



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
DIRETORIA ADJUNTA DE ENSINO E PESQUISA

SELEÇÃO PARA ADMISSÃO DE RESIDENTES – 2009

PROGRAMAS

Endocrinologia Pediátrica (R3)

Medicina do Adolescente (R3)

Aplicação: 22/11/2008

código:
5.1.5

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno, confira inicialmente os seus dados pessoais transcritos acima e o seu nome no rodapé de cada página numerada deste caderno. Em seguida, verifique se ele contém **cinquenta** itens, correspondentes à prova objetiva, corretamente ordenados de **1 a 50**.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da **folha de respostas**, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Elegância é tudo aquilo que é belo, seja no direito seja no avesso.

- 3 Caso o caderno esteja incompleto ou tenha qualquer defeito, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis.
- 4 Recomenda-se não marcar ao acaso: cada item cuja resposta diverja do gabarito oficial definitivo receberá pontuação negativa, conforme consta em edital.
- 5 Não utilize lápis, lapiseira (grafite), borracha e(ou) qualquer material de consulta que não seja fornecido pelo CESPE/UnB.
- 6 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização do chefe de sala.
- 7 A duração da prova é de **duas horas**, já incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer da prova — e ao preenchimento da folha de respostas.
- 8 Você deverá permanecer obrigatoriamente em sala por, no mínimo, **uma hora** após o início da prova e poderá levar o seu caderno de prova somente no decurso dos últimos **quinze minutos** anteriores ao horário determinado para o término da prova.
- 9 Ao terminar a prova, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas e deixe o local de prova.
- 10 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes no presente caderno ou na folha de respostas poderá implicar a anulação da sua prova.

AGENDA (datas prováveis)

- I **24/11/2008**, após as 19 h (horário de Brasília) – Gabaritos oficiais preliminares da prova objetiva: Internet — www.cespe.unb.br/concursos/hubresidencia2008.
- II **25 e 26/11/2008** – Recursos (prova objetiva): exclusivamente no Sistema Eletrônico de Interposição de Recurso, Internet, mediante instruções e formulários que estarão disponíveis nesse sistema.
- III **10/12/2008** – Resultado final da prova objetiva e convocação para a entrega da documentação para análise e defesa de currículo: Diário Oficial da União e Internet.

OBSERVAÇÕES

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o item 10 do Edital n.º 4 – HUB/RESIDÊNCIA, de 17/9/2008.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet — www.cespe.unb.br.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

De acordo com o comando a que cada um dos itens de 1 a 50 se refira, marque, na **folha de respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção da sua prova.

PROVA OBJETIVA

Uma gestante de 29 semanas, há 15 dias apresentou rotura de membranas amnióticas. Entrou em trabalho de parto e este ocorreu por via vaginal. O obstetra observou que o líquido amniótico estava fétido e as membranas, friáveis. O recém-nascido não respirou ao nascer, necessitando ser reanimado na sala de parto. Pesou 1.000 g. Como apresentava dificuldade respiratória intensa, foi encaminhado à unidade de cuidados intensivos neonatais, havendo indicação de manutenção da temperatura corporal, reposição de líquidos e eletrólitos através de vasos umbilicais cateterizados, ventilação artificial, entre outras medidas. Uma radiografia do tórax mostrou infiltrado reticulogranular difuso, sem delimitação do contorno cardíaco.

Com referência a esse quadro clínico, julgue os itens a seguir.

