



Nome

[illegible]

Nº de Identidade

Órgão Expedidor

 UF

Nº de Inscrição

GRUPO 17
ESPECIALIDADE COM EXIGÊNCIA DE PRÉ-REQUISITO EM PEDIATRIA OU
ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
(ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA)

PREZADO CANDIDATO

- *Você está recebendo o seu Caderno de Prova Escrita, contendo 50 (cinquenta) questões objetivas de múltipla escolha com 05 (cinco) alternativas cada. Verificar se o GRUPO/PROGRAMA impressos se referem àqueles de sua opção no ato da inscrição.*
- *Se encontrar alguma informação em desacordo, incompleta ou com algum defeito gráfico que lhe cause dúvidas, informe, imediatamente, ao Fiscal para ele tomar as providências necessárias. Caso não seja atendido em sua reivindicação, solicite que seja chamado o Chefe de Prédio.*
- *Para registrar as alternativas escolhidas nas questões objetivas de múltipla escolha, você receberá um Cartão-Resposta de Leitura Ótica. Verifique, também, se o **Número de Inscrição** e o **Grupo/Programa** impressos **estão de acordo com sua opção**.*
- *As marcações das suas respostas no Cartão-Resposta devem ser realizadas mediante o preenchimento total das bolhas correspondentes a cada número da questão e da letra da alternativa. Utilize, para isso, caneta esferográfica na cor azul ou preta.*
- *Se for necessária a utilização do sanitário, você deverá solicitar permissão ao fiscal de sala que designará um fiscal volante para acompanhá-lo no deslocamento, devendo permanecer em silêncio, durante todo o percurso, podendo, antes de entrar no sanitário e depois da utilização deste, ser submetido à revista (com ou sem detector de metais). Caso, nesse momento, seja detectada qualquer irregularidade ou porte de qualquer tipo de equipamento eletrônico, serão tomadas providências de acordo com o estabelecido no Edital do Concurso.*
- *Ao terminar sua Prova e preenchido o Cartão-Resposta, desde que no horário estabelecido para deixar o recinto de Prova, entregue o Cartão-Resposta ao Fiscal e deixe a sala em silêncio.*

BOA SORTE!

01. Sobre a Síndrome de Prader-Willi (SPW), analise o texto abaixo:

“Caracteriza-se por hipotonia grave (a) falta de apetite e dificuldades de alimentação na primeira infância, seguidas, na infância, por intensa hiperfagia (b) e desenvolvimento gradual de obesidade mórbida (a menos que a ingestão de alimentos seja rigorosamente controlada). O desenvolvimento motor e da linguagem estão adequados (c) O hipogonadismo (d) está presente em ambos os sexos e manifesta-se como hipoplasia genital, desenvolvimento puberal incompleto e, na maioria dos casos, infertilidade (e) A baixa estatura (f) é comum (se não tratada com hormônio do crescimento), contrastando com acromegalia (g). Um fenótipo comportamental característico (acessos de raiva, teimosia, comportamento manipulador e características obsessivo-compulsivas) é comum. Características faciais típicas, estrabismo e escoliose (h) são frequentemente observados.”

Vários achados clínicos foram destacados/ sublinhados e associados a letras no texto acima. Quais destes NÃO são geralmente associados à SPW?

- A) a;b
- B) d;e
- C) c;g
- D) f;h
- E) d;f

02. Qual das síndromes abaixo é caracterizada por baixa estatura em meninos, associada a hipogonadismo hipogonadotrófico, além de anosmia, decorrente de hipoplasia ou aplasia do bulbo olfatório?

- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| A) Síndrome de Noonan | D) Síndrome de Klinefelter |
| B) Síndrome de Kallmann | E) Síndrome de Miller Fisher |
| C) Síndrome de Russell-Silver | |

03. Lactente masculino, 6 meses de idade, é levado à emergência pediátrica por sua mãe devido ao surgimento de “caroços” em pescoço e na virilha há cerca de 1 mês. Nos últimos dias, refere que o menor está mais irritado, além de perceber a respiração mais “rápida”. Relata que a criança apresentou picos febris em alguns dias ao longo desse período.**- O exame físico chamou a atenção do pediatra nos seguintes aspectos:**

Leve palidez; irritabilidade durante todo o exame físico; linfonodos palpáveis em regiões cervical e inguinais bilaterais, com os maiores medindo cerca de 3 cm; frequência respiratória de 60 incursões por minuto; fígado palpável a 4 cm do rebordo costal direito.

- Solicitados exames:

Hemograma: HGB 10,5 g/dL VCM 70 fL HCM 24 pg

Leucócitos 12.450 mm³ / Plaquetas 165.000 / mm³

RX tórax (vide imagem abaixo). *O laudo do radiologista evidenciou, entre outros achados, lesões osteolíticas em ambas as escápulas.

Foi sugerido realizar RX de crânio (vide abaixo).



Qual a principal hipótese diagnóstica para esse lactente diante dos achados clínicos e laboratoriais/ imagem?

- A) Linfocitose hemofagocítica
- B) Paracoccidiodomicose
- C) Leucemia linfóide crônica
- D) Histiocitose de células de Langerhans
- E) Granulomatose eosinofílica com poliangite

04. Assinale a alternativa que indica o acometimento endocrinológico mais frequente na doença do caso anterior.

- A) Hipogonadismo
- B) Baixa estatura
- C) Hipoadrenalismo
- D) Hipotireoidismo
- E) Diabetes insípido.

