

Nome: _____

**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO S.A. (GHC) – HOSPITAL
FEDERAL DE BONSUCESSO – RJ – Concurso Público – 002/2026****083 – MÉDICO (REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA) –
PROVA 01****PROVA ESCRITA OBJETIVA
CADERNO DE QUESTÕES**

ATENÇÃO: Transcreva no espaço do seu CARTÃO-RESPOSTA, com sua caligrafia usual, a frase abaixo.

Sempre parece impossível até que seja feito.

Leia atentamente as instruções abaixo e aguarde a autorização para abertura deste caderno de questões.

1. Confira o **CADERNO DE QUESTÕES** nos primeiros **30 minutos de prova**. Caso haja algum erro de impressão, ausência de questão, dentre outros, a prova poderá ser substituída nesse intervalo de tempo.
2. Confira o **CARTÃO-RESPOSTA** e assine seu nome no espaço próprio, utilizando caneta esferográfica de tinta azul ou preta. A ausência de assinatura incide na desclassificação do candidato.
3. Não dobre, não amasse, nem manche o **CARTÃO-RESPOSTA**. Ele **NÃO** poderá ser substituído.
4. Para cada uma das questões objetivas, são apresentadas 5 opções identificadas com as letras A, B, C, D, E. Assinale apenas uma opção em cada questão, caso contrário, ela será nula.
5. O tempo disponível para esta prova é de **3h**.
6. Reserve os 30 minutos finais para marcar seu **CARTÃO-RESPOSTA**. Os rascunhos e as marcações assinaladas no **CADERNO DE QUESTÕES** não serão considerados na avaliação.
7. Os candidatos, após entrarem na sala da prova, somente poderão retirar-se após decorridas duas horas do tempo de duração previsto.
8. Quando terminar a prova, entregue-a ao fiscal **SEM FALTAR NENHUMA PÁGINA OU PARTE DELA**, juntamente com o **CARTÃO-RESPOSTA**. Em seguida, assine a **LISTA DE PRESENÇA**. Caso o **CADERNO DE QUESTÕES** E/OU o **CARTÃO-RESPOSTA** estejam rasgados ou incompletos, o candidato será eliminado.
9. O candidato também será excluído do certame caso:
 - a) Utilize, durante a realização da prova, máquinas e/ou relógios de calcular, bem como rádios, gravadores, fones de ouvido, telefones celulares ou fonte de consulta de qualquer espécie.
 - b) Ausente-se da sala de prova levando consigo o **CADERNO DE QUESTÕES**, antes do tempo estabelecido, e/ou **CARTÃO-RESPOSTA**.
 - c) Deixe de assinalar corretamente o campo no **CARTÃO-RESPOSTA**.



CONCURSO PÚBLICO



GABARITO

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

**083 – MÉDICO (REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA) –
PROVA 01****CONHECIMENTOS GERAIS****Questão 01**

As Normas de Habilitação para a Atenção Especializada no Processo Transexualizador, previstas na Portaria de Consolidação n.º 2/2017, estabelecem critérios para serviços de saúde que desejam ofertar esse cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando essas disposições, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A habilitação é restrita a hospitais universitários federais, não podendo ser concedida a serviços estaduais ou municipais.
- b) Os serviços habilitados devem garantir equipe multiprofissional composta, no mínimo, por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, assegurando acompanhamento integral.
- c) A portaria prevê que o processo transexualizador pode ser iniciado apenas após os 25 anos de idade, em consonância com normas internacionais de saúde.
- d) A habilitação dispensa comprovação de capacidade e regulamentação em órgãos competentes, bastando a manifestação de interesse do gestor estadual ou municipal para regulamentação nessas instâncias.
- e) O processo transexualizador é regulamentado apenas para procedimentos cirúrgicos e acompanhamento psicológico.

Questão 02

O Art. 197 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece que são de relevância pública as ações e serviços de saúde. Tais ações e serviços envolvem diretamente a proteção da vida, da dignidade humana e do bem-estar coletivo. Além disso, o exercício da prática assistencial está inserido em um contexto de interesse público e de responsabilidade ética e legal, contribuindo diretamente para a efetivação da cidadania. Com base no Artigo 197, é CORRETO afirmar que:

- a) As ações voltadas à promoção da saúde deixam de ser enquadradas como atividades típicas de prestação de serviços públicos, passando a ser compreendidas, em caráter complementar, como

iniciativas de natureza privada, desvinculadas da obrigação estatal de execução direta.

- b) Tais ações e serviços, mesmo quando prestados por instituições particulares, são passíveis de regulamentação, fiscalização e controle pelo Poder Público, que detém a competência constitucional para assegurar padrões mínimos de qualidade e segurança.
- c) Como as ações e os serviços de saúde são de relevância pública, a consequência jurídica é a vedação de qualquer uso de recursos orçamentários estatais para o pagamento de serviços prestados por instituições privadas de saúde, reforçando a prioridade do investimento no sistema público.
- d) A crescente demanda por cuidados de saúde e sua relevância socioeconômica conferem caráter de relevância pública às ações executadas por pessoas físicas ou jurídicas privadas, dispensando regulamentação e controle estatal por se tratarem de atividades menos complexas e desvinculadas de grandes redes hospitalares.
- e) Segundo o Art. 197, a competência do Poder Público limita-se à prestação direta das ações de saúde, não lhe cabendo regulamentar, fiscalizar ou controlar aquelas executadas por particulares, já que estas se enquadram como atividades de livre iniciativa.