- 1 A administração, na mãe, de 24 mg de betametasona, entre 24 horas e sete dias antes do parto, reduziria a incidência e a morbidade por doença da membrana hialina, hemorragia intracraniana e enterocolite necrosante no recém-nascido.
- 2 Deve-se considerar, na reanimação, que a ventilação com pressão positiva, oxigênio a 100% e máscara é mais eficaz que a feita através de tubo endotraqueal, e que a administração de surfactante, nesse caso, é opcional.
- 3 O recém-nascido deve receber como terapêutica de manutenção hidreletrolítica no primeiro dia: água, no volume de 80 a 100 mL/kg; glicose na taxa de infusão entre 4 e 6 m/kg/min e cálcio na dose de 1mEq/kg.
- 4 A chance de a criança em apreço apresentar hemorragia peri/intraventricular é de 80%.
- 5 Considerando-se que o recém-nascido foi alimentado com leite humano de banco por via enteral nas primeiras 24 horas de vida, a um volume de 40 mL/kg; que, no terceiro dia de vida, ele passou a apresentar distensão abdominal, resíduo gástrico esverdeado e fezes sanguinolentas; e, ainda, que quatro radiografias do seu abdome, realizadas a cada 6 horas, demonstraram distensão e ar nas paredes das alças intestinais e uma alça fixa na fossa ilíaca direita, o diagnóstico mais provável é de enterocolite necrosante, de grau 3 de Bell, estando indicada a realização de laparotomia exploradora diagnóstica e terapêutica.

Cada um dos itens subseqüentes apresenta um quadro clínico hipotético acerca das situações clínicas em neonatologia, seguido de uma assertiva a ser julgada.

- 6 Uma gestante isoimunizada para o fator Rh deu à luz uma criança e, imediatamente após o nascimento, no sangue periférico do recém-nascido, a dosagem da hemoglobina foi de 10g% e o nível da bilirrubina indireta sérica foi de 7 mg%. Nessa situação, está indicada a realização de exsanguineotransfusão como medida terapêutica.
- 7 Um neonatologista está há 2 minutos ventilando corretamente, com pressão positiva, máscara e oxigênio a 100%, uma criança que nasceu em apnéia. Ela não respira espontaneamente e a frequência cardíaca é de 80 batimentos por minuto. Nessa situação, estão indicadas a intubação orotraqueal e a manutenção da ventilação manual, na frequência de 40 a 60 insuflações por minuto por mais 30 segundos e, ao final, a reavaliação do estado da criança.
- 8 Em um município da Federação, segundo os dados do SINASC e do SIM, no ano de 2007, 1.000 crianças nasceram vivas e 50 crianças pesando mais de 1.000 g nasceram mortas. Do total de nascidas vivas, 200 crianças tinham pesado menos de 2.500 g. Nessa situação, considerando-se a proporção de recém-nascidos de baixo peso como um componente do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a taxa encontrada está na faixa da dos países em desenvolvimento.
- 9 Um neonato de termo, vigoroso ao nascer, pequeno para a idade gestacional, filho de mãe com diabetes insulino dependente, apresentou, na primeira hora de vida, tremores finos de extremidades, sudorese e cianose perilabial. Nessa situação, concluir que a criança apresenta hipoglicemia, estando afastados outros distúrbios metabólicos, como hipocalcemia e hipomagnesemia.
- 10 Uma mãe assintomática, proveniente de área endêmica para doença de Chagas, apresentou, no pré-natal, o teste de Machado-Guerreiro positivo. Nessa situação, o risco da transmissão vertical da doença de Chagas é de 60%, e os sintomas na criança, caso apresente a doença, aparecem nos primeiros 30 dias de vida.

Uma criança de 9 meses de vida foi levada a uma unidade básica de saúde porque sua mãe a achava “molinha”. A mãe informou que a criança senta apenas apoiada; pega objetos quando colocados nas mãos, mas não os transfere de uma mão para a outra; emite sons guturais; não brinca de esconder. A mãe trazia um cartão que mostrava que a criança crescia entre os percentis 3 e 10 e, nos últimos dois meses, a curva estava horizontalizada. Inquirida quanto a gestação, parto e nascimento, a mãe referiu que o bebê nasceu de parto vaginal, demorou a chorar, necessitou uso de oxigênio, que era de termo e pesou 2.650 g ao nascer. À observação, quando ele foi colocado deitado em decúbito dorsal, não conseguiu virar-se, sentou-se apenas apoiado e não transferiu objetos de uma mão para outra. O perímetro cefálico da criança mediu 36 cm e ela apresentava implantação baixa de pavilhão auricular, olhos com fenda oblíqua para cima e clinodactilia. Ainda no exame físico, auscultou-se um sopro sistólico paraesternal esquerdo com irradiação para foco de ponta.

