



SELEÇÃO PARA ADMISSÃO DE RESIDENTES – 2008

PROGRAMAS

Endocrinologia Pediátrica (R3)

Medicina do Adolescente (R3)

Aplicação: 17/11/2007

código:
5.1.5

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno, confira se ele contém **cinquenta** itens, correspondentes à prova objetiva, corretamente ordenados de **1 a 50**.
- 2 Caso o caderno esteja incompleto ou tenha qualquer defeito, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis.
- 3 Recomenda-se não marcar ao acaso: cada item cuja resposta diverja do gabarito oficial definitivo receberá pontuação negativa, conforme consta em edital.
- 4 Não utilize lápis, lapiseira (grafite), borracha e(ou) qualquer material de consulta que não seja fornecido pelo CESPE/UnB.
- 5 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização do chefe de sala.
- 6 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.
- 7 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.
- 8 Ao terminar a prova, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas e deixe o local de prova.
- 9 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 **20/11/2007**, após as 19 h (horário de Brasília) – Gabaritos oficiais preliminares da prova objetiva: Internet — www.cespe.unb.br/concursos/hubresidencia2007.
- II **21 e 22/11/2007** – Recursos (prova objetiva): exclusivamente no Sistema Eletrônico de Interposição de Recurso, Internet, mediante instruções e formulários que estarão disponíveis nesse sistema.
- III **11/12/2007** – 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 6 – HUB/RESIDÊNCIA, de 31/8/2007.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet — www.cespe.unb.br/concursos/hubresidencia2007.
- 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

Dê de mamar ao seu filho

Atenção, comadres mães
Pra vocês vamos falar
Dizendo tintim por tintim
Do valor de amamentar
Leia todo este folheto
Não deixe nada passar
Criança que mama ao peito
Cresce sadia e forte
É difícil adoecer
É raro chegar à morte
Só seu leite tem esse poder
Você é uma mulher de sorte.
Explico pra toda gente
Do mundo e do meu Brasil
Que no primeiro ano de vida
Seu leite tem valor

Pois atende as necessidades
Do organismo infantil.
O aleitamento materno
Enlaça dois corações
Alimenta com amor
E afasta as infecções
Do nariz, boca e garganta
Intestino e pulmões.
Criança que se alimenta
Com leite maternal
Vai ter ossos e dentes fortes
E crescimento normal
Não é gordo, mas é forte
E quase nunca acontece
De sofrer de alergias.

Maria Sidneuma Melo Ventura e Miriam Vasconcelos.
In: **Aleitamento materno**. Atheneu, 2001, p. 487.

Tendo o texto acima como referência inicial, julgue os seguintes itens, acerca do aleitamento materno.

- 1 Crianças menores de dois meses, de países subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, que não são amamentadas ao peito apresentam risco seis vezes maior de morrer por doenças infecciosas quando comparadas com as que são amamentadas com leite materno.
- 2 Lactantes adolescentes e de baixo nível socioeconômico produzem leite de composição protéica, lipídica, imunológica e de oligoelementos e minerais significativamente diferentes do leite produzido por mães entre 20 e 35 anos de idade e de elevado nível socioeconômico.
- 3 A curva ponderal até 1 ano de vida de crianças filhas de mães desnutridas, amamentadas exclusivamente ao peito até os seis meses e com acréscimo de outros alimentos a partir de então, é significativamente desviada para a região de crescimento abaixo do normal quando comparada à de crianças submetidas às mesmas condições e filhas de mães eutróficas.
- 4 O colostro e o leite humano contêm citocinas e fatores imunomodulatórios, bem como fatores estimuladores de colônias de granulócitos, em níveis até maiores que na circulação sanguínea materna. Essas substâncias atuam no sistema imunológico da criança como imunostimuladores ou imunomoduladores, promovendo o desenvolvimento da resposta imune específica e a prevenção da hipersensibilidade e de alergias.
- 5 Manter o recém-nascido na primeira hora pós-parto junto da mãe favorece a fortificação do vínculo entre ambos, ajuda a estabelecer, mais precocemente, o aleitamento materno e diminui o risco de aquisição de infecção hospitalar.