05. Em relação à doença celíaca, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O teste genético (HLA-DQ2 e HLA-DQ8) deve ser usado para triagem de casos suspeitos e monitoramento de transgressões durante o tratamento.
- B) Os pacientes de grupos de risco, como pacientes com diabetes mellitus tipo I ou síndrome de Down, devem ser investigados de forma regular.
- C) Os testes sorológicos para doença celíaca alteram com a retirada do glúten, embora as alterações histológicas não sofram influência do glúten.
- D) O exame histopatológico apresentando classificação Marsh-Oberhuber 3B define diagnóstico quando a sorologia para doença celíaca é negativa.
- E) Presença dos alelos HLA-DQ2 ou HLA-DQ8 confirma o diagnóstico de doença celíaca, independentemente da sorologia ou biópsia.

06. Paciente 5 anos apresentando esforço para evacuar, uma evacuação a cada 8 dias com fezes grossas que entopem o vaso e escape fecal diário. A última evacuação foi há 5 dias. A curva de peso e estatura encontra-se entre o score Z – 1 e 0, sem relato de perda de peso, nem atraso do desenvolvimento neuropsicomotor. Ao nascer, houve eliminação de mecônio nas primeiras 24 horas de vida, e atualmente o paciente não faz uso de nenhuma investigação contínua. Nesse caso, a conduta inicial mais indicada seria a seguinte:

- A) Fazer desimpactação fecal com laxante osmótico via oral por 3 a 5 dias na dose de desimpactação, deixando este em uso contínuo com dose de manutenção.
- B) Iniciar fibras na dose 5-10g/dia, iniciando a investigação com dosagem de anticorpo antitransglutaminase IgA e enema opaco.
- C) Prescrever laxante estimulante picossulfato de sódio na dose de 5mg/dia a cada 3 dias, solicitando manometria anorretal e trânsito intestinal.
- D) Aplicar enema retal de fosfato de sódio (Minilax®) por 3 dias, mantendo sem medicação até a realização do enema opaco e biópsia retal.
- E) Instituir medidas dietéticas com aumento de fibras e água, pois o uso de laxantes deve ser evitado pelo risco de dependência intestinal.

07. A Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil publicou artigo em 2025, Recomendações e Orientações para o Diagnóstico, Investigação e Abordagem Terapêutica do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Sobre esse tema, assinale alternativa CORRETA.

- A) O tratamento com terapias deve ser iniciado após a confirmação diagnóstica.
 - B) A prevalência atual do TEA é de 1 caso para cada 68 crianças.
 - C) A suplementação com vitaminas e a retirada do glúten e da caseína têm comprovação científica para o tratamento.
 - D) É possível e seguro estabelecer um diagnóstico precoce de TEA em muitas crianças com sinais e sintomas típicos a partir dos 16 meses de vida.
 - E) Uso do canabidiol com altas concentrações de tetrahidrocanabinol (THC) é seguro para crianças.
-

08. Estudos mostram que até 12% das crianças brasileiras apresentam suspeita de atraso no desenvolvimento. Sobre esse tema, assinale alternativa INCORRETA.

- A) Em países desenvolvidos, a etiologia genética é uma das principais causas, enquanto, em países em desenvolvimento, as principais causas são eventos intraútero e perinatais.
- B) A avaliação da função visual e auditiva deve ser realizada antes da ressonância magnética de crânio.
- C) O uso excessivo de telas é um dos fatores que a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que deve ser evitado em crianças até os 16 meses.
- D) Deve ser solicitado eletroencefalograma naquelas crianças que apresentam espasmos e atraso no desenvolvimento.
- E) Deve ser tentado definir a etiologia, mesmo nos casos em que não tenha um tratamento modificador da doença para fins de aconselhamento genético.

09. Uma criança de 6 anos de idade, em tratamento para pneumonia adquirida na comunidade, evolui com dor abdominal, vômitos, febre persistente e queda da saturação de O₂ para 92% em ar ambiente após 72h de antibiótico em dose adequada, com boa adesão ao tratamento. Realiza radiografia de tórax que mostra borramento moderado em seio costofrênico de hemitórax esquerdo. Qual a conduta inicial mais indicada?

- A) Aguardar mais 24 horas,
- B) Realizar drenagem pleural imediata,
- C) Associar outro antibiótico, pois derrame pleural é autolimitado,
- D) Indicar tomografia computadorizada de tórax para guiar a drenagem,
- E) Solicitar ultrassonografia de tórax para avaliar volume e característica do derrame,

10. O abscesso pulmonar pediátrico ocorre mais frequentemente em crianças com

- A) Fibrose cística.
- B) Doenças autoimunes.
- C) Asma persistente grave.
- D) Alteração do nível de consciência.
- E) Cardiopatias congênitas cianóticas.

11. Menino de 12 anos é admitido em emergência pediátrica devido à inapetência e estado de desorientação. Mãe relata que o menor está resfriado há 5 dias e que durante essa manhã ficou deitado, com sudorese importante e, nas últimas horas, mal respondia ao chamado.

Ao exame, o pediatra identificou rebaixamento do nível de consciência além de hipotensão. Realizada glicemia capilar (27 mg/dL). Antes de realizar a correção da hipoglicemia e a expansão volêmica, foram colhidos os exames séricos abaixo com os respectivos resultados:

- Sódio, Potássio, Cloreto, Cálcio e Magnésio: todos normais.
- Cortisol praticamente não identificável (< 1,0 mg/dL)
- ACTH bem elevado (>100 pg/mL – normal entre 7-40)

O paciente respondeu bem às condutas adotadas, sendo encaminhado à enfermaria para vigilância e investigação. Mãe relatou que eventos semelhantes vêm ocorrendo há cerca de 2 anos, sempre associados a quadros infecciosos. Todos com hipotensão e glicose baixa. Refere também que em função de dificuldades no aprendizado escolar, a criança foi diagnosticada com TDAH, sendo prescrito tratamento há 1 ano, porém sem resposta satisfatória.