Acerca desse caso clínico, julgue os seguintes itens.

- 11 Seria correto classificar essa criança, ao nascer, como pequena para a idade gestacional, pelo fato de ela ter pesado 2.650 g ao nascer.
- 12 Como a criança crescia entre os percentis 3 e 10 e, nos últimos dois meses, a curva estava horizontalizada, ela deve ser considerada de risco nutricional e incluída em programa de suplementação alimentar, conforme prevê o Ministério da Saúde brasileiro, nesses casos.
- 13 Como o perímetro cefálico da criança, aos 9 meses de idade, foi de 36 cm, pode-se considerar o diagnóstico sindrômico de microcefalia. Nessa situação, uma tomografia computadorizada do crânio estaria indicada para fins de esclarecimento diagnóstico.
- 14 A criança apresenta marcos do desenvolvimento neuropsicomotor compatíveis, em conjunto, com seis meses de idade.
- 15 O diagnóstico etiológico mais provável é de uma cromossomopatia. Nessa situação, o sopro sistólico paraesternal esquerdo com irradiação para foco de ponta é sinal da presença de cardiopatia congênita, sendo que a mais provável é a comunicação interventricular.

A promoção do crescimento e do desenvolvimento é o eixo integrador de intervenções estratégicas na saúde da criança, como promoção do aleitamento materno, orientação para a introdução de alimentos complementares, prevenção de doenças imunopreveníveis, prevenção, diagnóstico e tratamento com base em evidências das patologias prevalentes na infância, como infecções respiratórias, diarreia e acidentes. A respeito dos conceitos e ações relativos a esse tema, julgue os itens de **16 a 20**.

- 16 Os primeiros dois anos de vida de uma criança representam o primeiro período de repleção. No primeiro ano de vida, um lactente normal cresce em comprimento cerca de 24 cm e ganha 6.000 g de peso, ao passo que, no segundo ano, cresce cerca de 12 cm e ganha em torno de 2.500 g.

- 17 Caso uma parturiente apresente sorologia para hepatite C positiva e HbsAg positivo, estará contra-indicado o aleitamento materno, em face do alto risco de contaminação do recém-nascido por essa via.

- 18 Considere que um lactente de 4 meses, hígido até então, em aleitamento materno exclusivo, foi levado por sua mãe a um posto de saúde para proceder à atualização do calendário vacinal. A mãe informou que, há 3 dias, ele vinha apresentando uma febrícula, que vomitou 2 vezes após a amamentação nesse período e que, há 1 dia, as fezes apresentaram-se líquidas em cinco ocasiões. Nessa situação, o profissional de saúde deverá contra-indicar a vacinação, baseando-se nos sinais que a criança apresenta e que sugerem uma doença infecciosa.

- 19 Uma criança de 24 meses de idade, com desenvolvimento normal, deve subir escada sozinho; correr, embora possa cair; formular frases simples (“dá água”, “quer papa”); retirar uma roupa, como uma camisa com botões.

- 20 Considere que uma criança de dois anos caiu da própria altura batendo a região frontal da cabeça no chão. A seguir, levantou-se, chorou muito, mas ficou aparentemente bem. Meia hora depois, ainda acordada, após alimentar-se, vomitou bastante e logo depois foi dormir tranquilamente. A mãe, preocupada, resolveu levar a criança à emergência médica. Nessa situação clínica, o médico deve informar que, em acidentes como esse, o risco de trauma encefálico é menor que 1% e que não é necessário nenhum exame complementar. A criança deve ser observada por 24 horas em domicílio, para verificação de sinais neurológicos focais e de hipertensão intracraniana.

