

### SELEÇÃO PARA ADMISSÃO DE RESIDENTES – 2007

#### Programas

Endocrinologia Pediátrica (R3)

Medicina do Adolescente (R3)

Reumatologia Pediátrica (R3)

Código: **5.1.5**

Aplicação: 9/12/2006

#### LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno, confira se ele contém **cinquenta** itens, correspondentes à prova objetiva do exame de habilidades e de conhecimentos, 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: 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/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 **10/12/2006**, a partir das 10 horas (horário de Brasília) – Gabaritos oficiais preliminares da prova objetiva: Internet — [www.cespe.unb.br/concursos/hubresidencia2006](http://www.cespe.unb.br/concursos/hubresidencia2006) — e quadros de avisos do CESPE/UnB.
- II **11 e 12/12/2006** – Recursos (prova objetiva): exclusivamente no Sistema Eletrônico de Interposição de Recurso, Internet — [www.cespe.unb.br/concursos/hubresidencia2006](http://www.cespe.unb.br/concursos/hubresidencia2006).
- III **15/12/2006** – Resultado final da prova objetiva e convocação para a entrega da documentação para análise e defesa de currículo: Internet — [www.cespe.unb.br/concursos/hubresidencia2006](http://www.cespe.unb.br/concursos/hubresidencia2006).

#### OBSERVAÇÕES

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o estabelecido no item 10 do Edital n.º 8/2006 – HUB/Residência, de 5/10/2006.
- Informações relativas à seleção poderão ser obtidas pelo telefone 0(XX) 61 3448-0100, pela Internet — [www.cespe.unb.br/concursos/hubresidencia2006](http://www.cespe.unb.br/concursos/hubresidencia2006) ou na Central de Atendimento do CESPE/UnB.
- 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

Durante o atendimento a um trabalho de parto, o obstetra relatou ao pediatra neonatal que, após a rotura espontânea da bolsa amniótica, ele havia observado líquido amniótico meconial espesso saindo pelo canal do parto. Segundo o relato do obstetra, o trabalho de parto estava em estágio avançado, por isso o parto ocorreu por via vaginal. O neonato nasceu sem respirar, com frequência cardíaca abaixo de 60 batimentos por minuto e envolto em mecônio espesso. No quinto minuto após o nascimento, o boletim de Apgar do neonato era 3.

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

- 1 O obstetra deverá aspirar com uma pêra as vias aéreas do neonato — primeiro as narinas e depois a boca — imediatamente após o desprendimento da cintura escapular.
- 2 A primeira medida a ser tomada pelo pediatra neonatal, após posicionar o neonato sob calor radiante, será aspirar a traquéia do neonato sob visualização direta com uma sonda orogástrica de grosso calibre, apenas se houver mecônio visível.
- 3 O pediatra neonatal deverá inicialmente ventilar esse neonato por meio de ventilação com pressão positiva, máscara e oxigênio.
- 4 No caso de a frequência cardíaca do neonato estar acima de 60 batimentos por minuto, não está indicada a instauração de massagem cardíaca externa, após a criança ter recebido, pelo menos, 15 a 30 segundos de ventilação artificial efetiva.
- 5 Complicações pulmonares e neurológicas são freqüentes em neonatos nascidos em situações como a descrita.

Uma gestante grande múltipara, isoimunizada pelo fator Rh, teve indicada a interrupção da gestação na 34.<sup>a</sup> semana gestacional porque uma ultra-sonografia com dopplerfluxometria mostrou uma taquicardia fetal importante, compatível com anemia. O parto ocorreu por via cesariana, a criança nasceu vigorosa, sem dificuldade respiratória e foram prestados os cuidados de rotina na sala de parto.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 6 O obstetra deve clampar imediatamente o cordão umbilical a fim de diminuir ou evitar a passagem de mais anticorpos anti-D para a corrente sanguínea do recém-nascido.
- 7 Em casos como o descrito, os únicos exames obrigatórios no momento do parto são a tipagem sanguínea e a dosagem de bilirrubina do sangue do cordão.
- 8 A quantidade de bilirrubina no sangue do cordão a partir da qual é indicada realização imediata de exsanguinotransfusão é de 6 mg/dL.
- 9 Velocidade de hemólise acima de 0,5 mg/h nas primeiras 24 horas de vida pós-natal indica realização de exsanguinotransfusão.
- 10 *Kernicterus* é uma complicação/seqüela neurológica da doença hemolítica perinatal imune e resulta da impregnação do córtex cerebral por bilirrubina indireta.