Diante do exposto, qual das hipóteses abaixo é mais provável para essa criança?

- A) Síndrome de Cushing
- B) Pan-hipopituitarismo secundário a um craniofaringioma
- C) Adrenoleucodistrofia
- D) Hiperplasia adrenal congênita por deficiência de 21 alfa-hidroxilase
- E) Síndrome de McCune-Albright

12. Qual dos achados abaixo é frequentemente encontrado em pacientes com Síndrome de DiGeorge?

- A) Hiperparatireoidismo
- B) Agenesia / hipoplasia do timo
- C) Acidose tubular tipo 3
- D) Calcificação bilateral das adrenais
- E) Fosfatúria e aminoacidúria

13. Lactente encontra-se internado em UTI pediátrica por insuficiência respiratória secundária a uma bronquiolite viral aguda. Necessitou de 5 dias de ventilação mecânica. No sexto dia de internamento, apresentou picos febris, sendo, então, colhido rastreio infeccioso. Em menos de 48 horas, foi identificado o crescimento de *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina (MRSA) em hemocultura de sangue periférico. Menor mantém-se com febre persistente há 5 dias.

Qual é a melhor opção terapêutica, entre as citadas abaixo, para cobertura do agente isolado nessa hemocultura?

- A) Clindamicina.
- B) Ceftazidima.
- C) Ampicilina + sulbactam.
- D) Polimixina B.
- E) Ceftarolina.

14. Pré-escolar de 4 anos foi diagnosticada com Síndrome Nefrótica em 01/06/2025. Fez uso de:

1. Corticoide oral em esquema contínuo por 4 semanas;
2. Em seguida, foi instituído o esquema descontínuo por mais 4 semanas;
3. Na sequência, iniciado o desmame do corticoide oral durante 2 meses.

Na última consulta com o nefropediatra em 05/11/2025, a menor já havia concluído o desmame do corticoide oral há poucos dias, encontrava-se sem edemas, com relação proteína/ creatinina urinária = 0,1.

Em 15/12/2025, a criança foi internada em enfermaria pediátrica com edema periorbitário e maleolar bilateral, albumina sérica de 1,8 e relação proteína/creatinina urinária de 10. A pressão arterial era inferior ao percentil 90 para idade, sexo e estatura.

De acordo com o exposto acima, podemos classificar a paciente como

- A) corticorresistente.
- B) córtico-dependente.
- C) recidivante frequente.
- D) do tipo glomeruloesclerose segmentar e focal, com remissão parcial.
- E) provável síndrome nefrótica por lesões mínimas, com atual recidiva.

15. Escolar é atendido em emergência pediatria por causa do aparecimento súbito de placas vermelhas em tronco e membros superiores, bem pruriginosas, sem quaisquer outros sinais ou sintomas. O Pediatra de plantão formulou a hipótese de urticária aguda.

O tratamento de primeira escolha a ser instituído deve ser com

- A) prednisolona mais dexclorfeniramina.
- B) adrenalina intramuscular no vasto lateral da coxa mais prednisolona.
- C) fexofenadina em dose habitual.
- D) hidroxizina em dose habitual.
- E) hidroxizina mais prednisolona.

16. Em relação ao caso clínico da questão anterior, mãe da criança relata que, mesmo realizando em casa, de forma rigorosa, as condutas e orientações fornecidas na Emergência, refere que as lesões de pele sempre retornam no final da tarde ou início da noite e, portanto, estão interferindo na qualidade do sono da criança.

Qual a conduta terapêutica mais adequada a ser adotada, se o menor continuar após 15 dias com os mesmos sintomas de forma intensa, levando em consideração que a criança está em uso do tratamento farmacológico mais adequado desde o início dos sintomas (placas vermelhas e pruriginosas)?

- A) Aumentar a dose do anti-histamínico de forma gradual, até 4 vezes da dose habitual, divididas em duas tomadas durante o dia.
- B) Suspender a medicação em uso e iniciar a levocetirizina em dose habitual; se após uma semana, não houver controle dos sintomas, retornar com a medicação inicial e manter a levocetirizina.
- C) Suspender a medicação em uso e iniciar a ebastina em dose habitual, associada à dose de 2 mg/kg/dia de prednisolona.
- D) Manter a medicação em uso e associar a levocetirizina em dose habitual.
- E) Indicação formal de iniciar o omalizumabe, além de substituir a medicação em uso por ebastina em dose habitual.

17. Qual dos achados listados abaixo, quando presentes na criança, seja em idade bem precoce ou mais tardiamente, NÃO está associado, de uma maneira geral, ao quadro de Fibrose cística?

- A) Alcalose metabólica hiponatrêmica
- B) Hipoglicemia, hipernatremia, hipercloremia e hipotonia em neonatos/ lactentes jovens
- C) Íleo meconial
- D) Prolapso retal
- E) Infecções sinoespiratórias de repetição

18. Qual dos exames listados abaixo NÃO é realizado pelo Teste do Pezinho oferecido pelo Sistema Único de Saúde para os recém-nascidos no Estado de Pernambuco?

