



CONCURSO PÚBLICO

## **008. PROVA ESCRITA**

### **2.º TENENTE MÉDICO PM ESTAGIÁRIO (ENDOCRINOLOGIA)**

- ◆ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 60 questões objetivas.
- ◆ Confira seu nome e número de inscrição impressos na capa deste caderno.
- ◆ Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala.
- ◆ Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- ◆ Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta azul ou preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- ◆ A duração da prova é de 4 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- ◆ Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridos 75% do tempo de duração da prova.
- ◆ Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno, podendo levar apenas o rascunho de gabarito, localizado em sua carteira, para futura conferência.
- ◆ Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

**AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO DE QUESTÕES.**



## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

**01.** As lesões da região hipofisária/hipotalâmica de qualquer natureza poderão levar à deficiência na produção de hormônios hipofisários. É correto afirmar que

- (A) as manifestações clínicas da insuficiência adrenal primária são mais graves do que as manifestações clínicas da insuficiência adrenal secundária.
- (B) a redução da produção e liberação de TSH e ACTH geralmente ocorrem como manifestação inicial.
- (C) geralmente não ocorre deficiência de gonadotrofinas.
- (D) o hormônio de crescimento (GH) e o ACTH costumam ser as primeiras deficiências manifestadas em qualquer lesão selar.
- (E) a redução da produção e liberação de prolactina e ACTH geralmente ocorrem como manifestação inicial.

**02.** Mulher de 25 anos apresenta diagnóstico de Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) há muitos anos. Procurou ginecologista, pois estava 3 meses em amenorreia. Negava gestação. Exames: TSH = 1,8 mUI/mL (nl=0,3 – 4,5), prolactina = 185 µg/L (nl < 30), LH = 3 500 UI/L e FSH = 9 UI/L.

Assinale a alternativa correta.

- (A) Como a paciente nega gestação, uma tomografia ou ressonância de sela túrcica está indicada.
- (B) Os níveis elevados de LH podem refletir uma reação cruzada do LH com a gonadotrofina coriônica (hCG).
- (C) A terapia com cabergolina deve ser iniciada imediatamente.
- (D) Muito provavelmente, nesse caso, a amenorreia e o aumento da prolactina estão relacionados à SOP.
- (E) A dosagem do β-hCG não está indicada nesse caso.

**03.** Em relação ao controle da secreção de GH, pode-se afirmar que

- (A) o jejum aumenta a secreção de GH, enquanto envelhecimento e obesidade estão associados com supressão dos picos secretórios de GH.
- (B) a produção de IGF-I está aumentada em pacientes desnutridos.
- (C) os níveis de IGF-I estão baixos durante a adolescência tardia e aumentam ao longo da vida adulta.
- (D) o IGF-I inibe a secreção do GH e da somatostatina.
- (E) a deficiência de GH provoca resistência insulínica e conseqüentemente intolerância à glicose e diabetes.

**04.** Em relação à acromegalia, é correto afirmar:

- (A) o pegvisomant, um antagonista seletivo do receptor de GH, é o fármaco mais eficiente em normalizar os níveis de IGF-I.
- (B) níveis elevados de GH também são observados em pacientes com diabetes compensado, cirrose, anorexia nervosa e desnutrição.
- (C) na maioria dos pacientes, a radioterapia convencional é o tratamento de escolha, seguida da cirurgia transesfenoidal.
- (D) níveis elevados de GHRH sugerem causa hipotalâmica para a acromegalia.
- (E) os agonistas dopaminérgicos são considerados drogas de escolha por sua maior eficácia global (efeito sobre GH e IGF-I, bem como redução tumoral).

**05.** Paciente do sexo feminino, 30 anos, vem em uso de cabergolina 0,5 mg, 2 vezes por semana, prescrito pelo ginecologista há 2 anos. Antes de iniciar o tratamento, esse paciente apresentava prolactina (PRL) de 95 ng/mL (ref: 2,8 - 29,2) e imagem sugestiva de microadenoma hipofisário de 0,5 cm à ressonância. Paciente negava cefaleia ou galactorreia ou alteração menstrual. Atualmente continua assintomática e apresenta PRL = 84 ng/mL. Após precipitação do soro com polietilenoglicol, o resultado da PRL = 20 ng/mL.

Qual a melhor conduta nesse caso?

- (A) Aumentar a dose de cabergolina para 1 mg, 2 vezes por semana.
- (B) Trocar por bromocriptina, pois trata-se de resistência à cabergolina.
- (C) Suspender a cabergolina.
- (D) Submeter a paciente à cirurgia transesfenoidal.
- (E) Realizar uma tomografia de sela túrcica.

**06.** É causa de puberdade precoce periférica:

- (A) hamartoma hipotalâmico.
- (B) síndrome de McCune-Albright.
- (C) idiopática.
- (D) secundária à exposição crônica prévia a esteroides sexuais.
- (E) craniofaringioma.

07. Em relação às hipoglicemias, pode-se afirmar que

- (A) a presença da *triade de Whipple*, que consiste em níveis glicêmicos baixos ( $< 45$  mg/dL), da sudorese e da cefaleia, é importante para que se estabeleça o diagnóstico.
- (B) a queda das concentrações de glicose causa uma sequência de respostas, sendo a primeira uma diminuição na secreção de insulina, seguida por uma concentração aumentada de cortisol.
- (C) o hormônio de crescimento (GH) é o primeiro hormônio contrarregulador a responder à redução da glicemia.
- (D) as deficiências hormonais, sobretudo de GH e cortisol, cursam sobretudo com hipoglicemia de jejum.
- (E) em 50% dos casos, os insulinomas situam-se no pâncreas e têm ocorrência esporádica.

08. Paciente feminina, 30 anos, procura o serviço de Endocrinologia devido à amenorreia há 3 meses, após parto via vaginal. Refere que não conseguiu amamentar a criança (“não tinha leite”). Exames: TSH = 7,7 mUI/mL (nl 0,3 - 5,0), T4L = 0,6 ng/dL (nl 0,7 - 1,8), anti-TPO =  $< 10$  UI/mL (nl  $< 35$ ), PRL = 2,0 ng/mL (nl 2,8 - 29,2), LH = 1,0 e FSH = 1,0.

