



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, a 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.

“A Felicidade não entra em portas trancadas”

5. Em hipótese alguma haverá substituição do CARTÃO-RESPOSTA por erro do candidato.
6. O telefone celular deverá permanecer desligado e acondicionado 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 prova.
7. 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.
8. Durante a prova não será admitida qualquer espécie de consulta ou comunicação entre os candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. 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.
10. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no CARTÃO-RESPOSTA.
11. 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.
12. **Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.**
13. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
14. 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 GERAL

01. Para que o aleitamento materno exclusivo seja bem-sucedido é importante que a mãe esteja motivada e, além disso, que o profissional de saúde saiba orientá-la e apresentar propostas para resolver os problemas mais comuns enfrentados por ela durante a amamentação. Nesse caso, é necessário admitir que algumas mães não estão tranquilas quanto à sua capacidade para amamentar. É preciso orientá-las da forma adequada, como por exemplo:
- (A) o leite dos dias iniciais pós-parto, chamado de colostro, é produzido em pequena quantidade e é o leite ideal nos primeiros dias de vida, inclusive para bebês prematuros, pelo seu alto teor de proteínas
- (B) pega errada pode prejudicar o esvaziamento total da mama, impedindo que o bebê mame o leite posterior (leite do final da mamada) que é rico em proteínas, aumentando a saciedade e prolongando os intervalos entre as mamadas; assim, a mãe poderá pensar que está produzindo excesso de leite
- (C) o leite materno contém tudo o que o bebê necessita até o 6º mês de vida; a oferta de chás, sucos e água é necessária nos países tropicais, hidratando, sem desestimular o aleitamento; água, chá e suco representam um meio de hidratação, cultural e eficaz, nas regiões onde o calor se torna um problema para o recém-nato
- (D) as mulheres que precisam se ausentar por determinados períodos, por exemplo, para o trabalho ou lazer, devem ser incentivadas a realizar a ordenha do leite materno e armazená-lo em frasco de plástico, com tampa, lavado e fervido; na geladeira, pode ser estocado por 24 horas e no congelador ou freezer por, no máximo, 20 dias
02. As crianças constituem um grupo etário que merece atenção do ponto de vista nutricional. De acordo com estudo organizado pelo MS/Opas e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), que avaliou a prevalência de desnutrição em 904 crianças hospitalizadas de nove capitais brasileiras (Fortaleza, Natal, Recife, Salvador, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, São Paulo, Pará e Brasília) no ano 2000, 16,3% das crianças apresentaram baixo peso/estatura e 30% baixa estatura para idade na admissão, sendo que 56,7% não tinham registro no prontuário do estado nutricional e da terapia nutricional adotada.
- As necessidades nutricionais para uma criança gravemente enferma, entre 7 e 12 anos de idade, calculadas em kcal/kg/dia devem ser de:
- (A) 70 / 90
- (B) 90 / 110
- (C) 100 / 110
- (D) 110 / 120
03. Algumas crianças com hidrocefalia apresentam a “síndrome cocktail party”. Embora possam usar palavras sofisticadas, sua compreensão de conceitos abstratos é limitada e suas habilidades pragmáticas de conversação são fracas. Como resultado:
- (A) demonstram o transtorno isolado de linguagem expressiva (falador tardio)
- (B) falam superficialmente sobre assuntos e parecem estar fazendo monólogos
- (C) apresentam perturbação na fluência normal com repetição de sons e sílabas