- A) T4 livre
- B) 17 alfa hidroxiprogesterona
- C) Tripsina imunorreativa
- D) Fenilalanina
- E) IGM para Toxoplasmose

19. Em qual das síndromes epiléticas abaixo, a opção terapêutica pode incluir o ACTH ou a prednisolona?

- A) Síndrome de Aicardi
- B) Síndrome de Dravet
- C) Epilepsia Rolândica
- D) Epilepsia occipital tipo Gastaut
- E) Síndrome de Espasmos Epiléticos Infantis

20. Mãe leva filho de 6 anos para consulta de rotina. Traz queixa de que a criança não come bem, e alguns familiares falam que ele está magro. Refere que pela manhã come apenas uma vitamina de fruta e acorda próximo às 10h. Quanto ao almoço, não gosta da maior parte dos legumes e nunca come o prato todo, e, muitas vezes, para que coma um pouco mais, precisa fazer a refeição em frente à televisão. O lanche da tarde é no colégio e geralmente leva um suco de caixinha e algum salgadinho, pois não tem tempo de cozinhar. Quando chega da escola, costuma jantar sopa ou alguma raiz com ovo e, às vezes, come algum lanche na rua antes de chegar em casa. Gostaria que fosse prescrita uma vitamina para ajudar no apetite. Ao exame físico, sem alterações, e IMC entre o escore Z +1 e +2.

Como podemos classificar nutricionalmente essa criança e como responder às preocupações da mãe?

- A) Risco de sobrepeso. Deve-se orientar a mãe sobre hábitos alimentares saudáveis e estabelecer rotina de refeições. A refeições devem ser feitas na mesa, mesmo que inicialmente precise usar alguma tela.
- B) Eutrófica, devendo a mãe ser tranquilizada. Nessa faixa etária, um polivitamínico pode melhorar o apetite. Importante reorganizar o lanche escolar, podendo, inclusive, ser suspenso, para melhorar a aceitação do jantar.
- C) Obesidade, e a mãe deve ser alertada dos riscos do consumo de ultraprocessados diariamente. Recomenda-se também evitar ofertar com frequência alimentos que a criança não aceita para evitar que desenvolva um transtorno alimentar.
- D) Sobrepeso, sendo válido um acompanhamento em conjunto com nutricionista. É importante conversar sobre o incentivo ao consumo de alimentos saudáveis e orientar sobre uma atitude neutra em relação à quantidade ingerida.
- E) Obesidade grave. Encaminhar o paciente à endocrinologia pediátrica para investigar causas secundárias de ganho de peso excessivo. Orientar o início de atividades esportivas.

21. Segundo a Diretriz da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) de 2025, sobre a prevenção da doença pneumocócica, qual é o esquema vacinal preferencial recomendado para crianças saudáveis, visando ampliar a proteção contra sorotipos emergentes como o 19A ,6 A/C e o 3?

- A) Esquema 2+1 (2 e 4 meses + reforço aos 12 meses) com VPC10.
- B) Esquema 3+1 (2, 4 e 6 meses + reforço entre 12-15 meses) com VPC13, VPC15 ou VPC20.
- C) Esquema 2+1 (2 e 4 meses + reforço aos 12 meses) com VPP23.
- D) Dose única de VPC20 aos 2 meses de idade.
- E) Esquema 3+0 (2, 4 e 6 meses sem reforço) com escolha da VPC13.

22. Escolar de 8 anos, sem marca de BCG é admitido na emergência com estado geral ruim e queixas de dor de cabeça, febre e vômitos iniciados há 12 horas. Esquema vacinal do PNI atualizado. Após ser examinado, recebeu o diagnóstico de meningite. Pediatra iniciou medidas de estabilização, corticoide e esquema de antibiótico com vancomicina e ceftriaxone e solicitou coleta de LCR, o qual evidenciou:

- Aspecto turvo
- 1.200 células/mm³ (80% de polimorfonucleares)
- Glicorraquia de 28 mg/dL
- Proteinorraquia de 150 mg/dL
- Bacterioscopia: Diplococos Gram positivo

Após receber os dados do LCR, assinale a alternativa que indica a conduta mais adequada, de acordo com as mais recentes orientações da SBP.

- A) Manter o esquema já iniciado.
- B) Suspende a vancomicina e manter apenas o ceftriaxone.
- C) Suspende o ceftriaxone e manter apenas a vancomicina.
- D) Descalonar para Penicilina Cristalina em dose alta (400.000 UI/kg/dia), associada à gentamicina (5 mg/kg/dia).
- E) Suspende vancomicina, manter ceftriaxone e associar esquema para tuberculose, enquanto aguarda resultado da cultura.

23. Uma gestante assintomática para sífilis dá entrada na maternidade em trabalho de parto. Possui histórico de sífilis em gestação anterior, adequadamente tratada. Trazia como exames da gestação atual, colhidos no último trimestre, VDRL 1:2 e FTA-Abs reagente. Foi possível resgatar o VDRL pré e pós-tratamento da gestação anterior: 1:256 e 1:8, respectivamente.

Considerando este caso clínico, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, é CORRETO afirmar que

- A) como o VDRL da genitora permanece positivo, não é possível afirmar que o tratamento foi efetivo.
- B) como o FTA-Abs está reagente, esta gestante não teve resposta ao tratamento prévio ou foi reinfetada.
- C) afastada a possibilidade de reinfecção, o VDRL 1:2 deve ser considerado como cicatriz sorológica.
- D) o ideal é realizar outro teste não treponêmico para confirmar o diagnóstico diferencial entre reinfecção e cicatriz sorológica.
- E) a realização de um segundo teste treponêmico positivo, confirma reinfecção e necessidade de novo tratamento.