Assinale a alternativa correta.

- (A) TSH = 7,7 mUI/mL afasta a possibilidade de hipotireoidismo central.
- (B) O teste de TRH é mandatório para diferenciar hipotireoidismo primário de secundário.
- (C) A paciente apresenta hipotireoidismo primário.
- (D) A diminuição de prolactina é secundária ao uso de anti-concepcional.
- (E) No hipotireoidismo central, os níveis séricos de TSH podem estar baixos, normais ou discretamente elevados.

09. Homem de 45 anos procura o endocrinologista por um “caroço” no pescoço há 2 meses. Exames: TSH, T4 livre e T3 normais, anticorpos antitireoide negativos. Ultrassom: nódulo de 2,0 cm hipoeoico, irregular, localizado em 1/3 superior do lobo direito, vascularizado, além de 2 linfonodos. Realizada punção aspirativa do nódulo e dos linfonodos, com diagnóstico de carcinoma medular de tireoide (CMT).

Pode-se afirmar sobre esse caso que

- (A) após a cirurgia, o paciente deve ser submetido a doses  $> 150$  mCi de  $^{131}\text{I}$ .
- (B) o TSH após a cirurgia deverá ser mantido abaixo de 0,1 mUI/mL para evitar a recorrência tumoral.
- (C) é importante avaliar se esse paciente tem hiperparatireoidismo e feocromocitoma antes de realizar a tireoidectomia, afastando-se dessa forma a possibilidade de neoplasia endócrina múltipla do tipo 2 (MEN-2A).
- (D) o tratamento tem como alvo manter o TSH acima de 5 mUI/mL no pós-operatório.
- (E) esse paciente provavelmente apresenta uma neoplasia múltipla do tipo 2 B (MEN-2B), em que o CMT aparece mais tardiamente do que na MEN-2A, e é bem menos agressivo.

10. Em relação à terapia com radioiodo, pode-se afirmar que

- (A) o iodo-123 apresenta meia-vida curta e por isso emite partículas que o tornam adequado para uso terapêutico.
- (B) o iodo-131 é captado de maneira bastante específica pelas células tireoidianas e não há relatos de ação mutagênica do iodo radioativo.
- (C) no bócio multinodular tóxico (BMNT) são usadas doses menores de iodo-131 em comparação com a doença de Graves, pois a captação é muito maior no BMNT.
- (D) pacientes com alergia prévia ao contraste iodado não deverão ser submetidos à terapia com radioiodo.
- (E) o tratamento com radioiodo pode causar progressão da oftalmopatia de Graves (OG) em 15% dos pacientes, o que é mais provável nos fumantes, portadores de OG em atividade ou naqueles que evoluem para hipotireoidismo pós-tratamento.

11. Paciente do sexo masculino, 35 anos, procura o endocrinologista para controle de diabetes. Ao exame físico, palpa-se nódulo em lobo esquerdo (LE) de tireoide. Ao ultrassom, apresenta um nódulo de 0,9 cm, misto, hipocogênico, de limites imprecisos, sem halo ao seu redor. Em relação à doença nodular da tireoide, pode-se afirmar que

- (A) é muito provável que um nódulo hipocogênico ao ultrassom seja maligno, especialmente se houver a presença de halo.
- (B) a incidência do câncer de tireoide é maior no sexo feminino, bem como é maior a incidência de nódulos de tireoide.
- (C) o diagnóstico de malignidade será confirmado pela presença de um nódulo “frio” na cintilografia de tireoide.
- (D) nódulos menores do que 1 cm ao ultrassom não devem ser puncionados, pois a chance de malignidade nesses nódulos é menor do que 1%.
- (E) a ausência de halo ao ultrassom aumenta a possibilidade do nódulo tireoideano ser benigno.

12. No caso do paciente da questão de número 11, foi realizada uma punção aspirativa de tireoide cujo resultado foi carcinoma papilífero de tireoide. Foi submetido à tireoidectomia total seguida de 150 mCi de  $^{131}\text{I}$  e apresentou captação pós-dose (PCI) apenas em remanescentes tireoideanos. Retorna após 6 meses em uso de 150  $\mu\text{g}$  de levotiroxina, com os seguintes exames: TSH = 0,002 mUI/L (nl 0,45 - 4,5), tireoglobulina (TG) = 0,5 ng/mL (nl  $< 1,0$ ) e ultrassonografia cervical sem linfonodos ou restos tireoideanos. Realizou dosagem de TG estimulada = 1,3 ng/mL (após estímulo com TSH recombinante) (TSHr).

Como deve ser feito o seu seguimento?

- (A) Como o paciente é considerado de alto risco, deve ser mantido em terapia supressiva indefinidamente.
- (B) O ultrassom é o melhor método de seguimento desses pacientes com sensibilidade superior à TG estimulada. A TG não deverá ser mais solicitada para esse paciente.
- (C) Deve-se realizar dosagem de TG estimulada por TSHr e PCI a cada 12 meses, indefinidamente.
- (D) Realizar uma dosagem de TG estimulada 12 meses após a ablação.
- (E) Apenas PCI e ultrassonografia a cada 12 meses.