- (D) apresentam mutismo seletivo, com fracasso na fala em situações sociais específicas
04. “De ne-ne-nervoso, estou até fi-fi-ficando gago” é uma frase do samba “Gago Apaixonado”, composto por Noel Rosa, que marcou época e ainda hoje é cantado por aí. De maneira bem-humorada, o autor remete a um problema de fala que tem atormentado crianças e adultos. São inúmeros os exemplos de pessoas gagas ao longo dos séculos. No passado, a gagueira era entendida como um fenômeno de natureza psicológica que não tinha tratamento. Manifestava-se na infância e acompanhava o indivíduo até a morte. Em muitos momentos, transformava-se em motivo de chacota, o que perpetuava a dificuldade e aumentava o constrangimento. Gagueira tem cura. Quanto mais precoce o tratamento for instituído, melhores serão os resultados” (Dráuzio Varela). A gagueira deve ser diferenciada da disfluência normal do desenvolvimento em crianças pré-escolares, caracterizada por breves períodos de gagueira que se resolvem até a idade escolar, e, geralmente, envolve palavras inteiras, com disfluência menor do que 10-100 palavras. Como uma das características da disfluência normal do desenvolvimento, é correto citar:
- (A) frustração
- (B) vacilo no contato visual
- (C) posturas de articulação adequadas
- (D) palavras mais quebradas como reação ao estresse
05. Escolar portador de fibrose cística começa a manifestar sibilância, aumento da tosse, dispnéia e hiperinsuflação acentuada. A radiografia de tórax demonstra infiltrados em localização antes inexistentes. O escarro está com a cor ferrugem e com grande quantidade de eosinófilos. Sua IgE sérica encontra-se bastante elevada. Nesse caso, a hipótese mais provável é a de infecção por:
- (A) *Pseudomonas aeruginosa*
- (B) *Aspergillus fumigatus*
- (C) *Mycobacterium avium*
- (D) *Burkholderia cepacia*
06. A ocorrência de fenda labial com ou sem fenda palatina é afetada por fatores étnicos, com incidência em torno de 1/500 nos asiáticos, 1/300 nos americanos nativos e 1/ 2.500 entre os negros. As causas possíveis são: exposição materna a fármacos, malformações sindrômicas complexas ou fatores genéticos. Há famílias nas quais as fendas labiais ou palatinas, ou ambas, são herdadas da forma autossômica dominante, com risco de recorrência de 50%, com defeito genético determinado no gene IRF6. Esta síndrome é denominada de:
- (A) Stickler
- (B) Riga-Fede
- (C) Pierre Robin
- (D) Van der Woude
07. A forma mais comum de comunicação interatrial associada a válvulas atrioventriculares estruturalmente normais, denomina-se defeito:
- (A) seio venoso
- (B) *ostium primum*
- (C) *ostium secundum*
- (D) forame oval patente
08. Na terapia por inalação em pacientes portadores de fibrose cística, pode-se utilizar uma droga que melhora a função pulmonar em dose única diária por via inalatória, diminuindo o número de exacerbações pulmonares, promovendo uma sensação de bem-estar nos pacientes com doença moderada e secreções purulentas. Essa droga é denominada:
- (A) N-acetilcisteína
- (B) Salbutamol
- (C) DNase
- (D) TOBI

09. Obesidade de início rápido, hiperprolactinemia, hipotireoidismo central, desequilíbrio hídrico, ausência de resposta ao hormônio do crescimento, deficiência de corticotrofina e puberdade tardia ou precoce, caracterizam uma síndrome associada a:
- (A) ataxia
 - (B) anosmia
 - (C) amaurose
 - (D) hipoventilação
10. Crianças operadas de coarctação da aorta podem apresentar a síndrome pós-coarctectomia no pós-operatório, com hipertensão aguda, dor abdominal, que varia em gravidade e pode ocorrer em conjunção com anorexia, náuseas, vômitos, leucocitose, hemorragia intestinal, necrose intestinal e obstrução do intestino delgado. Essas anormalidades ocorrem em decorrência de uma:
- (A) descência de sutura
 - (B) arterite mesentérica
 - (C) aneurisma
 - (D) hiperóxia