24. Recém-nascido termo, 3 dias de vida, nasceu de parto vaginal sem intercorrências, e a genitora fez pré-natal completo também sem intercorrências. Permaneceu bem no primeiro dia de vida e eliminou mecônio com 12 horas. No segundo dia de vida iniciou vômitos leitosos, ainda no alojamento conjunto. Exame físico: EGRegular, icterico Zona II, desidratado. Apresenta tiragem subcostal leve e FR: 64ipm. Abdome: depressível, indolor, sem visceromegalias e ruído hidroaéreos presentes.

Assinale a alternativa que apresenta diagnósticos compatíveis com este quadro clínico.

- A) Estenose hipertrófica de piloro e atresia duodenal.
- B) Estenose duodenal e pâncreas anular.
- C) Má-rotação intestinal e megacólon congênito.
- D) Invaginação intestinal e cisto de duplicação gástrico.
- E) Atresia de esôfago e fibrose cística.

25. Recém-nascido prematuro (IG: 31 semanas e 4 dias) nasceu de parto cesáreo de urgência por descolamento de placenta e pré-eclâmpsia. Genitora fez pré-natal completo, apresentou infecção urinária tratada, com controle de cura negativo, mas terminou o esquema de antibiótico há 10 dias. Nasceu deprimido, necessitando de manobras de reanimação em sala de parto, evoluindo com Apgar 4, 6 e 8. Após cuidados iniciais, apresentou desconforto respiratório em sala de parto, com tiragem subcostal e intercostal, retração supraesternal e xifoidea, gemência, batimento de asa de nariz, FR: 74ipm e SatO₂ 88% em ar ambiente.

Considerando este caso clínico e o diagnóstico que melhor justifica essa evolução, está CORRETO afirmar quanto à investigação e conduta para este paciente que

- A) uma radiografia de torácx apresentaria retificação de arcos costais e evidência da cisura interlobar em hemitórax direito.
- B) a gasometria arterial é essencial para o diagnóstico e indicação do óxido nítrico inalatório.
- C) o diagnóstico pode ser clínico e o surfactante pulmonar indicado prontamente, antes da realização de exames.
- D) a realização de RX de tórax, hemocultura e gasometria não devem atrasar o início do antibióticos.
- E) o diagnóstico só seria confirmado com ecocardiograma evidenciando o canal arterial patente.

26. Uma maratonista de elite de 22 anos, com amenorreia secundária há 18 meses, é avaliada por fadiga crônica e perda de densidade mineral óssea (T-score de -2.0 na coluna lombar). Ela relata treinar 20 horas por semana e manter uma dieta restritiva para otimizar seu desempenho. Seus exames revelam LH e FSH baixos, estradiol baixo, T3 livre ligeiramente abaixo do normal, cortisol basal normal e leptina baixa. A ferritina é normal.

Qual é o diagnóstico etiológico mais provável e a intervenção mais eficaz para reverter o quadro endócrino e prevenir futuras complicações ósseas?

- A) Hipogonadismo hipergonadotrófico devido a insuficiência ovariana prematura; iniciar TRH e criopreservação de óvulos.
- B) Síndrome dos Ovários Policísticos (SOPC); iniciar anticoncepcional oral combinado.
- C) Amenorreia hipotalâmica funcional (AHF); aumentar a ingestão calórica e reduzir a intensidade do treinamento.
- D) Hipotireoidismo central; iniciar levotiroxina e investigar causa hipofisária.
- E) Panhipopituitarismo congênito, com aparecimento em idade adulta.

27. Uma menina de 8 anos é encaminhada por baixa estatura acentuada (altura abaixo de -3.5 desvios padrão para idade e sexo), atraso na idade óssea, face triangular característica, pescoço curto e alado, implantação baixa de orelhas e mamilos espaçados. Seu cariótipo é 46,XX. O teste de estímulo com GHRH-arginina revela um pico de GH subnormal. A função tireoidiana e adrenal são normais.

Qual o diagnóstico sindrômico mais provável e o principal método confirmatório?

- A) Deficiência isolada de Hormônio de Crescimento (DGH); iniciar reposição de GH.
- B) Síndrome de Turner; solicitar repetição do cariótipo com análise de mosaicismo.
- C) Síndrome de Noonan; realizar sequenciamento genético para mutações em *PTPN11* ou outros genes associados.
- D) Síndrome de Russell-Silver; investigar anomalias de metilação no cromossomo 11p15.5.
- E) Síndrome de DiGeorge: avaliar hipocalcemia associada.

28. Uma menina de 8 anos apresenta história de puberdade precoce (telarca aos 6 anos), manchas café-com-leite irregulares de grandes dimensões (limitadas à linha média) e múltiplas lesões ósseas líticas em fêmur, tíbia e costelas, com deformidade progressiva do fêmur. Seus exames hormonais revelam níveis elevados de estrogênio para a idade, TSH suprimido com T4 livre elevado, e níveis elevados de FGF23.

Qual é o diagnóstico mais provável e a base molecular desta condição?

- A) Neurofibromatose tipo 1; mutações no gene *NF1*.
- B) Síndrome de McCune-Albright; mutação somática ativadora no gene *GNAS*.
- C) Hiperparatireoidismo primário; adenoma de paratireoide.
- D) Osteogênese Imperfeita; mutação nos genes *COL1A1* ou *COL1A2*.
- E) Raquitismo Hipofosfatêmico ligado ao X (XLH); mutação do gen *PHEX*.