13. Em qual dessas situações ocorre o aumento das necessidades de Levotiroxina ?
- (A) Puerpério.
  - (B) Uso de drogas que aumenta a conversão periférica de T4 em T3 (por exemplo amiodarona).
  - (C) Uso de drogas que reduz o metabolismo hepático da Levotiroxina (por exemplo Rifampicina).
  - (D) Uso de drogas que aumente a absorção da Levotiroxina (por exemplo sulfato ferroso e carbonato de cálcio).
  - (E) Após cirurgia de derivação jejunoileal.
14. Na oftalmopatia de Graves (OG), é correto afirmar:
- (A) a OG subclínica pode ser demonstrada em 60 - 70% dos pacientes e a OG clinicamente aparente em 25 - 50% dos portadores de doença de Graves.
  - (B) a OG não antecede o hipertireoidismo, mas pode aparecer concomitantemente ou suceder o hipertireoidismo.
  - (C) a resposta ao tratamento da OG é melhor na fase fibrótica do que na fase inflamatória.
  - (D) o tratamento com radioiodo não causa progressão da OG em pacientes que evoluem para hipotireoidismo.
  - (E) o tabagismo e o etilismo são fatores de risco importantes para o desenvolvimento da OG em pacientes com doença de Graves.
15. Paciente de 28 anos de idade, japonês, chega ao pronto-socorro com história de câimbra e fraqueza muscular progressiva há cerca de 36 horas. Não conseguia deambular e apresentava-se com dificuldade de urinar e respirar. Há cerca de 2 meses, vinha apresentando nervosismo, insônia e sudorese. Ao exame físico, apresentava-se em tirotoxicose, com PA de 160/100 mmHg e FC 120 bpm. Exames: TSH = 0,02 mUI/L (nl 0,3 - 4,5), T4L = 2,9 ng/dL (nl 0,7 - 1,8), anticorpo antirreceptor de TSH (TRAb) = 6,5 (nl < 1,5), Na = 140 (nl 36 - 145) e K = 1,8 (nl 3,5 - 5,1).
- Sobre esse caso, pode-se afirmar:
- (A) o paciente muito provavelmente tem doença de Graves associada à *miastenia gravis*.
  - (B) é muito provável que o paciente apresente hiperaldosteronismo primário devido à hipocalemia.
  - (C) uma eletroneuromiografia é fundamental para se afastar a paralisia periódica hipocalêmica.
  - (D) não há nenhuma correlação entre esse quadro clínico e o quadro de hipertireoidismo.
  - (E) deve-se iniciar administração de metimazol.
16. Na insuficiência adrenal primária, é correto afirmar:
- (A) na síndrome poliglandular do tipo 2, a insuficiência adrenal é a manifestação mais comum podendo aparecer em até 100% dos pacientes.
  - (B) o sistema renina-aldosterona está intacto e não ocorre hiponatremia.
  - (C) é preciso que apenas 15% das adrenais sejam destruídos para que os sintomas se manifestem.
  - (D) não ocorre hiperpigmentação cutânea, pois essa manifestação é característica da insuficiência adrenal secundária.
  - (E) não faz parte da síndrome poliglandular do tipo 1.
17. No diagnóstico do feocromocitoma, pode-se afirmar que
- (A) a dosagem do ácido acetil mandélico apresenta alta sensibilidade e especificidade sendo considerado o exame de escolha.
  - (B) tumores pequenos apresentam turnover baixo e por isso apresentam menos sintomas do que tumores > 50 g.
  - (C) existe uma boa correlação entre os níveis de catecolaminas circulantes e a presença de hipertensão.
  - (D) a ultrassonografia de adrenal é o melhor método para o diagnóstico de feocromocitoma.
  - (E) tumores grandes com alto turnover podem apresentar níveis hormonais plasmáticos e urinários normais ou minimamente alterados.
18. Com relação aos incidentalomas adrenais, pode-se afirmar que
- (A) a principal etiologia são as metástases, seguidas pelos adenomas adrenais.
  - (B) a ressonância magnética continua sendo o método de escolha para o estudo das adrenais, no que se refere à sua localização, tamanho e forma, mas a tomografia fornece mais informações sobre a natureza da massa.
  - (C) a elevação das concentrações séricas de sulfato de deidroepiandrosterona (SDHEA) é sugestiva de adenomas adrenais. O SDHEA não se eleva nos casos de miolipoma.
  - (D) todos os incidentalomas adrenais > 1 cm devem ser ressecados, exceto aqueles que cursam com hipercortisolismo subclínico.
  - (E) o tamanho representa o fator mais importante na distinção entre lesões benígnas e malignas, que em geral são > 6 cm.
19. No diagnóstico de Síndrome de Cushing, pode-se afirmar que
- (A) a confirmação do hipercortisolismo é feita preferencialmente pela dosagem do ACTH basal.
  - (B) no teste de supressão noturna pela dexametasona 1 mg, o critério para supressão é cortisol sérico < 5 µg/dL.
  - (C) o teste de supressão com 0,5 mg de 6/6 horas de dexametasona é o melhor teste para distinção entre obesidade e Síndrome de Cushing.
  - (D) na Síndrome do ACTH ectópico, observa-se uma excessiva elevação do cortisol sérico e do ACTH após o estímulo com CRH, diferentemente do que acontece na doença de Cushing.
  - (E) algumas situações como estresse e alcoolismo podem levar a resultados falso-negativos no teste de supressão com baixas doses de dexametasona.