Um neonato, grande para a idade gestacional, filho de mãe não-diabética, nascido de parto cesariano por parada de progressão de trabalho de parto e considerado vigoroso, apresentou, nas primeiras horas de vida, tremores finos, intensa irritabilidade e choro agudo e forte. Ao exame clínico, percebeu-se leve hipertonia das extremidades. Conforme a rotina do serviço, recebeu alimentação complementar nas primeiras horas de vida e vinha sendo monitorado nos índices de glicemia, considerados normais. Realizou-se glicemia capilar, cujo resultado foi de 60 mg/dL. Foram realizados, ainda, diversos exames, com os seguintes resultados: glicose 102 mg/dL; cálcio 9,2 mg/dL; magnésio 1,8 mg/dL; sódio 150 mEq/L; potássio 4 mEq/L. O recém-nascido permaneceu em observação, recebendo alta com 72 horas de vida. No sétimo dia de vida, retornou ao hospital, apresentando lesões de pele caracterizadas por vesicopústulas de base intensamente eritematosa, isoladas e confluentes, íntegras e esfoliadas, superficiais. Recebeu cuidados e terapêutica e, após 48 horas, a melhora foi significativa, evoluindo para a cura em 5 dias.

Com relação à situação clínica hipotética acima, julgue os itens que se seguem.

- 11 Esse neonato está situado acima do percentil 90 da curva peso para a idade gestacional.
- 12 Nascer vigoroso significa apresentar boletim de Apgar maior ou igual a 7 ao final do primeiro minuto de vida.
- 13 O diagnóstico mais provável para o caso descrito seria o de hipoglicemia, dadas as seguintes evidências: neonato grande para a idade gestacional; quadro clínico compatível; glicemia capilar de 60 mg/dL, ponto de corte para esse diagnóstico.
- 14 O quadro dermatológico apresentado deve ser classificado como impetigo infeccioso, cujo agente mais provável é um estafilococo coagulase negativo; a infecção deve ser considerada como comunitária.
- 15 Em casos como o apresentado, o tratamento deve ser feito por via endovenosa, com um derivado penicilínico, complementado por tratamento tópico com ruptura das vesículas, antisséptico e antibiótico.

Para não se perder a oportunidade de vacinar crianças, adolescentes e adultos, é fundamental o conhecimento das reais contra-indicações, das falsas contra-indicações e das situações em que se indica o adiamento da vacinação. A respeito desse assunto, julgue os próximos itens.

- 16 As vacinas de bactérias e vírus atenuados não devem ser administradas a indivíduos com imunodeficiência congênita ou adquirida.

- 17 Crianças com doenças febris graves, como pneumonia, podem receber, na vigência do tratamento da doença de base, a dose da vacina, seja viral, bacteriana ou recombinante, que eventualmente esteja faltando em seu calendário vacinal.
- 18 Recomenda-se adiar a aplicação de vacinas de conteúdo viral, incluindo-se a tríplice viral, a antipoliomielítica oral e a vacina contra a febre amarela, em indivíduos que, nos meses precedentes à vacinação, tenham recebido gamaglobulina, sangue e derivados, devido à possibilidade de os anticorpos presentes nesses produtos biológicos neutralizarem o vírus vacinal.
- 19 É falsa a afirmação de que crianças desnutridas não devem complementar seu esquema vacinal, caso acessem um serviço de saúde, em face de sua conhecida imunodeficiência.
- 20 A vacinação BCG é contra-indicada a crianças com peso inferior a 2.000 g, ou com afecções dermatológicas extensas, ou nascidas de mãe HIV+.

Uma puérpera com dez dias pós-parto vaginal procurou um pediatra para a primeira consulta de puericultura, a fim de receber orientação acerca da melhor conduta nutricional para o seu filho. A criança, que nascera no tempo correto de gestação, pesando 3.500 g, era amamentada exclusivamente ao seio, não apresentou intercorrências até o sétimo dia de vida e pesava, no dia da consulta, 3.450 g. Nessa consulta, a mãe relatou que, por trabalhar distante de casa, teria de se ausentar por nove horas diárias a partir do término de sua licença-maternidade, quando a criança teria 120 dias, ou quatro meses de vida, e que gostaria muito de continuar amamentando seu filho.

Considerando a situação hipotética acima, julgue os itens a seguir, acerca das melhores práticas de alimentação no primeiro ano de vida.