Um lactente de 9 meses de vida foi levado por sua mãe a uma unidade básica de saúde porque estava apresentando tosse acompanhada de febre há 5 dias. Há 24 horas, respira com dificuldade e recusa até líquidos. Revendo-se a sua história, verificou-se que a criança nasceu com baixo peso, foi amamentada exclusivamente por 30 dias, recebeu apenas duas doses da vacina DPT+ Hib e que passava o dia em uma creche desde os 4 meses de vida porque a mãe precisava trabalhar. No exame físico, percebeu-se que a criança estava desnutrida moderadamente, sonolenta, com batimentos de asa de nariz e cianose; sua frequência respiratória era de 60 incursões por minuto e ela apresentava retrações intercostais. Uma radiografia do tórax mostrou um infiltrado bem delimitado no lobo inferior direito e velamento do seio costofrênico homolateral.

Com base nesse caso clínico hipotético, julgue os itens de **21 a 25**.

- 21 Conforme as normas do Programa de Atenção às Doenças Prevalentes na Infância (PADPI), do Ministério da Saúde, essa criança deve ser classificada como tendo pneumonia muito grave.

- 22 Considerando-se que os exames laboratoriais da criança mostraram leucograma com leucocitose, neutrofilia e desvio a esquerda, procalcitonina 2 ng/mL e proteína C reativa 100 mg%, é correto afirmar que tais resultados relacionam-se a etiologia viral como causa da doença.

- 23** O diagnóstico radiológico inicial é presuntivo de pneumonia bacteriana.
- 24** Essa criança deve ser tratada inicialmente com antibiótico de primeira escolha à base de penicilina cristalina.
- 25** Caso, na evolução, a criança piore e uma nova radiografia mostre a presença de uma pneumatocele no lobo inferior direito, o agente etiológico mais provável será o *Staphylococcus aureus*.

Um lactente de 6 meses de vida, eutrófico, em aleitamento misto, há 5 dias apresentou um quadro febril leve seguido de tosse seca. Na seqüência, passou a apresentar vômitos pós-alimentares por dois dias e diarreia com evacuações freqüentes, fezes líquidas e explosivas que persistem até o presente. A mãe informou que a criança consegue mamar no peito e beber líquidos, não apresentou convulsões e urina muito pouco. No exame, encontra-se irritada, os olhos estão fundos, bebe avidamente, a pele volta lentamente ao estado anterior ao ser pinçada, percebe-se distensão abdominal e hiperemia perianal. Com base nesse caso clínico hipotético, julgue os itens subseqüentes.

- 26** Conforme o PADPI, essa criança deve ser classificada como tendo desidratação.
- 27** Em uma criança com diarreia, apresentar convulsão e urinar em torno de 1 mL/kg/hora são sinais gerais de perigo que apresentam evidência científica para a gravidade do caso.
- 28** O mecanismo mais provável para explicar a etiopatogenia da doença dessa criança é lesão do enterócito, particularmente da borda em escova, provocada pelo rotavírus, que leva à redução da atividade das dissacaridases e diminui a digestão dos açúcares do leite, causando uma diarreia osmótica.
- 29** O pediatra deve oferecer terapia de reidratação oral sob supervisão, para repor perdas e manter a hidratação, recomendar repouso alimentar por 24 horas, seguido da oferta de leite isento de lactose, tendo em vista que a criança apresenta sinais clínicos de intolerância à lactose.
- 30** Nessa situação clínica, estão contra-indicados medicamentos antitérmicos, antieméticos, antibióticos, quimioterápicos e adstringentes.

Uma gestante assintomática, com o diagnóstico de sífilis confirmado por resultado do exame VDRL feito há 15 dias, foi tratada com duas doses de penicilina benzatina 2.400.000 UI, em intervalo semanal. Ao final desses 15 dias, a gestante entrou em trabalho de parto e a criança nasceu por via vaginal.

