

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (FUB) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB)



APLICAÇÃO: 2019

MANHÃ

PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO
NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

CADERNO DE PROVA OBJETIVA

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno de prova, confira inicialmente se os seus dados pessoais, transcritos acima, estão corretos e coincidem com o que está registrado na sua **Folha de Respostas**. Confira também o seu nome em cada página numerada deste caderno de prova (desconsidere estas instruções, caso se trate de caderno de prova reserva). Em seguida, verifique se ele contém a quantidade de itens indicada em sua **Folha de Respostas**, correspondentes à prova objetiva. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito e(ou) apresente divergência quanto aos seus dados pessoais, solicite, de imediato, ao(à) aplicador(a) de prova mais próximo(a) que tome as providências necessárias.
- 2 Durante a realização da prova, não se comunique com outros(as) candidatos(as) nem se levante sem autorização de um(a) dos(as) aplicadores(as) de prova.
- 3 Na duração da prova, está incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer da prova — e ao preenchimento da **Folha de Respostas**.
- 4 Ao terminar a prova, chame o(a) aplicador(a) de prova mais próximo(a), devolva-lhe a sua **Folha de Respostas** e deixe o local de prova.
- 5 Nenhuma folha deste caderno pode ser destacada, exceto a **Folha de Respostas**, cujo cabeçalho será destacado pelo(a) chefe de sala ao final da prova, para fins de desidentificação.
- 6 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno ou na **Folha de Respostas** implicará a anulação da sua prova.

OBSERVAÇÕES:

- Não serão conhecidos recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.



UnB | HUB



Cebraspe

Centro Brasileiro de Pesquisa em Avaliação
e Seleção e de Promoção de Eventos

INFORMAÇÕES ADICIONAIS: 0(XX) 61 3448-0100 | www.cebraspe.org.br | sac@cebraspe.org.br

VOCE
SABIA?

O Cebraspe é o detentor exclusivo do **Método Cespe** de realização de avaliações, certificações e seleções. Esse método está em constante evolução, sendo desenvolvido e aperfeiçoado a partir de pesquisas acadêmicas, algoritmos, processos estatísticos e outras técnicas sofisticadas. Tudo isso para entregar resultados confiáveis, obtidos com inovação e alta qualidade técnica.

O CEBRASPE TRABALHA PARA OFERECER O MELHOR!

- Cada um dos itens da prova objetiva está vinculado ao comando que imediatamente o antecede. De acordo com o comando a que cada um deles esteja vinculado, 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 objetiva.
- Caso haja item(ns) constituído(s) pela estrutura **Situação hipotética**: ... seguida de **Assertiva**: ..., os dados apresentados como situação hipotética deverão ser considerados premissa(s) para o julgamento da assertiva proposta.
- Eventuais espaços livres — identificados ou não pela expressão “Espaço livre” — que constarem deste caderno de prova poderão ser utilizados para rascunho.

PROVA OBJETIVA

O sono inadequado pode comprometer o desenvolvimento físico da criança, sua capacidade cognitiva e afetar suas habilidades sociais. Com relação a esse distúrbio, julgue os itens a seguir.

- 1 O distúrbio de associação do sono pode acometer crianças entre seis meses e três anos de idade e está relacionado, geralmente, a condições denominadas associações positivas, tais como usar chupeta e abraçar um brinquedo, ou negativas, como tomar mamadeira, assistir TV, dormir na cama dos pais. O tratamento comportamental costuma ser efetivo nesse caso.
- 2 A sonolência excessiva diurna entre crianças e adolescentes, considerada um importante problema de saúde pública, é definida como uma condição, durante a vigília, em que há uma necessidade aumentada de sono. Entre os fatores externos determinantes do padrão de sono incluem-se o horário escolar e as atividades extracurriculares.
- 3 A narcolepsia é um distúrbio do sono associado a um controle inadequado do sono não REM (*rapid eye movement*), que se manifesta por episódio de sono recorrente e irresistível, cataplexia, alucinações hipnagógicas e pesadelos.
- 4 Tanto na síndrome da apneia/hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS), quanto na síndrome da resistência aumentada da via aérea superior (RAVAS) ocorrem apneias e hipopneias francas.
- 5 As queixas de movimento anormal durante o sono são relativamente comuns nas crianças, incluindo-se entre as parassonias associadas ao sono REM (*rapid eye movement*) o sonambulismo, o despertar confusional e o terror noturno.