- 21 Considerando-se que a criança pesava 3.450 g no décimo dia de vida, infere-se que o aleitamento materno exclusivo foi insuficiente para garantir um crescimento ponderal adequado.
- 22 O médico deverá recomendar à mãe a dieta alimentar que ela já vinha fazendo durante a gestação (com uma quantidade maior em calorias e proteínas que a habitual) e a ingestão de quantidade de líquidos maior que a habitual.
- 23 Se, ao final do primeiro mês de vida, a criança não tiver obtido ganho de pelo menos 900 gramas de peso, o médico deverá associar um complemento alimentar à base de fórmula láctea infantil.
- 24 O médico deverá prescrever, imediatamente, uma complementação vitamínica à alimentação da criança e, a partir dos 28 dias de vida, uma complementação com sais de ferro, com a finalidade de prevenir carências vitamínicas e anemia ferropriva.
- 25 A partir dos 6 meses de vida, uma criança não tem suas necessidades nutricionais supridas apenas pelo leite materno. Após essa fase da vida, normalmente, a criança atinge maturidade geral, digestiva e neurológica para consumir novos alimentos, que devem ser introduzidos de maneira gradual em relação à qualidade, quantidade e consistência, até que, entre 9 e 12 meses de vida, a criança possa receber os alimentos normalmente consumidos pela família.

Um médico puericultor atendeu, em uma consulta, uma criança do sexo masculino com 12 meses de vida, que mamou exclusivamente ao seio até os 6 meses de vida e que apresentava os seguintes valores antropométricos e avaliações do desenvolvimento neuropsicomotor. Ao nascimento: peso de 3.200 g; comprimento de 50 cm; perímetro cefálico igual a 34 cm; e desenvolvimento neuropsicomotor caracterizado por posição em decúbito dorsal com flexão dos membros e cabeça lateralizada, reflexos arcaicos, hipertonia e hiperreflexia apendicular. Aos 3 meses de vida, a criança apresentava as seguintes características: peso de 5.600 g; comprimento de 60 cm; perímetro cefálico igual a 40 cm; e desenvolvimento neuropsicomotor caracterizado por sorriso social, elevação da cabeça em posição prona, fase de rolar de supino para prono já iniciada, postura simétrica e mãos mantidas abertas, acompanhamento de sons com o olhar e colocação de objetos na boca. Aos 6 meses de vida, os valores antropométricos e o desenvolvimento neuropsicomotor da criança eram: peso de 6.500 g; comprimento de 65 cm; perímetro cefálico igual a 44 cm; e desenvolvimento neuropsicomotor caracterizado por aparência entristecida, ausência de resposta aos estímulos sonoros, incapacidade de sentar-se sem apoio e visível fraqueza muscular. A mãe da criança relatou que levou o filho às consultas de acompanhamento trimestral e que, desde os seis meses, vem introduzindo novos alimentos conforme orientação médica, sem obter resultados. Na consulta atual, a criança pesou 7.800 g, mediu 70 cm e não conseguia pôr-se de pé sozinha, no máximo engatinhava.

Com base nesse caso clínico hipotético e a respeito de crescimento e desenvolvimento infantil, julgue os itens subseqüentes.

- 26 A avaliação antropométrica e o desenvolvimento neuropsicomotor dessa criança ao nascimento são considerados normais.
- 27 A avaliação antropométrica relativa aos 3 meses de vida da criança indica diminuição da velocidade do crescimento em três parâmetros, embora a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor esteja de acordo com a normalidade.
- 28 Considerando-se que o perímetro cefálico dessa criança, aos 6 meses de vida, era de 44 cm, quando deveria ser, em média, de 50 cm, está caracterizado um comprometimento do crescimento cerebral.
- 29 Aos 12 meses de idade, em média, uma criança com crescimento e desenvolvimento normais deveria triplicar o seu peso de nascimento, pôr-se de pé sozinha e até caminhar. Portanto, no caso relatado, o médico deverá fazer um diagnóstico de comprometimento do crescimento e do desenvolvimento neuropsicomotor da criança.
- 30 Infecção do trato urinário deve ser considerada causa primária importante de falência do crescimento em criança.

Uma criança com 2 anos de idade, sabidamente portadora da infecção pelo HIV, em tratamento com terapia antiviral, combinada com três inibidores de transcriptase reversa, análogo a nucleosídeo (AZT+ 3TC+ ABC), foi encaminhada à assistência hospitalar por apresentar, há mais de 30 dias, vômitos incontroláveis, diarreia mucosa inúmeras vezes ao dia, perda de peso acentuada e sinais de desidratação grave. Após etapa de reidratação rápida e manutenção, a criança pesava 7.500 g, media 75 cm e apresentava os seguintes problemas clínicos: desnutrição, candidíase oroesofágica e perianal, pneumonia e sepse por gram-negativo, diarreia crônica, retardo do desenvolvimento neuropsicomotor grave. Um hemograma completo indicava anemia, leucopenia com linfopenia e plaquetopenia, caracterizando uma pancitopenia; a hemocultura e a cultura de ponta de cateter mostravam o crescimento de um germe gram-negativo. Um mês antes do internamento, a criança apresentava uma carga viral de 500.000 cópias/mL e uma contagem de 320 células CD4. Dados: A/I < p3 e P/A < p3.

