



SELEÇÃO PARA ADMISSÃO DE RESIDENTES – 2006



Programas

Endocrinologia Pediátrica (R3)

Pediatria – Medicina do Adolescente (R3)

Reumatologia Pediátrica (R3)

Código: 5.1.5

Aplicação: 18/12/2005

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno, confira se ele contém **sessenta itens**, correspondentes à prova objetiva do exame de habilidades e conhecimentos, corretamente ordenados de **1 a 60**.
- 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: em cada item, se a resposta divergir do gabarito oficial definitivo, o candidato receberá pontuação negativa, conforme consta em edital.
- 4 Não utilize material de consulta que não seja fornecido pelo CESPE.
- 5 Durante a prova, não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização do chefe de sala.
- 6 A duração da prova é de **duas horas e trinta minutos**, já incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer da prova — e ao preenchimento da folha de respostas.
- 7 Ao terminar a prova, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas e deixe o local de prova.
- 8 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes no presente caderno, na folha de rascunho ou na folha de respostas poderá implicar a anulação da sua prova.

AGENDA

- I **20/12/2005**, a partir das 10 horas (horário de Brasília) – Gabaritos oficiais preliminares da prova objetiva: Internet — www.cespe.unb.br/concursos/hubresidencia2005 — e quadros de avisos do CESPE/UnB.
- II **21 e 22/12/2005** – Recursos (prova objetiva): formulários estarão disponíveis no Sistema Eletrônico de Interposição de Recurso, Internet — www.cespe.unb.br/concursos/hubresidencia2005.
- III **5/1/2006** – Resultado final da prova objetiva e convocação para a análise e defesa de currículo: Diário Oficial da União e locais mencionados no item I.

OBSERVAÇÕES

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o estabelecido no item 10 do Edital n.º 1/2005 – HUB/Residência, de 31/10/2005.
- Informações relativas à seleção poderão ser obtidas pelo telefone 0(XX) 61 3448 0100 ou pela 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 60 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 rascunho e, posteriormente, a **folha de respostas**, único documento válido para a correção da sua prova.

PROVA OBJETIVA

Uma gestante assintomática, na 28.^a semana gestacional, teve confirmada como positiva a testagem para HIV e, em seus exames complementares, apresentou carga viral de 10.000 cópias/mL e CD4 com 500 células/mm³. Ela iniciou terapia anti-retroviral e evoluiu assintomática até o final da gestação (40 semanas), quando apresentou carga viral com 3.000 cópias/mL e CD4 com 500 células/mm³.

Com relação a essa situação hipotética, julgue os itens a seguir.

- 1 A terapia anti-retroviral indicada para uma gestante na mesma situação da apresentada no caso hipotético deve ser a combinada, com esquema de três drogas, incluindo a zidovudina.
- 2 O parto deverá ocorrer pela via indicada na evolução do trabalho de parto.
- 3 A parturiente deverá receber zidovudina a partir da terceira hora anterior ao procedimento, caso seja indicado um parto cesariano.
- 4 O neonato deverá receber zidovudina 2 mg/kg/dose, de 6 em 6 horas, durante 6 meses, a partir da 24.^a hora de vida.
- 5 A partir da 6.^a semana de vida até a definição do diagnóstico da infecção pelo HIV, a criança deverá receber quimioprofilaxia para *P. carinii* com sulfametoxazol e trimetropin.

Durante o atendimento a um trabalho de parto, o pediatra neonatal assistente identificou os seguintes fatores de risco: idade gestacional de 32 semanas, mãe não utilizara corticóide previamente, havia rotura das membranas há 72 horas, a paciente estava com febre, o hemograma mostrava leucocitose e desvio à esquerda e a cardiocardiografia indicava taquicardia fetal persistente. Houve indicação para a terminação da gestação por parto cesariano. O neonato nasceu vigoroso, mas desenvolveu dificuldade para respirar logo após, tendo sido encaminhado para a unidade de cuidado intensivo neonatal, onde, após cuidados iniciais, recebeu assistência ventilatória apropriada. Sua radiografia do tórax mostrava infiltrado reticulogranular com broncograma aéreo além do rebordo cardíaco.