Questão 03

O Art. 6º da Lei n.º 8.080/1990, inclui ações e serviços voltados à saúde do trabalhador nas atribuições do SUS. Com base nesse dispositivo e em seus incisos, assinale a alternativa que apresenta apenas ações que integram as atribuições do SUS no campo de saúde do trabalhador, conforme a Lei Orgânica da Saúde.

- a) Assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou de doença ocupacional; participação na avaliação e controle de riscos no processo de trabalho e revisão periódica da listagem de doenças relacionadas ao trabalho.
- b) Fiscalização de benefícios previdenciários; definição da jornada máxima de trabalho saudável; avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde e concessão de aposentadoria especial ao trabalhador exposto a agentes nocivos.

- c) Realização de perícias trabalhistas judiciais; garantir a interdição de máquinas, setores ou ambientes de trabalho diante de risco iminente à vida ou à saúde, quando solicitado pelo sindicato dos trabalhadores e gestão e fiscalização de programas de seguro de vida.
- d) Avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; captação de recursos para ações de saúde por meio dos Conselhos Profissionais e regulamentação da contribuição sindical para planos coletivos de saúde.
- e) Organização de conselhos de fiscalização do exercício da profissão; criação de normas de registro em conselhos de classe; definição de piso salarial das categorias da saúde e participação na fiscalização dos serviços de saúde do trabalhador nas empresas públicas e privadas.

Questão 04

Conforme o Art. 198 da Constituição Federal (CF) de 1988, que estabelece que as ações e serviços do SUS integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema organizado segundo diretrizes específicas, é CORRETO afirmar que:

- a) O SUS é centralizado pela União, que detém direção única em todo o território nacional, capitaneada pelo Poder Executivo, mas fiscalizada pelo Legislativo, que representa a participação popular.
- b) O atendimento integral deve priorizar serviços hospitalares, distribuídos em rede colaborativa e racionalizada, em detrimento das atividades preventivas, com base nos agravos com maior incidência nacional.
- c) A participação da comunidade é garantida pelo serviço de Ouvidoria e pela possibilidade de a liderança estadual opcionalmente aceitar as solicitações e julgar quais as melhores ações adotadas no território.
- d) O SUS é organizado em rede regionalizada e hierarquizada, com descentralização e direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, priorizando atividades preventivas, sem prejudicar os serviços assistenciais, e participação da comunidade.
- e) O SUS é estruturado pela União de acordo com critérios clínicos e epidemiológicos, baseado em hierarquia centralizada que determina a composição da rede regional, que dá suporte às unidades do município.

Questão 05

A Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), instituída em 2003, buscou transformar práticas de atenção e gestão no SUS, valorizando o acolhimento, o vínculo e a corresponsabilidade entre profissionais, usuários e gestores. A Lei 15.126, sancionada em 28 de abril de 2025, trouxe uma mudança importante a respeito dessa política pública tão relevante. Considerando esses elementos, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A Lei n.º 15.126/2025 consolidou a atenção humanizada como princípio legal do SUS, reforçando que o cuidado deve integrar dimensões técnicas e subjetivas, sem restringir-se a protocolos clínicos, e garantindo que a humanização seja obrigatória em todas as esferas de gestão e atenção.
- b) A HumanizaSUS, após a Lei n.º 15.126/2025, passou a ser considerada política estadual sem força normativa vinculante, cabendo a cada ente federativo adotar práticas humanizadas, garantindo que o acolhimento e a clínica ampliada sejam obrigatórios em todos os hospitais gerais dos municípios.
- c) A atualização normativa de 2025 revogou a Política Nacional de Humanização, substituindo-a por um novo programa de gestão hospitalar voltado para a eficiência administrativa, o acolhimento por classificação de risco, a participação dos usuários na cogestão de unidades.
- d) A Lei n.º 15.126/2025 incluiu a atenção humanizada como princípio constitucional do SUS, alterando diretamente o Art. 198 da Constituição Federal (CF) de 1988, de modo que a humanização passou a ser diretriz constitucional, reforçando o compromisso do Estado brasileiro com a humanização das unidades de saúde.
- e) A Política Nacional de Humanização, após a Lei n.º 15.126/2025, foi ampliada como programa ministerial transversal, para ser aplicada em todas as unidades hospitalares de grande porte, e em unidades da atenção básica ou especializada em municípios estratégicos, expandindo os serviços de acolhimento.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**Questão 06**

Um menino de 12 anos apresenta artrite assimétrica em joelho esquerdo e tornozelo direito há 4 meses, associada a dor em inserção do tendão de Aquiles

bilateral. Refere episódio recente de olho vermelho unilateral com dor ocular e fotofobia, que resolveu com tratamento tópico. O pai do paciente tem história de espondilite anquilosante. A pesquisa laboratorial de maior relevância para confirmar a classificação diagnóstica é:

- a) Fator antinuclear.
- b) Anti-CCP.
- c) Fator reumatoide IgM.
- d) HLA-B27.
- e) Anticorpo anti-DNA.