Uma criança de oito anos de idade em crise convulsiva foi admitida no pronto atendimento pediátrico. Os pais relataram que a criança apresentou olhar parado, tremores por todo o corpo e que estava “roxinha” havia mais de 30 minutos. Na avaliação física, foi constatado estado de mal epilético generalizado convulsivo. Não havia antecedentes patológicos importantes.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens que se seguem.

- 6 O estado de mal epilético apresentado pela criança é definido como uma crise epilética com duração igual ou superior a 30 minutos ou como crises epiléticas recorrentes sem recuperação da consciência. A conduta terapêutica nesse caso deve ser iniciada somente 30 minutos após o início da crise.
- 7 A abordagem inicial no caso desse paciente inclui a manutenção das vias aéreas, o controle de sinais vitais e de temperatura, a verificação da glicemia e(ou) outro distúrbio metabólico e a avaliação da possibilidade de infecção ou intoxicação por drogas.
- 8 A punção lombar é indicada para todos os pacientes em estado de mal epilético, principalmente para o diagnóstico de infecção do sistema nervoso central ou nos casos de hemorragia subaracnoídea, haja vista a ocorrência de pleocitose no líquido cefalorraquidiano, nesse contexto, ser sugestiva de encefalite.

9 No caso específico desse paciente, é desnecessário realizar eletroencefalograma para definição diagnóstica. Entretanto, esse exame será essencial caso o paciente permaneça em coma após o controle do estado de mal epilético ou se a utilização de drogas sedativas impedir a realização do exame neurológico ou, ainda, se houver necessidade de indução farmacológica do coma.

10 Há vários protocolos para tratamento medicamentoso do estado de mal epilético na infância, sendo o benzodiazepínico o fármaco de primeira linha utilizado em todas as faixas etárias, incluindo a faixa neonatal.

11 As principais complicações sistêmicas que poderão ocorrer decorrentes do estado de mal epilético são: hipóxia, hipocalemia, hipotensão pulmonar, rabdomiólise e hipertensão arterial.

O desenvolvimento embriológico e fetal do sistema nervoso é influenciado por fatores genéticos e ambientais que agem sobre as células nervosas estimulando o crescimento, a migração e a diferenciação dessas células. Alguns desses processos são finalizados no interior do útero, enquanto outros continuam durante anos após o nascimento. A respeito do desenvolvimento embriológico e fetal do sistema nervoso, julgue os itens subsecutivos.

12 No estágio embrionário, ocorrem a neurulação primária, a neurulação secundária e a formação do prosencéfalo. A neurulação secundária inicia-se entre a quinta e sexta semanas através do processo de indução e interação do mesoderma notocordal e precordial com o cérebro anterior.

13 O fechamento incompleto do tubo neural acarreta malformação do desenvolvimento espinhal ou do encéfalo. Nesse grupo, incluem-se anomalias como: mielomeningocele, espinha bífida oculta e esquizencefalia.

14 A primeira etapa do processo de proliferação celular, o qual persiste na fase migratória, corresponde à multiplicação glial na camada ventricular, e a segunda etapa, à movimentação centrífuga para preenchimento da camada cortical. São exemplos clínicos desse distúrbio a hipoplasia cerebelar e a agenesia do corpo caloso.

Em cada um dos itens a seguir, é apresentado um caso clínico acerca da paralisia flácida aguda na faixa etária pediátrica, seguido de uma assertiva a ser julgada.

- 15 Pedro, de dez anos de idade, foi atendido no pronto-socorro com quadro de perda de força muscular ascendente, iniciada nos membros inferiores havia 72 h. Os pais relataram que Pedro apresentou quadro gripal cerca de duas semanas antes do início dos sintomas. Ao exame físico, a criança estava consciente e cooperativa, apresentava diparesia facial e fraqueza, tanto nos membros superiores quanto nos inferiores, acompanhada de arreflexia. A análise do líquido cefalorraquidiano e a eletroneuromiografia resultaram normais na admissão. Os achados caracterizam lesão de neurônio motor inferior. Nesse caso clínico, o diagnóstico mais provável é a polirradiculoneuropatia aguda inflamatória ou síndrome de Guillain-Barré.
- 16 Márcio, de treze anos de idade, foi levado à unidade de urgência, com quadro de paraplegia súbita, alteração de sensibilidade abaixo do umbigo e arreflexia em membros inferiores. Apresentava dor torácica e distúrbio esfinteriano. Na evolução do quadro, foi constatada hiper-reflexia patelar e aquiliana, além do sinal de Babinski. Nesse caso clínico, tais achados sugerem comprometimento medular no nível torácico.
- 17 Juliana, de oito meses de idade, foi encaminhada à unidade de terapia intensiva devido ao quadro agudo de hipotonia global, letargia, apneia e paralisia bulbar. Ao exame físico, foram constatados oftalmoparesia, fraqueza facial e diminuição dos reflexos tendinosos profundos. A eletroneuromiografia, realizada com teste de estimulação de alta frequência mostrou um padrão de incremento dos potenciais de ação musculares compostos, compatível com doença da junção neuromuscular. Nesse caso clínico, a principal hipótese diagnóstica é botulismo.