29. Um paciente de 25 anos é submetido a paratireoidectomia total para hiperparatireoidismo primário grave. No pós-operatório imediato, ele desenvolve hipocalcemia sintomática (cálcio corrigido de 6.5 mg/dL) e hipofosfatemia. A fosfatase alcalina pré-operatória era significativamente elevada.

Qual a conduta mais urgente e apropriada para prevenir e tratar a "síndrome de fome óssea"?

- A) Administrar cálcio IV em bolus e iniciar infusão contínua, juntamente com calcitriol oral em altas doses.
- B) Administrar apenas cálcio IV, monitorando o cálcio sérico a cada 24 horas.
- C) Aumentar a ingestão de cálcio oral e iniciar suplementação de vitamina D.
- D) Iniciar PTH recombinante (teriparatida) por 3 meses.
- E) Repor cálcio e fósforo venoso para tratamento da tetania.

30. Um paciente de 23 anos, com histórico de cirurgia bariátrica (bypass gástrico em Y-de-Roux) há 5 anos, que inicialmente perdeu 70% do excesso de peso, apresenta reganho de peso significativo nos últimos 2 anos, atingindo um IMC de 38 kg/m². Vários parentes com obesidade grave e que já tinham feito cirurgia bariátrica jovem. Ele desenvolveu diabetes tipo 2, hipertensão e esteatose hepática associada a disfunção metabólica (MASLD) com fibrose F2 documentada por elastografia. Suas avaliações nutricionais e psicológicas indicam adesão parcial às recomendações.

Qual a conduta terapêutica mais apropriada neste momento?

- A) Realizar uma nova intervenção cirúrgica (cirurgia bariátrica revisional) imediatamente.
- B) Iniciar terapia farmacológica com um agonista de GLP-1 em dose máxima, otimizando o suporte comportamental.
- C) Aumentar o número de sessões de acompanhamento psicológico e nutricional intensivo por 6 meses e reavaliar.
- D) Iniciar terapia com metformina em dose máxima e orientar dieta hipocalórica estrita.
- E) Associar topiramato e bupropiona com naltrexona para controle do comportamento compulsivo associado.

31. Uma paciente de 24 anos, com Doença de Graves diagnosticada há 2 anos e em tratamento com metimazol, desenvolve oftalmopatia de Graves (OG) com proptose moderada, diplopia e lacrimejamento persistente. A avaliação oftalmológica confirma atividade da OG.

Qual é a terapia de escolha para esta condição?

- A) Aumento da dose de metimazol.
- B) Corticoterapia oral em dose baixa (prednisona 5 mg/dia).
- C) Pulsoterapia com metilprednisolona intravenosa ou teprotumumabe.
- D) Realização de tireoidectomia total imediata.
- E) Iniciar Rituximabe em doses elevadas.

32. De acordo com as diretrizes da American Diabetes Association (ADA), qual dos seguintes critérios NÃO é um indicador para iniciar o rastreamento para Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) ou pré-diabetes em crianças e adolescentes assintomáticos?

- A) Obesidade (IMC \geq percentil 95).
- B) Presença de acantose nigricans.
- C) História familiar de DM2 em parente de primeiro ou segundo grau.
- D) Etnia de alto risco (ex: afro-americanos, hispânicos, asiáticos, nativos americanos).
- E) Idade inferior a 8 anos.

33. Um adolescente de 16 anos com Diabetes Mellitus Tipo 1 de longa data (8 anos de duração) e controle glicêmico subótimo, evidenciado por HbA1c persistentemente elevadas, deve ser rastreado para quais complicações microvasculares anualmente?

- A) Cardiomiopatia diabética e doença arterial coronariana.
- B) Nefropatia diabética e retinopatia diabética.
- C) Acidente vascular cerebral (AVC) e doença arterial periférica.
- D) Hipotireoidismo e insuficiência adrenal.
- E) Gastroparesia e disfunção erétil.

34. Uma menina de 7 anos e 3 meses é levada ao consultório devido ao surgimento de broto mamário (Tanner M2) há 4 meses e alguns pelos pubianos (Tanner P2). A mãe relata que a filha apresentou um "estirão de crescimento" recente. A idade óssea é de 9 anos.

Qual o passo diagnóstico mais importante para confirmar a puberdade precoce central neste caso?

- A) Dosagem de prolactina e de hormônios tireoidianos.
- B) Realização de ultrassonografia pélvica para avaliar volume ovariano.
- C) Coleta de amostra de urina de 24 horas para dosagem de 17-cetosteroides.
- D) Teste de estímulo com GnRH (análogo de LHRH) com dosagem de LH e FSH.
- E) Solicitação de ressonância nuclear magnética de sela túrcica.

35. Um recém-nascido do sexo feminino, com genitália ambígua, é avaliado nos primeiros dias de vida. O cariótipo é 46,XX. A dosagem de 17-hidroxiprogesterona (17-OHP) está marcadamente elevada.

Qual a forma mais comum de Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC) neste contexto?

- A) Deficiência de 11 β -hidroxilase.
- B) Deficiência de 21-hidroxilase.
- C) Deficiência de 3 β -hidroxiesteroide desidrogenase.
- D) Deficiência de 17 α -hidroxilase.
- E) Deficiência de StAR (proteína reguladora aguda esteroideogênica).

36. Uma criança de 2 anos de idade, alimentada exclusivamente com leite materno até 1 ano e meio e com pouca exposição solar, apresenta atraso no desenvolvimento motor e deformidades ósseas nos membros inferiores (pernas arqueadas). A dosagem sérica de cálcio está levemente baixa, fosfato baixo, fosfatase alcalina muito elevada e 25-hidroxivitamina D (25OHD) significativamente baixa.