Questão 07

Menino de 10 anos com Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) sistêmica em uso de pulso de metilprednisolona endovenosa (10-30 mg/kg/dia por 3 dias) e prednisona oral (1 a 2 mg/kg/dia) é reavaliado após 7 dias. Mantém febre diária e a PCR não reduziu 50% em relação ao valor inicial. Com base no tratamento da AIJ sistêmica com manifestações sistêmicas ativas, assinale a conduta CORRETA:

- a) Aumentar a dose de prednisona oral para 2 mg/kg/dia.
- b) Repetir o pulso de glicocorticoide e iniciar anti-IL-6.
- c) Substituir o glicocorticoide por metotrexato subcutâneo semanal.
- d) Iniciar anti-TNF α associado a metotrexato oral.
- e) Adicionar imunoglobulina endovenosa ao esquema de glicocorticoide.

Questão 08

Uma adolescente de 14 anos com AIJ oligoarticular, FAN positivo, desenvolve uveíte anterior crônica que não responde ao metotrexato após período adequado de tratamento. Nesse caso, a conduta terapêutica CORRETA para o controle da uveíte deve ser:

- a) Etanercepte subcutâneo semanal.
- b) Adalimumabe a cada duas semanas.
- c) Canakinumabe a cada quatro semanas.
- d) Secuquinumabe a cada quatro semanas.
- e) Sulfassalazina oral diária.

Questão 09

Menino de 8 anos com diagnóstico de artrite relacionada à entesite há 6 meses é trazido à consulta para avaliação de rotina. Ao exame físico, o reumatologista pediátrico deve buscar ativamente sinais de entesite. Considerando os sítios de

acometimento mais prevalentes na espondiloartrite juvenil, assinale CORRETAMENTE os locais que devem ser inicialmente palpados durante o exame semiológico:

- a) Inserção do tendão de Aquiles, tuberosidade tibial e inserção fascial plantar no calcâneo.
- b) Epicôndilo lateral do cotovelo, inserção do tendão patelar e trocânter maior do fêmur.
- c) Inserção do supraespinhal no tubérculo maior do úmero, tuberosidade tibial e crista ilíaca.
- d) Processo estilóide do rádio, inserção fascial plantar nos metatarsos e epicôndilo medial do cotovelo.
- e) Inserção do tendão do bíceps distal, tuberosidade isquiática e maléolo medial.

Questão 10

Menina de 7 anos com diagnóstico de espondiloartrite juvenil apresenta monoartrite de joelho esquerdo refratária a AINEs. Os pais relatam que a criança está com redução do ganho de peso nos últimos 6 meses e queda na curva de crescimento. Exame oftalmológico de rotina é normal. Acerca do caso, a investigação complementar CORRETA diante da alteração pômbero-estatural descrita é:

- a) Densitometria óssea de coluna lombar e fêmur proximal.
- b) Dosagem sérica de anticorpos antitransglutaminase tecidual IgA.
- c) Colonoscopia para investigação de envolvimento gastrointestinal subclínico.
- d) Ressonância magnética de sacroilíacas com protocolo STIR.
- e) Cintilografia óssea trifásica para avaliação de atividade inflamatória.

Questão 11

Uma menina de 10 anos é acompanhada por Esclerose Sistêmica Juvenil (ESJ) cutânea difusa há 2 anos, com anti-Scl-70 positivo. Apresenta tosse seca progressiva há 3 meses. A tomografia computadorizada de alta resolução evidencia padrão em vidro fosco bilateral. Dessa forma, assinale a conduta farmacológica de primeira linha para o acometimento pulmonar intersticial:

- a) Micofenolato de mofetila associado a corticosteroide.
- b) Nintedanibe associado a pirfenidona.
- c) Rituximabe em monoterapia.

- d) Bosentana com sildenafil.
- e) Ciclosporina com metotrexato.

Questão 12

Um reumatologista pediátrico investiga uma criança de 2 anos com febre periódica há 14 meses, associada a rash urticariforme recorrente refratário ao tratamento de dermatite atópica. A biópsia cutânea evidencia dermatite neutrofílica. O médico suspeita de criopirinopatia e solicita painel genético para NLRP3. Enquanto aguarda o resultado genético, planeja a estratégia terapêutica considerando o bloqueio da via inflamatória central nessa doença. As três classes de imunobiológico disponíveis para bloqueio dessa via nas Síndromes Periódicas Associadas à Criopirina (CAPS) são:

- a) Antagonista do receptor de IL-1, proteína de fusão anti-IL-1 e anticorpo monoclonal anti-IL-6.
- b) Anticorpo monoclonal anti-TNF α , proteína de fusão anti-TNF e antagonista do receptor de IL-1.
- c) Antagonista do receptor de IL-1, proteína de fusão anti-IL-1 e anticorpo monoclonal humano anti-IL-1.
- d) Inibidor de JAK, anticorpo monoclonal anti-IL-1 e antagonista do receptor de interferon tipo I.
- e) Anticorpo monoclonal anti-IL-1, anticorpo monoclonal anti-IL-6 e inibidor de JAK.