Acerca das considerações epidemiológicas e clínico-laboratoriais do caso hipotético acima, julgue os itens que se seguem.

- 31 A hipótese mais provável quanto à forma de contaminação dessa criança é que tenha sido por meio da transmissão horizontal.
- 32 O estado nutricional dessa criança, segundo o critério de Waterlow, modificado por Bezerra e Giugliano, é classificado corretamente como desnutrição crônica evolutiva.
- 33 A criança deve ser considerada como categoria clínica B.
- 34 A alteração imunológica deve ser considerada como grave (3).
- 35 Para o tratamento dessa criança, seria recomendável que se adotasse um esquema terapêutico tríplice, com a utilização de duas drogas inibidoras da transcriptase reversa nucleosídeo, sendo pelo menos uma delas uma nova droga da mesma categoria e a outra, um inibidor de protease.

Um pediatra atendeu na enfermaria uma criança do sexo masculino, de 10 anos de idade, com história de febre baixa intermitente havia 30 dias, acompanhada de mal-estar generalizado, anorexia e perda de peso. A mãe da criança relatou que, ao longo desse período, o filho se queixava de fraqueza nas pernas ao jogar bola e de que não conseguia acompanhar o ritmo de seus colegas nas atividades que antes realizava normalmente; apresentava, também, dificuldade para subir escadas e pegar objetos que estivessem acima de seus ombros, além de reclamar freqüentemente de dores nas pernas. Ao mesmo tempo, a mãe percebeu que as maçãs do rosto da criança tornaram-se mais avermelhadas e que o filho apresentava uma mancha vermelho-violácea em volta dos olhos e pequenas elevações avermelhadas na face externa das mãos. O exame clínico realizado pelo médico constatou o seguinte quadro: criança com febre baixa (temperatura axilar 37,8 °C), expressão de sofrimento agudo, com lesão eritematoviolácea periorbicular bilateral, eritema malar, em forma de borboleta, eritema periungueal, dores e lesões papuloeritematosas em face extensora das articulações metacarpofalangianas bilaterais, dores à palpação intensa dos grandes músculos, articulações livres, leve taquipnéia. O médico assistente solicitou alguns exames a fim de melhor basear suas hipóteses diagnósticas. Os resultados do hemograma completo foram: hematócrito 35%; hemoglobina 11,5 g%; glóbulos brancos 15.500/mm<sup>3</sup>; diferencial 6% de bastonetes; 60% segmentados; 30% linfócitos; 1% eosinófilo e 3% monócitos; plaquetas 120.000/mm<sup>3</sup>; VHS, na primeira hora, 50 mm; TGO 60 UI/L; TGP 70 UI/L; CPK 2.000 U/L; DHL 1.800 U/L. A radiografia do tórax apresentou campos pleuropulmonares sem lesões, área cardíaca normal.

Com base no caso clínico acima descrito, julgue os seguintes itens.

- 36 Trata-se de caso de esclerodermia, pois nele estão presentes quatro de cinco achados clássicos para essa doença.
- 37 O achado histopatológico clássico da doença descrita no quadro clínico apresentado é de vasculite necrotizante acometendo arteríolas, capilares e vênulas da musculatura estriada, da pele, do trato gastrointestinal e do tecido celular subcutâneo.
- 38 Os sinais clínicos periorculares e na face extensora das mãos são denominados, respectivamente, heliotropo e sinal de Gottron.
- 39 Os achados dos exames laboratoriais indicam diagnóstico de doença inflamatória provavelmente de origem infecciosa, visto que foram detectadas leucocitose com desvio à esquerda, velocidade de hemossedimentação elevada, transaminases, creatinofosfoquinase e desidrogenase láctica bastante elevadas.
- 40 Inicialmente, o tratamento para esse caso deverá ser feito com corticoterapia em doses elevadas com prednisona 2 mg/kg/dia, por 30 dias, seguindo-se da manutenção em doses menores conforme evolução, por aproximadamente 2 anos.

O pediatra é um médico geral de crianças, do qual se exige sólida formação científica, cultural e humanística. Atende não somente aos pais como, freqüentemente, a toda a família do seu pequeno paciente, o que lhe exigirá conhecimento e experiência. Poderá enfrentar diversas situações que exijam ação imediata. Nesse contexto, julgue os próximos itens.