Crianças com distúrbios do sistema musculoesquelético podem apresentar dor, edema, perda de função ou deformidade. A respeito dos transtornos ortopédicos na criança e no adolescente, julgue os próximos itens.

- 18 O talipe equinovaro ou pé-torto apresenta três características principais: flexão plantar do pé na articulação do tornozelo (equinismo), deformidade de inversão do calcanhar (varo) e desvio medial do antepé (aduto).
- 19 A luxação congênita do quadril afeta mais o lado direito que o lado esquerdo do quadril e ocorre entre 5% e 10% dos recém-nascidos. A displasia ocorre de forma progressiva com o crescimento, a menos que seja corrigida precocemente.
- 20 O torcicolo agudo pode ocorrer depois de uma infecção respiratória superior e acarretar edema nas vértebras cervicais C1 e C2, favorecendo a subluxação rotatória da coluna. Essa condição é conhecida por síndrome de Grisel e o diagnóstico é feito pelos achados de tomografia computadorizada da coluna cervical.
- 21 O exame de rastreio para detecção da escoliose é feito solicitando-se à criança que se incline para frente em 90 °C, com as mãos juntas na linha média. Qualquer curvatura torácica à esquerda deve levantar a suspeita de doença neurológica, sendo necessária a realização de um exame neurológico imediato e metuculoso.
- 22 A doença de Legg-Calvé-Perthes ou necrose avascular do fêmur proximal incide com maior frequência na faixa etária entre quatorze e dezoito anos de idade e apresenta como sintoma mais comum dor persistente e marcha claudicante. Entre os diagnósticos diferenciais, estão a inflamação, a infecção e a displasia.

A identificação dos erros inatos do metabolismo, que consistem em defeitos de transmissão genética cuja patogênese reside no acúmulo de um substrato enzimático anterior a um bloqueio metabólico ou à deficiência de um produto da reação, tem aumentado de forma expressiva nos últimos anos. A respeito desse assunto, julgue os itens que se seguem.

- 23 São quadros de suspeita de erro inato do metabolismo sintomas desencadeados por mudanças na dieta; regressão do desenvolvimento; história de consanguinidade parental; antecedente de morte inexplicável em familiares de primeiro grau.
- 24 A galactosemia clássica é causada pela deficiência quase total de galactose-1-fosfato uridiltransferase. O início da doença é marcado por vômitos, icterícia, hepatomegalia com evolução para cirrose. Apraxia da fala e insuficiência ovariana ocorrem, frequentemente, mesmo com a instituição do tratamento de uma dieta sem galactose.
- 25 Nos distúrbios da cadeia respiratória, os pacientes podem apresentar sinais inespecíficos como hipotonia, deficiência de crescimento, acidose tubular renal. A leucodistrofia metacromática enquadra-se nesse grupo.

Uma criança de três anos de idade foi levada a um pronto-socorro apresentando, havia menos de 48 horas, marcha de base alargada e incoordenação na deambulação, com dificuldade de controle dos movimentos finos e dismetria.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 26 A ataxia cerebelar aguda pós-infecciosa é a causa mais provável desses sintomas nessa faixa etária.
- 27 Caso a criança apresente tendência de queda para o lado direito, isso será indicativo de provável acometimento do hemisfério cerebelar ipsilateral.
- 28 Se a criança apresentar lesões hiperintensas nas sequências de T1 e *flair* em regiões de substância branca subcortical, cerebelo e gânglios da base, será correto aventar como provável o diagnóstico de encefalomielite disseminada aguda.
- 29 Os agentes mais comuns da cerebelite aguda são o rotavírus, *Mycoplasma* e herpes vírus humano tipo 6.

Uma criança de cinco anos de idade, moradora de zona rural, foi levada a unidade de emergência após ter sido picada por uma cobra no terço distal da perna direita. A lesão apresentava-se dolorosa, edemaciada, com bolhas, mas sem áreas de necrose. Não havia evidência de hemorragia e o tempo de coagulação estava discretamente alterado.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 30 O caso ilustra acidente crotálico, que é o tipo de acidente ofídico mais frequente no Brasil.
- 31 O caso em tela mostra um acidente ofídico classificado como moderado.
- 32 Deve-se administrar à criança de 4 a 8 ampolas de soro antiofídico específico.
- 33 A permanência da alteração do tempo de coagulação por mais de 24 horas após a soroterapia é esperada, mas não se devem administrar doses adicionais de soro antiofídico.

