose de 50mg/kg/dia. No quarto dia de evolução, apresenta queda do estado geral, febre persistente, dispneia e tosse. Radiografia de tórax: hipotransparência dos dois terços inferiores do hemitórax esquerdo, sugestiva de derrame pleural. A conduta adequada para esse caso é:
- (A) internar; solicitar tomografia de tórax, drenar o tórax, de acordo com o resultado da tomografia; prescrever ceftriaxone e oxacilina; o provável agente etiológico é o estafilococo
  - (B) internar, se confirmar derrame pleural, drenar o tórax devido à extensão do comprometimento pulmonar; prescrever oxacilina endovenosa; o provável agente etiológico é o estafilococo
  - (C) internar, se confirmar derrame pleural, puncionar e colocar dreno de tórax, se for empiema; prescrever penicilina cristalina endovenosa; o provável agente etiológico é o pneumococo
  - (D) não internar; a criança é previamente hígida, pode ser tratada em casa, com acompanhamento rigoroso do seu pediatra e reavaliação a cada 48h; prescrever ceftriaxone intramuscular; o provável agente etiológico é o pneumococo
23. O tratamento atual para asma, sugerido pela Global Initiative for Asthma (GINA), inclui a terapia anti-IgE com omalizumabe, na etapa 5 de tratamento para pacientes com asma alérgica não controlada na etapa 4 de tratamento. Os três critérios necessários para se considerar os pacientes candidatos a essa opção terapêutica são:
- (A) idade maior ou igual a 6 anos; IgE total: 30 a 1500UI/mL; peso: 20 a 150kg
  - (B) idade maior ou igual a 6 anos; IgE total: 30 a 500UI/mL; peso: 20 a 100Kg
  - (C) idade maior ou igual a 10 anos; IgE total maior ou igual a 500UI/mL; peso: 20 a 150kg
  - (D) idade maior ou igual a 10 anos; IgE total maior ou igual a 500UI/mL; peso maior que 50kg



24. Um menino de 6 anos de idade, branco, foi internado devido a episódio de hemoptise de pequena intensidade (terceiro episódio de sangramento do paciente no período de 1 ano). A mãe informou que o menor costumava apresentar tosse crônica, emagrecimento e anemia. História incerta de contágio com tuberculose. Referiu internações prévias devido a pneumonia e gastroenterite; tendo recebido em uma delas transfusão de sangue. O exame físico mostrou estado geral regular, apirético e com mucosas hipocoradas. A ausculta pulmonar evidenciou estertores subcrepitantes em ambos os pulmões. A radiografia de tórax mostra infiltrado pulmonar difuso. Teste tuberculínico: 4 mm. O diagnóstico mais provável do paciente é:
- (A) tuberculose pulmonar  
(B) hemossiderose pulmonar  
(C) bronquiectasia pulmonar  
(D) aspergilose broncopulmonar alérgica
25. Uma criança de oito anos de idade, hipodesenvolvida, apresenta desde os quatro anos pneumonias de repetição que a levaram a ser internada três vezes. Os familiares referem dispneia aos médios esforços e tosse persistente. Ao exame físico, apresenta aspecto emagrecido, unhas em vidro de relógio, e aumento do diâmetro anteroposterior do tórax. Ausculta pulmonar com expiração prolongada, raros sibilos expiratórios e ronos disseminados. A radiografia de tórax mostrou enfisema, alargamento das sombras hilares e opacidades segmentares. O diagnóstico mais provável desse paciente é:
- (A) fistula arteriovenosa pulmonar  
(B) bronquiolite obliterante  
(C) asma brônquica  
(D) fibrose cística
26. Escolar portador de encefalopatia apresenta, durante o período de inverno, episódio de febre alta, tosse seca e taquidispneia há 24 horas. A radiografia de tórax revela presença de atelectasia e hiperinsuflação pulmonar. A medicação que está indicada nessa situação é:
- (A) aciclovir oral  
(B) oseltamivir oral  
(C) cetoconazol oral  
(D) corticosteroide sistêmico
27. A Síndrome de Swyer James corresponde a:
- (A) pulmão hiperluciscente unilateral  
(B) ausência de cartilagem brônquica  
(C) retorno venoso anômalo das veias pulmonares  
(D) hemorragia pulmonar desencadeada pelo leite de vaca
28. Escolar de 7 anos de idade apresenta crises recorrentes de tosse e cansaço. Sua mãe o levou várias vezes ao Pronto Socorro (PS) onde recebeu nebulizações com pouca melhora do quadro clínico. A criança apresenta diarreia e prurido anal frequente. Ausculta pulmonar com ronos e sibilos esparsos. Hemograma: 25.000 leucócitos com 40% de eosinófilos, sem desvio para esquerda. O diagnóstico mais provável é:
- (A) síndrome de Löeffler  
(B) bronquiolite obliterante  
(C) asma brônquica de difícil controle  
(D) aspergilose broncopulmonar alérgica