Questão 13

Um reumatologista pediátrico avalia uma menina de 9 anos com movimentos involuntários em extremidades e face há 2 semanas, associados a irritabilidade e labilidade emocional que precederam o quadro motor. A ASLO encontra-se dentro dos valores de referência. Considerando o diagnóstico provável e as particularidades dessa manifestação, a conduta CORRETA deve ser:

- a) Solicitar ecocardiograma com Doppler pela associação com valvulite clínica ou subclínica.
- b) Repetir a dosagem de ASLO após duas semanas e condicionar o diagnóstico à sua elevação.
- c) Reconsiderar o diagnóstico de febre reumática diante da normalidade dos reagentes de fase aguda.
- d) Iniciar prednisona 1-2 mg/kg/dia pela gravidade do envolvimento do sistema nervoso central.
- e) Solicitar cultura de orofaringe para verificação de infecção estreptocócica prévia.

Questão 14

Uma adolescente de 14 anos apresenta quadro articular com padrão aditivo e persistente, iniciado 10

dias após faringoamigdalite tratada, com pouca melhora após uso de naproxeno por 5 dias. A ASLO encontra-se elevada. Não há evidência de sopro cardíaco. Conforme as características clínicas e a epidemiologia brasileira, assinale a conduta CORRETA:

- a) Iniciar profilaxia secundária por 1 ano e suspender após confirmação ecocardiográfica de ausência de valvulopatia.
- b) Realizar ecocardiograma e, na ausência de lesão valvar, manter profilaxia secundária por 5 anos antes de descontinuí-la.
- c) Firmar o diagnóstico de febre reumática com base na artrite como critério maior e na elevação da ASLO.
- d) Iniciar pulsoterapia com metilprednisolona endovenosa pela refratariedade do quadro articular aos anti-inflamatórios.
- e) Substituir naproxeno por ácido acetilsalicílico em dose plena, pois a troca entre AINH otimiza a resposta articular na febre reumática.

Questão 15

Um menino de 11 anos, sem antecedentes de febre reumática, apresenta faringoamigdalite com teste rápido positivo para estreptococo do grupo A. A mãe relata alergia confirmada à penicilina, sem história de anafilaxia. O reumatologista pediátrico opta por iniciar a erradicação do agente etiológico. Nesse contexto, o esquema de profilaxia primária adequado para esse paciente é:

- a) Azitromicina 20 mg/kg/dia, via oral, uma vez ao dia, por 5 dias.
- b) Sulfadiazina ajustada ao peso, via oral, uma vez ao dia, por 10 dias.
- c) Clindamicina 15-25 mg/kg/dia, via oral, de 8/8 horas, por 5 dias.
- d) Eritromicina 250 mg, via oral, de 12/12 horas, por 10 dias.
- e) Cefalexina 50-100 mg/kg/dia, via oral, de 6/6 horas, por 10 dias.

Questão 16

Uma menina de 8 anos é encaminhada ao reumatologista pediátrico por queixas de dores em joelhos e tornozelos há 6 meses, sem sinais flogísticos articulares. Ao exame físico, apresenta hiperextensão passiva dos cotovelos de 12° bilateralmente, hiperextensão passiva dos joelhos de 15° bilateralmente, consegue apoiar as palmas das mãos

no chão com os joelhos estendidos e posiciona o polegar na superfície flexora do antebraço bilateralmente. Exames laboratoriais sem alterações inflamatórias. Acerca do caso, o escore de Beighton dessa paciente é:

- a) 5 pontos.
- b) 6 pontos.
- c) 7 pontos.
- d) 8 pontos.
- e) 9 pontos.

Questão 17

Uma menina de 11 anos com ESJ é submetida a avaliação de rotina conforme consenso de especialistas. O intervalo recomendado para repetição das provas de função respiratória com DLCO, ecocardiograma, pro-BNP e teste de caminhada de 6 minutos, nesse caso, é:

- a) A cada mês.
- b) A cada 2 meses.
- c) A cada 3 meses.
- d) A cada 6 meses.
- e) A cada 12 meses.

Questão 18

Lactente de 8 meses, com diagnóstico de osteogênese imperfeita tipo I confirmado por teste genético molecular, apresenta três fraturas de fêmur nos últimos 4 meses. A equipe de reumatologia pediátrica decide iniciar terapia com bisfosfonato endovenoso. Considerando a faixa etária e o esquema posológico adequado, assinale a conduta CORRETA:

- a) Pamidronato 0,5 mg/kg/dia por 3 dias consecutivos a cada 2 meses.
- b) Neridronato 1-2 mg/kg/dia por 3 dias consecutivos a cada 4 meses.
- c) Ácido zoledrônico 0,5 mg/kg/dia por 7 dias consecutivos a cada 4 meses.
- d) Neridronato 0,5-1,0 mg/kg/dia por 2 semanas consecutivas a cada 2 meses.
- e) Ácido zoledrônico 1 mg/kg/dia por 2 dias consecutivos a cada 3 meses.