Adolescente do sexo masculino, com treze anos de idade, foi levado a consulta ambulatorial, com queixa de baixa estatura e atraso no desenvolvimento puberal. Para sua idade, o adolescente apresentava IMC no percentil 20 e estatura no percentil 40. Ele afirmou ser fisicamente ativo e participar de treinamentos regulares de futebol.

A partir desse caso clínico, julgue os itens subsecutivos.

- 34 Se o estadiamento puberal desse adolescente for G1P1, então será correto diagnosticá-lo com atraso puberal.
- 35 A relação aumentada (acima de 1,3) entre a medida do segmento superior e a medida do segmento inferior durante o período dos oito anos de idade até o final da puberdade é considerada normal.
- 36 Caso inexistam sinais de entrada na puberdade, uma velocidade de crescimento de 5 cm/ano no último ano deverá ser considerada normal.
- 37 Atraso de um ano na idade óssea será indicativo de possível deficiência do hormônio do crescimento.
- 38 O treinamento resistido nessa faixa etária é prejudicial ao crescimento e não deve ser prescrito.

Uma criança de oito anos de idade, com diagnóstico de asma, foi encaminhada a um pediatra por apresentar, havia 4 semanas, sintomas de asma diurnos, por mais de três vezes por semana, e limitação para a prática de atividade física. Desde o início desses sintomas, ela passou a fazer uso de broncodilatador de curta duração. A criança não havia tido despertares noturnos durante esse período.

Acerca do caso clínico precedente, julgue os itens a seguir.

- 39 Os dados clínicos apresentados são suficientes para classificar esse quadro de asma como não controlado.
- 40 Caso a criança esteja em uso de corticoide inalatório em baixa dose, é recomendável duplicar a dose desse fármaco.
- 41 Caso a criança use beclometasona inalatório acima de 400 mcg por dia, ou outro corticoide equivalente, suas medidas antropométricas deverão ser monitoradas ao longo do tratamento, pois o uso crônico desses medicamentos pode afetar o crescimento longitudinal.
- 42 A redução do uso de medicamentos de controle só deve ser realizada em caso de controle completo dos sintomas por mais de 12 meses.

Lactente de nove meses de idade foi atendido no pronto-socorro de pediatria com quadro de febre alta, persistente havia 3 dias, tosse seca e intensa, coriza hialina e fotofobia. No exame físico, a criança estava prostrada e apresentava enantema e pequenas lesões branco-azuladas em mucosa jugal, conforme oroscopia, além de hiperemia conjuntival e lacrimejamento intenso.

Considerando esse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 43 A exposição dessa criança ao agente infectante provavelmente ocorreu mais de 15 dias antes do início dos sintomas.
- 44 O exantema típico dessa doença aparece posteriormente ao aparecimento das lesões em mucosa jugal e inicia-se em região retroauricular, evoluindo rapidamente para a face e para a região cervical.
- 45 Haja vista sua idade, a criança deveria estar imunizada contra o agente etiológico da doença que a acometeu.
- 46 A criança deve ser colocada em isolamento respiratório até 4 dias após o aparecimento do exantema.

Lactente de um ano de idade foi atendido em consultório pediátrico, com quadro de baixo peso e sintomas gastrointestinais, como vômitos e diarreia, ocorridos sempre após o consumo de fórmula de seguimento com proteína do leite de vaca, segundo os pais da criança. Os sintomas apareceram havia um mês, após a introdução da fórmula de seguimento. Os pais negaram presença de enterorragia. Não havia sinais de proctocolite no exame físico.

A partir do caso clínico precedente, julgue os itens a seguir.

- 47 Alérgenos com epítomos conformacionais tendem a apresentar um potencial alergênico mais persistente e resistente que o de alérgenos com epítomos lineares.
- 48 O mecanismo fisiopatológico da doença apresentada pelo lactente tem como principal característica ser mediado por células.
- 49 A condição clínica desse lactente apresenta remissão de mais de 50% até os três anos de idade, principalmente em pacientes com sintomas exclusivamente gastrointestinais.
- 50 No tratamento desse lactente, devem-se suspender fórmulas extensamente hidrolisadas em associação com a lactose, devido à relação direta entre a alergia à proteína do leite de vaca e a intolerância à lactose.

Uma menina de três anos de idade foi levada por sua mãe a um posto de saúde, para consulta de puericultura, devido ao aparecimento de mamas na criança. No exame físico, foram identificados: presença de mama; ausência de pelos pubianos (Tanner M2 P1); ausência de oleosidade excessiva na face; curvas de crescimento no P50; abdome depressível e sem visceromegalias. A criança estava eupneica, eucárdica, hidratada e afebril.

Considerando o caso clínico precedente, julgue os itens a seguir.

- 51 A presença de mamas e a ausência de outros sinais puberais nessa faixa etária definem o diagnóstico de telarca precoce.
- 52 As dosagens hormonais de LH e FSH (basais) são exames utilizados para confirmação do diagnóstico de telarca precoce.
- 53 Uma radiografia de mão e punho deve ser realizada, para avaliação da compatibilidade da idade óssea com a idade cronológica da criança. Se houver essa compatibilidade, o tratamento deverá ser expectante.

Uma criança de nove anos de idade foi levada por seus pais a emergência hospitalar, por apresentar dor periumbilical, febre moderada e anorexia. No exame físico, foram notadas fácies de sofrimento e dor intensa à palpação da fossa ilíaca direita. A criança evitava se movimentar e permanecia quieta no leito. O médico plantonista suspeitou de apendicite aguda.

Com relação a esse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 54 Deve-se solicitar uma urocultura e iniciar tratamento medicamentoso com sulfametoxazol/trimetropim, para prevenir contaminação das vias urinárias.
- 55 A ultrassonografia abdominal, executada por observador experiente, é o exame mais útil para o diagnóstico nesse caso.
- 56 Havendo fecalito em radiografia de abdome dessa criança, sugere fortemente o diagnóstico de apendicite aguda.

Um lactente de um ano e seis meses de idade foi levado ao pronto-socorro por apresentar quadro de obstrução nasal, coriza e febre havia 3 dias. A mãe relatou que tinha notado uma elevação muito rápida da febre e que a criança havia apresentado uma convulsão generalizada. No exame físico, a criança estava febril, um pouco sonolenta, hidratada e reativa, sem sinais meníngeos ou outros focos infecciosos. Segundo a mãe, havia histórico de caso semelhante em um irmão da criança.

Considerando o caso clínico precedente, julgue os itens subsequentes.

- 57 Devido à faixa etária desse paciente, um eletroencefalograma (EEG) deve ser solicitado.
- 58 O quadro clínico do lactente é benigno, apesar da possibilidade de ocorrência de nova crise, durante episódio febril, até a idade de seis anos.
- 59 Indica-se iniciar o uso de anticonvulsivante profilático, por 6 meses a 24 meses.
- 60 O histórico do irmão do lactente reforça o diagnóstico de crise febril.

Joana, de trinta e três anos de idade, foi diagnosticada com tuberculose pulmonar há um mês e encontra-se em tratamento. Ela tem três filhos: Joaquim, de um ano e dois meses de idade (lactente); Clara, de cinco anos de idade; e Pedro, de quatorze anos de idade. Todos os filhos passaram recentemente por radiografia de tórax, PPD e avaliação sintomática. Joaquim está assintomático respiratório, com PPD de 6 mm, e sua radiografia resultou normal. Clara está em tratamento de pneumonia há três semanas, sem melhora. Sua radiografia apresenta opacidade em todo o lobo inferior direito, e seu PPD é de 10 mm. Pedro está com tosse produtiva há um mês, sua radiografia de tórax apresenta áreas de opacidade e cavitações no ápice direito, e seu PPD é de 15 mm. Todos são vacinados para BCG e têm a cicatriz.

Acerca da conduta em relação ao diagnóstico e tratamento da tuberculose e ao manejo das crianças e do adolescente da família em questão, julgue os próximos itens.

- 61 Joaquim deve iniciar o tratamento para tuberculose latente, por ter risco elevado de desenvolver essa doença.
- 62 O tratamento da tuberculose pulmonar para Pedro deve ser o mesmo indicado para adultos, no esquema RIPE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol).
- 63 Clara deve iniciar o tratamento de tuberculose latente com isoniazida, uma vez que ela já está em tratamento para pneumonia.
- 64 Deve-se indicar a Joaquim a repetição do PPD dentro de 12 semanas, para investigação de eventual viragem tuberculínica.
- 65 O teste rápido molecular para o diagnóstico da tuberculose e resistência a rifampicina permite o diagnóstico da doença em duas horas.
- 66 No Brasil, o diagnóstico de tuberculose em crianças com idade abaixo de dez anos é feito por um sistema de escore que considera o quadro clínico e radiológico, contato com pessoas infectadas, PPD e estado nutricional. A interpretação desse parâmetro é: < 25 (diagnóstico pouco provável); entre 30 e 35 (diagnóstico possível); e > 40 (diagnóstico muito provável).

Um menino de dez anos de idade, diagnosticado com asma havia dois meses e em tratamento com antileucotrieno (5 mg) e salmeterol + fluticasona (25/125 mcg), três jatos pela manhã e dois jatos à noite, compareceu a consulta referindo ter duas crises ao mês. O teste de controle de asma foi igual a 19. Foram solicitados a ele espirometria, hemograma e IgE sérica total.

Considerando o caso clínico precedente, julgue os itens a seguir, com base na GINA (Global Initiative for Asthma).

- 67 O caso é de asma grave, haja vista a etapa de tratamento em que o paciente se encontra.
- 68 Conforme o referido resultado do teste de controle de asma, o paciente apresenta-se com asma parcialmente controlada.
- 69 Antes de aumentar a dose de corticoide inalatório, o médico deve verificar se houve boa adesão ao tratamento, se a técnica está correta e se há fatores desencadeantes e comorbidades.
- 70 O resultado esperado da espirometria desse paciente é de distúrbio restritivo com resposta significativa ao broncodilatador.
- 71 É esperado que o hemograma desse paciente demonstre equilíbrio entre as quantidades de eosinófilos e neutrófilos, além de IgE baixa, uma vez que a asma na população infantil é não atópica.
- 72 É recomendado acrescentar ao tratamento deste paciente o tiotrópio inalatório, na dose de dois *puffs* ao dia.

Um menino de quatro anos de idade, desnutrido, cuja família tem grande vulnerabilidade social e pobreza, frequenta uma creche pública diariamente em período integral. Segundo relato de funcionárias da instituição, ele tem apresentado episódios recorrentes de disenteria e prolapso retal.

Considerando o caso clínico precedente, julgue os itens que se seguem.

- 73 A parasitose intestinal mais compatível com o quadro clínico descrito é a tricuriase.
- 74 Pacientes com tricuriase podem apresentar crises de urticárias e eosinofilia no sangue periférico, que cedem com a eliminação dos vermes.
- 75 Em razão da vulnerabilidade social e da pobreza, a enterobíase é a parasitose mais provável nesse caso.

Com relação a meningites e meningoencefalites na infância, julgue os itens a seguir.

- 76 No Brasil, são mais frequentes as meningites de etiologia viral.
- 77 Apesar da introdução das vacinas contra o *H. influenza*, contra o pneumococo decavalente e contra o meningococo C no calendário de imunizações do Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde, o *Streptococcus pneumoniae* e a *Neisseria meningitidis* ainda permanecem como os agentes etiológicos mais frequentes da meningite bacteriana.
- 78 Importante para o diagnóstico de meningite e para a definição de sua etiologia, a punção lombar para análise do líquido cefalorraquidiano deve ser precedida de exame de imagem se o paciente apresentar imunocomprometimento, derivação ventricular, rebaixamento do nível de consciência, crise convulsiva, sinais neurológicos focais ou bradicardia com hipertensão.

79 Situação hipotética: Uma criança com cinco anos de idade foi admitida em serviço de pronto atendimento com quadro de febre, cefaleia, vômitos frequentes e rigidez de nuca. Apresentava bom estado geral, classificava-se na escala de coma de Glasgow 15, estava consciente e orientado. Não houve outras alterações no seu exame segmentar. Foi realizada punção lombar, que apresentou os seguintes resultados: hemácias = 0 mm^3 , leucócitos = 100 mm^3 (95% linfócitos); bioquímica – proteína = 20 mg/dL, glicose = 70 mg/dL; bacterioscopia negativa; glicose sérica = 80 mg/dL. **Assertiva:** Nessa situação, deve ser iniciado tratamento com aciclovir.

Com relação à dengue, julgue os itens que se seguem.

- 80** A presença de sangramento é o principal determinante de gravidade e mortalidade dessa doença.
- 81** Entre os quatro sorotipos conhecidos do vírus da dengue, os sorotipos DENV-2 e DENV-3 são os mais frequentemente envolvidos nas formas graves da doença, as quais resultam de infecções secundárias heterotípicas.
- 82** A infecção por um dos sorotipos da dengue promove imunidade definitiva contra esse sorotipo e imunidade temporária, de curta duração, contra os demais sorotipos.
- 83 Situação hipotética:** Um paciente de quatro anos de idade com quadro clínico de dengue clássico retornou a unidade de saúde para reavaliação programada no quinto dia após o início da febre. Seus exames laboratoriais realizados no quarto dia da doença apresentaram os seguintes resultados: hematócrito = 34%; leucócitos = 2.400 mm^3 ; plaquetas = 110.000 mm^3 . O paciente estava afebril havia 36 h e apresentava apenas astenia e *rash* cutâneo pruriginoso. Aceitava bem a hidratação oral prescrita. Na ocasião do retorno, foram realizados novos exames laboratoriais, que mostraram os seguintes resultados: hematócrito = 39%; leucócitos = 3.200 mm^3 ; plaquetas = 110.000 mm^3 . A prova do laço teve resultado negativo. **Assertiva:** Nessa situação, o diagnóstico é de dengue com sinais de alarme. O paciente deve ser internado para receber hidratação venosa.

Um paciente de quatro anos de idade em acompanhamento após diagnóstico de dengue foi internado para hidratação e observação. Seus exames mostraram albumina sérica de 2,3 g/dL, radiografia de tórax com derrame pleural e ecografia abdominal com presença de ascite moderada. O paciente estava em regular estado geral, corado, hidratado, com frequência cardíaca de 110 bpm, frequência respiratória de 25 irpm, pressão arterial de 100 mmHg × 60 mmHg, pulsos cheios, tempo de enchimento capilar menor que 2 segundos e fígado palpável a 1 cm do rebordo costal direito.

Após 12 h do início da reposição hídrica, o paciente apresentou edema bupalpebral, apagamento da cicatriz umbilical e edema de dorso de mãos, pés e genitália externa, mantendo-se em estado geral regular, corado e hidratado, com frequência cardíaca de 112 bpm, frequência respiratória de 28 irpm, pressão arterial de 90 mmHg × 60 mmHg, pulsos cheios, tempo de enchimento capilar menor que 2 segundos e fígado palpável a 1 cm do rebordo costal direito. Conforme novo exame laboratorial realizado, ele apresentava hematócrito = 39%.

A respeito do caso clínico precedente, julgue os itens subsequentes.

- 84** O quadro desse paciente deve ser classificado como de dengue grave.
- 85** Como o paciente mostra sinais de hiper-hidratação, o médico deverá suspender a reposição volêmica endovenosa e prescrever hidratação oral.

Acerca do sarampo, julgue os próximos itens.

- 86** Deve ser considerado caso suspeito de sarampo o indivíduo que, independentemente da idade ou da situação vacinal, apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhado de um ou mais dos seguintes sintomas: tosse e(ou) coriza e(ou) conjuntivite.
- 87** O exantema característico do sarampo é do tipo maculopapular de distribuição cefalocaudal, poupa regiões palmoplantares e surge no início do quadro, acompanhado de febre alta, sintomas respiratórios e conjuntivite.
- 88** As manchas de Koplic são patognômicas do sarampo e surgem no final do período prodromico.
- 89** São complicações frequentes do sarampo em crianças: pneumonia, laringotraqueobronquite, otites e diarreia. A persistência de febre por mais de três dias após o início do exantema é um sinal de alerta para o surgimento de complicações.
- 90** Paciente hospitalizado deve ser mantido em isolamento respiratório de aerossol até quatro ou cinco dias após o surgimento do exantema.
- 91** A utilização da vitamina A por via oral é indicada para todos os pacientes com diagnóstico de sarampo.

Cada um dos itens a seguir apresenta uma situação hipotética, seguida de uma assertiva a ser julgada, a respeito de anormalidades nefrológicas e urológicas comuns da infância.