Com relação a essa situação hipotética, julgue os itens seguintes.

- 6 O diagnóstico do problema respiratório mais provável do neonato é doença da membrana hialina.
- 7 Há indicação do uso de surfactante exógeno na dose de 200 mg/kg/dose.
- 8 No rastreamento infeccioso, o uso do marcador inflamatório proteína C reativa, nas primeiras 24 horas, é um excelente indicador da presença de infecção bacteriana.
- 9 É indicado o uso de antibiótico antes mesmo de provas laboratoriais que comprovem uma infecção concomitante.
- 10 Deve-se iniciar como rotina a assistência ventilatória através de ventilação mecânica.

Um lactente masculino com 9 meses de idade foi encaminhado a um ambulatório de nível terciário porque apresentava retardo do crescimento pondero-estatural nos últimos 3 meses. Em sua história, observa-se que nasceu pesando 3.300 g, foi amamentado exclusivamente até os seis meses e recebeu todo o esquema vacinal. A mãe referiu que, nesse último período, a criança eventualmente apresentava febre e vômitos — que se curavam espontaneamente — e não se alimentava bem. Uma única cultura da urina do lactente obtida com todos os cuidados, por meio de saco coletor, apresentou como resultado positividade, com 10.000 colônias/mL.

Com relação a essa situação hipotética, julgue os itens que se seguem.

- 11 Não se deve incluir como diferencial o diagnóstico clínico de infecção do trato urinário, pois o quadro clínico em lactentes é típico, incluindo sintomas relacionados ao trato urinário, como disúria, polaciúria e dor suprapúbica.
- 12 Os dados disponíveis são suficientes para se confirmar infecção do trato urinário do paciente como causa básica do retardo do seu crescimento pondero-estatural.
- 13 A bactéria que mais provavelmente será encontrada na cultura de urina dessa criança, caso positiva, é *Streptococcus faecalis*.
- 14 Quando se colhe a urina por saco coletor, existe a necessidade de pelo menos três resultados positivos para a mesma bactéria na cultura de urina, a fim de se confirmar o diagnóstico de infecção do trato urinário.
- 15 Ao se confirmar e após o tratamento da infecção do trato urinário nesse paciente, fica dispensada a investigação do trato urinário, pois a infecção apresentou-se de forma tardia e possivelmente ocorreu por disseminação hematogênica.

A uma criança moradora do Distrito Federal, em sua primeira consulta após o nascimento, foi recomendado o seguinte esquema vacinal:

| idade | vacinas |
|--------------|--|
| ao nascer | hepatite B |
| 1 mês | BCGid + hepatite B |
| 2 meses | VOP + tetra + pneumocócica conjugada |
| 4 meses | VOP + tetra + pneumocócica conjugada |
| 6 meses | VOP + tetra + pneumocócica conjugada |
| 9 meses | hepatite B + sarampo |
| 12 meses | varicela + febre amarela + pneumocócica conjugada + hepatite A |
| 15 meses | tríplice viral (MMR) + VOP + tetra |
| 6 a 10 anos | BCGid |
| 10 a 11 anos | dupla adulto |

VOP (vacina antipoliomielite oral); tetra (DTP + HiB); MMR (sarampo, caxumba e rubéola).

Com base nos calendários vacinais recomendados pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil e pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e considerando o esquema vacinal acima descrito, julgue os próximos itens.