Questão 19

Uma adolescente de 13 anos com Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil (LESJ) apresenta proteinúria isolada e persistente de 0,9 g/dia, sem sinais de atividade inflamatória sistêmica. Biópsia renal prévia mostrou alterações cicatriciais residuais. Assinale

CORRETAMENTE a conduta farmacológica para a proteinúria apresentada:

- a) Pulsoterapia com metilprednisolona por 3 dias.
- b) Ciclofosfamida.
- c) Enalapril.
- d) Rituximab.
- e) Azatioprina associada a prednisona.

Questão 20

Uma criança de 8 anos com LESJ em investigação diagnóstica apresenta FAN 1:320, anti-Sm positivo, leucopenia em duas ocasiões e artrite em punhos e tornozelos. O reumatologista pediátrico analisa os critérios de classificação do ACR. Sobre o caso, assinale CORRETAMENTE quantos critérios do ACR essa paciente preenche:

- a) Um critério.
- b) Dois critérios.
- c) Três critérios.
- d) Quatro critérios.
- e) Cinco critérios.

Questão 21

Um menino de 5 anos apresenta episódios recorrentes de febre alta a cada 4 semanas, com duração de 4 dias, acompanhados de faringite com exsudato, estomatite aftosa e adenomegalia cervical bilateral. Nos intervalos entre os episódios está completamente assintomático, com crescimento e desenvolvimento normais. Culturas de orofaringe são repetidamente negativas. Hemograma durante a crise revela leucocitose com neutrofilia moderada e PCR elevada, com normalização completa entre as crises. Após confirmação diagnóstica, é iniciada prednisona com resolução da febre em 4 horas, porém o intervalo entre os episódios encurtou após as primeiras doses de corticosteroide. A conduta CORRETA para o paciente nesse caso é:

- a) Canakinumabe 2 mg/kg/dose a cada 4 semanas.
- b) Colchicina na dose de 0,01 a 0,03 mg/kg/dia.
- c) Etanercepte 0,8 mg/kg/semana.
- d) Metotrexato associado a agentes anti-TNF.
- e) Anakinra 1 mg/kg/dia por via subcutânea.

Questão 22

Um menino de 11 anos com hiper mobilidade articular generalizada é avaliado pelo reumatologista pediátrico. Durante a investigação de diagnósticos diferenciais, o médico identifica estatura elevada,

braços longos com aumento da envergadura, escoliose e aracnodactilia. O acometimento cardíaco é confirmado por ecocardiograma. Em relação às manifestações cardiovasculares esperadas nessa condição, é CORRETO afirmar que incluem:

- a) Dilatação da raiz da aorta, prolapso de válvulas mitral e tricúspide e alargamento proximal da artéria pulmonar.
- b) Coarctação da aorta descendente associada a hipertensão arterial sistêmica refratária.
- c) Fibrose endomiocárdica restritiva com disfunção diastólica progressiva biventricular.
- d) Insuficiência aórtica por calcificação degenerativa precoce da valva aórtica.
- e) Cardiomiopatia dilatada com redução da fração de ejeção.

Questão 23

Menina de 7 anos, em uso crônico de prednisona por artrite idiopática juvenil poliarticular, apresenta lombalgia intermitente há 3 meses. A densitometria óssea por DXA de coluna lombar revela Z-score de $-1,6$. A radiografia lateral da coluna demonstra fratura vertebral por compressão em T12, sem história de trauma significativo. Sobre o diagnóstico de osteoporose nessa paciente, é CORRETO afirmar que:

- a) O diagnóstico de osteoporose requer a coexistência de Z-score $\leq -2,0$ e fratura vertebral por compressão.
- b) A presença de fratura vertebral não traumática por compressão é suficiente para o diagnóstico de osteoporose, independentemente do valor de Z-score.
- c) O Z-score de $-1,6$ descarta o diagnóstico de osteoporose, pois se encontra acima do limiar densitométrico estabelecido.
- d) A confirmação diagnóstica depende da realização prévia de tomografia computadorizada quantitativa periférica para avaliação da DMO volumétrica.
- e) A presença de fratura vertebral isolada configura baixa massa óssea, sendo necessária uma segunda fratura vertebral para diagnóstico de osteoporose.