- 92** Paciente com três meses de idade foi internado com quadro clínico de sepse bacteriana. Em urocultura coletada por sonda vesical antes do início do tratamento, identificou-se *E. coli*. Nessa situação hipotética, de acordo com as recomendações do NICE (National Institute for Health and Care Excellence), deve-se investigar o trato urinário do paciente mediante os seguintes exames: ultrassonografia renal e de vias urinárias, durante a fase aguda da infecção; uretrocistografia miccional; e cintilografia renal estática com DMSA, entre quatro meses e seis meses após a sepse.
- 93** Foi recebido na sala de parto um recém-nascido a termo, adequado para a idade gestacional e que apresentava exame físico normal. Ultrassonografia pré-natal realizada no terceiro trimestre da gestação mostrava a presença de hidronefrose, com diâmetro anteroposterior da pelve de 8 mm, sem outras anormalidades. Nessa situação hipotética, a conduta ideal será a realização de ultrassonografia nas primeiras 48 h de vida do recém-nascido.
- 94** Paciente do sexo masculino, de onze meses de idade, foi admitido em unidade de saúde com quadro de parafimose, após massagem realizada por sua mãe. Nessa situação hipotética, ainda que a parafimose seja reduzida com manobras manuais, o paciente deverá ser encaminhado para realização eletiva de postectomia.
- 95** Um menino com quarenta e cinco dias de idade foi atendido em unidade de pronto-atendimento com quadro de choro inconsolável e vômitos frequentes havia 4 h. Seu abdome estava tenso e doloroso. Os ruídos hidroaéreos estavam aumentados. No exame clínico, foi identificado um abaulamento na região inguinoescrotal direita, sem sinais flogísticos. Nessa situação hipotética, deve-se solicitar uma ultrassonografia inguinal com *doppler*, para diagnóstico diferencial do escroto agudo.

96 Um menino com sete anos de idade foi levado a consulta médica por nunca ter obtido controle esfinteriano urinário noturno. Ele obteve controle urinário diurno com cerca de três anos de idade. Urinava cerca de seis vezes ao dia e não apresentava disúria ou urgência miccional. Nessa situação hipotética, o diagnóstico é de enurese primária monossintomática, havendo, provavelmente, história familiar de atraso na obtenção da continência urinária noturna.

Julgue os itens a seguir, quanto ao diagnóstico de patologias comuns no período neonatal.

97 **Situação hipotética:** Mulher primigesta, com idade gestacional de trinta semanas e pré-natal adequado, deu à luz por parto cesáreo, indicado por descolamento prematuro de placenta. O recém-nascido pesava 1.200 g. O boletim de Apgar foi de 7, no primeiro minuto de vida do recém-nascido, e de 9, no quinto minuto. Com 15 minutos de vida, o recém-nascido passou a apresentar desconforto respiratório, que se agravou nas 2 h seguintes. Radiografia de tórax mostrou uma hipotransparência difusa com broncogramas aéreos.

Assertiva: Nessa situação hipotética, o mecanismo fisiopatológico que deu origem ao quadro clínico do recém-nascido consiste em imaturidade bioquímica pulmonar, desenvolvimento pulmonar incompleto e complacência exagerada da caixa torácica.

98 **Situação hipotética:** Mulher com idade gestacional de trinta e duas semanas, com pré-natal adequado, deu à luz por parto cesáreo, realizado por indicação materna. O peso de nascimento do recém-nascido era 1.000 g (classificado como pequeno para a idade gestacional). A mãe, portadora de hipertensão arterial crônica de difícil controle, recebera duas doses de betametasona antes do parto. Imediatamente após o nascimento, o recém-nascido passou a apresentar esforço respiratório, taquipneia com tiragem subcostal e intercostal, e batimentos de asas de nariz. Recebeu oxigenioterapia por pronga nasal com pressão positiva contínua na via aérea (CPAP) a 30% por 24 h e a seguir por capacete de HOOD com FiO₂ a 30% por mais 24 h. Com isso, houve melhora significativa do quadro. **Assertiva:** Nessa situação hipotética, o diagnóstico inicial mais provável é de doença das membranas hialinas.

99 Para prevenção da síndrome de aspiração meconial, o pediatra deve realizar a aspiração de boca e hipofaringe por visualização direta, seguida da aspiração da traqueia por cânula traqueal, em todos os recém-nascidos que, ao nascimento, tenham apresentado líquido amniótico meconial e respiração irregular/ausente ou frequência cardíaca < 100 bpm.

100 **Situação hipotética:** Recém-nascido a termo, com idade gestacional de quarenta semanas, nasceu por parto a fórceps após período expulsivo prolongado. Nasceu deprimido, hipotônico e sem movimentos respiratórios, por isso se procedeu à entubação, massagem cardíaca externa e adrenalina intratraqueal para sua recuperação. O índice de Apgar no primeiro, no quinto e no décimo minutos de vida do recém-nascido foi, respectivamente, de 1, 4 e 8. Ele foi internado em unidade de terapia intensiva neonatal, para ventilação mecânica, com FiO₂ 60%. Apresentava saturação de oxigênio de 91% em membro superior direito e de 84% em membros inferiores. **Assertiva:** Nessa situação hipotética, o diagnóstico inicial deve ser de cardiopatia congênita crítica, devendo ser iniciada infusão de prostaglandina endovenosa até a realização de ecocardiograma.

Espaço livre