Um neonato pós-termo, de peso baixo para a idade gestacional, nasceu após trabalho de parto vaginal laborioso, em apnéia e envolto em mecônio. Foram administrados os cuidados na sala de parto, conforme as normas de reanimação neonatal. A criança, no quinto minuto de vida, apresentou um boletim de Apgar de 3, sendo encaminhada para a unidade de cuidados intensivos para a devida assistência. Com 40 minutos de vida, ela apresentou movimentos repetidos dos olhos e da boca e movimentos clônicos dos membros superiores e inferiores, considerados como convulsão. No primeiro exame físico, observaram-se: palidez cutaneomucosa, ritmo respiratório anárquico, bradicardia, diminuição da atividade espontânea e reflexa, diminuição da resposta a estímulos tácteis e dolorosos e tumorações parietais interpretadas como cefaloematomas gigantes. Com 48 horas de vida, a criança apresentou icterícia que progrediu nas próximas 24 horas até mãos e pés. Ao rever a história clínica, o médico neonatologista registrou as seguintes informações: mãe primigestante, do grupo sanguíneo O, fator Rh positivo, pré-natal de baixo risco. O recém-nascido era do grupo sanguíneo A, fator Rh positivo, Coombs direto positivo +. Com 72 horas de vida, os exames laboratoriais obtidos mostravam os seguintes resultados: hematócrito 45%; hemoglobina 15g%; bilirrubinas totais 16 mg/dL; bilirrubina indireta 15,2 mg/dL; reticulócitos 3%.

Com relação a esse quadro clínico hipotético, julgue os itens seguintes.

- 6 Esse neonato pode ser considerado como pós-termo, se nasceu com 42 semanas gestacionais ou mais, e pequeno para a idade gestacional, se pesou menos de 2.500 g ao nascer.
- 7 No caso em apreço, a introdução de um tubo na traquéia, seguida de aspiração, deve ser a primeira conduta na manobra de reanimação neonatal, a fim de retirar possível líquido amniótico meconial em vias aéreas inferiores.
- 8 Na situação apresentada, as medidas iniciais para o controle da convulsão devem consistir de correção dos distúrbios hemodinâmicos, respiratórios, metabólicos e hidreletrolíticos e tratamento específico da convulsão, com uso de fenobarbital por via endovenosa, na dose de ataque de 20 mg/kg.
- 9 A icterícia é um sinal clínico associado exclusivamente à doença hemolítica devido ao sistema ABO.
- 10 Levando-se em consideração as complicações apresentadas, o tempo de vida e os níveis de bilirrubina, a terapêutica principal para a icterícia apresentada por esse recém-nascido deve ser a exsanguinotransfusão.

Algumas situações especiais colocam os indivíduos em maior risco de adoecer pelo próprio agente vacinal ou apresentar eventos adversos pós-vacinais, requerendo vacinas ou esquemas vacinais específicos. Citam-se imunodeficiências congênitas ou adquiridas, uso de medicamentos como corticosteróides por longos prazos e vigência de infecções graves. Nessas ocasiões, a vacinação pode ser adiada ou contra-indicada, temporariamente ou definitivamente.

Regina Célia Menezes Succi. **Vacinação em situações especiais.** Sociedade Brasileira de Pediatria (com adaptações).

Tendo o texto acima como referência inicial, julgue os itens subsequentes, relativos à vacinação e ao uso de imunobiológicos em situações especiais.

- 11 Embora seja imunocompetente, devido à baixa taxa de soroconversão em resposta ao agente vacinal, o recém-nascido prematuro só deve ser vacinado quando estiver com peso superior a 2.000 g. Caso tenha recebido a primeira dose da vacina contra a hepatite B logo após o nascimento, o recém-nascido deve receber mais três doses, iniciando-se com 30 dias de vida.
- 12 A aplicação da vacina DPT celular em criança assintomática com história pessoal ou familiar de convulsão febril não é contra-indicada. Deve-se recomendar um antitérmico antes e quatro horas depois da vacinação.
- 13 Considere que uma criança de nove meses de idade, suscetível à varicela, tenha entrado em contato com um caso de varicela, em fase de estado, durante sua internação em uma emergência pediátrica. Nessa situação, a vacinação ativa com vacina de vírus vivo e atenuado contra varicela é recomendada, por ser efetiva na prevenção ou no abrandamento do quadro clínico da doença.
- 14 Crianças com doenças crônicas, como cardiopatias, pneumopatias, diabetes, nefropatias, entre outras, devem receber rotineiramente vacina contra *influenza* e a antipneumocócica.
- 15 Considere a seguinte situação hipotética.