Julgue os itens de **31** a **35** de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde brasileiro, para o controle da sífilis congênita, tendo como referência o caso hipotético acima.

- 31** Deve-se considerar essa mãe como adequadamente tratada, porque ela recebeu uma dose total de 4.800.000 UI de penicilina benzatina.

- 32** Independentemente de o neonato estar ou não sintomático e do resultado do VDRL do sangue periférico, devem-se realizar adicionalmente os seguintes exames: hemograma completo, radiografia dos ossos longos e exame do líquido cefalorraquiano (LCR).

- 33** Supondo-se que o neonato tenha apresentado hepatoesplenomegalia ao exame físico; o hemograma tenha evidenciado anemia, leucocitose e plaquetopenia; a radiografia do úmero tenha mostrado periostite com metaepifisite proximal; o exame do LCR tenha acusado 15 células; e a concentração de proteínas tenha sido de 60 mg/dL, essa criança deveria ser tratada com penicilina G cristalina 50.000 UI/kg/dose a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida) ou com penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, durante 10 dias.

- 34** Supondo-se que o LCR do recém-nascido tenha apresentado 40 células e a concentração de proteínas tenha sido de 200 mg/dL, essa criança deve ser tratada com penicilina G cristalina 100.000 UI/kg/dose, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 14 dias.

- 35** Considerando-se que não houve alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e do LCR, e o VDRL do sangue periférico tenha sido negativo, esse neonato deve ser tratado com penicilina G benzatina, na dose de 50.000 UI/kg, dose única, via intramuscular.

Julgue os itens de **36** a **40**, referentes ao diagnóstico complementar e ao tratamento de algumas doenças associadas à infância e à adolescência.

- 36** Considere que um pré-escolar, sem história epidemiológica digna de nota, apresente, há 3 semanas, febre sem origem determinada. No exame físico encontre-se eufônico, com ausculta pulmonar normal, sem visceromegalias, apenas alguns gânglios cervicais. Realize um teste de PPD com 14 mm de diâmetro, e a radiografia do tórax apresente imagens micronodulares disseminadas. Nessa situação, o diagnóstico mais provável é de tuberculose miliar.

- 37** Considere que um lactente de 6 meses de idade, apresente há seis dias, irritação alternada com períodos de sonolência. Eventualmente apresente movimentos que a mãe descreva como “susto”, seguidos de flexão dos braços, pernas e cabeça. O exame neurológico mostre hipotonia global e atraso neuromotor. Um eletroencefalograma mostre ondas de alta voltagem, assíncronas, caóticas e ondas de atividade lenta. Nessa situação, o diagnóstico mais provável é de síndrome de West (espasmos infantis).

- 38** Se, ao examinar o fundo de olho de um lactente, o oftalmologista observar coriorretinite em “sal e pimenta”, o diagnóstico mais provável será de toxoplasmose congênita.

39 Um escolar que apresenta agitação, dificuldade para aguardar vez para falar e em permanecer sentado, interrompe com frequência atividade dos colegas e responde precipitadamente às perguntas deve ser tratado com metilfenidato mais terapia cognitivo-comportamental.

40 Está indicada a profilaxia antibiótica em todos os contatos familiares de crianças com meningite provocada pelos seguintes agentes bacterianos: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. tuberculosis* e *N. meningitides*.

Uma escolar de 9 anos de idade, há 3 semanas, vem apresentando febrícula, perda do apetite e adinamia. Ao final da primeira semana sintomática, passou a apresentar dor e sinais flogísticos, inicialmente nos tornozelos, depois seqüencialmente nos joelhos, cotovelos e punhos, de forma migratória. Tais sinais, com duração de 2 a 3 dias em cada articulação, determinavam certa incapacidade funcional. Não havia outras informações na história pregressa da criança. No exame físico, observaram-se discretos sinais flogísticos dos punhos, com dor à mobilização, e um sopro sistólico suave apical.