Qual a principal causa do quadro?

- A) Raquitismo hipofosfatêmico ligado ao X.
- B) Raquitismo secundário à doença renal crônica.
- C) Raquitismo nutricional por deficiência de vitamina D.
- D) Hipoparatiroidismo.
- E) Resistência periférica à vitamina D.

37. Um paciente de 55 anos apresenta sintomas de hipertireoidismo, como taquicardia, perda de peso, intolerância ao calor e tremores. Os exames laboratoriais mostram TSH elevado (8.2 mUI/L, VR: 0.4-4.0 mUI/L) e T4 livre elevado (2.5 ng/dL, VR: 0.8-1.8 ng/dL). A ultrassonografia da tireoide não revela nódulos significativos.

Qual é a próxima etapa diagnóstica mais crucial para investigar a etiologia deste hipertireoidismo?

- A) Iniciar imediatamente tratamento com metimazol.
- B) Solicitar cintilografia da tireoide.
- C) Realizar dosagem de subunidade alfa do TSH e ressonância magnética da sela turca.
- D) Pesquisar anticorpos anti-receptor de TSH (TRAb).
- E) Avaliar o histórico de uso de amiodarona ou suplementos de iodo.

38. A monitorização continua de glicemia (CGM) vem se estabelecendo com a melhor ferramenta para controle glicêmico.

Qual dos pacientes abaixo podemos considerar como melhor controle, considerando os fatores avaliados pelo CGM, tempo no alvo (TIR), tempo em hipoglicemia (hipo), tempo em hiperglicemia Alto e muito alto, variabilidade glicêmica (VAR) e glicada estimada (HbA1c)?

- A) TIR – 70%, hipo – 2%, alto 15%, muito alto 13%, VAR – 38% e HbA1c- 7,1%.
- B) TIR – 65%, hipo – 8%, alto 10%, muito alto 17%, VAR – 39% e HbA1c- 7,0%.
- C) TIR – 70%, hipo – 5%, alto 20%, muito alto 5%, VAR – 35% e HbA1c- 7,0%.
- D) TIR – 75%, hipo – 8%, alto 7%, muito alto 10%, VAR – 34,5% e HbA1c- 6,8%.
- E) TIR – 70%, hipo – 3%, alto 20%, muito alto 7%, VAR – 32% e HbA1c- 7,0%.

39. Um menino de 6 anos com baixa estatura importante e velocidade de crescimento reduzida apresenta níveis baixos de IGF-1 para a idade. O teste de estímulo com clonidina mostra pico de GH < 3 ng/mL. A ressonância magnética de crânio é normal.

Qual a condição mais provável?

- A) Síndrome de Laron.
- B) Deficiência de GH idiopática.
- C) Hipotireoidismo.
- D) Displasia esquelética.
- E) Má nutrição.

40. Um lactente de 6 meses apresenta crises convulsivas e tetania. A dosagem de cálcio sérico está muito baixa, o fósforo está elevado e o PTH (paratormônio) está baixo. A ultrassonografia das paratireoides é normal. A mãe nega uso de medicações e não possui histórico de doenças.

Qual a etiologia mais provável da hipocalcemia?

- A) Hipoparatiroidismo congênito isolado.
 - B) Pseudohipoparatiroidismo.
 - C) Deficiência de vitamina D.
 - D) Raquitismo dependente de vitamina D.
 - E) Síndrome de DiGeorge.
-

41. Um lactente de 8 meses apresenta hipotonia severa, dificuldade de sucção e baixo ganho de peso. Após os 12 meses, desenvolve hiperfagia incontrolável, obesidade progressiva, baixa estatura, e posteriormente, deficiência cognitiva e hipogonadismo.

Qual a principal causa genética subjacente a esta apresentação clínica?

- A) Mutação no gene receptor de leptina (LEPR).
 - B) Defeito na via de sinalização da proopiomelanocortina (POMC).
 - C) Deleção na região 15q11-q13 no cromossomo de origem paterna.
 - D) Duplicação na região 15q11-q13 no cromossomo de origem materna.
 - E) Mutação no gene PCSK1.
-

42. Um paciente de 25 anos apresenta nódulos tireoidianos múltiplos. Ele tem histórico de irradiação cervical para tratamento de linfoma de Hodgkin na infância (aos 7 anos de idade).

Qual a característica mais relevante na história deste paciente que aumenta significativamente o risco de malignidade nos nódulos tireoidianos?

- A) Idade do paciente no momento da irradiação.
 - B) Presença de múltiplos nódulos.
 - C) Sexo masculino.
 - D) Tempo decorrido desde a exposição à radiação.
 - E) Dieta pobre em iodo.
-

43. Qual a principal estratégia para prevenir a perda óssea e fraturas em crianças e adolescentes que requerem tratamento prolongado com glicocorticoides sistêmicos?

- A) Suplementação com altas doses de vitamina K.
 - B) Restrição de atividades físicas para evitar fraturas.
 - C) Suplementação de cálcio e vitamina D e uso da menor dose e menor tempo possível de corticoide.
 - D) Início profilático de bisfosfonatos em todos os pacientes.
 - E) Dieta rica em alimentos com oxalatos para aumentar a absorção de cálcio.
-

44. Um menino de 8 anos com história familiar de Carcinoma Medular de Tireoide (CMT) e feocromocitoma bilateral é submetido a teste genético que revela uma mutação ativadora no proto-oncogene RET.