- 16 Ao nascer, uma criança pesando mais de 2.000 g deverá receber, ainda na maternidade, a vacina contra a tuberculose (BCGid).
- 17 A vacina pneumocócica conjugada faz parte do calendário de vacinação proposto pelo MS do Brasil e a administração proposta pelo esquema acima é compatível com o previsto pelo calendário do MS.
- 18 Uma criança aos 9 meses de idade deverá receber apenas a vacina contra o sarampo.
- 19 Na situação apresentada, a vacina contra a febre amarela deve ser administrada aos 6 meses e não aos 12 meses, como indicado no esquema vacinal.
- 20 Embora haja discussão sobre a eficácia de uma segunda dose de vacinação BCGid, o MS e a SBP recomendam a sua administração entre os 6 e os 10 anos de idade.

Um pediatra recebeu na emergência de um hospital um pré-escolar com história de febre alta e remitente, com início há cinco dias, acompanhada há três dias por *rash* cutâneo no tronco, vermelhidão nas palmas e inchaço nos dedos das mãos e dos pés e na língua, lábios e olhos avermelhados. Há dois dias, o paciente esteve em uma emergência pediátrica, onde foi diagnosticado quadro de escarlatina, e recebeu medicação à base de antitérmicos e antibióticos. No intercurso dos últimos dois dias, continuou apresentando febre alta e remitente, dor abdominal e vômitos e, como não melhorasse, a mãe procurou novamente auxílio médico. O exame clínico mostrou uma criança febril (39 °C), fácies de sofrimento agudo, com conjuntivite não exsudativa bilateral, exsudato faríngeo não pultáceo, língua em framboesa, eritema labial, palmar e plantar, com edema dos artelhos das mãos e pés, eritema maculopapular troncular não descamativo, linfadenopatia cervical não supurativa à direita com 1,5 cm, precórdio agitado, taquicardia e sopro sistólico em foco mitral, taquipnéia sem retração intercostal, sem outras alterações significativas. Foram realizados alguns exames subsidiários, cujos resultados são os seguintes: hemograma completo com hematócrito de 35%; hemoglobina 11,5g%; 15.000 leucócitos com 8% de bastonetes e 66% de neutrófilos polimorfonucleares; plaquetas 150.000/mm³; ASLO 200 UI/mL; VHS na 1.ª hora 40 mm; proteína C reativa 10 mg/dL; EAS com proteinúria positiva, hematúria positiva e leucocitúria positiva; e radiografia de tórax normal.

Com base nesse caso clínico, julgue os seguintes itens.

- 21 Levando-se em consideração o quadro clínico-laboratorial, trata-se de uma doença infecciosa de etiologia determinada.
- 22 No caso considerado, estão presentes pelo menos 4 critérios admitidos por comitês de reumatologia para o diagnóstico de doença de Kawasaki.
- 23 O achado de 150.000 plaquetas/mm³ no hemograma completo afasta o diagnóstico de doença de Kawasaki.
- 24 No seguimento do caso, um ecocardiograma com Doppler que mostre aneurisma de artéria coronariana será patognomônico da doença de Kawasaki.
- 25 Caso o diagnóstico dessa criança seja doença de Kawasaki, ela deverá receber terapêutica inicial com aspirina na dose de 100 mg/kg/dia, dividida em quatro doses, por 3 dias, e gamaglobulina humana *standard* por via endovenosa, na dose única de 2 g/kg.

Um emergencista pediátrico recebeu uma criança com 12 meses de vida, previamente hígida, sem história epidemiológica positiva para doença infecciosa e(ou) neurológica, com relato de ter apresentado crise convulsiva tônico-clônica generalizada há 30 minutos, durante cinco minutos, na vigência de episódio febril. O exame físico revelou discreta obnubilação, sem sinais focais e sem sinais meníngeos, e o restante do exame clínico esteve dentro dos limites de normalidade. Na análise laboratorial, o hemograma mostrou leucocitose discreta com linfocitose, e o exame do líquor: 3 células, 100% de linfomononucleares, proteínas 20 mg/dL e glicorraquia de 65 mg/dL. Na reavaliação, após uma hora, o exame neurológico estava normal, porém o paciente apresentava-se febril, o que motivou preocupação dos pais quanto à possibilidade de repetição do quadro.