Um pediatra recebeu em seu ambulatório uma criança de nove meses de idade com desnutrição de segundo grau, conforme critério de Gomez, sem doença infecciosa. Ao observar o cartão de vacinação, percebeu o atraso de várias vacinas.

Nessa situação, a atualização do esquema vacinal deve ser adiada até a completa recuperação nutricional da criança.

Um menino de oito meses de idade foi levado ao pediatra porque sua mãe achava que a criança não estava crescendo e se desenvolvendo como o seu primeiro filho. Revendo a história clínica, observou-se que ele nasceu após uma gestação de baixo risco, com um intervalo entre partos de 36 meses, de parto vaginal, a termo e vigoroso, pesando 2.800 g, medindo 47 cm e com perímetro cefálico de 34 cm. Recebeu alta com 48 horas de vida, amamentando-se exclusivamente ao seio. A partir do terceiro dia de vida, desenvolveu um quadro de icterícia que se prolongou até 30 dias, mas que não foi relacionado pela mãe como importante. Amamentou-se exclusivamente até o sexto mês de vida, quando foram introduzidos outros alimentos, porém a mãe relatou que a criança foi sempre preguiçosa e teve dificuldade para ingerir alimentos, e que evacuava com mais dificuldade que o primeiro filho. Questionada se a criança já engatinhava, referiu que não, que mal conseguia elevar a cabeça quando em decúbito ventral e pouco se arrastava. O olhar da criança era vago, não sorria ou emitia sons, bem como pouco respondia a estímulos sonoros ou visuais, chegando a mãe a achar que ela era surda. No exame físico, a criança pesou 6,5 kg, mediu 60 cm de comprimento e 40 cm de perímetro cefálico, estava apática, pouco respondia aos estímulos, encontrava-se hipotérmica, com pele seca e grossa, cabelos secos e quebradiços, boca entreaberta e aparentando ter uma língua grande, além de apresentar uma hérnia umbilical.

Considerando essa situação hipotética, julgue os itens a seguir.

- 16 O intervalo entre partos de 36 meses em uma mulher secundigesta é um fator de risco considerável e que justifica o peso da criança ao nascer.
- 17 As medidas de peso, comprimento e perímetro cefálico da criança, ao nascer, encontram-se na média ou no percentil 50, segundo os novos padrões internacionais da Organização Mundial de Saúde para o crescimento e desenvolvimento de crianças do nascimento aos 5 anos de idade.
- 18 A evolução do ganho em peso, do comprimento e do perímetro cefálico é indicativa de importante restrição do crescimento da criança, restrição essa que deve ser investigada.
- 19 O desenvolvimento neurológico da criança em apreço, segundo a escala de Denver, é compatível com seis meses de idade.
- 20 O diagnóstico de paralisia cerebral por encefalopatia bilirrubínica é compatível com todo o quadro clínico descrito e deve ser comprovado por meio do exame de ressonância magnética do cérebro.

Uma criança de 5 anos de idade, proveniente de área rural, apresenta história, há dois meses, de febre intermitente, tosse produtiva e diarreia, anorexia, letargia e perda de peso intensa. No exame físico, observou-se desnutrição protéico-calórica aguda, palidez cutaneomucosa, taquipnéia, taquicardia, gânglios linfáticos palpáveis em cadeias inguinais, axilares e cervicais, ausculta pulmonar pobre, abdome distendido com hepatoesplenomegalia importante e edema de membros inferiores.

Com relação ao caso clínico acima descrito e a conhecimentos a ele relacionados, julgue os próximos itens.

- 21 Para o caso clínico descrito, são diagnósticos diferenciais calazar, tuberculose, febre tifóide e leucemia.
- 22 Um hemograma completo que mostre pancitopenia é compatível com o diagnóstico de calazar.
- 23 Um mielograma tem sensibilidade de 100% para formas amastigotas de *Leishmania*, sendo superior ao método de imunofluorescência indireta nas formas clássicas de calazar. Na situação clínica apresentada, um resultado negativo do mielograma afasta o diagnóstico de calazar.
- 24 Em casos de leucemia aguda, o hemograma completo varia de leucopenia a hiperleucocitose com blastos, geralmente associada a neutropenia, anemia e plaquetopenia.
- 25 Considere que a criança apresentava tosse produtiva e taquipnéia, e que uma radiografia do tórax em PA e perfil tenha mostrado uma condensação de lobo inferior direito, compatível com processo inflamatório. Nessa situação, tuberculose pulmonar é o diagnóstico mais provável e a criança deve ser submetida a tratamento com esquema triplice.