29. Paciente de 6 anos, com síndrome da imunodeficiência adquirida, apresenta sintomas respiratórios recorrentes, alargamento da parótida e baqueteamento digital. Radiografia de tórax: adenopatia peri hilar bilateral e opacidade retículo nodular difusa. A hipótese diagnóstica mais provável é:
- (A) pneumonia por *Mycoplasma pneumoniae*  
(B) pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*  
(C) pneumonia intersticial linfocítica  
(D) pneumonia lipóide
30. Os irmãos Laura, de 15 meses de vida, Pedro de 7 anos de idade e Joaquim de 12 anos de idade conviveram por um ano com um tio, recém-diagnosticado com tuberculose pulmonar. Laura dormia com a mãe, porém seus irmãos dormiam no mesmo quarto do tio. As crianças foram levadas para atendimento médico pela mãe, preocupada com o adocimento do tio. Foi informado ao médico que todas as crianças receberam vacina BCG ao nascimento. O resultado dos exames e a condição clínica de cada criança estão descritos no quadro abaixo:

Laura, 15 meses	PPD=6 mm	RX tórax: normal	assintomática
Pedro, 7 anos	PPD=8 mm	RX tórax: normal	assintomático
Joaquim, 12anos	PPD=15 mm	RX tórax: imagem de hipotransparência, sem melhora com antibiótico	emagrecimento, tosse e febre

O diagnóstico e a conduta correta para cada criança são:

- (A) Laura, considerada não infectada, a conduta é observação. Pedro tem infecção latente, a conduta é isoniazida. Joaquim tem tuberculose, a conduta é esquema tríplice com rifampicina, isoniazida, pirazinamida
- (B) Laura, considerada infectada, a conduta é observação. Pedro, não infectado, a conduta é observação. Joaquim tem tuberculose, a conduta é esquema quádruplo com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol
- (C) Laura, considerada não infectada, a conduta é observação. Pedro tem infecção latente, a conduta é observação. Joaquim tem tuberculose, a conduta é esquema quádruplo com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol
- (D) Laura, considerada não infectada, a conduta é observação. Pedro tem infecção latente, a conduta é administrar isoniazida. Joaquim tem tuberculose, a conduta é esquema quádruplo com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol
31. Lactente de 11 meses apresenta quadro de rinorreia persistente, espirros, obstrução e prurido nasal diários há cerca de 4 meses. Sua mãe relata que o bebê não consegue dormir e nos últimos 2 meses já foi à emergência 2 vezes para ser aspirado. O quadro piorou muito desde que iniciou a creche. Neste caso, a melhor conduta é prescrever:
- (A) corticoide tópico nasal e descongestionantes  
(B) cromoglicato de sódio e anti-histamínico oral  
(C) corticoide tópico nasal e anti-histamínico oral  
(D) antileucotrieno