Questão 24

Uma adolescente de 14 anos é acompanhada em serviço de reumatologia pediátrica por Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil (LESJ) com manifestações cutâneas e articulares refratárias ao

tratamento convencional. A equipe médica discute a introdução de terapia imunobiológica. De acordo com os mecanismos de ação dos fármacos imunobiológicos disponíveis, o belimumabe atua por meio de:

- a) Ligação ao BLYS solúvel, comprometendo a maturação, diferenciação e sobrevivência do linfócito B.
- b) Bloqueio da fração C5 do complemento, impedindo a formação do complexo de ataque à membrana.
- c) Inibição da coestimulação via CD80/CD86, reduzindo a ativação de linfócitos T e a migração de macrófagos.
- d) Ligação ao receptor tipo I do interferon, diminuindo a inflamação mediada por IFN- α , IFN- β e IFN- ω .
- e) Depleção de linfócitos B por ligação ao CD20, com redução da produção de anticorpos e de células apresentadoras de antígeno.

Questão 25

Durante discussão clínica em ambulatório de reumatologia pediátrica, um residente apresenta o caso de uma criança com artrite de padrão migratório. O preceptor solicita que o residente identifique as condições clínicas tipicamente associadas a esse padrão de comprometimento articular. Segundo os padrões clínicos de reconhecimento diagnóstico em reumatologia, a sequência de comprometimento articular do tipo migratório é característica de:

- a) Artrite reumatoide e artrite reativa.
- b) Febre reumática e fases iniciais da artrite gonocócica.
- c) Artrites microcristalinas e reumatismo palindrômico.
- d) Osteoartrite e artrite reumatoide.
- e) Espondiloartrites e artrite psoriásica.

Questão 26

Um reumatologista pediátrico avalia uma criança de 12 anos com artrite crônica e discute com residentes sobre os mecanismos das Drogas Antirreumáticas Modificadoras de Doença (DMARD). Acerca dos imunossuppressores tradicionais, a rapamicina (sirolimus) exerce seu efeito terapêutico por meio de:

- a) Inibição da di-hidrofolato redutase com consequente bloqueio da síntese de purinas.

- b) Inibição da inosina monofosfato desidrogenase, bloqueando a síntese de novo de deoxiguanosina em linfócitos.
- c) Bloqueio da transdução de sinal da IL-2 e outras citocinas via inibição de mTOR, com inibição do coestímulo via CD28.
- d) Aumento do pH lisossômico com inibição dos TLR e do processamento de antígenos.
- e) Inibição da calcineurina com mecanismo duplo sobre proliferação de linfócitos T e redução da proteinúria.

Questão 27

Uma criança de 9 anos apresenta edema difuso das mãos com dedos em aspecto de "salsicha" e fenômeno de Raynaud há 3 meses. Esse achado nas fases inflamatórias iniciais também é compartilhado por:

- a) Artrite reumatoide e osteoartrite erosiva.
- b) Doença mista do tecido conjuntivo e esclerose sistêmica.
- c) Lúpus eritematoso sistêmico e polimialgia reumática.
- d) Dermatomiosite juvenil e doença de Behçet.
- e) Artrite psoriásica e febre reumática.

Questão 28

Uma menina de 9 anos é encaminhada para investigação de dor óssea multifocal há 6 meses, com aumento de volume em região clavicular direita e exacerbação dolorosa à palpação local. Não apresenta febre. A ressonância magnética com STIR demonstra edema de medula óssea na clavícula direita e na metáfise distal do fêmur esquerdo, com reação periosteal. A biópsia óssea evidencia infiltrado com células plasmáticas, osteoclastos e fibrose, com cultura bacteriana negativa. Diante do exposto, o tratamento inicial CORRETO deve ser:

- a) Colchicina na dose de 0,01 a 0,03 mg/kg/dia.
- b) Prednisona 1 a 2 mg/kg/dose associada à tonsilectomia precoce.
- c) Anti-inflamatórios não estereoidais.
- d) Anakinra na dose de 1 mg/kg/dia por via subcutânea.
- e) Inibidores de JAK com monitoramento da função pulmonar.

Questão 29

Um menino de 6 anos, descendente de armênios, apresenta episódios recorrentes de febre alta com duração de 2 dias, acompanhados de dor abdominal

intensa e artrite aguda de joelho esquerdo. Nos períodos intercrises permanece assintomático. Durante uma crise, apresenta lesão eritematosa em membro inferior, semelhante a erisipela, que regride espontaneamente em 48 horas. O exame genético identifica mutação M694V em homozigose no gene MEFV. Em relação ao monitoramento de complicações a longo prazo nesse paciente, o parâmetro laboratorial CORRETO é:

- a) Proteína sérica amiloide A.
- b) Imunoglobulina D sérica.
- c) Atividade da enzima mevalonatoquinase.
- d) Assinatura de interferon tipo I.
- e) Atividade da enzima adenosina deaminase 2.

Questão 30

Uma criança de 6 anos apresenta, desde os primeiros meses de vida, exantema ictiosiforme difuso. Aos 3 anos desenvolveu poliartrose simétrica de grandes articulações com camptodactilia progressiva e tenossinovite de tornozelos. Aos 4 anos foi diagnosticada uveíte anterior bilateral crônica. A biópsia cutânea demonstra infiltrado inflamatório granulomatoso não caseoso. Conforme o caso, é CORRETO afirmar que:

- a) O acometimento pulmonar e a adenomegalia mediastinal são manifestações predominantes, diferenciando-a da sarcoidose do adulto.
- b) A mutação responsável localiza-se no gene NOD2/CARD15 e leva à desregulação inflamatória com formação de granulomas não caseosos.
- c) A via de biossíntese do colesterol está comprometida pela deficiência enzimática resultante da mutação, com acúmulo de ácido mevalônico.
- d) A transmissão ocorre por herança autossômica recessiva com penetrância variável segundo a etnia de origem.
- e) A perda auditiva neurosensorial progressiva constitui a manifestação extracutânea mais característica dessa doença.