20. Paciente do sexo feminino, 38 anos, em investigação de Síndrome de Cushing. Eumenorreica (porém, em uso de contraceptivo oral). Ao exame físico, apresentava circunferência abdominal de 104 cm, fâcies de lua cheia (*moon face*) e aumento de gordura retrocervical (giba), sem plethora facial ou estrias violáceas. PA = 130/80 mmHg, FC = 80 bpm, e IMC de 31 kg/m<sup>2</sup>. Laboratório: Cortisol sérico (CS) basal às 08:00 hs = 27 µg/dL (nl 5 - 25) e após supressão com 1 mg de dexametasona (DMS) de 5,2 µg/dL; ACTH plasmático = 38 pg/mL (nl < 46) e cortisol salivar à meia noite = 72 ng/dL (nl < 100). Perfil bioquímico com hipertrigliceridemia e baixo HDL-colesterol. Glicose = 90 mg/dL e hemoglobina glicada de 5,9%. Ressonância nuclear magnética de sela túrcica, com presença de um microadenoma hipofisário de 4 mm.
- Assinale a alternativa correta.
- (A) Adrenalectomia bilateral está indicada para essa paciente.
- (B) Nenhum exame adicional se faz necessário.
- (C) A paciente deve ser submetida ao cateterismo bilateral do seio petroso inferior.
- (D) A paciente deverá ser submetida ao teste de supressão com altas doses de dexametasona.
- (E) A paciente deverá iniciar o uso de cetozolazol para controle pré-operatório do hipercortisolismo.
21. Com relação à Síndrome da Sela Vazia, é correto afirmar que
- (A) é um achado de imagem caracterizado pela presença de herniação aracnoidea para dentro do espaço selar, com consequente compressão da hipófise contra o assoalho da sela.
- (B) *sela vazia primária* é causada principalmente por tumores (macroadenomas) ou necrose hipofisária pós-parto (Síndrome de Sheehan).
- (C) em geral, nunca é acompanhada de hipopituitarismo.
- (D) trauma craniano é a principal causa de *sela vazia secundária*.
- (E) o tratamento é principalmente cirúrgico, mas os análogos de somatostatina também estão indicados.
22. Em relação ao hiperaldosteronismo primário (HAP), é correto afirmar que
- (A) o HAP hipocalêmico tem sido diagnosticado em uma minoria dos pacientes.
- (B) a maioria dos pacientes é sintomática e apresenta sintomas relacionados à hipertensão (cefaleia, etc) e à hipocalemia (parestesia, fraqueza muscular, tetania etc).
- (C) ocorre uma menor prevalência de diabetes no HAP.
- (D) a dosagem de potássio sérico é o exame mais importante para o diagnóstico de HAP sendo mais sensível e específico do que a medida da relação da concentração da aldosterona plasmática sobre a atividade plasmática de renina.
- (E) a presença de atividade plasmática de renina e concentração de aldosterona plasmática aumentadas é fortemente sugestiva de HAP.
23. Em relação à ginecomastia, pode-se afirmar que
- (A) é mais frequente no hipogonadismo secundário do que no hipogonadismo primário.
- (B) hipotireoidismo está entre as causas mais comuns de ginecomastia.
- (C) tumores das células germinativas testiculares causam ginecomastia através da síntese de LH, estimulando as células de Leydig a secretarem estradiol.
- (D) o danazol, um modulador específico do receptor estrogênico, tem sido considerado como a droga mais eficaz para o tratamento da ginecomastia puberal.
- (E) amlodipina, pravastatina e isoniazida podem causar ginecomastia.
24. São critérios para indicação de tratamento cirúrgico da obesidade:
- (A) IMC > 40 kg/m<sup>2</sup> ou IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> com comorbidades decorrentes do excesso de peso (diabetes, apneia do sono etc).
- (B) IMC > 40 kg/m<sup>2</sup> ou IMC > 30 kg/m<sup>2</sup> com comorbidades decorrentes do excesso de peso (diabetes, apneia do sono etc).
- (C) IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> ou IMC > 30 kg/m<sup>2</sup> com comorbidades decorrentes do excesso de peso (diabetes, apneia do sono etc).
- (D) IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> ou IMC > 25 kg/m<sup>2</sup> com comorbidades decorrentes do excesso de peso (diabetes, apneia do sono etc).
- (E) IMC > 30 kg/m<sup>2</sup> ou IMC > 25 kg/m<sup>2</sup> com comorbidades decorrentes do excesso de peso (diabetes, apneia do sono etc).
25. Assinale a alternativa correta em relação ao *diabetes mellitus* (DM).
- (A) O DM tipo 2 é uma doença exclusiva de adultos acima de 40 anos.
- (B) Crianças que nascem macrosômicas têm risco aumentado de desenvolver síndrome metabólica e DM tipo 2 na vida adulta.
- (C) No DM tipo 2, ocorre lenta e progressiva exaustão da capacidade secretória de insulina pelas células β e 80% dos pacientes irão requerer insulino terapia.
- (D) São fatores envolvidos nos mecanismos fisiopatológicos da hiperglicemia no DM tipo 2: diminuição da quantidade de células β, lipólise exagerada e aumento da secreção de GLP-1.
- (E) Na síndrome poliglandular autoimune do tipo 1 (SPA-1) e na síndrome IPEX (desregulação imune, poliendocrinopatia, enteropatia, ligada ao X), pode-se encontrar DM tipo 1.