32. Lactente de 18 meses foi encaminhado ao ambulatório de pneumologia por quadro de pneumonias de repetição desde 6 meses de vida. Ao nascer, foi internado com impetigo generalizado. A última internação, há cerca de 20 dias, ocorreu por quadro de diarreia aguda e lesões cutâneas profundas com adenite. Lactente com atraso do desenvolvimento, com lesões cicatriciais em pele e adenomegalias submandibulares e inguinais. Hepatoesplenomegalia. Ausculta pulmonar normal. Hemograma com neutrofilia, anti-HIV negativo, imunoglobulinas globalmente aumentadas e fenotipagem de linfócitos T e B dentro da normalidade. Trata-se de um caso provável de:
- (A) doença de Bruton
  - (B) síndrome de Chediak-Higashi
  - (C) ataxia telangiectasia
  - (D) doença granulomatosa crônica
33. Lactente de 7 meses com síndrome de Down sem cardiopatia, apresentando quadro de IVAS iniciado há 3 dias. Evoluiu com tosse seca persistente, febre baixa e cansaço. Exame físico na emergência: hidratado, FR= 43 irpm, sem tiragem subcostal, saturação de oxigênio de 96%. MBV com entrada de ar reduzida e sibilos bilateralmente. A conduta inicial mais apropriada, neste caso, é:
- (A) proceder à internação - oxigenoterapia e hidratação
  - (B) prescrever broncodilatador e hidratação oral
  - (C) proceder à internação - broncodilatador e corticoide
  - (D) prescrever broncodilatador e antibiótico
34. Lactente de 7 meses, nascido de parto cesariano por descolamento prematuro de placenta, prematuro de 28 semanas, Apgar 5-7-8 PN=1100 g. Ao nascer, evoluiu com desconforto respiratório precoce. No período perinatal, fez duas doses de surfactante, PCA fechado com anti-inflamatório e fez uso de dois esquemas antibióticos. Necessitou de ventilação não invasiva por 28 dias e cateter por 8 dias. Alta com 60 dias de vida para acompanhamento multidisciplinar. Tendo em vista esses dados de anamnese, pode-se concluir que se trata de um caso de:
- (A) displasia broncopulmonar leve
  - (B) displasia broncopulmonar moderada
  - (C) displasia broncopulmonar grave
  - (D) displasia broncopulmonar atípica
35. Dentre as massas de mediastino médio, é correto citar:
- (A) tumor mesenquimal, sarcoma
  - (B) neuroblastoma, ganglioneuroma
  - (C) linfoma, cisto de duplicação esofágica
  - (D) teratoma, linfoma
36. Mãe grávida de 9 meses de gestação, refere que há cerca de 1 mês tem apresentado febre vespertina, emagrecimento e quadro de tosse com expectoração amarelada e com raias de sangue. A baciloscopia confirmou em duas amostras a presença do bacilo álcool-ácido resistente, e deu-se início a esquema com tuberculostáticos. De acordo com as normas do Ministério da Saúde, o correto procedimento com o bebê, ao nascer, é:
- (A) vacinar e iniciar isoniazida até 6 meses
  - (B) não vacinar, iniciar isoniazida até 6 meses e realizar PPD
  - (C) vacinar e realizar PPD
  - (D) não vacinar, iniciar isoniazida até 3 meses e realizar PPD
37. A terapêutica de alívio empregada nas etapas 3, 4 e 5 do tratamento intercrítico da asma brônquica em adolescentes consiste no uso de:
- (A) beta 2 agonista de curta duração
  - (B) beta 2 agonista de longa duração
  - (C) corticoide inalatório dose alta
  - (D) corticoide inalatório dose média + teofilina
38. Quanto ao índice preditor de asma na infância, são considerados critérios menores:
- (A) eosinofilia e dermatite atópica
  - (B) rinite e sibilos na ausência de IVAS
  - (C) asma nos pais e dermatite atópica
  - (D) rinite e dermatite atópica
39. Na avaliação da função pulmonar, o distúrbio ventilatório restritivo se caracteriza por:
- (A) VEF1 reduzido, VEF1/CVF normal e FEF 25-75% reduzido
  - (B) CPT reduzida, VEF1/CVF reduzida e FEF 25-75% normal
  - (C) VEF1 reduzido, VEF1/CVF aumentada e FEF 25-75% reduzido
  - (D) CPT reduzida, VEF1/CVF normal ou aumentada e FEF 25-75% aumentado
40. Adolescente de 17 anos de idade procurou emergência por apresentar episódios recorrentes de palpitações, sem outros sintomas. Realizou eletrocardiograma (sem alteração de ritmo) e radiografia de tórax, que revelou dextrocardia. Foi orientado para consulta no ambulatório de adolescentes, referindo sibilância e broncorreia persistentes. Na ausculta pulmonar, sibilos e crepitações bilateralmente, sem outras alterações. O estudo de imagem constatou *situs inversus totalis*, bronquiectasias, agenesia dos seios frontais e esfenoidais e sinusopatia inflamatória. O espermograma foi normal. Trata-se de um caso provável de:
- (A) fibrose cística
  - (B) aspergilose broncopulmonar alérgica
  - (C) síndrome de Kartagener
  - (D) hemossiderose