**41** Diante de um lactente com 3 meses de vida, que mama exclusivamente ao seio materno, esteja ganhando peso normalmente e que apresente episódios repetidos de regurgitação, a melhor medida será administrar, rotineiramente, um anti-emético.

**42** Uma criança imunossuprimida suscetível à varicela que tenha entrado em contato com caso índice da doença deverá receber 125 UI de imunoglobulina hiperimmune contra varicela para cada 10 kg de peso.

**43** Se um lactente de 6 meses de vida apresenta tosse e dificuldade respiratória, mas sem tiragem, com freqüência respiratória de 55 ir/m, deverá ser classificado, segundo as normas da Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância do Ministério da Saúde, como portador de pneumonia grave, o que requer administração imediata de antibiótico e encaminhamento para uma unidade de grande complexidade (hospital).

**44** Considere a seguinte situação hipotética.

Durante uma brincadeira, um estudante sofreu uma queda de uma altura equivalente a sua própria altura, tendo a região frontal esquerda batido no chão. Segundo relatou o paciente, em consulta realizada 6 horas após o acidente, ele não perdera a consciência, tivera apenas uma tontura que melhorara após meia hora e apresentara alguns episódios de vômitos, mas que também já haviam cedido. O exame clínico-neurológico realizado não demonstrou nenhum sinal focal; o resultado do exame do fundo de olho foi normal; o paciente não apresentou sangramento pelos orifícios externos dos ouvidos, apenas tendo sido observado um hematoma subgaleal frontal esquerdo de aproximadamente 3 cm de diâmetro, sem sinais de fratura craniana.

Nessa situação, o pediatra terá uma conduta acertada se liberar a criança, sem realizar nenhum outro exame e com recomendação para que seja observada, em casa, por mais 24 horas, quanto a sinais de hipertensão intracraniana.

**45** Nos casos de meningite por hemófilos do tipo B ocorridos em moradia onde haja, além do caso índice, pelo menos uma criança com idade menor que quatro anos, é recomendada a todos os comunicantes domiciliares, incluindo-se os adultos, a profilaxia com rifampicina na dose de 20 mg/kg/dia, com dose máxima de 600 mg, por quatro dias.

A mãe de uma estudante de 10 anos de idade procurou atendimento médico queixando-se de que a filha, previamente saudável, apresentava, havia 30 dias, as seguintes alterações: aumento do número de vezes de ida ao banheiro, aumento do volume diário da urina, fome exagerada e perda de peso. A mãe informou, ainda, que o quadro clínico da menina se agravara, passando a apresentar os seguintes sintomas: vômitos incoercíveis, alteração do nível de consciência, às vezes, tornando-se confusa e até obnubilada. Ao exame físico, o médico observou, além de alteração neurossensorial, sinais de desidratação grave e hálito cetônico.

Acerca do quadro clínico hipotético acima, julgue os itens que se subseguem.

**46** A dosagem sérica da glicemia da paciente certamente mostrará níveis superiores a 1.000 mg/dL e cetonemia ausente.

**47** Pesquisa de glicosúria em situações similares mostrará resultado negativo, visto que o limiar renal de glicose em crianças em idade escolar situa-se acima de 500 mg/dL.

**48** A correção da desidratação deverá ser feita inicialmente com soro fisiológico 0,9% na dose de 20 mL/kg/h até que desapareçam sinais de choque hipovolêmico.

**49** Caso os níveis de glicemia da paciente caiam abaixo de 250 mg/dL, estando a criança sem sinais de choque, é correto manter-se, nas seis horas seguintes, uma hidratação com soro fisiológico e soro glicosado 1:1 na taxa de 10 mL/kg/h, verificando, ao final, o estado de hidratação e sensorio da criança e seu grau de aceitação dos alimentos. Entretanto, só deverá ser adicionado potássio ao esquema de hidratação após 18 horas do início desse processo, uma vez que a criança com cetoacidose diabética tem tendência à hiperpotassemia e a apresentar arritmia cardíaca, o que pode levá-la a óbito.

**50** Uma alternativa aceitável consiste em iniciar a correção da hiperglicemia da paciente com a administração de insulina regular na dose de 0,1 U/kg/hora, por via intramuscular, avaliando-se a glicemia capilar ao final de cada hora e reduzindo-se a dose à metade quando a glicemia atingir 250 mg/dL. Quando a glicemia atingir o índice de 150 mg/dL a 200 mg/dL, é correto administrar insulina regular 0,1 U/kg, a 0,2 U/kg, a cada 4 horas, por via subcutânea, de acordo com a glicemia capilar.