26. Paciente J. A. M, 45 anos, procura o serviço de endocrinologia para perda de peso. Apresentava IMC = 25 e negava tabagismo e história familiar de doença coronariana. Exames: colesterol total = 320 mg/dL, colesterol -LDL = 248 mg/dL, colesterol-HDL = 40, triglicérides = 160 mg/dL e TSH = 70 mUI/mL (nl 0,3-5,5).
- Qual é a melhor conduta?
- (A) Iniciar L-tiroxina+estatina+fibrato.  
(B) Iniciar rosuvastatina em altas doses.  
(C) Iniciar L-tiroxina + estatina.  
(D) Iniciar L-tiroxina.  
(E) Iniciar L-tiroxina + fibrato.
27. Que valores de lipídios seriam ideais para a paciente da questão de número 26 se ela fosse diabética?
- (A) LDL < 70 mg/dL, HDL > 50 mg/dL, Triglicérides < 200 mg/dL.  
(B) LDL < 70 mg/dL, HDL > 45 mg/dL, Triglicérides < 200 mg/dL.  
(C) LDL < 100 mg/dL, HDL > 50 mg/dL, Triglicérides < 200 mg/dL.  
(D) LDL < 100 mg/dL, HDL > 70 mg/dL, Triglicérides < 200 mg/dL.  
(E) LDL < 100 mg/dL, HDL > 50 mg/dL, Triglicérides < 150 mg/dL.
28. Paciente do sexo masculino, 48 anos, sedentário, obeso, hipertenso e diabético diagnosticado há 7 anos. Vem em uso de metformina 2 g/dia e vildagliptina 50 mg 2 vezes ao dia, losartana 50 mg 2x/dia. Apresenta IMC=37 kg/m<sup>2</sup>. Exames atuais: glicose = 236 mg/dL, Hb glicada = 10,2%, colesterol-HDL = 23 mg/dL, colesterol-LDL = 123 mg/dL, triglicérides = 250 mg/dL, TGP = 80 U/L (nl <41), TGO = 56 U/L (nl < 37). Ultrassom = esteatose hepática moderada. Além de mudanças no estilo de vida, qual é a melhor conduta para melhorar o controle glicêmico?
- (A) Elevar a dose de vildagliptina para 150 mg/dia.  
(B) Elevar a dose da metformina para 3 g.  
(C) Associar insulina glargina.  
(D) Associar gliclazida MR com o intuito de reduzir peso.  
(E) Substituir vildagliptina por saxagliptina.
29. Paciente do sexo masculino, 40 anos, coronariopata (infarto do miocárdio há 2 anos), HIV positivo em uso de terapia antirretroviral altamente ativa (HAART), apresenta os seguintes exames: glicose = 109 mg/dL (nl 70 - 99), triglicérides = 218 mg/dL, HDL-colesterol = 35 mg/dL, LDL-colesterol = 170 mg/dL.
- Qual a melhor conduta para o tratamento de sua dislipidemia?
- (A) Atorvastatina.  
(B) L-tiroxina, pois é muito provável que esse paciente apresente hipotireoidismo.  
(C) Sinvastatina.  
(D) Pravastatina.  
(E) Apenas com dieta e exercícios, pois o LDL desses pacientes é menos aterogênico.
30. Segundo a Federação Internacional de Diabetes (IDF), o portador de síndrome metabólica deve apresentar
- (A) obesidade central além, de pelo menos, 2 dentre os 4 parâmetros: hipertrigliceridemia ou estar em tratamento específico, HDL-colesterol reduzido, elevação de PA ou tratamento para hipertensão e elevação da glicemia de jejum ou diabetes previamente diagnosticado.  
(B) apenas obesidade central (circunferência abdominal aumentada de acordo com a etnia).  
(C) obesidade central além, de pelo menos, 2 dentre os 4 parâmetros: HDL-colesterol reduzido, elevação de PA ou tratamento para hipertensão, elevação da glicemia de jejum ou diabetes previamente diagnosticado e hiperuricemia.  
(D) obesidade central além, de pelo menos, 2 dentre os 4 parâmetros: HDL-colesterol reduzido, hipertrigliceridemia, hipertensão arterial ou tratamento para hipertensão e microalbuminúria.  
(E) obesidade central além, de pelo menos, 2 dentre os 4 parâmetros: hiperuricemia, hipertrigliceridemia, hipertensão arterial ou tratamento para hipertensão e microalbuminúria.
31. Menino de 10 anos de idade, com diabetes tipo 1, foi internado na UTI com quadro de cetoacidose diabética (CAD). Após administração de insulina regular em infusão contínua e hidratação adequada, obteve-se significativa redução da glicemia e normalização do pH sanguíneo. Apesar de tudo isso, houve aumento da cetonúria do paciente.
- Qual a conduta para esse caso?
- (A) Provavelmente as fitas reagentes para medida da cetonúria estão alteradas. Deve-se trocar as fitas.  
(B) A insulina regular deve ser substituída por insulina aspart que apresenta melhor efeito sobre a acidose.  
(C) O comportamento observado da cetonúria é normal e o esquema terapêutico deve ser mantido.  
(D) Deve-se aumentar a velocidade de infusão de insulina para uma compensação mais rápida da CAD.  
(E) Deve-se colher uma nova gasometria venosa para que se confirme o pH e o bicarbonato.

32. Em relação ao *diabetes mellitus*, assinale a alternativa correta.
- Diabetes autoimune latente em adultos (LADA) é uma forma de diabetes tipo 1 em que a velocidade de destruição das células beta é mais rápida do que a habitual.
  - Diazóxido, inibidores de proteases e alguns antipsicóticos podem induzir diabetes.
  - O MODY (*Maturity Onset Diabetes of the Young*) é um diabetes familiar de diagnóstico precoce e modo de transmissão autossômico recessivo.
  - Não existem evidências de que o diabetes aumenta o risco de câncer pancreático.
  - O anticorpo antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD) é importante para diferenciação entre diabetes tipo 1 (anti-GAD presente) e diabetes LADA (anti-GAD negativo).
33. Nas Síndromes Poliendócrinas Autoimunes (SPA), associadas ao diabetes tipo 1 (DM1), pode-se afirmar que
- na IPEX (desregulação imune+poliendocrinopatia+enteropatia ligada ao X), o diabetes está presente na maioria dos pacientes.
  - na SPA-1, ocorre DM1 em 100% dos pacientes, tireoidite de Hashimoto e candidíase mucocutânea crônica.
  - na SPA-2, ocorre DM1 em 20% dos pacientes, doença de Addison e candidíase mucocutânea crônica.
  - na IPEX, ocorre diabetes neonatal, candidíase mucocutânea, malabsorção e tireoidite de Hashimoto.
  - na SPA-2, ocorre doença de Addison, hipoparatiroidismo, DM1 e candidíase mucocutânea crônica.
34. No tratamento do *diabetes mellitus* em pacientes internados, é correto afirmar que
- deve-se suspender os antidiabéticos orais até mesmo em pacientes estáveis.
  - pacientes não diabéticos podem apresentar a chamada hiperglicemia hospitalar que ocorre por aumento dos hormônios contrarreguladores que induzem resistência à insulina.
  - pacientes internados devem manter glicemias < 110 mg/dL, pois estudos comprovam grande diminuição de mortalidade para esses pacientes.
  - em geral, se glicemias > 150 mg/dL o paciente deve ser insulinizado.
  - a meta é manter glicemias entre 70 -180 mg/dL.
35. É considerado critério de indicação cirúrgica em pacientes com hiperparatiroidismo primário:
- cálcio sérico > 0,8 mg/dL acima do limite superior da normalidade.
  - Z-escore de rádio, coluna lombar, fêmur total e/ou colo femoral < -2,5.
  - calciúria de 24 horas > 400 mg/dL, na ausência de nefrolitíase.
  - redução no *clearance* de creatinina para menos de 60 mL/min/1,73m<sup>2</sup>.
  - idade > 50 anos.
36. Mulher de 48 anos foi submetida à retirada de um adenoma paratireoideo por apresentar um hiperparatiroidismo primário, apresentando cálcio de 12,5 mg/dL (nl 8,4 - 10,2) e PTH = 195 pg/mL (nl 10 - 65). Cerca de 3 meses após a cirurgia, apresentava cálcio = 9,5 mg/dL e PTH = 108 pg/mL.
- Assinale a alternativa correta.
- O paciente possivelmente está curado, pois o PTH permanece elevado após a retirada do adenoma na grande maioria dos pacientes por vários meses.
  - Resistência renal a 1 $\alpha$ -hidroxilação da 25(OH)D3 poderia ser a causa da persistência do PTH elevado.
  - Deficiência de vitamina D não justificaria a persistência dos níveis altos de PTH.
  - Esse caso é compatível com um carcinoma de paratireoide.
  - O paciente não está curado do hiperparatiroidismo primário.
37. Na osteomalácia, encontra-se:
- calcemia normal ou reduzida.
  - hiperfosfatemia.
  - fosfatase alcalina reduzida.
  - PTH diminuído.
  - 25(OH) vitamina D3 elevada.
38. Em relação à osteoporose em homens, pode-se afirmar que
- alcoolismo, hipocortisolismo e hipogonadismo são causas que devem ser excluídas.
  - testosterona seria o tratamento de escolha, pois na maioria dos casos a causa é hipogonadismo.
  - a realização de densitometria óssea não é indicada no sexo masculino, exceto nos casos de história familiar.
  - hipotireoidismo também é uma causa importante e sempre deve ser excluído.
  - a osteoporose idiopática representa 35 a 50% dos casos.
39. Está indicado(a) no seguimento de pacientes, com a forma assintomática do hiperparatiroidismo primário, tratados sem cirurgia,
- o uso de diuréticos tiazídicos.
  - a terapia com lítio.
  - a dieta com restrição de cálcio.
  - a densitometria óssea (coluna lombar, rádio e colo femoral) a cada 1 a 2 anos e determinação da calcemia e da creatinina séricas a cada 12 meses.
  - a determinação da creatinina sérica e do *clearance* de creatinina a cada 3 meses.
40. Paciente do sexo feminino, 15 anos de idade, com história de fraturas de repetição, surdez, atonia muscular e esclerótica azulada. Qual é o seu diagnóstico?
- Pseudopseudo-hipoparatiroidismo.
  - Raquitismo.
  - Osteogênese imperfeita tipo I.
  - Osteogênese imperfeita tipo IV.
  - Hiperparatiroidismo secundário.



## CONHECIMENTOS GERAIS

41. De acordo com as diretrizes da Constituição Federal do Brasil e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento integral refere-se

- (A) ao controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, relacionem-se com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo.
- (B) à integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico com participação conjunta e articulada das três esferas de governo no planejamento.
- (C) à capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.
- (D) à introdução no sistema, da possibilidade de formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e à participação na sua produção.
- (E) à integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

42. Segundo a Lei Orgânica do Município de São Paulo,

- (A) não cabe ao município a participação no controle da produção, armazenamento, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e teratogênicos.
- (B) o município deve fomentar, coordenar e executar programas de atendimento emergencial.
- (C) o município responsabiliza-se pela assistência integral à saúde seguindo, rigorosa e estritamente, as prioridades estabelecidas pelo Ministério da Saúde na orientação programática e alocação de recursos.
- (D) o município deve submeter-se à coordenação da Secretaria Nacional de Defesa antidrogas (Senad) para administrar os serviços de saúde mental abrangidos pelo Sistema Único de Saúde.
- (E) a implementação da política de saúde nas unidades prestadoras de assistência será uma atribuição do Conselho Municipal de Saúde, órgão apenas deliberativo, composto por representantes do Poder Público, trabalhadores da saúde, hospitais universitários e empresários dos serviços privados de saúde.

43. Segundo a Política Nacional, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, dentre as quais pode-se citar:

- (A) dedicar-se exclusivamente à execução de ações, deixando a elaboração, o acompanhamento e a gestão de projetos terapêuticos, de qualquer ordem, para órgãos do executivo federal.
- (B) ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária.
- (C) adotar uma política de acesso restrito às populações periféricas dos grandes centros, de baixa renda, para reduzir a demanda nos serviços de alta complexidade.
- (D) oferecer baixa resolutividade, com a consequente redução nos custos, mas suficiente para dar conta da maioria dos agravos à saúde sem recorrer a procedimentos de alta complexidade.
- (E) implantar programas dos serviços de saúde em consonância com as necessidades de saúde dos usuários antecipadamente definidas por análises do Ministério da Saúde.

44. Em determinada comunidade, observa-se, ao longo dos últimos cinco anos, que é constante um grande número de casos de hanseníase e tuberculose e, por outro lado, que têm ocorrido, anualmente, muitos casos novos dessas doenças.

Com base nessa informação, pode-se dizer que, provavelmente, nessa comunidade,

- (A) essas doenças têm altas prevalências e altas incidências.
- (B) essas doenças apresentam altas taxas de prevalência e baixas taxas de incidência.
- (C) a esperança de vida, em razão dessas doenças, está muito reduzida.
- (D) o coeficiente de mortalidade, para ambas as doenças, deve ser muito baixo.
- (E) a taxa de morbidade, para cada uma dessas doenças, só poderá ser calculada se estiverem disponíveis os respectivos números de óbitos.

45. Endemia é a ocorrência de determinada doença que acomete sistematicamente populações em espaços característicos e determinados, no decorrer de um longo período, e

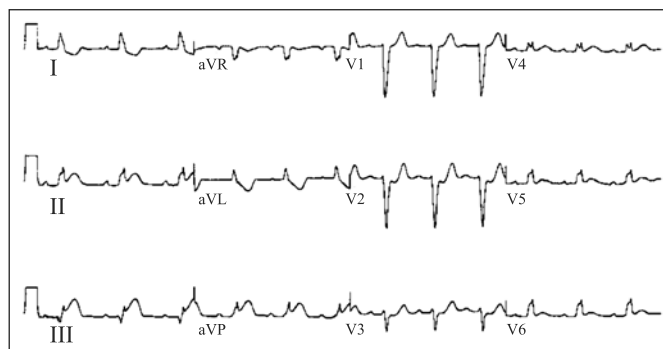
- (A) que mantém a incidência relativamente constante, permitindo variações cíclicas.
- (B) cuja prevalência é sempre muito baixa.
- (C) que é sempre multicausal, não podendo ser atribuída a um único fator.
- (D) para a qual as medidas de quimioprofilaxia são sempre inócuas.
- (E) cuja previsibilidade dispensa procedimentos de vigilância em saúde.

46. A Proporção de Idosos na População, que é o percentual de pessoas com 60 ou mais anos de idade, na população total, em determinado espaço geográfico e no período considerado,
- permite estimar o índice de Swaroop-Uemura.
  - é essencial para a construção da curva de Nelson Moraes.
  - indica a participação relativa de idosos na população geral.
  - é resultado da razão entre os componentes etários extremos da população, representados por idosos e jovens.
  - mede, em termos absolutos, o contingente populacional potencialmente inativo.
47. Para o fortalecimento da Atenção Básica, no âmbito do seu território, a secretaria municipal de saúde deve buscar parcerias
- apenas com órgãos governamentais federais.
  - apenas com o setor privado.
  - apenas com instituições filantrópicas.
  - apenas com instituições governamentais e filantrópicas.
  - com instituições governamentais, não governamentais e com o setor privado.
48. As doenças constantes do Anexo I, da Portaria MS104/11 (Lista de Notificação Compulsória – LNC), referente a doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada, devem ser notificadas e registradas
- nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS) em, no máximo, 6 (seis) horas a partir da confirmação do caso.
  - apenas na Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.
  - apenas na Secretaria Municipal de Saúde.
  - no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
  - apenas na Secretaria Estadual de Saúde.
49. Pelo Calendário Nacional de Vacinação, deve-se oferecer a imunização contra a hepatite B (recombinante), para grupos vulneráveis não vacinados ou sem comprovação de vacinação anterior como, entre outros, bombeiros, policiais militares e
- gestantes em qualquer fase da gestação.
  - gestantes unicamente no terceiro trimestre da gestação.
  - gestantes após o primeiro trimestre da gestação.
  - apenas às mulheres que estiverem na segunda gestação.
  - apenas às gestantes com sorologia positiva para o HIV.

50. No capítulo do sigilo profissional, no Código de Ética Médica, diz-se que é vedado ao médico revelar conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, contudo essa proibição deixará de existir
- se o fato for de conhecimento público.
  - com o falecimento do paciente.
  - quando o médico depuser como testemunha.
  - quando o sigilo for relacionado a paciente menor de idade e a não revelação possa acarretar dano ao paciente.
  - em investigação de suspeita de crime quando a revelação possa expor o paciente a processo penal.

Leia o enunciado a seguir e responda às questões de números 51 a 53.

Homem, 75 anos, com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica, ex-tabagista, diabético e dislipidêmico, em uso de atenolol, AAS, metformina, glibenclamida e sinvastatina, chega ao pronto-atendimento com queixa de dor retroesternal há, pelo menos, 2 horas, acompanhada de sudorese intensa, dispneia e náuseas. O exame físico da admissão revela o paciente em regular estado geral, taquipneico leve, palidez cutaneomucosa e sudoreico. PA = 160 x 90 mmHg, FC = 50 bpm, SO<sub>2</sub> = 96% em ar ambiente. O exame físico revela ausculta cardíaca e pulmonar normais. O eletrocardiograma realizado no momento da admissão encontra-se ilustrado a seguir.

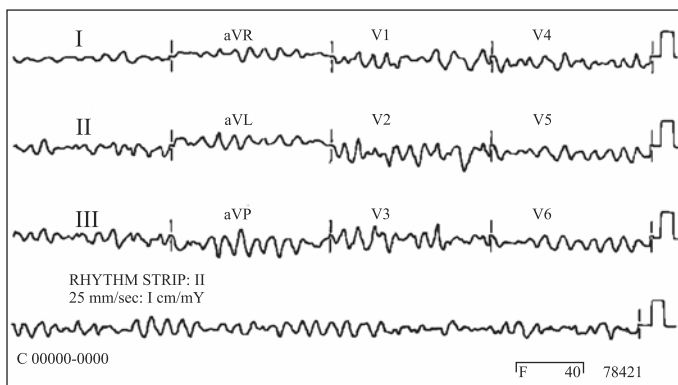


(Considere: PR = 220 ms; FC = 50 bpm; duração do QRS = 130 ms)

51. Em relação aos achados eletrocardiográficos, é correto afirmar que
- a presença de QRS com duração acima do limite superior da normalidade e morfologia de bloqueio de ramo esquerdo impedem, pelos achados eletrocardiográficos, a definição de isquemia miocárdica verdadeira nesse caso.
  - o ritmo é sinusal, há bloqueio atrioventricular do segundo grau Mobitz tipo I e corrente de lesão em parede inferior.
  - há sinais de infarto agudo do miocárdio em parede inferior por provável oclusão total da artéria coronária direita.
  - o distúrbio de condução pelo ramo esquerdo não impede a verificação de isquemia nesse caso, e há sinais de infarto agudo do miocárdio em parede anterior.
  - o infradesnívelamento do segmento ST em V2 e V3 reforça a hipótese de oclusão da artéria coronária interventricular anterior.

52. Em relação à abordagem terapêutica do paciente em questão, é correto afirmar que
- (A) os níveis pressóricos da admissão contraindicam a utilização de medicamentos trombolíticos.
  - (B) há necessidade de terapia de reperfusão coronária, seja ela mecânica (angioplastia) ou química (trombólise).
  - (C) o tratamento deve ser realizado com heparinização plena e antiagregação plaquetária, aguardando-se 24 horas sem a utilização de metformina, para a realização do cateterismo cardíaco, pelo risco de acidose láctica.
  - (D) a administração de trombolíticos é preferível em relação à angioplastia primária, por se tratar de paciente idoso e diabético.
  - (E) não há necessidade de suplementação de oxigênio ao paciente, uma vez que a saturação de O<sub>2</sub> encontra-se acima de 90%.

53. Enquanto eram tomadas as medidas iniciais, o paciente apresentou rebaixamento do nível de consciência, tornando-se arresposivo. O aparelho de eletrocardiograma ainda se encontrava conectado ao paciente e foi realizado o registro a seguir.



A conduta que deve ser prontamente adotada é:

- (A) realizar intubação orotraqueal, ventilação invasiva e encaminhar o paciente imediatamente à hemodinâmica.
- (B) iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar, iniciando-se pela intubação orotraqueal e, a seguir, massagem cardíaca.
- (C) realizar cardioversão elétrica sincronizada.
- (D) realizar desfibrilação não sincronizada. Caso o desfibrilador não esteja próximo, iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar, começando por compressões torácicas.
- (E) aplicar amiodarona intravenosa em bolus, seguida de adrenalina 1 mg e compressões torácicas.

54. Paciente do sexo feminino, 44 anos, apresenta quadro de dispneia intensa e chiado no peito, cerca de 10 minutos após a realização de exame com contraste iodado. Foi levada ao pronto-atendimento, apresentando dificuldade para enxergar e rouquidão. Ao exame físico, notou-se edema facial e estridor laríngeo. A pressão arterial era de 80 x 40 mmHg.

O fármaco e a melhor via de administração deverão ser, respectivamente:

- (A) adrenalina / intravenosa.
- (B) adrenalina / intramuscular.
- (C) corticoide / intravenoso.
- (D) corticoide / inalatório.
- (E) anti-histamínico / via oral.

55. Homem, 56 anos, etilista crônico – cerca de 5 garrafas de cerveja ao dia – encontra-se internado por broncopneumonia aspirativa, recebendo terapia antimicrobiana parenteral. No terceiro dia de internação, começou a enxergar baratas nas paredes do quarto, a apresentar agitação psicomotora e tremor intenso de extremidades.

O tratamento de eleição deverá ser feito com

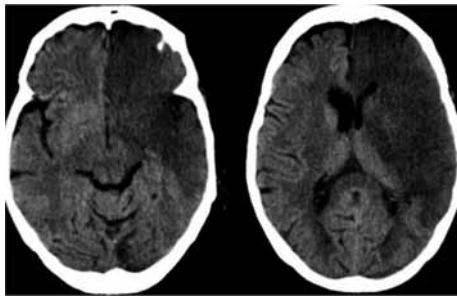
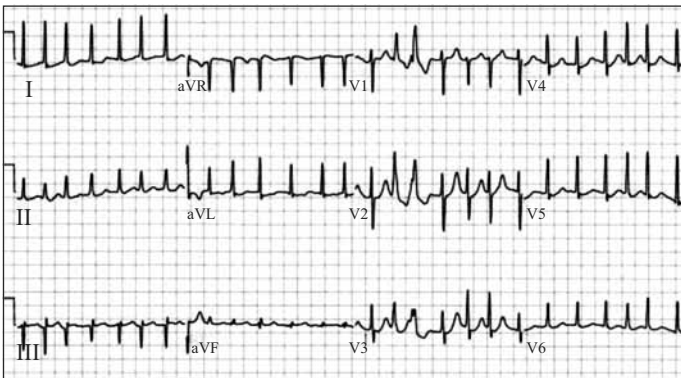
- (A) tiamina e benzodiazepínico.
- (B) tiamina e haloperidol.
- (C) quetiapina e hidantoína.
- (D) glicose a 50% e haloperidol.
- (E) haloperidol e opioide.

56. Paciente jovem, do sexo feminino, foi internada por quadro de polidipsia, poliúria, adinamia e sonolência há, pelo menos, 5 dias. Nos últimos dois dias, ficou muito prostrada e apresentou alguns episódios de náuseas e vômitos. À admissão, a paciente encontrava-se sonolenta, hálito cetótico, respiração de Kussmaul e desidratada. Dextro = 480 mg/dL, corpos cetônicos na urina 4+/4, pH = 7,18 e bicarbonato = 12.

São complicações potenciais e esperadas do tratamento dessa paciente:

- (A) hiperglicemia, oligúria e amaurose.
- (B) neuropatia, infecção e hiperglicemia.
- (C) hipercalcemia, alcalose metabólica e hipoglicemia.
- (D) hipoglicemia, hipocalemia e edema cerebral.
- (E) amaurose, infecção e neuropatia.

57. Mulher, 63 anos, foi admitida no pronto-atendimento após ser encontrada pelos familiares, caída, em casa. Ao exame físico, apresentava rebaixamento do nível de consciência (Glasgow = 11), ausculta cardíaca irregular e desvio conjugado do olhar para a esquerda. O eletrocardiograma e a tomografia computadorizada de crânio encontram-se ilustrados a seguir.



Das medidas apresentadas, assinale aquela que pode ser deletéria ao caso em questão e, portanto, deverá ser evitada inicialmente, mesmo diante de uma indicação precisa.

- (A) Correção dos níveis de glicemia.
- (B) Uso de manitol.
- (C) Anticoagulação plena.
- (D) Controle da pressão arterial, se PAS > 200 mmHg e/ou PAD > 120 mmHg.
- (E) Controle de hipertermia.

58. Paciente jovem do sexo masculino procurou atendimento médico devido ao aparecimento de lesões com aspecto de verrugas em região de glândula e prepúcio. As lesões eram confluentes e assumiam aspecto semelhante a uma couve-flor.

O agente etiológico provavelmente envolvido no caso em questão é o

- (A) *Haemophilus ducreyi*.
- (B) HIV.
- (C) vírus do molusco (Poxvírus).
- (D) *Treponema pallidum*.
- (E) vírus HPV (Papiloma vírus).

59. Em relação ao tromboembolismo pulmonar, é correto afirmar que

- (A) apesar de controversa, a terapia trombolítica pode ser realizada, na presença de indicações precisas, como instabilidade hemodinâmica, até 14 dias após o início dos sintomas.
- (B) a passagem do filtro de veia cava deve ser feita de rotina nos pacientes idosos, associada ao uso do anticoagulante oral.
- (C) após o início do uso da varfarina, deve-se manter o uso da heparina até que se atinja um INR entre 4,0 e 5,0.
- (D) o uso da heparina não fracionada é vantajoso em relação à heparina de baixo peso molecular, devido à maior previsibilidade das dosagens e menor ocorrência de efeitos colaterais.
- (E) o achado eletrocardiográfico mais frequente é a sobrecarga de câmaras direitas.

60. Paciente com 24 anos de idade foi levado ao pronto-atendimento após tentativa de suicídio, apresentando miose, sialorreia intensa, confusão mental, ansiedade e poliúria com certa incontinência urinária. Os acompanhantes referem que o paciente trabalha com lavoura e ingeriu grande quantidade de um líquido que acreditam ser inseticida. Além das medidas de suporte e correção dos distúrbios hidroeletrólíticos, recomenda-se a administração de

- (A) clorpromazina.
- (B) fisostigmina.
- (C) dantrolene.
- (D) naloxone.
- (E) pralidoxima.