Um lactente de 12 meses de idade, há 3 dias apresentou duas lesões vesicobolhosas no tronco, que se romperam quase sem secreção, e que rapidamente progrediram para todo o corpo, como se a pele se desprendesse, deixando áreas vermelhas em sua base. Na história clínica da criança, constava que há 10 dias ela esteve em hospital porque apresentou um quadro de desidratação, necessitando punção venosa para infusão de líquidos. No exame de internação, o paciente apresentava expressão de angústia e dor, sinais de desidratação de segundo grau, febre, vermelhidão da pele na maior parte do corpo, entremeada por áreas já descamadas, deixando expor a derme, ou por áreas já crostosas com fissuras nas dobras. Na evolução, apresentou dor, eritema e edema das articulações dos joelhos e, posteriormente, da articulação de um dos cotovelos, bem como piora do quadro respiratório, que obrigou a equipe médica a administrar assistência respiratória sob ventilação mecânica. Uma radiografia dos joelhos mostrou edema de partes moles e lesão osteolítica em face medial das metáfises da tíbias; a radiografia de cotovelo foi normal; a radiografia do tórax mostrou velamento de todo o hemitórax esquerdo, com desvio do mediastino para o lado oposto. Após 21 dias, uma radiografia de cotovelo mostrou seqüestro ósseo na epífise proximal da ulna e a radiografia dos joelhos era normal.

Com base no caso clínico relatado acima, julgue os itens a seguir.

- 26 O diagnóstico etiológico mais provável é de síndrome da pele escaldada, provocada pelo *Staphylococcus epidermidis* do tipo 2.

27 Na síndrome da pele escaldada estafilocócica, a bactéria infecta um foco cutâneo ou extracutâneo, levando à produção de uma exotoxina, chamada exfoliatina. Essa toxina se liga à camada granulosa epidérmica, causando uma clivagem intra-epidérmica que resulta na descamação sem a presença de bactérias.

28 Analisando a evolução do quadro radiológico osteoarticular, é correto concluir que o cotovelo do paciente apresentou um quadro compatível com osteomielite acompanhado de seqüela, enquanto que os joelhos apresentaram um quadro clínico compatível apenas com artrite.

29 O diagnóstico do quadro respiratório, incluindo a radiografia do tórax, é compatível com pneumonia e derrame pleural. Nessa situação, a drenagem pleural é mandatória e o líquido pleural deve ter um aspecto de exsudato.

30 Por ser tratar de um caso grave, indica-se a oxacilina como droga de primeira escolha, por via endovenosa, na dose diária de 100 mg/kg a 200 mg/kg, durante 14 a 21 dias. Como o paciente apresentou osteomielite, complementa-se o tratamento por via oral com uma cefalosporina, por mais três semanas.

Em cada um dos próximos itens, é apresentada uma situação hipotética relativa a situações clínicas encontradas freqüentemente no atendimento médico em pediatria, seguida de uma assertiva a ser julgada.

31 Uma mãe nutriz, no 15.º dia pós-parto, apresentou fase de estado da varicela (febre baixa, hiperemia conjuntival, lesões vesicopustulosas eritematosas) com início há 3 dias. Nessa situação, recomenda-se isolar a mãe até que todas as lesões estejam na fase de crosta, contra-indicar o aleitamento ao seio materno durante esse período e administrar gamaglobulina hiperimune contra varicela-zóster no recém-nascido.

32 Um escolar deu entrada na emergência com queixa de inchaço no rosto e urina com cor de caldo de carne. Na história, havia relato de amigdalite tratada há duas semanas. No exame físico, observou-se taquicardia, taquidispnéia, estertores subcrepantes nas bases pulmonares e hipertensão arterial. Um exame de urina mostrou hematúria, leucocitúria e cilindrúria; uréia e creatinina estavam nos limites normais; o hemograma mostrava anemia; e o nível do complemento sérico estava diminuído. Nessa situação clínica, o diagnóstico mais provável é glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica.

- 33** Uma criança de 15 meses de idade, moradora de uma favela da zona periurbana de Brasília, alimentando-se predominantemente à base de leite de vaca diluído e derivado de amido, vem à consulta porque a mãe se queixa de que a criança evita movimentar-se, receando a aproximação de pessoas. Ao exame físico, observou-se desnutrição protéico-calórica, hemorragias gengivais, petéquias e púrpura, dor à manipulação de membros e rosário costal. Nessa situação clínica, o diagnóstico mais provável é de raquitismo por deficiência de vitamina D.
- 34** Uma criança de 1 ano de idade ficou órfã de pais. Não tendo outros parentes identificados, foi encaminhada a uma instituição para receber cuidados e encontrar uma nova família. Nada se sabia sobre sua vida pregressa, bem como não se percebia cicatriz de BCG. Nessa situação, o pediatra deve agir como se a criança não tivesse recebido nenhuma vacina e deve iniciar o esquema completo de vacinação, respeitada a faixa etária.
- 35** Um pediatra atende uma criança eutrófica de 8 meses de idade, com quadro de diarreia aguda e desidratação do terceiro grau. Nessa situação, é aceitável administrar uma fase rápida de hidratação venosa com solução fisiológica a 0,9% e solução glicosada a 5% diluída 1:1, no volume de 50 mL/kg na primeira hora, seguido, quando necessário, por 25 mL/kg de hora em hora, até que a criança esteja urinando bem. Em seguida, a criança deve receber, na fase de manutenção, uma dose diária de 100 mL/kg (100 mL/100 cal) de líquidos composta por uma solução glicofisiológica 4:1, adicionada de uma solução contendo potássio.
- 36** Um lactente de 12 meses de idade pesa 7 kg e mede 65 cm no momento da consulta. Ao ser confrontado na curva de crescimento, a altura para a idade encontrava-se abaixo do percentil 3 e o peso para a altura estava entre o percentil 3 e o percentil 10. Nessa situação, essa criança deverá ser classificada como tendo desnutrição aguda ou recente, segundo os critérios de Waterlow modificados por Bezerra e Giugliano.
- 37** Um médico pediatra atende na emergência um pré-escolar com febre, vômitos e sinais meníngeos. Após uma punção lombar, confirma-se o diagnóstico de meningite bacteriana. A bacterioscopia evidenciou diplococos gram-negativo. Nessa situação, trata-se de meningite por pneumococo e o paciente deverá ser submetido à quimioprofilaxia com amoxicilina por 48 horas.
- 38** Um médico pediatra recebeu em seu consultório uma mãe com a queixa de que considerava o seu filho de 6 anos muito baixo para a idade, achava, inclusive, que a grande maioria dos seus colegas era maior que ele. Ao rever o prontuário da criança, o pediatra observou que a criança cresceu 6 cm por ano nos últimos dois anos. Nessa situação clínica, é correto considerar o crescimento estatural como normal para a idade.
- 39** Um pediatra emergencista recebeu uma criança pré-escolar que estava brincando em um parque de diversões e caiu de um brinquedo de aproximadamente um metro de altura, batendo a cabeça no chão, perdendo a consciência por breve intervalo de tempo, chorando em seguida. Os pais observaram um hematoma frontal e, na evolução, a criança passou a apresentar náuseas e vômitos, que cessaram antes que chegasse ao hospital. Ao exame físico, a criança estava alerta, ativa, responsiva e chorosa. O exame neurológico não apresentava sinais focais. Nessa situação, o risco de fratura de crânio é de 80%, justificando-se a observação hospitalar por pelo menos 24 horas e a realização de uma tomografia computadorizada do crânio para confirmar o diagnóstico.
- 40** Um lactente de 9 meses de idade, amamentado exclusivamente ao seio até os seis meses, a partir de então vem recebendo alimentos complementares de conteúdo protéico-calórico-vitaminico adequado para a idade. Na consulta, o médico observou que historicamente a curva de peso para altura estava no percentil 110 e fez o diagnóstico de obesidade. Nessa situação, a referida criança tem uma doença que deve ser investigada e lhe é recomendada dieta hipocalórica e normoprotéica.
- Uma criança com 24 meses de idade, bem nutrida, com história de hiperreatividade brônquica, após alguns dias com infecção de vias aéreas superiores e inferiores, de suposta causa viral, por apresentar estado febril, tosse seca e sibilos, passou a ter dificuldade respiratória progressiva. Na história, observou-se que recusava líquidos e a alimentação. No exame físico, estava febril, com retrações intercostais moderadas, estertores subcrepantes em terço inferior de ambos os tóraxes e a frequência respiratória era de 70 incursões respiratórias por minuto. Uma radiografia do tórax mostrou infiltrados perihilares e condensação em lobo inferior direito.
- Com base no caso clínico relatado acima, julgue os itens a seguir.
- 41** O diagnóstico sindrômico principal é condensação pneumônica.
- 42** O diagnóstico etiológico mais provável é que essa criança foi infectada pela bactéria *Haemophilus influenzae*. Nessa situação, a hemocultura é positiva em 80% dos casos.
- 43** Crianças imunizadas com vacinas antipneumocócica conjugada heptavalente e anti-*Haemophilus influenzae* b no primeiro ano de vida apresentam uma redução significativa da chance de adquirirem pneumonia quando comparadas com aquelas que não fizeram uso dessas vacinas.
- 44** Segundo as normas do AIDIPI, a criança em questão deverá ser classificada como tendo pneumonia.
- 45** Na terapêutica medicamentosa, devem estar inclusos, obrigatoriamente, um antibiótico à base de penicilina ou derivado e uma droga beta-adrenérgica por via inalatória.

A adolescência é um período da vida humana cuja caracterização se dá pelas marcantes mudanças corporais e de comportamento psicossocial. A preocupação em torno do crescimento, como, por exemplo, a baixa estatura e a obesidade, da sexualidade, como o tamanho e a forma do pênis ou das mamas, do relacionamento sexual ou da gravidez é presença constante no atendimento ao adolescente, mesmo nas situações em que esses tópicos não são o principal motivo da consulta. A puberdade é uma fase do desenvolvimento que prepara o ser humano para a maturação sexual e a reprodução. Caracteriza-se por uma seqüência de transformações biológicas determinadas pela ação do eixo formado por hipotálamo, hipófise, supra-renais e gônada, resultando no aumento da velocidade do crescimento (estirão pubertário) e no surgimento das características sexuais secundárias, com reflexo na esfera psicossocial desses indivíduos.

Maria de Fátima G. Coutinho e Isabel C. F. Freitas.
Crescimento e puberdade. In: *Tratado de Pediatria*.
Sociedade Brasileira de Pediatria, 2007 (com adaptações).

Tendo o texto acima como referência inicial, julgue os itens seguintes, acerca de situações clínicas ou eventos relacionados à adolescência.

46 Considere que os pais de um adolescente com 14 anos de idade tenham procurado um pediatra porque achavam que seu filho era pequeno. Considere as seguintes informações: o médico observou que o pai media 165 cm; que a mãe media 155 cm; que o adolescente media 153 cm (percentil 10) e, no último ano, cresceu 10 cm; a idade óssea era compatível com a idade cronológica. Nessa situação clínica, é correto considerar o adolescente como tendo baixa estatura de causa hormonal, que deve ser investigada.

47 Considere que, no exame somático dos caracteres sexuais secundários de uma adolescente, observaram-se pêlos mais pigmentados, espessos e encaracolados, presentes na sínfise púbica, e mamas aumentadas, aréolas sem separação dos contornos e mamilos planos. Nessa situação, segundo Marshal e Tanner, essa adolescente se encontra no estágio 3 de desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários.

48 A puberdade masculina é marcada inicialmente pelo aumento do volume testicular, seguido pelo surgimento dos pêlos pubianos. O aparecimento de pêlos axilares e faciais costuma ser a manifestação mais tardia.

49 Considere a seguinte situação hipotética.
Uma adolescente de 13 anos de idade foi a uma consulta porque, até então, não tinha mamas. Ao exame físico, não se observaram pêlos pubianos e desenvolvimento das mamas; além disso, a idade, a altura e a idade óssea eram menores que as cronológicas. Os hormônios FSH, LH e o LHRH eram compatíveis com o estágio pré-púbere, o estradiol estava diminuído e a maturação da supra-renal correspondia à idade óssea.

Nessa situação, é correto inferir que a adolescente apresenta desenvolvimento clínico compatível com retardo constitucional da puberdade.

50 No acompanhamento clínico de uma adolescente de 15 anos de idade que, involuntariamente, engravide, a terminação da gestação deve ser eletiva por incisão cesariana, devido às complicações do parto vaginal para a mãe e para o recém-nascido.