Qual a conduta mais indicada para prevenir o desenvolvimento do CMT?

- A) Acompanhamento ultrassonográfico anual da tireoide.
 - B) Tireoidectomia profilática total na infância.
 - C) Dosagem anual de calcitonina sérica.
 - D) Observação clínica rigorosa e intervenção apenas com o surgimento de nódulos.
 - E) Terapia com inibidores de tirosina quinase profilática.
-

45. Uma criança de 13 anos, em uso de prednisona oral diária em alta dose há 3 anos para tratamento de doença inflamatória intestinal, apresenta dor lombar e uma fratura vertebral por compressão assintomática detectada incidentalmente em radiografia. A densitometria óssea (DXA) revela Z-score de -2,5 para a idade e sexo na coluna lombar. Clinicamente com facies cushingoide e baixa estatura para idade (percentil 5) e estadio de Tanner M2, P2.

Qual a conduta terapêutica mais apropriada para esta osteoporose grave?

- A) Reduzir gradualmente a dose de prednisona e otimizar a ingestão de cálcio e vitamina D.
- B) Iniciar terapia com bifosfonatos intravenosos (ex: pamidronato, zoledronato).
- C) Aumentar a ingestão de proteínas e iniciar suplementação de GH.
- D) Prescrever teriparatida (PTH recombinante) para estimular a formação óssea.
- E) Iniciar tratamento com estrógeno para melhorar a densidade óssea.

46. Uma criança de 5 anos é diagnosticada com síndrome nefrótica e, durante a investigação, apresenta hipercolesterolemia acentuada (colesterol total de 400 mg/dL e LDL-colesterol de 300 mg/dL).

Qual o principal mecanismo fisiopatológico responsável pela dislipidemia neste contexto?

- A) Aumento da absorção intestinal de colesterol devido à inflamação.
- B) Diminuição da excreção biliar de colesterol.
- C) Aumento da síntese hepática de lipoproteínas e diminuição do catabolismo devido à hipoalbuminemia.
- D) Deficiência de lipoproteína lipase.
- E) Aumento da atividade da proteína de transferência de ésteres de colesterol (CETP).

47. Uma criança de 14 anos é encaminhada por níveis de colesterol total de 320 mg/dL e LDL-colesterol de 250 mg/dL. Seus pais relatam história familiar de doença cardiovascular precoce (infarto do miocárdio antes dos 55 anos) e um exame físico revela xantomas tendíneos no tendão de Aquiles.

Qual a condição mais provável e a conduta terapêutica inicial mais adequada, após medidas de estilo de vida?

- A) Hipercolesterolemia poligênica; dieta restrita em gorduras e reavaliação anual.
- B) Hipercolesterolemia familiar heterozigótica; iniciar estatina de alta potência.
- C) Dislipidemia secundária à síndrome nefrótica; investigar causas renais.
- D) Hipotireoidismo; dosar TSH e T4 livre e iniciar reposição de levotiroxina.
- E) Hipercolesterolemia familiar homozigótica; iniciar aférese de LDL.

48. Um menino de 5 anos é encaminhado por obesidade de início precoce e severa, apresentando hiperfagia marcante desde a primeira infância, mas com altura e desenvolvimento puberal dentro da faixa normal para a idade. Seus pais relatam que ele está sempre com fome e que a alimentação se tornou um desafio constante. O teste genético para a Síndrome de Prader-Willi foi negativo.

Qual a causa genética mais provável para este quadro de obesidade?

- A) Mutação no gene do receptor de leptina (LEPR).
- B) Deficiência do peptídeo POMC.
- C) Mutação no gene do receptor de melanocortina 4 (MC4R).
- D) Síndrome de Bardet-Biedl.
- E) Deficiência de proconvertase 1 (PCSK1).

49. Um menino de 7 anos apresenta aumento do volume testicular (4 mL bilateralmente, sem nodulações), desenvolvimento de pelos pubianos (Tanner II) e odor axilar há 6 meses. Sua velocidade de crescimento aumentou significativamente, e a idade óssea está avançada em 2 anos em relação à idade cronológica. Exames laboratoriais mostram testosterona elevada para a idade, com LH e FSH basais ligeiramente elevados e uma resposta de LH e FSH francamente puberal (LH > 0.6 UI/L) após teste de estímulo com GnRH agonista.

Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC) por deficiência de 21-hidroxilase.
- B) Puberdade Precoce Periférica (PPP) de origem testicular.
- C) Tumor produtor de gonadotrofina coriônica humana (hCG).
- D) Puberdade Precoce Central (PPC) idiopática.
- E) Hipertireoidismo.

50. Um lactente de 8 meses de idade, nascido a termo, apresenta ganho ponderal inadequado e episódios de desidratação recorrentes, apesar da amamentação exclusiva. Os pais relatam aumento da frequência urinária e das trocas de fralda, além de irritabilidade crescente. Exames laboratoriais revelam glicemia de 320 mg/dL, pH arterial 7.28, bicarbonato 15 mEq/L e cetonúria moderada.

Qual a conduta diagnóstica inicial mais crucial para diferenciar a etiologia do diabetes neste caso?

- A) Dosagem de peptídeo C.
 - B) Pesquisa de autoanticorpos anti-insulina, anti-GAD65 e anti-IA2.
 - C) Painel genético para diabetes neonatal.
 - D) Tomografia computadorizada abdominal para pesquisa de insulinoma.
 - E) Teste de tolerância à glicose oral (TTGO).
-

GRUPO 17
- ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA -