

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO**

**PROCESSO SELETIVO PARA PÓS-GRADUAÇÃO**  
***Lato Sensu* – RESIDÊNCIA MÉDICA**



**DIA - 28/01/2014**

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:**

**ENDOCRINOLOGIA**



Universidade Federal  
de Campina Grande

# Hospital Universitário

Rua Carlos Chagas, s/n - São José - CEP: 58107 670 - Telefone 0 XX (83) 2101-5500 Campina Grande - PB



Comissão de Processos  
Vestibulares

## PROCESSO SELETIVO PARA PÓS-GRADUAÇÃO *Lato Sensu* – RESIDÊNCIA MÉDICA

*28 de janeiro de 2014*

### ENDOCRINOLOGIA

#### GABARITO

1.	14.	27.	40.
2.	15.	28.	41.
3.	16.	29.	42.
4.	17.	30.	43.
5.	18.	31.	44.
6.	19.	32.	45.
7.	20.	33.	46.
8.	21.	34.	47.
9.	22.	35.	48.
10.	23.	36.	49.
11.	24.	37.	50.
12.	25.	38.	
13.	26.	39.	

**Endocrinologia**

01 Sobre os inibidores da DPP-IV (sitagliptina, saxagliptina, vildagliptina), é correto:

- a) Estimulam a secreção de glucagon.
- b) Aumentam a apoptose de células beta em roedores.
- c) Estimulam a secreção de insulina.
- d) Promovem proliferação e neogênese de células alfa em roedores.
- e) Aumentam a produção de somatostatina.

02 Quais os mecanismos de ação das sulfonilureias e metformina respectivamente?

- a) Diminui a secreção de insulina e aumenta a resistência.
- b) Diminui a resistência a insulina e aumenta a secreção.
- c) Aumenta a secreção de insulina e diminui a produção hepática de glicose.
- d) Aumenta a secreção de insulina e a neoglicogênese.
- e) Aumenta a secreção de insulina e a resistência periférica a ação da insulina.

03 Mulher, 54 anos, cozinheira, é admitida no HUAC com quadro de angina instável. Refere amenorreia há 20 anos. Gesta 4 para 2 - 2 meninas com peso acima de 4,5 kg. Dois abortamentos espontâneos. Ao exame físico: altura 1,62 m, peso 90 kg. Pressão arterial em todos os membros 140 X 100 mmHg. Perímetro abdominal 105 cm. O exame de pele revela candidíase vulvar atingindo a região inguinal direita. Acantose nigricans no pescoço. Necrobiose lipoídica diabetorum nas regiões tibiais anteriores. Granulomas anulares em flancos direito e esquerdo e mesogástrio. Dermatofitoses nas regiões infra mamárias. Ausculta cardíaca ritmo regular 100 bpm. 4ª bulha presente. A2 > P2. Edema perimaleolar, bilateral +, mole, branco, indolor. Fundoscopia – micro aneurismas, exsudatos algodonosos. Glicemia de jejum 200 mg%, HbA1c 9,0% (até 6,2%); Triglicerídeos 280 mg%; Colesterol total 295 mg%; HDLc 29 mg%. Presença de microalbuminúria. A lesão cutânea sugestiva da presença de síndrome metabólica é:

- a) Candidíase vulvar.
- b) Granuloma anulare.
- c) Necrobiose lipoídica diabetorum.
- d) Dermatofitose infra mamária.
- e) Acantose nigricans.

04 Com base em evidências clínicas e epidemiológicas, existem medicamentos que podem ser usados para tratamento inicial da hipertensão nessa paciente, EXCETO:

- a) Inibidores de Enzima.
- b) Beta bloqueadores.
- c) Alfametildopa.
- d) Bloqueadores do Receptor de Angiotensina.
- e) Bloqueadores de canal de cálcio.

05 Além da hipertensão de acordo com as evidências devemos tratar imediatamente EXCETO:

- a) O diabetes com insulina.
- b) A dislipidemia com estatina.
- c) Os distúrbios hematológicos com aspirina.
- d) A obesidade com sibutramina.
- e) A angina com b-bloqueadores.

**06** Paciente de 5 anos de idade o (a) procura com queixas de déficit estatural. A mãe informa que a criança sempre “foi pequena para a idade” de acordo com a curva de crescimento da pediatra, que visita regularmente. Relata que nos últimos 6 meses ela, juntamente com a pediatra vêm notando também discreto atraso no desenvolvimento intelectual. Ao exame a paciente se encontra abaixo do percentil 3 da curva de crescimento. A pressão arterial aferida em ambos os MMSS está elevada para a idade, com pulsos femorais diminuídos. A cariotipagem revelou que a paciente apresenta 45 X0. A dosagem de GH basal foi de 4,5 ng/dl (referência 2,0 a 6,2). Sobre esta paciente é possível afirmar que:

- I- A paciente é portadora da síndrome de Turner.
- II- É provável que a paciente apresente Hipertensão arterial causada por má-formação renal, frequente nestes casos.
- III- É provável que o déficit intelectual possa ser provocado pela doença cromossômica de base.
- IV- O tratamento com GH é efetivo.
- V- O tratamento com GH não é efetivo uma vez que a paciente tem dosagem de GH normal.
- VI- Neste caso, existem evidências clínicas e epidemiológicas que tomam mandatória a investigação da função tireoideana.

Estão corretas apenas

- a) I, III, IV, e VI.
- b) I, V, e VI.
- c) I, II, IV, e VI.
- d) I, IV, VI.
- e) I, III e IV.

**07** A síndrome metabólica é uma doença cujo pano de fundo são características genéticas que que já foram vantagem evolutiva mas com as mudanças ocorridas no hábitos alimentares e o sedentarismo, vem se tornando cada vez mais frequente e tem sido considerada a principal causa determinante do diabetes mellitus tipo 2, da hipertensão e da dislipidemia. Embora ainda haja alguns desacordos, algumas entidades reconhecidas mundialmente como a IDF, NHLBI, AHA, WHO, IAS e IASQ, acordaram em considerar portador de síndrome metabólica o paciente que apresentasse pelo menos 3 das seguintes características:

- I- HDL < 40 para homens e < 50 para mulheres.
- II- Glicemia > 100.
- III- Glicemia > 110.
- IV- LDL > 130.
- V- Triglicérides > 150.
- VI- Pressão Sistólica  $\geq$ 130 mmHg e Diastólica  $\geq$  85 mmHg ou em tratamento.

Estão corretas apenas

- a) I, II, V e VI.
- b) I, III, V e VI.
- c) I, II, IV, V e VI.
- d) II, IV, V e VI.
- e) III, IV, V e VI.

**08** A síndrome metabólica aumenta a mortalidade porque muitos anos antes do aparecimento do diabetes, da hipertensão, o processo de dano nas paredes dos vasos já se inicia. Dentre os fatores responsáveis por este dano podem ser enumerados:

- I – Diminuição da produção de Óxido Nítrico.
- II- Estímulo do Sistema Nervoso Simpático.
- III – Aumento da produção de condroglicans.
- IV – Diminuição do clearance de HDL.
- V – Proliferação do músculo liso arterial.
- VI – Proliferação do endotélio vascular.

Estão corretas apenas

- a) I, II e III.
- b) I, II e IV.
- c) I, II e V.
- d) II, III e VI.
- e) III, IV e V.

09) Homem de 48 anos, 160cm, 98 Kg, tabagista (20 cigarros/dia), etilista social ( $\pm$  1 copo de vinho por dia), sedentário, com história de hipertensão arterial de longa data, em uso de droga hidroclorotiazida 25 mg/dia. Mãe falecida de doença coronariana aos 50 anos de idade. Vários casos de diabetes tipo 2 na família. PA 140 x 100 mmHg. Traz consigo glicemia de 142 mg%, Colesterol total - 320 mg%, HDL - 30 mg%, LDL - 190 mg%, VLDL - 100 mg%, Triglicérides - 268 mg%. Assinale a alternativa correta.

- O paciente é portador de diabetes mellitus.
- Ele ainda não pode ser considerado diabético. Para que seja rotulado de diabético, se faz necessário um Teste de Tolerância, dosando a glicemia 2 horas após 75g de glicose. Se o resultado for igual ou superior a 200 mg% ele é diabético. Se o resultado estiver entre 140 e 199,9 mg% ele será considerado portador de Intolerância aos Carboidratos. Se ficar abaixo de 140 mg% será considerado normal.
- Ele ainda não pode ser considerado diabético. Para que seja rotulado de diabéticos, se faz necessária outra glicemia de jejum igual ou superior a 126 mg%.
- O tratamento inicial mais adequado é a dieta acompanhada de atividade física extenuante. Se não funcionar, após 3 meses, iniciaremos o uso de metformina.
- O tratamento inicial adequado deverá ser feito com Sulfoniluréias. Uma possibilidade seria o uso da Glibenclamida na dose de 5mg/dia, podendo aumentar até 30mg/dia se a glicemia não normalizar.

10) Ainda sobre o paciente anterior, podemos afirmar que:

- Há indicação para o uso imediato de uma droga hipolipemiante.
- No caso de uso de droga hipolipemiante, deveremos dar preferência a alguma droga inibidora da Hidroxi-metil-glutaril CoA, uma vez que este grupo drogas tem ação tanto sobre os triglicérides (diminui 65%) quanto sobre o colesterol (diminui 45%).
- Alguns estudos populacionais mostram que os níveis altos de LDL são um preditor negativo de doença cardiovascular, enquanto o HDL é um preditor positivo.
- As lipoproteínas características do diabetes mellitus como a VLDL remanescente e a HDL pequena e densa, são mais susceptíveis de sofrerem alterações oxidativas que nos não diabéticos, sendo assim mais aterogênicas.
- O LDL alto, o HDL baixo, a hipertensão arterial, a história familiar de doença coronariana, o sedentarismo, o sexo, a idade, o etilismo e o tabagismo são fatores de risco para a doença coronariana.

11) Quanto a angina pectoris, marque a resposta INCORRETA.

- A angina típica é definida pela resposta positiva a 3 perguntas: 1) Dor ou desconforto retroesternal; 2) É precipitado pelo esforço; 3) É aliviado pelo uso da nitroglicerina.
- A angina atípica tem 2 respostas positivas a essas perguntas acima. É mais comum em mulheres. Em pacientes diabéticos pode ser indolor.
- Exames como: hemograma, TSH e T4I, glicemia, lipidograma e a PCR (Proteína C Reativa) são importantes para avaliação de pacientes com fatores de risco de angina.
- O ECG é o exame quando feito no momento da dor de maior sensibilidade juntamente com a Tomografia computadorizada com feixe de elétrons, pois permite a quantificação de calcificação coronariana.
- A angiografia coronária permanece como padrão ouro para avaliar a presença e a gravidade da DAC.

12) Quanto ao tratamento da Doença Arterial Coronária (DAC), responda assinalando a resposta INCORRETA.

- O controle dos fatores de risco é fundamental da prevenção primária e secundária. Mudanças no estilo de vida como: parar de fumar; evitar sedentarismo e redução de peso.
- A aspirina deve ser usada em todos os pacientes na prevenção primária e secundária. O clopidogrel deve ser usado em pacientes que tem intolerância a aspirina.
- As estatinas tem benefícios em reduzir o risco de IAM e AVC em pacientes de alto risco.
- Os IECA, B-bloqueadores, antagonistas dos canais de cálcio não têm indicação em doentes com DAC. A revascularização cirúrgica deve ser indicada como primeiro tratamento em todo paciente.
- Devemos tratar comorbidades como anemias, tireotoxicose, infecção, apneia do sono e diabetes, por aumentarem a mortalidade.

13) De acordo com o último consenso para o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial sistêmica (JOINT VIII), assinale a alternativa INCORRETA.

- Na população geral  $\geq$  de 60 anos, iniciar tratamento farmacológico se PAS (Pressão Arterial Sistólica) for  $\geq$  a 150 mmHg ou a PAD (Pressão Arterial Diastólica) for  $\geq$  a 90 mmHg.
- Na população geral  $\leq$  de 60 anos, iniciar tratamento farmacológico se PAS for  $\leq$  a 140 mmHg ou a PAD for  $\leq$  a 90 mmHg.
- Na população  $\geq$  18 anos e com diabetes, iniciar tratamento farmacológico se a PAS  $\geq$  140 mmHg ou a PAD  $\geq$  90 mmHg.
- Na população  $\geq$  18 anos e com diabetes, o alvo do tratamento farmacológico é uma PAS  $\leq$  140 mmHg e a PAD  $\leq$  90 mmHg.
- Na população geral afrodescendente de qualquer idade, incluindo pessoas com diabetes, no tratamento inicial devemos evitar o uso de diuréticos tiazídicos.

14) Toda HAS de difícil controle, refratária a uso de multimedicamentos, hipertensão secundária deve ser investigada. Com relação ao diagnóstico e ao quadro clínico relacione a coluna da direita de acordo com a esquerda, e marque a alternativa correta.

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| A - Hipocalemia e hipertensão refratária.  | ( ) Coarctação da aorta.              |
| B - PA nos MMSS > que PA nos MMII.   | ( ) Feocromocitoma.                   |
| C - Fraqueza muscular proximal, obesidade no tronco, hipocalemia.  | ( ) Hipertensão parenquimatosa renal. |
| D - É a causa mais comum de HA secundária e tem como exame diagnóstico TFG (taxa de filtração glomerular) e USG renal. | ( ) Síndrome de Cushing.              |
| E - Crises paroxísticas de hipertensão, cefaleia, palpitações.   | ( ) Hiperaldosteronismo primário.     |

A sequência correta é:

- a) A, B, C, D, E.    b) B, E, D, C, A.    c) C, B, D, E, A.    d) D, B, E, A, C.    e) B, C, D, A, E.

15) Marque a alternativa INCORRETA

- a) O hipertireoidismo tende a causar hipertensão sistólica divergente e o hipotireoidismo discreta hipertensão diastólica convergente.  
 b) A apneia obstrutiva do sono pode causar hipertensão arterial.  
 c) Ocorre aumento transitório da pressão após o uso de cigarros e bebida alcoólica.  
 d) Existem evidências que associação de IECA com BRA, potencializa o efeito benéfico de ambas, principalmente na prevenção da nefropatia.  
 e) Em idosos a HA sistólica deve ser reduzida para valores <140 mmHg, pois diminui o risco de AVC e IAM em torno de 30% e 25% respectivamente.

16) Quanto à insuficiência cardíaca, marque a alternativa INCORRETA:

- a) Os pacientes com hipertensão, doença aterosclerótica, diabetes, obesidade e em uso contínuo e intensivo de álcool possuem risco de desenvolver ICC.  
 b) Na patogênese da insuficiência estão envolvidas alterações na função sistólica (IAM, hipertensão e lesão tóxica induzidas por drogas).  
 c) Na patogênese da insuficiência cardíaca estão envolvidas alterações diastólicas (enchimento restrito) como choque, hipertensão, sarcoidose, anemia crônica e tireotoxicose.  
 d) Alguns fatores que podem levar à descompensação da ICC crônica são o uso de antagonista de cálcio, agentes anti-inflamatórios não hormonais e uso de álcool.  
 e) A dispneia paroxística noturna resulta da mobilização do líquido intersticial das extremidades e de outras partes, com acúmulo de edema alveolar e é um achado relativamente atípico.

17) Paciente de 65 anos, sexo masculino, portador de DM<sub>2</sub> e doença arterial coronariana, em uso irregular de glicazida, metformina, estatina, AAS e IECA, deu entrada numa emergência com dispneia e tosse. Ao exame físico: dispneico, taquicárdico e PA:130X90. Antecedentes: etilista, três doses/dia. Escolha a alternativa correta.

- a) Deve-se descartar ICC, pois o paciente nunca apresentou sinais ou exames anteriores sugestivos de ICC.  
 b) Exame físico com avaliação cardíaca do ictus, ausculta pulmonar e exame das veias jugulares são sinais neste paciente, que já fazem o diagnóstico, não sendo necessário exame complementar para iniciar o tratamento.  
 c) Se este paciente apresentar estertores crepitantes nas bases pulmonares, alargamento do ictus e deslocamento abaixo do quinto espaço intercostal, deve ser solicitado um ecocardiograma para confirmação diagnóstica antes de iniciar o tratamento.  
 d) Diurético de alça deve ser introduzido e o IECA suspenso pela tosse do paciente.  
 e) O b-bloqueador irá melhorar a sobrevida desse paciente, reduzir internamento hospitalar e deve ser introduzido de imediato nesta fase.

18) Sobre pneumonia, marque a alternativa INCORRETA:

- a) Os pacientes internados por qualquer doença que apresente sintomas respiratórios antes de 48h do internamento, podem estar desenvolvendo pneumonia adquirida na comunidade.  
 b) Os pacientes que adquirem pneumonia após 48h de intubação endotraqueal ou ventilação mecânica, mas há menos de 2 dias de internamento hospitalar, são provavelmente portadores de pneumonia adquirida na comunidade.  
 c) A mecanismo mais frequente de infecção pulmonar é através de microaspiração do conteúdo da orofaringe em indivíduos normais e ocorre durante o sono.  
 d) Em pacientes idosos com sintomas de confusão mental, perda de peso, desidratação, mesmo sem febre ou dispneia, a possibilidade de pneumonia deve ser considerada.  
 e) Em pacientes idosos que apresentam ausência de murmúrio vesicular e roncocal à ausculta, Rx de tórax em PA e perfil alterados e leucocitose, deve ser considerado o diagnóstico diferencial de pneumonia com embolia pulmonar e carcinoma de pulmão.

19) Paciente com 74 anos, sexo masculino, morando em casa de repouso há 20 dias, é internado com infecção intestinal que evoluiu com desorientação, diminuição do apetite e tosse. Ao exame: roncospirais audíveis em ambos os hemitórax. Sobre esse paciente, marque a alternativa CORRETA:

- a) Provavelmente ele apresenta pneumonia cujos agentes etiológicos são provavelmente streptococcus pneumoniae, bacilos gram-negativos e staphylococcus aureus e o tratamento com antibiótico só deve ser iniciado após avaliação com Rx de tórax, exame de gram e cultura do escarro.
- b) O antibiótico de escolha é azitromicina 500mg/dia por 5dias, por via oral.
- c) Deve-se pensar em outras possibilidades diagnósticas como câncer de pulmão e embolia pulmonar e para melhor avaliação deve-se solicitar além do Rx de tórax, uma broncoscopia para colheita de secreção.
- d) A terapêutica com antibiótico deve ser instituída de imediato e com uma das seguintes drogas: ceftriaxona, levofloxacina ou moxifloxacina.
- e) As pneumonias por agentes gram-negativos aeróbios como P.aeruginosa, E.coli e K.pneumoniae são improváveis neste caso.

20) Sobre infarto do miocárdio (IAM,) assinale a alternativa INCORRETA:

- a) O desconforto associado ao IAM é qualitativamente semelhante ao da angina pectoris.
- b) Estima-se que, pelo menos 20% dos IAMs sejam indolores ou de apresentação atípica.
- c) Um galope de B<sub>2</sub> frequentemente é encontrado, se procurado com cuidado.
- d) Sinais de hiperatividade simpática como taquicardia e/ou hipertensão acompanham com frequência IM de parede anterior.
- e) Em contexto clínico apropriado, um quadro de elevação do segmento ST no ECG regional sugere oclusão coronariana causando isquemia miocárdica.

21) A doença nodular da tireóide é condição bastante prevalente e apesar da anamnese e do exame físico serem pouco específicos para distinguir doença benigna de câncer, existem alguns dados que se associam a maior risco de malignidade. Sobre esses dados, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Sexo masculino, idade (> 70 e <20), história de exposição à radiação ionizante e nódulo com crescimento rápido sugerem maior risco de malignidade.
- b) A presença de sintomas compressivos, nódulo de consistência endurecida e pouco móvel são considerados fatores de risco para câncer.
- c) Linfonodomegalia cervical por ser um achado bastante frequente, não deve ser valorizada na investigação da doença nodular da tireóide.
- d) História familiar de câncer diferenciado de tireóide em parente de primeiro grau, é considerado fator de risco para malignidade.
- e) Todos os dados do exame físico e da anamnese devem ser somados ao dados de imagem para predizer risco de malignidade.

22) A punção aspirativa com agulha fina (PAAF) guiada por ultrassonografia (USG) é o exame mais importante para diferenciar nódulos benignos de malignos. Sobre a indicação desse exame, marque a resposta INCORRETA:

- a) Todo nódulo maior que 1 (um) centímetro deve ser puncionado, independente dos dados ultrassonográficos ou clínicos.
- b) Nódulos menores que 5mm não devem ser puncionados.
- c) Nódulos maiores que 5mm só devem ser puncionados em pacientes com alto risco clínico para malignidade ou se apresentarem características ultrassonográficas suspeitas.
- d) Nódulos complexos ou espongiformes só devem ser puncionados quando maiores que 20mm.
- e) Linfonodos suspeitos de malignidade à USG devem ser puncionados.

23) Paciente de 32 anos, sexo feminino, descobre nódulo de tireóide durante consulta de rotina com ginecologista. O nódulo mede 1,1cm, é isoecogênico, apresenta contornos regulares e não apresenta vasos ao Doppler e nem microcalcificações à ultrassonografia. A paciente não tem antecedentes de doença tireoideana e a função tireoideana está preservada. Quanto à conduta neste caso, marque a resposta correta:

- a) A PAAF deve ser solicitada de imediato.
- b) A PAAF deve ser solicitada após a cintilografia com I<sup>131</sup>
- c) A PAAF deve ser solicitada após a dosagem de anti TPO.
- d) A PAAF não está indicada e a conduta deve ser o seguimento com USG.
- e) A conduta deve ser iniciar levotiroxina em doses supressivas.

24] A USG é o principal exame de imagem na doença nodular da tireóide e apesar da baixa especificidade na distinção entre nódulos benignos e malignos, alguns achados ultrassonográficos predizem malignidade. Sobre esse exame, marque a resposta INCORRETA:

- a) A USG pode revelar compressão ou invasão de estruturas adjacentes à tireóide.
- b) A USG também é utilizada para procedimentos terapêuticos como aspiração de cistos e injeção de etanol.
- c) É o melhor exame para monitorar o crescimento do nódulo.
- d) A presença de hipoecogenicidade, microcalcificações, margens irregulares e vasos predominantes ou exclusivamente centrais, são associados a maior risco de malignidade.
- e) A sensibilidade da USG na detecção de nódulos de tireóide é inferior apenas à sensibilidade da ressonância magnética.

25] Sobre dislipidemias, marque a alternativa INCORRETA:

- a) As gorduras monoinsaturadas diminuem os níveis de colesterol total sem reduzir os níveis de HDL.
- b) As gorduras poli-insaturadas diminuem os níveis de LDL e HDL.
- c) A redução máxima dos níveis de colesterol total com a dieta situa-se em torno de 5%.
- d) A ingestão de fibras solúveis influencia favoravelmente os níveis séricos de lipídios.
- e) Os efeitos dos ácidos graxos trans sobre o colesterol total são comparáveis aos das gorduras saturadas.

26] Sobre o uso de estatinas, marque a alternativa INCORRETA:

- a) Podem ser administradas uma ou duas vezes ao dia, na dependência dos níveis de colesterol total.
- b) O ajuste da droga, quando indicado, só deverá ser feito após 4 a 6 semanas de uso.
- c) As estatinas reduzem o risco cardiovascular, os eventos isquêmicos agudos e a necessidade de revascularização do miocárdio.
- d) Não são eficazes no tratamento da hiperquilomicronemia.
- e) Está contra-indicada nas hepatopatias agudas.

27] Sobre as alterações causadas pelo hipotireoidismo no sistema reprodutivo, assinale a resposta INCORRETA:

- a) Em mulheres, acompanha-se de irregularidades menstruais como oligomenorreia, amenorreia primária e menorragia.
- b) Em homens pode levar à redução da libido, disfunção erétil e oligospermia.
- c) Apesar de levar à hiperprolactinemia, o hipotireoidismo nunca causa galactorrêia.
- d) Pode-se observar aumento do volume hipofisário nos casos não tratados e de longa duração.
- e) A hiperprolactinemia pode ser encontrada em até 50% das pacientes.

28] Sobre o diagnóstico laboratorial da doença de Graves, marque a resposta INCORRETA:

- a) Classicamente encontra-se o TSH aumentado associado ao T4 e T3 elevados.
- b) A presença de anticorpos anti receptor de TSH (TRAB) indica doença ativa.
- c) A determinação do TRAB está indicada na distinção entre doença de Graves e tireoidite pós-parto.
- d) A cintilografia com iodo está indicada em pacientes com nódulos para avaliar se estes são "frios" ou "quentes".
- e) A punção aspirativa por agulha fina está indicada nos nódulos hipocaptantes à cintilografia.

29] Embora relativamente raro, a incidência do carcinoma diferenciado de tireóide (CDT) vem aumentando nas últimas décadas. Sobre o CDT, marque a resposta INCORRETA:

- a) Confirmado o diagnóstico de CDT, a tireoidectomia sempre está indicada.
- b) Lobectomia pode ser indicada em pacientes com carcinoma papilífero clássico, unifocal, < 1cm, sem acometimento linfonodal ou invasão extratireoideana aparentes.
- c) USG pré-operatória deve ser realizada com o objetivo de identificar multicentricidade tumoral.
- d) Metástases linfonodais ao diagnóstico são muito frequentes em pacientes com carcinoma papilífero.
- e) I<sup>131</sup> não está indicado nos casos de muito baixo risco de recorrência.

30] Sobre o hipotireoidismo, qual a resposta INCORRETA ?

- a) Idade acima de 60 anos, sexo feminino, presença de nódulos e infecções pelo vírus da hepatite C aumentam o risco de surgimento da doença.
- b) Hipotireoidismo primário é mais comum na raça negra e responde por 95% dos casos.
- c) Em nosso meio, a tireoidite de Hashimoto é a causa mais comum de hipotireoidismo.
- d) As tireoidites subagudas frequentemente causam hipotireoidismo transitório.
- e) Hipotireoidismo induzido por amiodarona é mais frequente em regiões onde o aporte de iodo alimentar é elevado.

31] Mulher de 35 anos, procura clínico geral se queixando de parestesias em mãos e pés, diminuição da força em membros inferiores, anorexia, fluxo menstrual aumentado. Ao exame físico evidenciado quadro de glossite e queilite angular. Portadora de hipotireoidismo causado por tireoidite de Hashimoto e sem outros antecedentes patológicos pessoais. Nega etilismo e tabagismo. Traz hemograma que mostra: hemoglobina de 10 g/dl, hematócrito 30, VCM 110 fl, HCM 30 pg, reticulócitos normais, DHL elevada, bilirrubinas totais elevadas às custas da indireta. Abdome indolor sem visceromegalias. Avaliando este caso, provavelmente estamos diante de uma paciente com:

- a) Anemia megaloblástica por deficiência de folato.
- b) Anemia ferropriva por perda sanguínea.
- c) Deficiência de vitamina B12 causada por baixa ingestão.
- d) Anemia hemolítica de etiologia autoimune.
- e) Deficiência de vitamina B12 por anemia perniciosa.

32] São alterações clínico-laboratoriais presentes ou que podem ocorrer mais frequentemente em pacientes com anemia falciforme, EXCETO:

- a) Colelitíase e drepanócitos no sangue periférico.
- b) Predisposição a infecções predominantemente por estafilococos e reticulocitose significativa.
- c) Necrose asséptica da cabeça do fêmur e granulocitose.
- d) Maior incidência de hemorragia subaracnóide e osteomielite por Salmonella.
- e) Infarto renal e hematúria macroscópica.

33] Uma paciente do sexo feminino, 54 anos, branca, procura auxílio médico no serviço de emergência com história de dor abdominal de forte intensidade há um dia, localizada no quadrante superior do abdome, com irradiação para o dorso. Ela teve três episódios de vômitos nas últimas seis horas e afirma não apresentar diarreia ou febre. Relata já ter sentido crises de dor semelhante anteriormente, porém menos intensas e com alívio espontâneo. Ao exame físico, afebril, anictérica, sudoreica, taquicárdica; Aparelhos cardiovascular e respiratório normais, PA 110/70 mmHg, abdome com ruídos hidroaéreos diminuídos, depressível, com dor difusa à palpação, fígado palpável no rebordo costal com consistência normal, baço não palpável. Diante deste quadro clínico, quais doenças são as principais hipóteses diagnósticas?

- a) Úlcera péptica perfurada e colelitíase.
- b) Colangite e pancreatite aguda.
- c) Pancreatite aguda e colecistite aguda.
- d) Colecistite aguda e Cólica nefrética.
- e) Úlcera péptica duodenal e colangite.

34] A pancreatite crônica é uma doença caracterizada por inflamação progressiva do parênquima pancreático com fibrose irreversível do órgão. Assinale a alternativa correta quanto à esta afecção.

- a) A pancreatite crônica hereditária é uma doença autossômica dominante, sendo a segunda causa principal de pancreatite crônica.
- b) A tríade clássica de complicações da pancreatite crônica composta por calcificações pancreáticas, esteatorréia e diabetes mellitus apresenta-se em menos de um terço dos pacientes com a doença.
- c) A insuficiência pancreática endócrina é um sintoma que se manifesta de forma precoce, precedendo geralmente aos sinais de deficiência das enzimas digestivas.
- d) As deficiências vitamínicas são comuns, decorrentes da má absorção de vitaminas lipossolúveis e de vitamina B12.
- e) Nos pacientes que desenvolvem diabetes mellitus secundário e necessitam administrar insulina, o risco de hipoglicemia é menor devido as células alfa serem pouco danificadas, preservando assim a produção de glucagon.

35] Um homem de 62 anos, negro, apresentou diminuição de força no hemitórax direito e dificuldade de falar. Uma hora após o início dos sintomas chegou à emergência, e o exame físico evidenciou PA de 170/100 mmHg, sopro carotídeo esquerdo, ausculta cardíaca normal, hemiparesia braquiofacial e afasia predominantemente expressiva (escore NIHSS:12). Tem antecedentes médicos de HAS não tratada, tabagismo, dislipidemia, obesidade e sedentarismo. Exames laboratoriais: glicose de 147 mg/dl, hemograma normal (incluindo plaquetas), TTPa de 38 s (VR 35s), TP/AE normal INR:1,12. Tomografia de crânio realizada 40 minutos após chegar ao hospital não evidenciou lesão cerebral aguda. Marque a alternativa correta quanto à avaliação diagnóstica e o manejo terapêutico para este caso.

- a) O quadro clínico sugere provável AVC hemorrágico.
- b) O paciente apresenta quadro abrupto de um déficit neurológico compatível com uma síndrome da artéria cerebral média direita.
- c) O nível de PA de 170/100 mmHg contraindica a realização de trombólise.
- d) Paciente se beneficiará da terapia trombolítica, preferencialmente com tecnetepase.
- e) Glicemia maior que 400 mg/dl e/ou plaquetas < 100.000 seriam critérios de exclusão para trombólise, caso o paciente os apresentasse.

36] A insuficiência hepática aguda (IHA) é uma situação clínica rara, porém grave e que ocorre mais frequentemente em pacientes sem doença hepática preexistente. Tem uma incidência de menos de 10 casos por milhão de pessoas nos países desenvolvidos, enquanto naqueles em desenvolvimento é mais elevada. Quanto à etiologia da insuficiência hepática aguda, todas as alternativas abaixo estão corretas, EXCETO

- a) Mundialmente, hepatites A são provavelmente responsáveis pela maioria dos casos de IHA.
- b) A injúria hepática induzida por medicamentos pode ocorrer de maneira idiossincrásica, imprevisível e provavelmente independente da dose.
- c) Causas virais raras de IHA incluem infecção por herpes simples, citomegalovírus, Epstein-Barr e parvovírus.
- d) Na maioria dos casos, a causa de IHA não é diagnosticada, sendo as doenças metabólicas e a injúria hepatocelular isquêmica aguda, as potenciais etiologias.
- e) Dano hepático induzido por drogas é responsável por cerca de 50% dos casos de IHA nos estados Unidos, sendo a hepatotoxicidade por acetaminofeno a causa mais comum.

37] Qual das alternativas abaixo não é composta totalmente por doenças definidoras de Aids?

- a) Candidíase esofágica, demência associada ao HIV, Linfoma de Hodgkin.
- b) Leishmaniose visceral em adultos, diarreia por isospora, pneumonia bacteriana recorrente (mais de dois episódios em 12 meses).
- c) Reativação de doença de Chagas, pneumocistose pulmonar, criptococose extrapulmonar.
- d) Citomegalovírus ocular, leucoencefalopatia multifocal progressiva, câncer de colo de útero.
- e) Septicemia recorrente por Salmonella, linfoma de sistema nervoso central, Perda de peso de mais de 10%.

38] De acordo com o atual protocolo clínico para manejo da infecção pelo HIV em adultos do Ministério da Saúde, em relação às profilaxias primária e secundária de infecções oportunistas, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) A profilaxia secundária para candidíase esofágica não é recomendada.
- b) A profilaxia primária para pneumocistose deve ser feita com sulfametoxazol/TMP na dose de 800/160 mg/dia 3 x semana e quando linfócitos CD4 < 200 cel/mm<sup>3</sup>.
- c) Fluconazol 200 mg uma vez ao dia é a 1ª escolha para profilaxia secundária de criptococose.
- d) A profilaxia primária para toxoplasma gondii é indicada quando em pacientes com IgG positiva para toxoplasmose e linfócitos CD4 < 100 cel/mm<sup>3</sup> e deve ser feita com Sulfadiazina + pirimetamina.
- e) Não se indica profilaxia primária para criptococose e histoplasmose.

39] Em relação à falência hepática aguda devido hepatotoxicidade por acetaminofeno, podemos afirmar:

- a) A maioria dos casos ocorre quando a dose ingerida é maior que quatro gramas/dia de acetaminofeno.
- b) Níveis de aminotransferases acima de 5000 a 10000 UI/L podem ser encontradas, mas geralmente estão abaixo de 1000 UI/L.
- c) Náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal e choque são manifestações precoces que ocorrem 4 a 12 horas após a ingestão.
- d) A terapia com N-acetilcisteína deve ser iniciada nas primeiras 08 horas após a ingestão, não tendo nenhuma eficácia após este período.
- e) Ao contrário de outras drogas, geralmente sua hepatotoxicidade não é potencializada pela ingestão alcoólica prévia.

40] São causas incomuns de acidente vascular encefálico isquêmico relacionadas à hipercoagulabilidade:

- a) Lúpus eritematoso sistêmico e anemia falciforme.
- b) Poliarterite nodosa e síndrome de anticorpos antifosfolípidos.
- c) Deficiência de antitrombina III e endocardite de Libman-sacks.
- d) Policitemia Vera e fibrilação atrial.
- e) Uso de contraceptivos orais e endocardite bacteriana.

41] Uma mulher de 54 anos com um histórico de diabetes tipo 2 há 11 anos comparece ao ambulatório. Sua excreção urinária de proteínas tem aumentado progressivamente para 2,8 g por 24 horas, e seu nível de creatinina sérica para 3,1 mg/dl. A taxa de filtração glomerular estimada é de 26 ml por minuto por 1,73 m<sup>2</sup> de área de superfície corporal. Sua pressão arterial é de 155/90 mm Hg, e o nível de hemoglobina glicada é de 7,6 mg%. Os medicamentos que ela está tomando atualmente incluem um agente hipoglicemiante oral, um inibidor-enzima conversora de angiotensina (ACE), uma estatina e um diurético tiazídico. Qual das assertivas abaixo é INCORRETA?

- a) A paciente preenche critérios de insuficiência renal estágio classe IV e nestes casos os Inibidores da ECA ou bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA) são consideradas a primeira linha de tratamento anti-hipertensivo.
- b) A recomendação atual é que a pressão arterial deve ser reduzida para menos de 130/80 mm Hg em todos os pacientes com doença renal crônica.
- c) Um rápido declínio na TFG pode ocorrer se a pressão arterial alvo é atingida de forma abrupta, e em nesses casos, a função renal deve ser monitorizada de perto até que ela se estabilize.
- d) Com base nos resultados de estudos que mostraram que a restrição proteica reduz a proteinúria e a progressão da doença renal, recomenda-se que a proteína dietética seja limitada a aproximadamente 0,8 a 1,0 g por quilograma de peso corporal por dia.
- e) O diurético tiazídico que a paciente está tomando deve ser mantido e se a pressão arterial alvo não for alcançada, um beta bloqueador, um bloqueador do canal de cálcio, ou em ambos devem ser adicionados.

42] Um homem de 20 anos pesando 90 quilos, no quarto dia de pós operatório de cirurgia abdominal, está em respiração mecânica com uma fração de O<sub>2</sub> inspirado de 0,70. Apresenta diurese de 420ml/24horas. Tem instabilidade hemodinâmica e sua pressão arterial média é de 74mmHg com suporte vasopressor. O balanço hídrico é positivo em nove litros. A creatinina sérica passou de 0,6 para 4,4mg/dl. Assinale a alternativa correta para este paciente:

- a) Como o paciente tem instabilidade hemodinâmica, a indicação de hemodiálise intermitente é a mais apropriada.
- b) A veia femoral direita é a de primeira escolha para a introdução do cateter.
- c) A anticoagulação local com citrato está contraindicada nos pacientes hemodinamicamente instáveis.
- d) A terapia farmacológica específica é eficaz em pacientes com lesão renal aguda estabelecida.
- e) Terapia de substituição renal contínua não pode ser administrada sem anticoagulação, mesmo em pacientes com um risco aumentado de sangramento.

43] Num paciente com infecção suspeita ou documentada são critérios diagnósticos de sepsis EXCETO:

- a) Temperatura >38,3 ou < 36°C; frequência cardíaca >90 bpm ou 2SD acima do limite da normalidade para a idade.
- b) Leucopenia < 4.000/mm<sup>3</sup> ou leucocitose >12.000/mm<sup>3</sup>; Ou leucometria normal com percentual de formas imaturas >10%.
- c) Oligúria aguda com diurese < 0,5ml/Kg/hora ou < 45ml/hora por no mínimo duas horas.
- d) Queda da procalcitonina plasmática >2SD abaixo do limite inferior da normalidade.
- e) Hipoxemia arterial; aumento da creatinina sérica >0,5mg/dl, trombocitopenia <100.000/mm<sup>3</sup>.

44] No tratamento do choque séptico, qual das seguintes condutas é considerada inadequada?

- a) Administrar hidrocortisona desde o início do tratamento na dose de 500mg/dia.
- b) Utilizar protocolos de manuseio da glicemia, iniciando insulina após duas glicemias consecutivas maiores ou iguais a 180mg/dl.
- c) Iniciar a ressuscitação inicial com cristaloides e considerar a adição de albumina.
- d) Usar epinefrina como vasopressor de primeira escolha para manter a pressão arterial média maior ou igual a 65mmHg.
- e) Administrar profilaxia de úlcera de estresse para prevenir sangramento digestivo alto.

45] A natremia é o mais importante determinador da osmolaridade plasmática, podendo estar baixa nas seguintes condições:

- a) Diabetes insipidus nefrogênico, diarreia osmótica, hiperaldosteronismo primário.
- b) Taquipnéia, hiperpnéia e uso de diuréticos de alça.
- c) Insuficiência cardíaca, cirrose hepática, insuficiência renal, polidipsia primária.
- d) Uso de diuréticos tiazídicos, insuficiência suprarrenal, diabetes insipidus central.
- e) Hiperaldosteronismo primário, etilismo, uso de sais de lítio.

46] São causas de hipocalcemia:

- a) Hipotireoidismo, tratamento da anemia megaloblástica, tratamento da cetoacidose diabética.
- b) Poliúria, hipomagnesemia, hiperaldosteronismo primário.
- c) Uso de beta-agonistas, hipotermia, insuficiência adrenal.
- d) Vômitos, drenagem nasogástrica, acidose metabólica.
- e) Diuréticos tiazídicos, insuficiência renal aguda, intoxicação digitálica.

47) Uma mulher de 30 anos de idade, se apresenta com uma história de 2 dias de disúria, urgência miccional e polaciúria. Nega febre, calafrios, dor nas costas, ou queixas vaginais. Um mês atrás, você a tratou com um curso de 3 dias de sulfametoxazol-trimetoprim por cistite presuntiva, e seus sintomas foram resolvidos. Ela é saudável, mas este é seu terceiro episódio em um ano. Em relação a esta paciente, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) São fatores de risco para casos de cistite simples esporádica e recorrente: relação sexual, uso de espermicidas, infecção anterior do trato urinário, um novo parceiro sexual (dentro de um ano), e uma história de infecção do trato urinário em uma parente de primeiro grau.
- b) No que diz respeito tanto aos efeitos adversos ecológicos como a eficácia, nitrofurantoina, sulfametoxazol-trimetoprim, fosfomicina, e pivmecillinam são considerados agentes de primeira linha para a cistite.
- c) O uso de analgésico das vias urinárias (fenazopiridina) está indicado neste caso.
- d) Neste caso, o ciprofloxacino por 10 dias está bem indicado.
- e) Não se faz necessário urocultura após o término da antibioticoterapia neste caso.

48) Com relação às meningites marque a alternativa INCORRETA:

- a) As cefalosporinas, especialmente as de terceira geração, são o padrão de terapia nos casos de meningite causada por pneumococos.
- b) Tomografia computadorizada (TC) é justificada antes da punção lombar em pacientes maiores de 60 anos de idade.
- c) Recém-nascidos e crianças com meningismus requerem punção lombar e terapia antimicrobiana empírica até que o resultado laboratorial do estudo do líquido cefalorraquidiano (LCR) esteja disponível.
- d) A meningite asséptica causada por enterovírus é mais comum nos meses de verão, é mais rara do que a meningite bacteriana, e, geralmente, tem um curso clínico Maligno.
- e) A meningite asséptica ou meningoencefalite resultante de vírus herpes simplex (HSV) pode ter graves sequelas neurológicas e terapia empírica com aciclovir é justificada se a evolução clínica e propedêutica são sugestivos do vírus de Herpes.

49) A doença tireoideana tem sido encontrada em até 35% dos pacientes soropositivos para HIV. Sobre esta associação, ao atendermos um paciente HIV positivo que apresente TSH 8,05 mUI/ml (0,5-4,0); T4 livre 1,2 ng/ml (0,9-1,8); anticorpos anti-TPO – negativo, em relação à associação entre AIDS e tireopatias, é possível afirmar que:

- I. Antes do uso da Terapia Antirretroviral (TARV) era relativamente comum que casos como o acima descrito fossem devidos a Síndrome do Eutireoideo Doente.
- II. Como os níveis de anticorpos anti-TPO estão indetectáveis pode-se afirmar que não se trata de processo autoimune.
- III. Anormalidades da função tireoidiana são bastante comuns na AIDS sendo encontradas em cerca de 1/3 dos pacientes.
- IV. A Doença de Graves pode se manifestar alguns meses após o início da TARV, durante a Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune.

Estão corretas apenas

- a) I, III e IV.
- b) II, III e IV.
- c) I, II e III.
- d) III e IV.
- e) I e IV.

50) Paciente de 38 anos, HIV positivo em tratamento com TATV, dosou lipídios. Colesterol total 262 mg/dl; HDL 25 mg/dl; triglicérides 220 mg/dl. Sobre as dislipidemias que acometem o paciente com AIDS pode-se afirmar que:

- a) Nestes pacientes é comum o aumento do Colesterol total, do LDL, dos Triglicérides e diminuição do HDL.
- b) De forma similar a Síndrome Metabólica, é mais comum encontrarmos apenas aumento dos Triglicérides e diminuição do HDL.
- c) De forma similar a Síndrome Metabólica, é mais comum encontrarmos aumento do LDL e diminuição do HDL.
- d) O tratamento de escolha neste paciente é com fenofibrato.
- e) Neste caso devemos usar a pravastatina ou atorvastatina.

RASCUNHO

RASCUNHO