Considerando esse quadro clínico, julgue os itens subseqüentes.

41 Como não há evidência clínica de estreptococcia recente, exclui-se o diagnóstico de febre reumática.

42 Como a criança apresenta febre, poliartrite migratória e sopro cardíaco, o diagnóstico, com certeza, é de febre reumática.

43 Leucocitose com neutrofilia e anemia ao hemograma completo, provas de atividade inflamatória, como VHS elevado e aumento da proteína C reativa, e evidência de infecção estreptocócica prévia são encontrados em exames complementares diagnósticos para febre reumática, porém isoladamente não são determinantes para o diagnóstico.

44 Considerando-se que uma radiografia do tórax tenha mostrado aumento da área cardíaca, o ecocardiograma com doppler tenha mostrado uma insuficiência mitral e o eletrocardiograma tenha mostrado um espaço P-R aumentado, é correto concluir que essa criança é portadora de cardite em atividade.

Uma das características da pediatria atual é a maior evidência da criança com queixa subaguda ou crônica. O pediatra deve ser um médico geral, com capacidade para diagnosticar e tratar a maioria desses casos, principalmente em localidades com menores recursos terciários. Considerando essas informações e assuntos correlatos, cada um dos itens **45** e **46**, apresenta uma situação hipotética, seguida de uma assertiva a ser julgada.

45 Uma adolescente de 14 anos de idade foi ao consultório de um pediatra porque ainda não havia menstruado. Informou que a telarca ocorrera há um ano e seis meses e que havia crescido 6 cm no último ano. A menarca materna ocorreu aos 15 anos. No exame físico, a adolescente estava no percentil 50 do peso para a idade e no percentil 75 da altura para a idade, estadiamento de Marshal I e Tanner M4P3. Nessa situação, é correto afirmar que essa adolescente está com sua puberdade normal.

46 Um lactente previamente hígido foi levado a um médico porque a mãe percebeu subitamente irritabilidade e dificuldade para mamar e respirar. No exame físico, ele estava com fácies de sofrimento agudo, taquidispnéico, com a frequência cardíaca de 300 bpm, precórdio agitado e com hepatomegalia. Uma radiografia do tórax mostrou aumento da área cardíaca. Nessa situação, o diagnóstico mais provável é de miocardite provocada por coxsackievirus.

Uma criança de 9 anos de idade apresentava, há dois dias, dor abdominal, náuseas e vômitos. A mãe procurou assistência médica por causa do aumento do volume do abdome. Negou febre e referiu parada da eliminação de fezes. Um hemograma completo revelou leucocitose com neutrofilia, as transaminases foram normais e a amilase sérica estava aumentada. Uma radiografia do tórax mostrou pequeno derrame pleural direito, e a radiografia do abdome, apenas distensão de alças. Uma ultra-sonografia do abdome mostrou aumento do volume pancreático e diminuição do padrão ecogênico. Na evolução da doença, a dor abdominal intensificou-se, apresentando-se com choque hipovolêmico e outras complicações sistêmicas.

Considerando esse quadro clínico, julgue os itens subseqüentes.

47 O quadro clínico descrito é típico de apendicite aguda.

48 Entre as três causas mais freqüentes da doença em tela, encontram-se idiopatia; doenças sistêmicas, tais como doenças auto-imunes, erros inatos do metabolismo, diabetes, entre outras; e trauma.

49 O tratamento inicial para o quadro relatado consiste em posicionar o paciente em sonda orogástrica aberta, deixá-lo em jejum pelo menos 10 dias, e, nesse mesmo período, fazer nutrição parenteral total, findo o qual pode-se iniciar nutrição enteral. O uso de drogas bloqueadoras de receptor H₂ e inibidoras de enzimas pancreáticas também será eficaz em reduzir o quadro doloroso e as complicações.

50 A complicação apresentada na evolução do quadro clínico em apreço é característica de pseudocisto de pâncreas.