11. Após receber hidratação venosa para correção de desidratação consequente a vários episódios de vômitos e diarreia, Rafael, de onze anos de idade, é submetido a exames laboratoriais que revelam: hemograma com linfocitose, transaminase glutâmico-pirúvica de 15 U/L, transaminase glutâmico-oxalacética de 21 U/L, bilirrubinas totais de 4 mg/dl e bilirrubina direta de 0,3 mg/dl. Um novo exame confirmou a hiperbilirrubinemia indireta, que se deve ao fato de o paciente apresentar:
- (A) síndrome de Gilbert
 - (B) colecistite
 - (C) hepatite viral
 - (D) síndrome de Crigler-Najjar I
12. Uma criança de 14 meses de idade foi internada devido à desnutrição grave e diarreia crônica. A anamnese revelou que o início do emagrecimento e da diarreia foi a partir do 6º mês de vida. O menor nunca recebeu leite materno e fez uso de fórmula com lactose e proteína do leite de vaca desde o primeiro dia de vida. A partir do 5º mês houve introdução de frutas, carne de vaca, arroz, massas, legumes e leguminosas. O diagnóstico foi confirmado pela biópsia intestinal, que revelou:
- (A) atrofia das criptas com hipertrofia das vilosidades
 - (B) linfangectasias
 - (C) atrofia das vilosidades com hipertrofia das criptas
 - (D) infiltrações eosinofílicas
13. Um recém-nascido a termo, APGAR 8-9, nas primeiras horas de vida, apresenta angústia respiratória grave. A radiografia de tórax revela alças do intestino delgado repletas de ar no hemitórax esquerdo. Além de graus variáveis de hipoplasia pulmonar, é considerado componente do defeito congênito descrito a:
- (A) hipospádia
 - (B) má rotação do intestino
 - (C) criptorquidia
 - (D) atresia de reto
14. Um pré-escolar de 3 anos de idade apresentou quadro súbito de artralgia, dor abdominal, erupção cutânea (púrpura) em membros inferiores e nádegas. Dados laboratoriais revelaram trombocitose. A principal hipótese diagnóstica é:
- (A) púrpura de Henoch-Schönlein
 - (B) púrpura trombocitopênica idiopática
 - (C) dengue
 - (D) chikungunya
15. O adenoma adrenal ou a hiperplasia adrenal é uma condição que pode estar associada ao seguinte distúrbio ácido-básico:
- (A) alcalose metabólica responsiva ao cloreto
 - (B) acidose metabólica com Δ ANION-GAP normal
 - (C) alcalose metabólica resistente ao cloreto
 - (D) acidose metabólica com Δ ANION-GAP aumentado
16. As distorções da percepção dos tamanhos, formas e relações espaciais são conhecidas como síndrome de Alice no país das maravilhas (metamorfopsia). Esta é uma complicação que pode ocorrer na seguinte doença:
- (A) citomegalovírus
 - (B) eritema infeccioso
 - (C) herpes-zóster
 - (D) mononucleose infecciosa
17. Recém-nascido a termo e em aleitamento materno iniciou, na primeira semana de vida, quadro de icterícia, hepatomegalia, vômitos e irritabilidade. Os exames iniciais revelaram hipoglicemia e catarata. A principal hipótese diagnóstica é a:
- (A) tirosinemia
 - (B) glicogenose
 - (C) fenilcetonúria
 - (D) galactosemia
18. No lúpus neonatal congênito a complicação mais temida é:
- (A) a cirrose hepática
 - (B) o bloqueio cardíaco
 - (C) o infarto renal
 - (D) a convulsão
19. O uso prolongado de algumas medicações, como a isoniazida, pode levar à presença de anemia hipocrômica, irritabilidade, convulsões e oxalúria, por deficiência da seguinte vitamina:
- (A) tiamina (B_1)
 - (B) riboflavina (B_2)
 - (C) piridoxina (B_6)
 - (D) cobalamina (B_{12})
20. Conjuntivite, cistite hemorrágica, infecção respiratória aguda e diarreia, são síndromes clínicas que podem ser causadas pelo:
- (A) rinovírus
 - (B) vírus parainfluenza
 - (C) vírus sincicial respiratório
 - (D) adenovírus

PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

21. Uma criança de um ano e seis meses de idade é levada por sua mãe à Unidade Básica de Saúde, apresentando quadro respiratório de evolução de cinco dias, com queixa de tosse, febre baixa e coriza hialina clara. Ao exame físico: ausência de obstrução nasal, e frequência respiratória de 58 irpm, sem tiragem intercostal. Segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) adotada no Brasil pelo Ministério da Saúde, o quadro dessa criança deve ser classificado como:
- pneumonia
 - não pneumonia
 - pneumonia grave
 - resfriado comum
22. Uma menina de sete anos de idade, sem antecedentes de doença respiratória prévia, iniciou tratamento para pneumonia com amoxicilina oral na dose de 50 mg/kg/dia. No quarto dia de evolução, apresentou queda do estado geral, febre persistente, dispneia e tosse. Foi ao seu pediatra, que solicitou radiografia de tórax, cuja imagem mostrou hipotransparência dos dois terços inferiores do hemitórax esquerdo. Nesse caso, a conduta adequada, a medicação a ser prescrita e o provável agente etiológico são, respectivamente:
- não internar, pois a criança é previamente hígida, pode ser tratada em casa, com acompanhamento rigoroso do seu pediatra e reavaliação a cada 48h / ceftriaxone intramuscular / pneumococo
 - internar e fazer oxigenioterapia; se confirmar derrame pleural, drenar o tórax devido a extensão do comprometimento pulmonar / oxacilina endovenosa / estafilococo
 - internar e fazer oxigenioterapia; solicitar tomografia de tórax, e drenar o tórax, de acordo com o resultado da tomografia / ceftriaxone e oxacilina / estafilococo
 - internar e fazer oxigenioterapia; se confirmar derrame pleural, puncionar e colocar dreno, se for empiema / penicilina cristalina endovenosa / pneumococo
23. Uma menina menor de cinco anos de idade, em tratamento regular para asma e classificada por seu pediatra no nível 2, de acordo com a 5ª Diretriz Brasileira para o Manejo da Asma, 2015, é levada por sua mãe à consulta com a queixa de despertares noturnos frequentes acompanhados de tosse, sintomas diurnos de asma e limitação da atividade física. A conduta adequada para essa paciente é:
- associação de corticoide inalado em "dose baixa dobrada" e um beta-2-agonista de curta duração para o tratamento das exacerbações
 - associação de corticoide inalado em "dose baixa", um beta-2-agonista de longa ação e um beta-2-agonista de curta duração, para o tratamento das exacerbações
 - associação de corticoide inalado em "dose baixa", corticoide oral em dose baixa e um beta-2-agonista de curta duração, para o tratamento das exacerbações
 - associação de corticoide inalado em "dose baixa dobrada", um antagonista de leucotrieno e um beta-2-agonista de curta duração, para o tratamento das exacerbações
24. Um menino de dez anos de idade, branco, foi internado devido a um episódio de hemoptise de pequena intensidade. Era o terceiro episódio de sangramento do paciente, no período de 1 ano. A mãe informou que o menor costuma apresentar tosse, com expectoração amarelada, além disso, tem história de acometimento pulmonar de evolução prolongada. História incerta de contágio com tuberculose. O crescimento e o desenvolvimento eram normais. O exame físico mostrou bom estado geral, apirético e com mucosas coradas. Ausculta pulmonar revelou presença de estertores subcrepitantes na base do pulmão esquerdo. A radiografia de tórax mostrou desaparecimento da silhueta cardíaca à esquerda com retificação do contorno ("sinal do esquadro") além de discreta hipotransparência na base esquerda. O diagnóstico mais provável do paciente é:
- sarcoidose
 - tuberculose
 - bronquiectasias
 - hemossiderose pulmonar
25. Um lactente de oito meses, com histórico de ter apresentado íleo meconial no período pós-natal, evoluiu com dificuldade de ganhar peso e tosse persistente. Ao exame físico, apresentava aspecto emagrecido, ausculta pulmonar com expiração prolongada, sibilos expiratórios e roncos disseminados. A radiografia de tórax mostrou enfisema, alargamento das sombras hilares e opacidades segmentares. O diagnóstico mais provável desse paciente é:
- fibrose cística
 - bronquiolite obliterante
 - granulomatose de Wegener
 - imunodeficiência comum variável
26. Criança de três anos de idade com história de tosse e febre há três dias, ausculta pulmonar com a presença de roncos e sibilos, e frequência respiratória de 50 irpm. A radiografia de tórax revelou presença de atelectasia e hiperinsuflação pulmonar. O diagnóstico provável é:
- laringotraqueobronquite
 - pneumonia bacteriana
 - pneumonia atípica
 - pneumonia viral
27. Lactente de nove meses de idade apresenta tosse, irritabilidade, prostração e recusa de alimentos há três semanas. Sua mãe refere febre moderada e irregular há um mês. Seu pai iniciou tratamento para tuberculose há dois meses. Ao exame: prostrada, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular rude, com roncos e estertores subcrepitantes difusos. O teste tuberculínico foi não reator. Punção líquórica com líquido em "água de rocha", com 6 células/mm, mononucleares. O diagnóstico mais provável e o tratamento recomendado para essa criança, respectivamente, são:
- tuberculose pulmonar e meníngea e tratamento com tuberculostáticos (hidrazida, rifampicina e pirazinamida) por nove meses
 - tuberculose pulmonar e tratamento com tuberculostáticos (hidrazida, rifampicina e pirazinamida) por seis meses
 - tuberculose pulmonar e tratamento com tuberculostáticos (hidrazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol) por seis meses
 - tuberculose pulmonar e meníngea e tratamento com tuberculostáticos (hidrazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol) por nove meses

28. Lactente de três meses de idade, com história de dispneia progressiva e dificuldade para mamar iniciada aos 20 dias de vida. Esteve internado uma vez devido a problemas respiratórios. Ao exame físico, apresenta-se afebril, hipoativo, ausculta cardiovascular normal, com murmúrio vesicular abolido na metade superior do hemitórax esquerdo e frequência respiratória de 76 irpm. Radiografia de tórax com hiperdistensão localizada em lobo superior esquerdo. O diagnóstico mais provável é:
- enfisema lobar congênito
 - fístula traqueoesofágica
 - cisto broncogênico
 - laringomalácia
29. Criança de sete anos de idade apresenta crises recorrentes de tosse e cansaço. Sua mãe a levou várias vezes ao pronto socorro (PS), onde recebeu nebulizações com pouca melhora do quadro clínico. Recentemente, foi atendida no PS, apresentando palidez cutânea mucosa, prostrada e desnutrida. Ausculta pulmonar com roncocalos e sibilos esparsos. Hemograma: 25.000 leucócitos com 40% de eosinófilos, sem desvio para esquerda. O diagnóstico mais provável é:
- asma brônquica
 - síndrome de Löeffler
 - aspergilose pulmonar
 - alergia medicamentosa
30. Paciente de seis anos, portadora de anemia falciforme, apresenta tosse, febre e cansaço há três dias. Ao exame físico, regular estado geral, febril, ausculta pulmonar com estertores crepitantes na base pulmonar direita, FR= 30irpm. Radiografia simples de tórax evidenciou hipotransparência no terço inferior do hemitórax direito. O agente etiológico mais provável é:
- Klebsiella pneumoniae*
 - Staphylococcus aureus*
 - Mycoplasma pneumoniae*
 - Streptococcus pneumoniae*
31. Escolar de quatro anos de idade apresenta quadro de rinorreia, espirros e obstrução nasal diários há cerca de dois meses. Sua mãe relata que a criança não tem conseguido dormir, queixa-se de cansaço frequente e quer sair do judô. Nesse caso, a melhor conduta é:
- corticoide tópico nasal e descongestionantes
 - corticoide tópico nasal e anti-histamínico oral
 - cromoglicato de sódio e anti-histamínico oral
 - antileucotrieno
32. Menor de nove anos de idade é encaminhado ao ambulatório de pneumologia por quadro de infecções de vias aéreas superiores e inferiores de repetição, desde 6 meses de vida. Refere 12 pneumonias, além de diarreia e estomatite. No último ano, internou-se de forma prolongada por abscesso cutâneo, que evoluiu com septicemia e osteomielite. A cultura do material do abscesso, na ocasião, foi positiva para *Serratia marcescens*. O gráfico de crescimento e desenvolvimento estava comprometido. 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:
- doença de Bruton
 - doença granulomatosa crônica
 - imunodeficiência combinada grave
 - deficiência específica de anticorpos
33. Lactente de três meses, prematuro, apresenta quadro de IVAS iniciado há 3 dias e que evoluiu com tosse seca, cansaço e um episódio de apneia. Exame físico: taquidispneia com tiragem subcostal, FR= 65 irpm; saturação de oxigênio de 93%. MBV com entrada de ar reduzida e tempo expiratório prolongado. A conduta inicial mais apropriada, nesse caso, inclui, além da internação:
- corticoide e antibiótico
 - broncodilatador e corticoide
 - oxigenoterapia e hidratação
 - broncodilatador e corticoide inalado
34. Lactente de cinco meses de idade, nascido de parto vaginal, mãe com hipertensão grave, prematuro de 27 semanas, APGAR 5-7-8 PN=850 g. Ao nascer, evoluiu com desconforto respiratório precoce. Na UTI neonatal, fez 2 doses de surfactante e apresentou PCA com fechamento cirúrgico. Alguns esquemas antibióticos para tratamento de sepse. Está em oxigenoterapia há 63 dias com FiO₂ <0,3. Com base nesses dados de anamnese, trata-se de um caso de displasia broncopulmonar classificada como:
- leve
 - grave
 - atípica
 - moderada
35. Constituem massas tumorais de mediastino anterior:
- neuroblastomas e ganglioneuromas
 - tumores mesenquimais e sarcomas
 - teratomas e neuroblastomas
 - linfomas e teratomas
36. Menina de nove anos de idade, com SIDA, apresenta quadro de tosse, aumento de secreção pulmonar e cansaço há cerca de 2 meses. No início do quadro, fez uso de broncodilatadores, corticoide e amoxicilina por 10 dias, com pouca melhora. RX de tórax com infiltrado intersticial bilateral mantido. PPD não reator. Pesquisa de BAAR no escarro negativa. Tomografia de tórax de alta resolução com infiltrado intersticial e micronódulos linfoides. No exame físico, verificou-se baqueteamento digital e ausculta com sibilos difusos e estertores subcrepitantes bilateralmente. O diagnóstico mais provável é:
- bronquiolite obliterante
 - pneumonia intersticial linfocítica
 - pneumonia intersticial descamativa
 - pneumonia intersticial não específica
37. A terapêutica de primeira escolha empregada na etapa 4 do tratamento de manutenção da asma, baseado no nível de controle, é:
- corticoide inalatório em dose alta
 - corticoide inalatório em dose baixa + antileucotrieno
 - corticoide inalatório em dose média ou alta + LABA + antileucotrieno
 - corticoide inalatório em dose baixa + LABA + teofilina de liberação lenta

38. Quanto a índices preditores de asma na infância, são considerados critérios maiores:
- (A) pai ou mãe com asma e alergia alimentar
 - (B) lactente com dermatite atópica e eosinofilia
 - (C) pai ou mãe com asma e dermatite atópica no lactente
 - (D) lactente com sibilância na ausência de infecções virais e eosinofilia
39. Na avaliação da função pulmonar, o distúrbio ventilatório obstrutivo se caracteriza por:
- (A) VEF1 aumentado, VEF1/CVF normal e FEF 25-75% normal
 - (B) VEF1 reduzido, VEF1/CVF reduzido e FEF 25-75% reduzido
 - (C) VEF1 reduzido, VEF1/CVF aumentado e FEF 25-75% reduzido
 - (D) VEF1 normal ou reduzido, VEF1/CVF normal ou aumentado e FEF 25-75% aumentado
40. Lactente de vinte nove dias com quadro de estridor laringeo notado a partir da primeira semana de vida. O ruído diminui quando o bebê dorme. Apresenta alguns engasgos durante a mamada. Nega cianose. Parto cesariano, IG=38 semanas e PN=2980g. Alta com 48 horas de vida. Seu desconforto respiratório é leve e está ganhando peso normalmente. Nesse caso, o diagnóstico mais provável é:
- (A) hemangioma
 - (B) anel vascular
 - (C) laringomalácea
 - (D) estenose subglótica