Questão 31

Uma lactente de 4 meses é levada ao pronto-socorro com febre, eritema malar, lesões ulceradas em dedos das mãos e nódulos dolorosos em pavilhões auriculares. A tomografia de tórax revela doença pulmonar intersticial difusa. Exames laboratoriais mostram anemia e elevação de proteínas de fase

aguda. O diagnóstico diferencial principal inclui lúpus eritematoso sistêmico, porém não há acometimento renal nem do sistema nervoso central. A classe terapêutica associada à resposta CORRETA nessa condição é:

- a) Antagonistas do receptor de IL-1.
- b) Inibidores de janus kinase.
- c) Agentes anti-TNF α .
- d) Bifosfonatos intravenosos.
- e) Bloqueadores de IL-6.

Questão 32

Uma criança de 6 anos, com diagnóstico de FMF, é acompanhada em ambulatório de reumatologia pediátrica. Além dos episódios febris típicos, apresentou, nos últimos dois anos, dois episódios de púrpura palpável em membros inferiores com dor abdominal e hematúria transitória. Entre as vasculites que ocorrem com maior frequência nesses pacientes, estão:

- a) Arterite de Takayasu, granulomatose com poliangiíte e poliangiíte microscópica.
- b) Vasculite por IgA, doença de Behçet e poliarterite nodosa.
- c) Doença de Kawasaki, arterite de células gigantes e vasculite crioglobulinêmica.
- d) Poliangiíte microscópica, granulomatose eosinofílica com poliangiíte e vasculite leucocitoclástica.
- e) Vasculite urticariforme hipocomplementêmica, vasculite por IgA e arterite de Takayasu.

Questão 33

Uma menina de 10 anos com diagnóstico de síndrome de Muckle-Wells confirmado por mutação patogênica no gene NLRP3 está em acompanhamento regular. Apresenta episódios recorrentes de febre e rash urticariforme controlados com canaquinumabe, porém mantém queixa progressiva de hipoacusia bilateral. O reumatologista pediátrico discute com a família as complicações a longo prazo esperadas para essa síndrome específica dentro do espectro das criopirinopatias. As frequências aproximadas de perda auditiva neurossensorial e amiloidose secundária nessa síndrome são, CORRETA e respectivamente:

- a) 30% e 80%.
- b) 80% e 30%.
- c) 70% e 30%.

- d) 40% e 60%.
- e) 80% e 50%.

Questão 34

Um escolar de 9 anos, negro, é internado com febre há 5 dias, dor abdominal intensa com vômitos, exantema difuso, conjuntivite bilateral e hipotensão arterial. Exames revelam PCR e procalcitonina muito elevadas, D-dímero aumentado, troponina elevada e linfopenia acentuada. Ecocardiograma mostra disfunção sistólica do ventrículo esquerdo. RT-PCR para SARS-CoV-2 é negativo, porém IgG anti-SARS-CoV-2 é positivo. O paciente é diagnosticado com SIM-P e tratado com IgEV 2 g/kg e metilprednisolona 2 mg/kg/dia. Após 72 horas, evolui com choque refratário e síndrome de ativação macrofágica. Diante do exposto, a conduta terapêutica CORRETA para esse caso de refratariedade é:

- a) Pulsoterapia com metilprednisolona 30 mg/kg/dia por 3 dias ou uso de agentes biológicos.
- b) Segunda dose de IgEV 2 g/kg associada a AAS em dose anti-inflamatória de 30-50 mg/kg/dia.
- c) Infliximabe associado a ciclosporina e metotrexato.
- d) Plasmaférese associada a ciclofosfamida endovenosa.
- e) Segunda dose de IgEV 2 g/kg associada a anticoagulação oral com varfarina.

Questão 35

Um adolescente de 14 anos, com diagnóstico de febre familiar do Mediterrâneo confirmado por mutação homozigótica M694V no gene MEFV, está em uso regular de colchicina há 3 anos. Apesar da adesão terapêutica e da dose otimizada, mantém crises febris frequentes e os níveis séricos de proteína amiloide A permanecem persistentemente elevados. Apresenta ainda proteinúria de início recente. Em relação às alternativas farmacológicas adequadas para esse cenário, a posologia CORRETA de uma delas é:

- a) Etanercepte 0,8 mg/kg/semana a cada 3 semanas.
- b) Canaquinumabe 2 mg/kg/dose a cada 4 semanas.
- c) Rilonacepte 2,2 mg/kg/semana por 3 semanas.
- d) Anakinra 3 mg/kg/dia por 4 semanas.
- e) Metotrexato 15 mg/m²/semana por 3 semanas associado a sulfassalazina.

