

Processo Seletivo

Residência em Endocrinologia Pediátrica

Hospital Criança Conceição

Grupo Hospitalar Conceição

2026/2027

Nome do Candidato: _____

CONHECIMENTOS GERAIS

1. Em relação à hipoglicemia neonatal, avalie as afirmações a seguir como verdadeiras (V) ou falsas (F):

1. () A glicemia plasmática tende a cair fisiologicamente nas primeiras 1 a 2 horas após o nascimento, podendo atingir valores de até 30 mg/dL sem necessariamente representar doença.
2. () A principal fonte energética cerebral do recém-nascido nas primeiras horas de vida é a glicose, visto que a produção de corpos cetônicos ainda não está plenamente estabelecida.
3. () Hipoglicemias sintomáticas associadas a hiperinsulinismo congênito geralmente cursam com cetonemia e ácidos graxos livres elevados devido à mobilização lipídica compensatória.
4. () Em recém-nascidos de risco assintomáticos com glicemia <25 mg/dL nas primeiras 4 horas de vida, recomenda-se intervenção imediata com glicose intravenosa, mesmo antes da oferta oral.
5. () A persistência de hipoglicemia além de 48–72 horas de vida, especialmente na presença de cetonas, deve levantar suspeita de deficiência de hormônio de crescimento.

“Assinale a sequência correta de V (verdadeiro) e F (falso):” e as alternativas listadas como:

- A. V – V – F – V – V
- B. F – V – F – V – F
- C. V – F – V – F – V
- D. V – V – V – F – F

2. Um menino de 12 anos, com diabetes mellitus tipo 1 comparece à consulta de rotina. Apresenta variabilidade glicêmica elevada, com frequentes hipoglicemias pós-prandiais e velocidade de crescimento reduzida nos últimos 6 meses. Laboratorialmente, apresenta: hemoglobina glicada: 8,8%, TSH: 6,2 mUI/L, T4 livre: 1,1 ng/dL, anti-peroxidase: 18 UI/mL (VR: <34 UI/mL), anticorpos anti-transglutaminase: 45 UI/mL (<10 UI/mL) IgA:e IgA total: 106 mg/dL (VR: 34-220 mg/dL).

Com base nesse cenário, qual das condutas a seguir é a mais adequada?

- A. Repetir periodicamente os anticorpos tireoidianos e celíacos e realizar raio-X de idade óssea para avaliar crescimento.
 - B. Iniciar levotiroxina e recomendar dieta isenta de glúten, após confirmar a doença celíaca com biópsia intestinal.
 - C. Introduzir levotiroxina e repetir sorologia celíaca em 6 meses antes de considerar endoscopia.
 - D. Confirmar doença celíaca com biópsia intestinal antes de recomendar dieta isenta de glúten, e acompanhar função tireoidiana periodicamente sem iniciar levotiroxina no momento.
3. Um menino de 13 anos apresenta aumento de estatura de 12 cm no último ano. Essa velocidade de crescimento é:
- A. Inferior ao esperado para a idade
 - B. Normal para a fase pré-puberal
 - C. Compatível com o estirão puberal

D. Indicativa de puberdade precoce central

4. Assinale a alternativa que correlaciona corretamente a causa endócrina de baixa estatura com sua característica clínica típica:
 - A. Puberdade precoce — crescimento lento com idade óssea atrasada.
 - B. Hipotireoidismo — crescimento normal e idade óssea avançada.
 - C. Síndrome de Cushing — baixa estatura associada a excesso de peso.
 - D. Deficiência de hormônio de crescimento — baixa estatura com idade óssea normal.

5. Sobre o desenvolvimento puberal normal, assinale a alternativa correta:
 - A. O início da puberdade em meninas ocorre em todas as etnias entre 7 e 8 anos.
 - B. O primeiro sinal da puberdade feminina é a menarca.
 - C. O primeiro sinal da puberdade masculina é o aumento do volume testicular.
 - D. O pico de velocidade de crescimento ocorre antes do desenvolvimento dos caracteres sexuais.

6. Criança de 4 anos, peso 20 kg, trazida ao pronto-atendimento com vômitos persistentes há 12 h, polidipsia, poliúria, dor abdominal e respiração rápida e profunda. Ao exame: desidratação, sonolenta; glicemia capilar de 450 mg/dL; gasometria venosa mostra pH 7,05, HCO_3^- de 5 mmol/L; verificam-se cetonúria e cetonemia. A abordagem e terapêutico aponta para um episódio grave de cetoacidose diabética. De acordo com as diretrizes internacionais mais atuais, qual das condutas abaixo é *mais apropriada* para nesta criança com cetoacidose diabética grave?
 - A. Iniciar imediatamente infusão de insulina regular a 0,1 U/kg/h antes de qualquer reposição volêmica, para corrigir rapidamente a glicemia e a acidose.
 - B. Administrar solução cristaloide em bolus de 20 mL/kg em 30 min, seguido de correção do déficit de volume ao longo de 36 h, e iniciar insulina apenas após o volume circulante estar restaurado.
 - C. Iniciar infusão de bicarbonato de sódio para correção imediata da acidose severa (pH 7,05) e, em seguida, iniciar insulina e reposição volêmica.
 - D. Dar de início solução de reposição com glicose 10% + 0,45% NaCl para prevenir hipoglicemia, junto com insulina a 0,05 U/kg/h, antes de corrigir o déficit de volume.

7. De acordo com o consenso internacional PALICC-2 (2023), sobre o diagnóstico da Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo Pediátrico (PARDS), assinale a alternativa incorreta:
 - A. O diagnóstico de PARDS requer início agudo, dentro de 7 dias após um insulto clínico conhecido ou nova piora dos sintomas respiratórios.
 - B. A presença de opacidades bilaterais em radiografia ou tomografia de tórax é necessária, podendo ser atribuídas a atelectasia ou sobrecarga hídrica.
 - C. A identificação de hipoxemia pode ser feita com base na relação entre pressão arterial de oxigênio e fração inspirada de oxigênio ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) ou entre saturação periférica de oxigênio e FiO_2 ($\text{SpO}_2/\text{FiO}_2$), dependendo da disponibilidade de gasometria arterial.
 - D. O diagnóstico de PARDS pode ser feito em pacientes com cardiopatia prévia, desde que os achados agudos não sejam relacionados a sua comorbidade.

8. A crise aguda grave de asma em crianças é uma emergência que exige reconhecimento rápido e tratamento escalonado para prevenir insuficiência respiratória. O manejo inicial visa restaurar o fluxo aéreo, reduzir a inflamação e corrigir a hipoxemia. De acordo com as recomendações atuais, qual das alternativas abaixo representa a conduta correta no manejo inicial da asma aguda grave em pediatria?

- A. Iniciar oxigenoterapia apenas se a saturação periférica de oxigênio (SpO₂) for menor que 88%, pois o oxigênio pode atrasar a resposta aos broncodilatadores.
- B. Administrar β_2 -agonista de curta duração (salbutamol) por via inalatória, preferencialmente com espaçador ou nebulização contínua, associado a ipratrópio nas exacerbações graves.
- C. Utilizar corticosteróide oral apenas após 12 horas da primeira dose de broncodilatador, para evitar efeito rebote.
- D. Iniciar antibioticoterapia empírica em todas as crises graves, devido ao risco de infecção bacteriana concomitante.

9. Uma criança de 6 anos é encontrada inconsciente no pátio da escola. Não há sinais de trauma. O socorrista verifica que a criança não responde a estímulos e não respira normalmente, mas há pulso carotídeo presente. De acordo com as Diretrizes de Suporte Básico de Vida Pediátrico da American Heart Association (AHA, 2020), qual deve ser a próxima conduta mais adequada?

- A. Iniciar imediatamente compressões torácicas na proporção 30:2, independentemente da presença de pulso.
- B. Iniciar ventilações de resgate com 1 ventilação a cada 3–5 segundos (aproximadamente 12–20/min) e reavaliar o pulso a cada 2 minutos.
- C. Aplicar 2 ventilações e depois verificar novamente a respiração antes de decidir pelas compressões.
- D. Administrar um choque com o desfibrilador automático externo (DEA) antes de iniciar ventilações.

10. Uma criança de 5 anos, previamente saudável, é trazida ao pronto-socorro após colapso súbito durante atividade física. Está inconsciente, sem respiração normal e sem pulso central palpável. O monitor cardíaco mostra fibrilação ventricular (FV). De acordo com as Diretrizes de Suporte Avançado de Vida Pediátrico (PALS) da American Heart Association – AHA 2020, qual é a conduta inicial mais apropriada?

- A. Iniciar imediatamente compressões torácicas e administrar epinefrina 0,01 mg/kg IV/IO antes da desfibrilação.
- B. Iniciar compressões torácicas e realizar primeiro choque de 2 J/kg, seguido por RCP por 2 minutos antes de reavaliar o ritmo.
- C. Administrar amiodarona 5 mg/kg IV/IO antes do primeiro choque para aumentar a chance de reversão.
- D. Realizar intubação orotraqueal imediata e ventilação com 100% de oxigênio antes de iniciar compressões ou desfibrilação.

11. Segundo a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), informações sobre a saúde de crianças são classificadas como dados pessoais sensíveis. Com relação ao tratamento desses dados, assinale a alternativa correta:

- A. O compartilhamento é livre, pois o dado é de interesse público.
- B. O consentimento deve ser dado pelos pais ou responsáveis legais.
- C. O médico pode utilizar o prontuário da criança para fins de ensino, sem anonimização.
- D. O hospital pode divulgar fotos de recém-nascidos com fins institucionais.

12. A respeito da hipoglicemia neonatal, assinale a alternativa correta.

- A. Os recém-nascidos prematuros não necessitam de rastreamento, pelo baixo risco de hipoglicemia.
- B. Em todos os bebês que apresentarem hipoglicemia, é necessária a coleta de hormônio do crescimento, cortisol e glucagon, para a investigação adicional.
- C. Vômitos, irritabilidade, hipotonia e convulsões podem ser alguns sintomas relacionados à hipoglicemia.
- D. A hipoglicemia nos filhos de mãe diabética ocorre por redução na produção de glicose.

13. Um bebê prematuro com 30 semanas de gestação (idade gestacional corrigida) nasceu em 15 de março de 2024. Considerando o calendário de vacinação da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) para crianças, qual é a vacina que, obrigatoriamente, deveria ter sido administrada em uma consulta pediátrica realizada no dia 15 de julho de 2024?

- A. Hib (Haemophilus influenzae tipo b) - quarta dose
- B. Rotavírus humano - terceira dose
- C. Influenza - primeira dose
- D. Pneumocócica conjugada - segunda dose

14. Considere as seguintes afirmações sobre suporte ventilatório não invasivo em Neonatologia:

- I- O suporte ventilatório não invasivo é indicado o mais precoce possível em todo prematuro com dificuldade respiratória ao nascer.
- II- O CPAP nasal e a ventilação nasal com pressão positiva intermitente (NIPPV) previnem atelectasias e necessidade de surfa e de VM, além de reduzir apneias e falhas de extubação.
- III- A cânula nasal de alto fluxo melhora a mecânica pulmonar e das VAS através da prevenção de ressecamento e resfriamento e reduz o trabalho respiratório, além de realizar ventilação efetiva do espaço morto da nasofaringe.

- A. I e II estão corretas.
- B. I e III estão corretas.
- C. II e III estão corretas.
- D. Todas estão corretas

15. Recém-nascido prematuro de 32 semanas, nasceu de parto cesáreo devido a pré-eclâmpsia materna. Nasceu vigoroso com peso de nascimento de 1910g e não necessitou suporte ventilatório ao nascer, sendo mantido em ar ambiente. No segundo dia de vida, iniciou com pausas respiratórias associadas à queda de saturação e bradicardia. Qual a hipótese diagnóstica e a conduta mais adequada:

- A. Trata-se provavelmente de apneia da prematuridade e deve-se administrar dose de ataque de cafeína e instalar CPAP nasal.
- B. Trata-se provavelmente de sepse neonatal e deve-se iniciar imediatamente com antibióticos, sem necessidade de suporte ventilatório.
- C. Trata-se de apneia da prematuridade e deve-se intubar o RN e manter em ventilação mecânica até completar 72 horas de vida.
- D. Trata-se provavelmente de sepse neonatal e deve-se realizar exames de triagem e só iniciar cafeína se a hipótese da sepse for descartada.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

1. Em relação à hiperplasia adrenal congênita forma não-clássica por deficiência da enzima 21-hidroxilase (CYP21A2), assinale a alternativa correta:
 - A. Os indivíduos com essa condição são homozigotos ou heterozigotos compostos para o gene mutado.
 - B. É transmitida de forma autossômica dominante.
 - C. É geralmente detectada no rastreio neonatal (teste do pezinho) e mulheres com a forma não-clássica não têm risco de gerar descendentes com a forma clássica.
 - D. Quadro semelhante à Síndrome dos Ovários Policísticos é a principal manifestação em meninas adolescentes e a morfologia ovariana policística diferencia as duas condições.

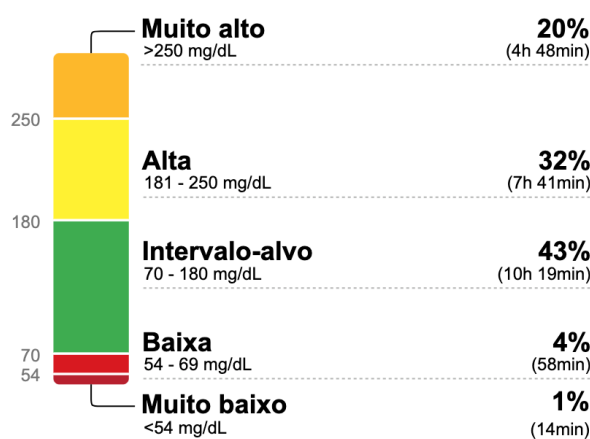
2. Menina com 13 anos, acompanhada da mãe, queixa-se de aumento da pilificação corporal, há muitos anos, sem recordar o exato momento de início. Menarca há 2 anos, com ciclos entre 35 e 40 dias. Histórico de epilepsia desde os 3 anos de idade, em uso contínuo de fenitoína. Ao exame, apresenta aumento difuso de pelos, pouco pigmentados, finos, em braços, antebraços, dorso, face (acompanhando a linha capilar) e região pré-auricular. Acne facial grau I. Exames complementares mostram LH 5,6 UI/L, FSH 3,1 UI/L, Testosterona 0,39 ng/mL (valor de referência mulheres 0,06 – 0,48 ng/mL), Estradiol 35 pg/mL, TSH 5,1 mIU/L e ecografia pélvica com presença de 15 a 20 microcistos em cada ovário. Sobre este caso podemos afirmar:
 - A. Se houver aumento do DHEA sinaliza adrenaemia exagerada e deve ser investigada com exame de imagem.
 - B. O diagnóstico de Síndrome dos Ovários Policísticos pode ser firmado e a paciente deve receber tratamento cosmético e hormonal.
 - C. O uso das pílulas combinadas está contra-indicado nesse caso pelo histórico de epilepsia e uso de fenitoína.
 - D. A paciente e a familiar devem ser tranquilizadas e nenhum tratamento hormonal deve ser instituído. O uso da fenitoína deve ser discutido.

3. Em relação à fisiologia óssea, numere as colunas de acordo com os números correspondentes apresentados. Após, assinale a alternativa que possui a sequência correta, de cima para baixo.
 - () Hormônio que interage com o PTH, tanto no metabolismo ósseo quanto no controle da calcemia.
 - () É capaz de inibir o RANK-L bloqueando a reabsorção óssea.
 - () Faz síntese de colágeno tipo I e contribui na formação do osteóide. Possui a fosfatase alcalina em sua composição.
 - () Derivados de precursores hematopoiéticos, são ativados indiretamente via PTH. Possuem em sua superfície o RANK, que quando combinado com o seu ligante, estimula sua ação na matriz óssea.
 - () é um marcador da reabsorção óssea.
 1. Osteoblasto
 2. Osteoclasto

3. Osteoprotegerina
 4. C-telopeptídeo (CTX)
 5. 1,25-Vitamina D
-
- A. 5, 3, 1, 2, 4
 - B. 4, 5, 1, 2, 3
 - C. 5, 1, 4, 2, 3
 - D. 3, 5, 1, 2, 3
-
4. Um menino com 15 anos é encaminhado por progressão lenta da puberdade, apresentando-se com volume testicular reduzido. Nascido a termo, sem intercorrências, adequado para idade gestacional. Sem comorbidades dignas de nota. Estatura familiar no %50, com paciente em crescimento no %75 e peso no %50. Adrenarca em idade usual e caracteres sexuais secundários masculinos presentes. Ao exame, discreta ginecomastia, Tanner P3 com volume testicular de 6cm³, testículos palpáveis bilateralmente em bolsa, de consistência firme, sem nodulações. Pênis com comprimento normal para idade. Exames laboratoriais iniciais demonstram testosterona total 385ng/dL, LH 8,5 UI/L e FSH 28 UI/L, com resultados similares em duas coletas pela manhã, em jejum. Sobre este caso, assinale a alternativa correta:
- A. O mais provável é um retardo constitucional da puberdade e desenvolvimento e a família deve ser tranquilizada. Deve ser acompanhado clinicamente e não há necessidade de outros exames complementares no momento.
 - B. O rx de idade óssea deve ser solicitado e, se atrasado em relação à idade cronológica, o retardo constitucional da puberdade torna-se a hipótese mais provável.
 - C. O tratamento com ésteres de testosterona deve ser instituído, inicialmente com cipionato de testosterona na dose de 50mg intramuscular a cada 30 dias.
 - D. O cariótipo deve ser solicitado a despeito da testosterona em valores normais.
-
5. Assinale V (verdadeiro) e F (falso) para as alternativas abaixo sobre hipotireoidismo congênito:
- () O hipotireoidismo congênito é uma das causas mais comuns de deficiência intelectual evitáveis em todo o mundo com predomínio no sexo masculino, em uma razão aproximada de 2:1.
- () O teste do pezinho, deve ser coletado em papel filtro entre o 3 e 5 dia de vida, podendo ter um resultado falso negativo caso seja coletado nas primeiras 48hs de vida do bebê.
- () Uma forma de disormonogênese causada por mutação no gene da pendrina, responsável pelo transporte de iodo para fora da célula e para o coloide folicular e cóclea, resulta em hipotireoidismo associado a perda auditiva neurossensorial (síndrome de Pendred).
- () No hipotireoidismo central, o nível de TSH pode estar normal ou reduzido, e o neonato pode apresentar hipoglicemia e micropênisconcomitantes em decorrência de mutações no gene PROP1.
- () Nos casos de elevação discreta do TSH (ex.: TSH entre 6,0 - 10 mUI/L) deve ser realizada ultrassonografia para confirmação de diagnóstico e início de tratamento.
- A. V, V, F, V, F
 - B. V, V, V, F, V
 - C. F, F, V, F, V

D. F, F, V, V, F

6. Criança de 4 anos, com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, realizou recentemente diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1. Durante a consulta, a criança mostra-se agitada, com taquicardia e, apesar do uso adequado das insulinas e aderência às orientações alimentares, demonstra perda de peso progressiva. Você solicita exames laboratoriais para investigação que mostram TSH < 0,01mUI/L; T4 livre 2,96ng/dL e T3 245ng/dL. Baseado no caso clínico acima, quais alternativas estão corretas?
- I. A agitação pode ser um sintoma desta condição, assim como aumento na frequência das evacuações, insônia, intolerância ao calor e pele xerótica.
 - II. Ao diagnóstico, a velocidade de crescimento costuma ser elevada e a idade óssea avançada, porém a estatura final não fica prejudicada quando o tratamento é adequado.
 - III. A primeira escolha de tratamento é o metimazol, sendo que na falha deste tratamento, o iodo radioativo deve ser considerado como primeira alternativa.
 - IV. O uso de propiltiuracil não é recomendado para a faixa etária pediátrica devido ao risco hepatopatia grave.
 - V. Os níveis de anticorpos anti-receptor de TSH (TRAb) não apresentam correlação com a evolução clínica e, portanto, não têm valor prognóstico na Doença de Graves.
- A. I, II
 - B. II, IV
 - C. I, II, IV
 - D. II, III, V
7. Uma menina de 10 anos, com diabetes mellitus tipo 1 diagnosticado há 3 anos, faz uso de múltiplas doses diárias de insulina (Glargina e Lispro). Comparece à consulta de rotina com sensor de glicose contínuo (CGM) e traz o seguinte relatório AGP (perfil ambulatorial de glicose) da última quinzena:



Média de Glicose 184 mg/dL
Indicador de gerenciamento da glicose (GMI) 7,7% ou 61 mmol/mol
Variabilidade da glicose 39,3%

Com base nesses dados e no consenso internacional de monitorização, a análise as afirmações abaixo. Quais são verdadeiras?

I) O relatório demonstra tempo no alvo (TIR) abaixo do recomendado, com predomínio de valores em hiperglicemia, sugerindo necessidade de ajustes na terapia insulínica e/ou nas condutas alimentares.

II) A variabilidade glicêmica desta criança não é considerada aumentada, levando-se em consideração o coeficiente de variabilidade.

III) O tempo em hipoglicemia encontra-se dentro dos limites aceitáveis para a faixa etária, sendo a hiperglicemia o principal alvo terapêutico a ser abordado no momento.

IV) Em crianças pequenas ou em pacientes com risco elevado de hipoglicemia, um tempo no alvo superior a 50% pode ser considerado controle glicêmico aceitável, desde que o tempo em hipoglicemia permaneça dentro dos parâmetros de segurança.

- A. I, IV
- B. I, II, III
- C. I, III, IV
- D. Todas as alternativas são corretas

8. Com relação às formas raras de diabetes na infância, assinale a alternativa INCORRETA:

- A. A Síndrome de Wolfram causada pelos genes *WFS1* e *WFS2* compreende diabetes mellitus, diabetes insipidus, atrofia do nervo óptico e surdez
- B. IPEX, causada por mutações de perda de função no gene *FOXP3*, se manifesta na infância com uma tríade de enteropatia, endocrinopatia autoimune e dermatite.
- C. O Diabetes Neonatal, diagnosticado antes dos 6 meses de idade, pode ser causado por vários genes envolvidos na produção e secreção de insulina, sendo que as mais comuns são as mutações dos canais de sódio envolvendo os genes *ABCC8* e *KCNJ11*.
- D. A síndrome de Kearns-Sayre (SKS) é um subtipo clínico de oftalmoplegia externa progressiva crônica, associada a retinopatia pigmentar e anormalidades endócrinas como diabetes mellitus, baixa estatura, hipogonadismo hipogonadotrófico, insuficiência adrenal e hipoparatiroidismo primário.

9. Laura, 6 anos e 4 meses, é levada pela mãe ao ambulatório de endocrinologia pediátrica por apresentar aumento das mamas há cerca de 6 meses e surgimento de pêlos pubianos recentes. A mãe relata que Laura cresceu “muito rápido” no último ano. Ao exame físico, observa-se mamas em estágio Tanner II e pelos pubianos em Tanner II. O restante do exame é normal. Foi solicitado raio-X de mão e punho, que revelou idade óssea de 8 anos e 10 meses e dosagem hormonal com LH basal 1,1mUI/mL.

Sobre maturação sexual precoce, assinale a alternativa correta:

- A. A definição clássica de maturação sexual precoce é o aparecimento de caracteres sexuais secundários antes dos 9 anos em meninas e antes dos 10 anos em meninos.
- B. A forma central (dependente de gonadotrofinas) de puberdade precoce é mais comum em meninos e costuma ter como causa idiopática.
- C. O tratamento com análogos de GnRH é seguro e visa interromper a progressão da puberdade e preservar o potencial de crescimento.
- D. O tratamento deve ser mantido até os 12 anos, independentemente da idade óssea e do sexo.

10. Em relação aos tipos de hipogonadismo associados à puberdade atrasada, assinale a alternativa correta:
- A. No hipogonadismo hipergonadotrófico, os níveis de FSH e LH estão baixos devido à falência gonadal.
 - B. No hipogonadismo hipogonadotrófico, o defeito está nas gônadas, que não respondem ao estímulo gonadotrófico
 - C. No atraso constitucional da puberdade, há atraso transitório da secreção de GnRH, com recuperação espontânea.
 - D. O hipogonadismo hipogonadotrófico funcional é uma condição permanente e não reversível.

11. Crianças nascidas pequenas para a idade gestacional (PIG) apresentam diferentes padrões de crescimento pós-natal. Sobre o crescimento dessas crianças e a utilização de hormônio do crescimento recombinante (rhGH), assinale a alternativa correta:

- A. A maioria das crianças nascidas PIG não apresenta crescimento compensatório (“catch-up growth”) e, por isso, todas devem receber tratamento com rhGH nos primeiros meses de vida.
- B. A maioria das crianças nascidas PIG a termo atingem altura acima de -2 DP aos dois anos de idade, não necessitando de intervenção farmacológica.
- C. O uso de rhGH em crianças PIG é eficaz apenas em casos de deficiência clássica de GH.
- D. Crianças nascidas PIG não respondem ao rhGH, e a terapia não é recomendada, pois não há aumento significativo na altura adulta.

12. A Síndrome de Kabuki é uma doença genética rara caracterizada por múltiplas anomalias congênitas e atraso no desenvolvimento. Sobre essa síndrome, assinale a alternativa CORRETA:

- A. É causada exclusivamente por mutações no gene KDM6A, com herança autossômica recessiva.
- B. Apresenta como características típicas fendas palpebrais curtas, macrocefalia e hiperatividade precoce.
- C. As principais manifestações incluem traços faciais característicos, cardiopatias congênitas, atraso do desenvolvimento e hipotonia.
- D. Não há registro de comprometimento cognitivo nos indivíduos afetados. e o diagnóstico é exclusivamente clínico, sem necessidade de testes genéticos.

13 O hormônio do crescimento (GH) exerce papel essencial na regulação do crescimento somático e do metabolismo energético. Sobre o eixo GH–IGF-1, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa CORRETA:

- I. A secreção de GH é pulsátil e ocorre predominantemente durante o sono de ondas lentas, sendo estimulada pela somatostatina e inibida pelo GHRH.
- II. A ação anabólica e de promoção do crescimento do GH é mediada principalmente pelo fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1 (IGF-1), produzido principalmente no fígado.
- III. Em condições de hipoglicemia, ocorre aumento da secreção de GH, enquanto a hiperglicemia a suprime.
- IV. O GH estimula a lipogênese e reduz a lipólise, promovendo aumento da massa adiposa.

Assinale a alternativa correta:

- A. I e II estão corretas.
- B. II e III estão corretas.
- C. I, III e IV estão corretas.
- D. Todas as afirmativas estão corretas.

14. A dislipidemia na infância e adolescência é uma condição de importância crescente, associada à obesidade, resistência insulínica e risco cardiovascular precoce. Considerando os aspectos fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos, analise as afirmativas abaixo:

- I. A triagem universal para dislipidemia é recomendada entre 9 e 11 anos e novamente entre 17 e 21 anos, utilizando-se o perfil lipídico em jejum obrigatório.
- II. A dislipidemia mais comum em crianças e adolescentes é a hipertrigliceridemia secundária à obesidade e à resistência à insulina, frequentemente associada à redução do HDL-colesterol.
- III. Nas dislipidemias primárias, especialmente na hipercolesterolemia familiar heterozigótica, os níveis de LDL-colesterol geralmente são superiores a 190 mg/dL, podendo haver história familiar de doença cardiovascular precoce.
- IV. O tratamento farmacológico com estatinas deve ser considerado a partir dos 8 a 10 anos em casos de hipercolesterolemia familiar com LDL persistentemente elevado, mesmo após intervenção dietética adequada.
- V. A intervenção inicial no manejo das dislipidemias pediátricas deve priorizar restrição calórica severa e eliminação completa de gorduras da dieta, independentemente da etiologia.

Assinale a alternativa CORRETA:

- A) II, III e IV estão corretas.
- B) II, III e V estão corretas.
- C) I, IV e V estão corretas.
- D) Todas as afirmativas estão corretas.

15. ARZ, 6 anos e 7 meses, sexo feminino, é levada ao endocrinologista pediátrico por baixa estatura em relação aos colegas da turma. A mãe relata que o crescimento desacelerou a partir dos 4 anos. A gestação foi normal, parto a termo, peso ao nascer: 3.100g, comprimento: 49 cm e histórico neonatal de icterícia prolongada e hipoglicemia neonatal nos primeiros dias de vida. O desenvolvimento neuropsicomotor foi adequado. Com histórico asma e uso de corticóide até 3 anos, porém no máximo de 5 dias e sem outras doenças crônicas. Bom rendimento escolar e boa interação com as colegas apesar de as vezes se sentir incomodada com a altura. Tem pai com 1,74m, mãe: 1,62m e irmão 14 anos com 1,72 cm. Ao exame físico apresenta fâcies infantilizada, voz fina, leve adiposidade troncular, ausência de distúrbios e com proporções corporais preservadas. Apresenta peso entre -1 e 0DP e altura entre -2 e -3DP. A radiografia de mão e punho revela idade óssea de 4 anos e 9 meses. Apresenta IgF1 abaixo -1DP para idade óssea, glicemia 75 mg/dL e teste de estímulo com clonidina: pico de GH = 3,1 ng/mL. A RNM evidenciou hipoplasia hipofisária com neurohipófise ectópica.

Com base nos dados apresentados, qual é o diagnóstico mais provável e o mecanismo fisiopatológico envolvido?

- A. Deficiência de GH isolada de origem hipotalâmica, causada por produção excessiva de somatostatina.
- B. Deficiência combinada de hormônios hipofisários de origem hipofisária-hipotalâmica, por disfunção das células somatotróficas.

- C. Deficiência de GH idiopática de origem hipofisária, por disfunção das células somatotróficas.
- D. Síndrome de resistência ao GH, causada por mutação do receptor hepático de GH.

Processo Seletivo - Residência em Endocrinologia Pediátrica
Grupo Hospitalar Conceição –2026/2027

Nome: _____

Assinatura: _____ RG: _____

Data: ____/____/____

CONHECIMENTOS GERAIS

	A	B	C	D
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

	A	B	C	D
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				