Com referência a essa história clínica, julgue os itens subsequentes.

- 26** O diagnóstico é de uma convulsão febril benigna.
- 27** Em casos semelhantes ao descrito, é mandatória a realização de uma punção lombar, a fim de excluir infecção do sistema nervoso central.
- 28** Devia ser administrada medicação benzodiazepínica na hora seguinte à entrada na emergência, uma vez que a criança permanecia com febre.
- 29** Devia ser administrado o anticonvulsivante fenobarbital em dose de manutenção ao paciente, a fim de se evitar recorrência da convulsão.
- 30** No esclarecimento diagnóstico, não é indicada a realização de tomografia computadorizada do cérebro.

O pediatra é um médico do qual se exige uma formação ampla, geral, aliada a uma argúcia diagnóstica, fruto do conhecimento da história natural das doenças, da correta aplicação da semiologia pediátrica e de uma profunda sensibilidade. Uma grande diversidade de situações pode ser-lhe apresentada e para tal ele deve estar preparado. Nesse contexto, julgue os itens a seguir.

- 31** Quando o aleitamento materno exclusivo se mostra insuficiente para garantir o crescimento pondero-estatural normal de um lactente durante os primeiros quatro meses de vida, a melhor conduta é a suplementação com fórmula láctea infantil.
- 32** Se os pais de um lactente com três meses de idade, amamentado exclusivamente ao seio materno, saudável e com exame físico normal, estiverem ansiosos com episódios de cólicas do recém-nascido durante a noite, a melhor conduta do pediatra será administrar antiespasmódicos por via oral em horários fixos.

33 Na investigação de uma criança com infecção bacteriana grave e recorrente, deve-se solicitar a triagem para imunodeficiências primárias e secundárias, incluindo-se aí a infecção pelo HIV.

34 Manutenção ou retorno da febre ao final do período de estado em doenças exantemáticas, em geral, refere-se a complicação proporcionada pelo próprio agente etiológico.

35 O neonato que, no décimo dia de vida, entrar em contato com um caso-índice de varicela em sua fase exantemática tem a chance de desenvolver varicela hemorrágica muito superior à da população geral.

36 Recomenda-se a quimioprofilaxia com penicilina por via oral a todos os contactantes quando do diagnóstico de um caso de escarlatina em uma sala de aula.

37 Um lactente que, durante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, apresenta-se, no quarto mês, com o dobro do peso de nascimento, começa a rolar de supino para prono e a ter preensão palmar voluntária apresenta um crescimento e desenvolvimento normal para a idade.

38 Considere a seguinte situação hipotética.

Uma mãe de uma criança com 30 dias de vida procurou o pediatra porque o bebê está evacuando com fezes amareladas, semilíquidas e explosivas sempre que mama, o que faz exclusivamente, sem outras queixas.

Essa situação representa o padrão normal de evacuação de uma criança que mama no seio.

39 Considere a seguinte situação hipotética.

Um lactente do segundo semestre, com história de diarreia com sangue há 5 dias, apresenta-se com sinais de gravidade em uma emergência. Ao exame físico, encontra-se pálido +3/4, hipotenso, edemaciado. Exames laboratoriais mostraram: hematócrito 20%, reticulócitos 5%, plaquetas 30.000/mm³, hemácias crenadas, Na 132 mEq/L, K 6 mEq/L, uréia 150 mg/dL e creatinina 2 mg/dL.

Nessa situação, o diagnóstico mais provável é de gastroenterite enteroinvasiva.

40 Quanto ao desenvolvimento sexual na adolescência, sabe-se que a menarca ocorre aproximadamente dois anos após a telarca.

Uma escolar com 15 anos de idade, há três meses, vem apresentando dor e inchaço em pequenas articulações de mãos e pés, acompanhada de quadro febril intermitente que desaparece espontaneamente, astenia e anorexia. Há aproximadamente 15 dias, percebeu inchaço nas pálpebras pela manhã, inchaço nas pernas e diminuição da quantidade de urina diária. Na sua história pregressa, não se observa nada digno de nota. O exame físico mostrou palidez cutaneomucosa, anasarca, hipertensão arterial, estertores crepantes em bases pulmonares, arritmia cardíaca com ritmo em 3 tempos e sopro sistólico em foco mitral, fígado a 4 cm do rebordo costal direito, doloroso a palpação. Exames laboratoriais preliminares mostravam: hemograma com 30% de hematócrito, glóbulos brancos 4.000/mm³, plaquetas 75.000/mm³, albumina sérica 2 g/dL, proteinúria de 24 horas 5 g, K sérico 6 mEq/L, Na sérico 129 mEq/L, uréia 196 mg/dL, creatinina 6 mg/dL, no exame de urina — proteinúria 4+ hemácias 10 por campo, radiografia do tórax mostrando aumento global de área cardíaca e infiltrado heterogêneo de bases.

Com base nas informações contidas no caso clínico hipotético acima descrito, julgue os itens que se seguem.

- 41 O diagnóstico histopatológico mais provável da nefropatia é de glomerulonefrite difusa aguda.
- 42 Dosagem de anticorpos antinuclear dupla hélice, anti-SM, antifosfolípeos e anti-Ro elevados confirmam o diagnóstico etiológico.
- 43 Os achados laboratoriais anemia, leucopenia e trombocitopenia se devem a agressão direta de auto-anticorpos ou à deposição de imunocomplexos contra a superfície dos eritrócitos, leucócitos e plaquetas.
- 44 A causa básica deve ser atribuída ao lúpus eritematoso sistêmico.
- 45 Deve-se iniciar a terapêutica específica com pulsos de prednisolona 30 mg/kg por dia, durante 3 dias.

Um escolar com 10 anos de idade foi encaminhado de uma unidade básica de saúde porque os pais estavam preocupados com sua altura, que achavam aparentemente menor que a de seus colegas da mesma idade e turma na escola. Nasceu vigoroso, com 39 semanas gestacionais, pesando 3.000 g e medindo 48 cm. Foi amamentado exclusivamente até os 6 meses, transitou para alimentos sólidos conforme orientação pediátrica, apresentava bom desempenho escolar e não tinha história pregressa de patologias. O exame físico mostrou que a criança não tinha desproporção entre os segmentos superior e inferior, media 120 cm de altura (menor que percentil 2,5 da altura para idade) e pesava 25 kg (P10 peso para idade). Um ano atrás, consultara-se, pelo mesmo motivo, na unidade básica de saúde, onde fora orientado pelo pediatra a acompanhar o crescimento, mas mesmo assim os pais continuavam muito preocupados. Naquela ocasião, a altura da criança era de 114 cm (menor que percentil 2,5 da altura para idade), no mesmo canal de crescimento na consulta atual. Na revisão da história, verificou-se que o pai media 165 cm, a mãe, 155 cm e um irmão, 160 cm.

Em face do quadro acima e considerando que o P 2,5 para a idade de 18 anos no sexo masculino é de 1,62 cm, julgue os seguintes itens.

- 46 A altura esperada para esta criança aos 18 anos é de 170 cm.
- 47 A velocidade de crescimento de 0,5 cm/mês no último ano deve ser considerada dentro do limite de normalidade.
- 48 Uma radiografia de punho e mão esquerdos, para avaliar a idade óssea, deve ser compatível com a idade cronológica.
- 49 O diagnóstico deverá ser de retardo constitucional do crescimento.
- 50 Essa criança deverá receber suplementação vitamínica e hormonal, esta última com hormônio do crescimento.

Um pré-escolar com 3 anos de idade, eutrófico, com esquema vacinal completo e histórico de hiper-reatividade brônquica desde os 12 meses de vida, apresentou-se na emergência de um hospital com crise de asma há 3 dias. A mãe relatou a ocorrência de sintomas diurnos frequentes (quase todo dia) e noturnos 2 vezes por semana, e dois internamentos por asma no último ano. No exame físico, foram observados um bom estado geral, alerta, dispnéia, com retrações subcostais e sibilos difusos; frequência respiratória de 45 irms e frequência cardíaca 115 bpm.

Com referência ao quadro clínico acima e com base no III Consenso Brasileiro de Asma, julgue os próximos itens.

- 51 A gravidade da crise é classificada como moderada.
- 52 A gravidade da doença é classificada asma persistente leve.
- 53 No tratamento da crise, deve-se oferecer beta 2 adrenérgico por via inalatória a cada 20 minutos, até 3 doses e oxigenoterapia 3 L/min.
- 54 Uma vez que a criança está em crise há 3 dias, deve-se associar corticoidoterapia por via venosa a fim de reduzir o processo inflamatório.
- 55 Deve-se administrar corticoidoterapia por via inalatória em altas doses nos períodos intercrises.

A grande redução da mortalidade infantil observada no final do século passado deveu-se, em parte, à adoção de estratégias de promoção e proteção da saúde, por meio de ações básicas voltadas para as crianças, enfocando o controle das doenças diarreicas e respiratórias, a vacinação universal, o estímulo ao aleitamento materno e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, este último visando identificar e tratar as crianças de risco nutricional. Tal estratégia modernizou-se e foi sistematicamente transformada em um programa de atenção às doenças prevalentes na infância que, no Brasil, se tornou conhecido como AIDPI, uma tecnologia de atenção primária de saúde que, aplicada em áreas carentes de recursos técnico-assistenciais, identifica e trata crianças ainda nas fases iniciais das doenças, reduzindo as enfermidades para formas menos graves e contribuindo para diminuir a taxa de mortalidade infantil. Nesse contexto e com base nas informações disponíveis na literatura, julgue os itens que se seguem.

56 Uma criança de 2 anos de idade e que apresente qualquer sinal de perigo deve ser urgentemente assistida e logo após encaminhada para o hospital mais próximo. De acordo com a estratégia AIDPI, os três sinais gerais de perigo são: não conseguir ingerir líquidos ou mamar, vomitar todo alimento ingerido e apresentar convulsão.

57 Considere que uma criança com 15 meses de vida, com queixa de tosse e dificuldade para respirar há dois dias, sem sinais de perigo, com frequência respiratória de 50 irrm, sem tiragem intercostal ou estridor, apresenta pneumonia grave. Nessa situação, a criança deve receber primeira dose de antibiótico e ser encaminhada para hospital de referência.

58 Considere que, no atendimento a uma criança com 9 meses de vida, com diarreia líquida sem sangue nas fezes há dois dias, o médico assistente observe que a criança está irritada, bebe avidamente, como se estivesse com muita sede, e que os olhinhos dela estão fundos. Nessa situação, de acordo com o programa AIDPI, o médico deve classificar o diagnóstico como desidratação, administrar sais de reidratação oral por 4 horas e, se, na reavaliação ao final, a criança estiver bem, dar alta, com retorno marcado para 5 dias, se não houver melhora.

59 No atendimento a uma criança com quadro de diarreia com sangue nas fezes, o médico deve oferecer um antibiótico contra a bactéria *Shigella sp* durante 5 dias, se houver comprometimento do estado geral, como febre alta, toxemia e até convulsão, e marcar o retorno para 2 dias.

60 Considere que, no atendimento a uma criança procedente do Distrito Federal, com febre há 48 horas, o médico observe que ela não apresenta sinais gerais de perigo, mas apenas rigidez de nuca. Nessa situação, de acordo com a estratégia AIDPI, trata-se de uma doença febril, e a criança deverá ser medicada com um antitérmico e retornar em 48 horas, se a febre persistir.