Questão 36

Um reumatologista pediátrico avalia um menino de 6 anos com febre há 5 dias, exantema, conjuntivite bilateral, edema de extremidades e dor abdominal intensa com vômitos. A mãe relata que toda a família teve COVID-19 há 3 semanas. O especialista considera os diagnósticos de Doença de Kawasaki (DK) clássica e de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P). Em relação à faixa etária e ao perfil étnico esperado para cada condição, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A SIM-P e a DK apresentam distribuição etária semelhante com predomínio em lactentes e pré-escolares, diferindo pelo perfil étnico exclusivamente.
- b) A SIM-P acomete faixa etária ampla, com predomínio em escolares, e é mais frequente em negros e latinos, enquanto a DK predomina em menores de 5 anos e em asiáticos.
- c) A DK acomete faixa etária ampla incluindo escolares e adolescentes, enquanto a SIM-P acomete principalmente lactentes menores de 2 anos.
- d) A SIM-P predomina em asiáticos e a DK em negros e latinos com distribuição etária semelhante entre as duas condições.
- e) A SIM-P acomete preferencialmente crianças menores que 3 anos com exposição perinatal ao SARS-CoV-2, enquanto a DK predomina em menores de 5 anos e em asiáticos.

Questão 37

Um menino de 4 anos apresenta, há 2 anos, episódios recorrentes de febre alta com duração de 4 dias, estomatite aftosa, faringite exsudativa e linfadenite cervical. Os episódios se repetem a cada 4 semanas, com intervalos completamente assintomáticos. Crescimento e desenvolvimento normais. Culturas de orofaringe repetidamente negativas. Hemograma intercrises normal. Acerca do caso, a condição que precisa ser excluída antes de firmar o diagnóstico definitivo é:

- a) Febre familiar do Mediterrâneo.
- b) Neutropenia cíclica.
- c) Síndrome de hiperimmunoglobulinemia D.
- d) Síndrome periódica associada ao receptor de TNF.
- e) Deficiência de adenosina deaminase 2.

Questão 38

Uma menina de 3 anos, de origem turca, apresenta episódios febris de 2 dias de duração a cada 3

semanas, acompanhados de dor abdominal difusa intensa e monoartrite aguda de tornozelo direito. Durante o último episódio, desenvolveu lesão eritematosa bem delimitada em membro inferior esquerdo, com resolução espontânea em 48 horas. A mãe relata que a criança é completamente assintomática entre as crises. Conforme a manifestação articular aguda descrita, assinale CORRETAMENTE o tipo de acometimento articular crônico que pode estar associado a essa condição:

- a) Poliartrite simétrica de grandes articulações com camptodactilia e tenossinovite de tornozelos.
- b) Artropatia com crescimento excessivo da cartilagem patelar e deformidades articulares graves.
- c) Lesões de osteomielite estéril multifocal com predileção por clavícula e metáfises de ossos longos.
- d) Sacroilíte.
- e) Artrite com cistos sinoviais e dor testicular associada.

Questão 39

Um reumatologista pediátrico avalia uma criança de 3 anos com febre há 7 dias, exantema difuso, hiperemia conjuntival bilateral, edema de mãos e alterações orais. A mãe relata que a criança apresentou varicela recentemente e questiona se o quadro pode ser Doença de Kawasaki (DK). Dentre os achados semiológicos, assinale aquele favorece CORRETAMENTE a consideração de outros diagnósticos diferenciais em detrimento da DK:

- a) Presença de lesões vesiculares na pele.
- b) Presença de exantema com acometimento da região perineal.
- c) Presença de hiperemia conjuntival bilateral sem exsudato purulento.
- d) Presença de eritema e edema nos dorsos das mãos.
- e) Presença de hiperemia difusa da mucosa orofaríngea.

Questão 40

Um menino de 7 anos, previamente hígido, é avaliado no ambulatório de reumatologia pediátrica por febre recorrente há 10 meses. Os episódios febris duram de 7 a 10 dias e ocorrem a cada 6 semanas. Durante os picos febris, apresenta lesões cutâneas eritematomaculares dolorosas em tronco e membros, mialgia localizada sob as lesões cutâneas e edema periorbitário bilateral. Refere dor abdominal intensa

no início dos episódios. O teste genético identifica mutação patogênica no gene TNFRSF1A. Em relação à fisiopatologia dessa condição, a proteína codificada pelo gene mutado está envolvida na:

- a) Ativação do inflamassomo com produção excessiva de IL-1 beta por meio da criopirina.
- b) Regulação da produção de interleucinas pró-inflamatórias por meio da pirina, com ativação da caspase-1.
- c) Diferentes vias de sinalização que levam à ativação de fatores de transcrição, como NF-kB e apoptose.
- d) Deficiência enzimática na via de biossíntese do colesterol, com acúmulo de ácido mevalônico e aumento de IL-1 beta.
- e) Ganho de função da proteína STING com produção excessiva de interferon e imunodesregulação.