

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

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



DIA - 27/01/2017

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

ENDOCRINOLOGIA



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

27 de janeiro de 2017

ENDOCRINOLOGIA / METABOLOGIA

GABARITO DO CANDIDATO

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

ENDOCRINOLOGIA

01 Homem de 46 anos, com queixas de poliúria, polidipsia e perda de peso apresenta glicemia feita em laboratório, ao acaso, de 204 mg/dl. A conduta inicial é:

- a) Fazer uma glicemia de jejum. Se a glicemia de jejum for acima de 126, repetida, confirma o diagnóstico.
- b) Fazer uma glicemia de jejum. Se a glicemia de jejum for acima de 126 confirma o diagnóstico.
- c) Fazer glicemia após 75g de glicose anidra. Se for acima de 200 mg/dl confirma o diagnóstico.
- d) Fazer uma HbA1c. se esta for acima de 6,5% confirma o diagnóstico.
- e) Iniciar o tratamento.

02 Mulher de 52 anos, parda, sabidamente diabética há 8 anos, hipertensa há 10 anos, vem em uso de metformina 500 mg/dia, glibenclamida 10 mg/dia, enalapril 10 mg de 12/12 horas. Peso 76 Kg, Altura 150 cm, PA 150x80 mmHg. Restante do exame NDN. Glicemia de jejum 147 mg/dl, glicemia pós-prandial 188 mg/dl, HbA1c 8,3% (HPLC), Colesterol total 245 mg/dl, HDL 46 mg/dl; triglicérides 280 mg/dl, creatinina 1,25 mg/dl, MDRD 57,88 mL/min/1,73. De acordo com as evidências, qual a melhor conduta para esta paciente.

- a) Aumentar a dose de glibenclamida para 15 mg/dia e a de metformina para 2 g/dia.
- b) Suspender ambos pois estão contra-indicados devido a alteração da função renal.
- c) Aumentar a glibenclamida para 20 mg e suspender a metformina.
- d) Manter a metformina e associar um inibidor da SGLT2.
- e) Manter a metformina e associar um inibidor da alfa-glicosidase.

03 Ainda em relação à paciente anterior:

- a) A droga hipolipemiante de escolha deve ser sinvastatina 20 mg/dia.
- b) A droga hipolipemiante de escolha deve ser a atorvastatina 20 mg/dia.
- c) A droga hipolipemiante de escolha deve ser o ciprofibrato uma vez que a paciente também apresenta hipertrigliceridemia.
- d) Por conta do aumento do colesterol e dos triglicérides, nesta paciente devemos associar uma estatina e um fibrato.
- e) O tratamento inicial da dislipidemia deve ser dieta rigorosa.

04 Em relação ao diabetes gestacional, de acordo com os critérios da American Diabetes Association, 2016, é INCORRETO afirmar:

- a) Todas as gestantes devem ser investigadas para diabetes na primeira visita do pré-natal.
- b) Em pacientes com o primeiro exame normal, deve ser solicitado TOTG entre a 14ª e 18ª semanas de gestação.
- c) Pacientes com diabetes gestacional devem ser avaliadas entre 6 e 12 semanas pós-parto com TOTG.
- d) Pacientes com diabetes gestacional devem ser rastreadas para diabetes durante toda a sua vida, pelo menos a cada 3 anos.
- e) Pacientes com história de diabetes gestacional, se portadoras de pré-diabetes, têm indicação para mudanças de estilo de vida e/ou metformina durante toda a sua vida.

05 Paciente do sexo masculino, 60 anos portador de diabetes tipo 2 há 5 anos, 63 Kg, vinha bem controlado com o uso de glicazida 90 mg/dia e metformina 2 g/dia, procura assistência médica queixando-se de piora da poliúria e polidipsia há cerca de 2 meses. Refere perda de peso que atribui a intensificação da dieta com o intuito de melhorar o controle. Apresenta glicemia de jejum 290 mg/dl, pós prandial 324 mg/dl e HbA1c de 12%. A melhor opção para esse paciente é:

- a) Aumentar a dose da glicazida para 120 mg/dia e da metformina para 2,5 g/dia.
- b) Associar a pioglitazona na dose de 30 mg/dia.
- c) Associar inibidor da DPP4.
- d) Suspender glicazida e iniciar Insulina NPH na dose de 14 UI no desjejum e 7 UI ao deitar.
- e) Suspender a glicazida e iniciar Insulina NPH na dose de 30 UI no desjejum e 10 UI ao deitar.

06 Em pessoas infectadas pelo HIV, a melhor opção para a profilaxia primária e secundária para infecção pelo *Pneumocystis jiroveci* (PPC) quando a contagem de células T CD4+ < 200/μL, candidíase orofaríngea ou episódios prévios de PPC, só sendo suspensa quando a contagem de células T CD4 for maior que 200/μL há pelo menos 3 meses, é:

- a) Rifabutina (300 mg) ou Rifampicina (600 mg), Via Oral ao dia.
- b) Azitromicina, 600 mg 2x/semana VO.
- c) Sulfametoxazol/Trimetoprima, 1 comprimido VO com dose dupla ao dia.
- d) Etambutol, 15 mg/Kg/dia, VO.
- e) Pirimetamina, 50 mg/semana, VO + ácido fólico, 25 mg/semana, VO.

07 Pessoas com infecção por HIV em tratamento com TARV (Terapia Anti-Retroviral), podem apresentar quadro que preenche critérios para a síndrome metabólica, conforme foram definidos pela International Diabetes Federation e National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III. O percentual de acometidos é de aproximadamente:

- a) 5%.
- b) 20%.
- c) 40%.
- d) 60%.
- e) 80%.

08 Na doença avançada causada pelo HIV, pode ocorrer infecção da tireoide por vários patógenos, EXCETO:

- a) *Pneumocystis jiroveci*.
- b) *Citomegalovirus*.
- c) *Toxoplasma gondii*.
- d) *Sporothrix schenckii*.
- e) *Cryptococcus neoformans*.

09 Na baixa estatura encontrada em crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1, descompensados, o perfil hormonal encontrado é:

- a) Níveis elevados de GH e IGFBP-3 e reduzidos de IGF-1.
- b) Níveis reduzidos de GH, IGFBP-3 e IGF-1.
- c) Níveis elevados de GH, IGFBP-3 e IGF-1.
- d) Níveis reduzidos de GH e IGFBP-3 e elevados de IGF-1.
- e) Níveis reduzidos de GH e IGF-1 e elevados de IGFBP-3.

10 A baixa estatura (BE) refere-se geralmente a qualquer criança que se encontre abaixo do percentil 3 da curva do crescimento. São causas da BE, EXCETO:

- a) Desnutrição.
- b) Anemia falciforme.
- c) Hipertireoidismo.
- d) Artrite reumatoide juvenil.
- e) Asma.

11 Qual a causa da hiperprolactinemia que acomete até 40% dos pacientes com hipotireoidismo primário franco?

- a) Níveis elevados de Dopamina.
- b) Níveis elevados de TSH.
- c) Níveis elevados de ACTH.
- d) Níveis elevados de TRH.
- e) Níveis elevados de T4 circulantes.

12 A hiperprolactinemia causa hipogonadismo hipogonadotrófico principalmente devido a:

- a) Inibir a secreção pulsátil do hormônio liberador das gonadotrofinas (GnRH).
- b) Aumento da pulsatilidade do LH e FSH.
- c) Maior produção de esteroides sexuais.
- d) Inibir diretamente as funções ovariana e testicular.
- e) Inibir a secreção de Dopamina.

13 Paciente do gênero feminino, 60 anos, com queixas de galactorreia apresenta Prolactina de 100 ng/ml e Ressonância Magnética que evidencia macroadenoma hipofisário em torno de 3,5 x 2,0 x 2,5 cm. Referente a esse caso qual a afirmativa abaixo é a correta:

- a) Podemos afirmar que é adenoma funcionante.
- b) Os níveis de prolactina da paciente são compatíveis com um macroadenoma funcionante.
- c) Nesse caso deve ser solicitado a macroprolactina.
- d) Solicitar ao laboratório nova dosagem de prolactina após diluição do soro 1:100, em razão do chamado “efeito gancho”.
- e) Podemos afirmar que é um adenoma não funcionante.

14 Paciente apresenta quadro clínico clássico de Síndrome de Cushing. Foi submetido a investigação diagnóstica laboratorial e de imagens, cujos resultados não foram conclusivos para o diagnóstico diferencial entre causa hipofisária e ectópica. O ACTH do paciente, dosados em duas ocasiões, era maior que 40 pg/ml e menor que 100 pg/ml (normal 7 pg/ml a 63 pg/ml). Qual procedimento seria indicado para a conclusão diagnóstica.?

- a) Supressão com dose elevada de dexametasona (16 mg).
- b) Dosagem do Cortisol salivar às 24 horas.
- c) Cateterismo bilateral do seio petroso inferior (BIPPS).
- d) Teste com DDAVP.
- e) Dosagem do CRH.

15 Paciente portador de Síndrome de Cushing procura outro serviço e apresenta vários exames já solicitados, dentre os quais CEA e CROMOGRANINA A, que estavam significativamente elevados. Qual a provável causa do Cushing?

- a) Macroadenoma Hipofário.
- b) Adenoma de Adrenal.
- c) Hiperplasia adrenal macronodular primária.
- d) Síndrome do CRH ectópico.
- e) Síndrome do ACTH ectópico.

16 Qual a etiologia mais comum da Síndrome de Cushing endógena em adultos?

- a) Adenoma hipofisário.
- b) Adenoma adrenal.
- c) Hiperplasia adrenal macronodular primária.
- d) Síndrome do ACTH ectópico.
- e) Doença Adrenocortical nodular pigmentar primária.

17 Qual a principal causa do Hipopituitarismo adquirido?

- a) Tumor extra-hipofisário (craniofaringiomas, cordomas, gliomas, meningiomas).
- b) Idiopático.
- c) Tumor hipofisário ou consequência do seu tratamento.
- d) Doenças inflamatórias e infiltrativas.
- e) Síndrome de Sheehan.

18 A presença de ACROCÓRDONS (Skin tags) em paciente portador de Acromegalia podem ser marcadores da existência de:

- a) Pólipos e neoplasia de tireoide.
- b) Pólipos e neoplasia de Rim.
- c) Pólipos e neoplasia de estômago.
- d) Pólipos e neoplasia de cólon.
- e) Pólipos e neoplasia de íleo.

19 Qual a etiologia mais comum da Insuficiência Adrenal Primária no Brasil?

- a) Tuberculose.
- b) Adrenalite Autoimune.
- c) Hemorragia Adrenal.
- d) Doença Adrenal Metastática.
- e) Paracoccidiodomicose.

20 Paciente portador de Insuficiência Adrenal Primária apresenta hiperpigmentação em todo o corpo. Qual a causa da pigmentação da pele e mucosas?

- a) ACTH elevado.
- b) CRH elevado.
- c) Bloqueio do receptor cutâneo de melanocortina.
- d) Componentes da macromolécula pró-opiomelanocortina diminuídos.
- e) β -MSH diminuído.

21 O nódulo de tireoide é a forma de apresentação de várias doenças desta glândula e sua prevalência pode chegar a 68% em estudos com ultrassonografia. Sobre essa condição, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Nódulo incidentalmente detectado no FDG - PET (captação focal) são considerados de alto risco para malignidade.
- b) Se for detectada hiperfunção tireoidiana, mesmo subclínica, a cintilografia com iodo radioativo está indicada para determinar se o nódulo é hipercaptante.
- c) A medida da tireoglobulina sérica é recomendada para definição da natureza benigna ou maligna do nódulo tireoidiano.
- d) Tomografia computadorizada e ressonância magnética não permitem diferenciar lesões benignas e malignas e raramente são indicadas na avaliação do nódulo de tireoide.
- e) Nódulo hipercaptante, com ou sem supressão extranodular, excepcionalmente alberga malignidade.

22 A tireoidite de Hashimoto é a principal causa de hipotireoidismo em nosso meio. Todavia, algumas substâncias e vários fármacos podem resultar em graus variados de hipotireoidismo. Sobre hipotireoidismo induzido por drogas, assinale a resposta INCORRETA.

- a) As tionamidas podem causar hipotireoidismo por bloquearem a síntese de T3 e T4.
- b) Hipotireoidismo induzido por amiodarona é mais frequente em regiões onde o aporte de iodo é elevado.
- c) Fenilbutazona, aminoglutetimida e talidomida podem causar hipotireoidismo e bocio.
- d) O uso de interleucina - 2 pode resultar em tireoidite dolorosa e hipotireoidismo.
- e) O uso de carbonato de lítio pode levar a hipotireoidismo, sobretudo nas pacientes com história prévia de tireoidite pós - parto.

23 O tratamento do hipertireoidismo devido à doença de Graves pode ser feito com as tionamidas, também chamadas antitireoidianos de síntese. Sobre essas drogas, marque a alternativa correta:

- a) As tionamidas não inibem a captação do iodo pela tireoide e nem afetam a liberação dos hormônios já sintetizados e estocados dentro da glândula.
- b) O propiltiouracil e o metimazol inibem a conversão periférica de T4 em T3.
- c) As tionamidas exercem efeitos imunossupressores e entre esses inclui-se o aumento nos níveis séricos de TRAb.
- d) A taxa de remissão definitiva é maior com o uso de doses altas de tionamidas.
- e) A hepatotoxicidade induzida pelo propiltiouracil é frequentemente colestatística.

24 O hiperaldosteronismo primário (HAP) é a causa mais comum de hipertensão arterial secundária e a utilização da relação aldosterona plasmática/atividade plasmática de renina levou a um crescente aumento no seu diagnóstico. Em relação à esta condição, marque a resposta INCORRETA:

- a) Aldosteronomas ocorrem mais em mulheres e na faixa etária de 30 a 50 anos.
- b) Sinais de Trousseau e/ou Chvostek podem estar presentes.
- c) Hipertensão acelerada ou maligna é comum.
- d) Pacientes com HAP podem desenvolver hiperparatireoidismo secundário.
- e) Manifestações da síndrome metabólica são mais frequentes no HAP do que em indivíduos com hipertensão essencial.

25 A associação de hipertensão arterial (HA) e diabetes mellitus (DM) dobra o risco cardiovascular e tem aumentado a prevalência de HA. Sobre essa associação, assinale a resposta INCORRETA:

- a) A incidência de HA em diabéticos tipo 1 aumenta com idade, podendo chegar até 70% aos 40 anos de idade.
- b) Nos hipertensos diabéticos sem nefropatia, todos os anti - hipertensivos podem ser utilizados.
- c) A utilização simultânea de IECA e BRA potencializa a nefroproteção em diabéticos.
- d) Os betabloqueadores são úteis no controle prescrito dos diabéticos, em especial quando usados em combinação no tratamento de hipertensos com doença arterial coronariana e insuficiência cardíaca.
- e) Em aproximadamente 50% dos diabéticos tipo 2, a HA ocorre antes do desenvolvimento da albuminúria.

26 Qual dos anti - hipertensivos abaixo pode causar dermatite ocre e hipertrofia gengival?

- a) Bloqueadores dos canais de cálcio.
- b) Diuréticos.
- c) Betabloqueadores.
- d) IECA.
- e) BRA.

27 Qual dos eventos adversos abaixo não é esperado com o uso de diuréticos?

- a) Hiperuricemia.
- b) Hipopotassemia.
- c) Intolerância à glucose.
- d) Hipermagnesemia.
- e) Disfunção erétil.

28 Qual dos betabloqueadores abaixo provoca vasodilatação por aumentar a síntese e liberação de óxido nítrico no endotélio vascular?

- a) Caverdilol.
- b) Nebivolol.
- c) Metoprolol.
- d) Pindolol.
- e) Atenolol.

29 De acordo com a diretriz da American Heart Association (AHA) qual dos grupos abaixo se beneficiaria com o uso de estatina de alta efetividade?

- a) Indivíduos diabéticos tipo 1 ou 2, de 40 a 75 anos, com LDL-c de 70 a 189mg/dl e risco ASCVD em 10 anos < 7,5%.
- b) Indivíduos de 40 a 75 anos e risco ASCVD em 10 anos entre 5 e 7,5%.
- c) Indivíduos em prevenção secundária, entre 21 e 75 anos.
- d) Indivíduos com LDL-c > 160mg/dl e PCR ultrasensível > 2mg/dl.
- e) Indivíduos com antecedente familiar de doença arterial coronariana prematura.

30 As estatinas geralmente são bem toleradas e raramente faz-se necessária a sua interrupção em decorrência de efeitos colaterais. Sintomas musculares associados às estatinas (SAMS), na forma de mialgia, fraqueza e câimbras são os mais comuns. Sobre efeitos colaterais das estatinas, marque a resposta INCORRETAS:

- a) O risco é maior em pacientes em pacientes com deficiência de vitamina D.
- b) SAMS com elevação de CK > 10 vezes o limite superior da normalidade são em geral referidos como miopatias ou miosite.
- c) O risco de miopatia aumenta com a administração concomitante de ezetimiba.
- d) As estatinas devem ser suspensas em caso de intolerância por dor muscular significativa, independente do valor da CK.
- e) A interrupção da terapia com estatinas resulta sempre na resolução do SAMS e normalização da CK.

31 Quando é usado o critério CURB-65 para avaliação de um paciente com Pneumonia adquirida na Comunidade (PAC), podemos decidir o local mais adequado para tratamento, assim como a intensidade de investigação etiológica. Levando em consideração esse critério, qual o local mais adequado para tratamento de uma paciente do sexo feminino, 62 anos, sem comorbidades, com tosse produtiva há 4 dias, febre e mialgia. Ao exame encontra-se vigil, orientada, febril (38,8°C), taquipneica (32 irpm), PA: 122 x 55 mmHg, acianótica, hematócrito: 45%, 13 mil leucócitos - 6 bastões, 80 segmentados, ureia de 55mg/dl e creatinina de 1,2.

- a) Repouso na emergência por 24 – 48 horas.
- b) Enfermaria geral.
- c) Unidade intermediária.
- d) Ambulatorial.
- e) Unidade de terapia intensiva.

32 Em relação ao paciente da questão anterior, qual seria o agente etiológico menos provável?

- a) *S. Pneumoniae*.
- b) *C.pneumoniae*.
- c) *Legionella* sp.
- d) *M. pneumoniae*.
- e) *H. influenzae*.

33 Quando atendemos um paciente adulto portador de Pneumonia adquirida na comunidade previamente hígido, com indicação de internação em enfermaria pelo CURB-65, qual antibiótico devemos preferencialmente usar?

- I. Macrolídio + betalactâmico.
- II. Macrolídeo isolado.
- III. Betalactâmico isolado.
- IV. Fluorquinolona isolada.

Dentre o(s) tratamento(s) acima indicado(s), está(ão) correto(s)

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

34 Paciente 60 anos, portador de DPOC com descompensações frequentes, procura pronto socorro por quadro de Pneumonia Adquirida na comunidade com indicação de tratamento ambulatorial. Qual seria o esquema antimicrobiano menos adequado para este paciente?

- a) Azitromicina em monoterapia.
- b) Moxifloxacino.
- c) Amoxicilina + Azitromicina.
- d) Levofloxacina.
- e) Claritromicina + Azitromicina..

35 Paciente de 52 anos, feminina, diabética e asmática, com quadro de dor precordial aos grandes esforços e com episódio prévio de IAM há 3 anos. Tem ecocardiograma mostrando fração de ejeção 51% e vem para avaliação de rotina. Com relação aos bloqueadores beta adrenérgicos nessa situação podemos corretamente afirmar:

- a) Devem ser evitados pois o paciente apresenta disfunção ventricular.
- b) Podem ser utilizado com segurança mesmo que o paciente apresente distúrbios da condução AV.
- c) Doentes portadores de asma não apresentam restrições ao seu uso.
- d) A suspensão da droga em pacientes com uso crônico pode precipitar isquemia miocárdica.
- e) Mesmo que o paciente apresente doença arterial obstrutiva os betabloqueadores podem ser usados sem restrições.

36 Paciente de 56 anos, hipertenso e diabético, chega ao pronto socorro com quadro de dor precordial e sudorese fria há cerca de 2 horas. Ao exame apresenta pressão arterial 170x100mmHg e Fc 92bpm. No ECG é visto um supradesnivelamento de segmento ST em parede anterior. Quanto ao tratamento de reperfusão no paciente em questão, podemos afirmar:

- a) A infusão do trombolítico deve ser iniciada independente dos marcadores de necrose miocárdica.
- b) Caso não haja condições de realização de angioplastia primária, a conduta correta no momento é transferir o paciente para um serviço onde este procedimento seja possível.
- c) No IAM de parede anterior não há indicação de trombolítico.
- d) Angioplastia primária seria a primeira escolha e deve ser feita assim que seja confirmado o IAM através dos marcadores de necrose miocárdica.
- e) O trombolítico só deve ser administrado após controle da pressão arterial, para minimizar os riscos de sangramento.

37 Ainda sobre o paciente acima, caso apresentasse alguma dessas situações abaixo, qual delas contraindicaria o uso do trombolítico?

- a) Glicemia capilar 565mg/dl.
- b) Colectomia há 6 meses.
- c) Tratamento de úlcera péptica há 1 ano com inibidores de bomba de prótons.
- d) Acidente vascular cerebral isquêmico há 2 meses, atualmente sem sequelas.
- e) História familiar de acidente vascular cerebral hemorrágico (irmão) por ruptura de aneurisma.

38 Com relação ao diagnóstico laboratorial do hipogonadismo masculino, assinale a opção correta.

- a) O hipogonadismo hipogonadotrófico se caracteriza sempre por níveis de LH e FSH baixos.
- b) O diabetes, principalmente quando descompensado, pode reduzir a SHBG.
- c) Doenças agudas podem causar um aumento transitório nos níveis de testosterona total.
- d) Não há obrigação de que a testosterona seja coletada pela manhã, porque não há variações no valor ao longo do dia.
- e) Nos casos de pacientes com testosterona reduzida, o diagnóstico de hipogonadismo está confirmado e não há necessidade de repetição para confirmação do resultado.

39 Sobre a terapia de reposição com testosterona, julgue as questões abaixo como verdadeiras (V) ou falsas (F).

- () Depressão e sinais de demência em homens idosos são indicações formais de terapia de reposição de testosterona.
- () Pacientes portadores de hipogonadismo e Insuficiência cardíaca apresentam melhora na capacidade de realização de atividade física após reposição de testosterona, mesmo sem alterações no ecocardiograma.
- () O envelhecimento da população e conseqüente aumento dos casos de hipogonadismo masculino vem contribuindo para o aumento das prescrições de testosterona em todo o mundo.
- () A terapia de reposição de testosterona em portadores de hipogonadismo e angina estável resultou em melhora clínica e eletrocardiográfica.

assinale a alternativa com a sequência correta:

- a) V-V-F-V.
- b) F-V-V-V.
- c) V-F-V-F.
- d) V-F-F-V.
- e) V-V-V-V.

40 Paciente C.L.S, 16 anos, procurou especialista por ainda não ter apresentado menarca. É hipertensa e refere irmã de 14 anos com quadro semelhante. Ao exame físico: P= 57Kg Alt.: 1,70m; PA – 165x95mmHg; Fc: 88bpm; Estágio puberal M1P1; Genitália externa com grandes e pequenos lábios, clitóris normal, sem testículos palpáveis na região inguinal. Traz exames: Hemograma normal; GJ: 88mg/dl; Na: 130mEq/l; Potássio: 3,1; Testosterona total: <10ng/dl; Androstenediona: <0,1ng/ml; SDHEA< 30ng/ml; FSH: 25UI/l; LH: 24UI/l; E2: 15pg/ml; Cariótipo: 46XX. Qual seria a hipótese diagnóstica mais plausível nesse caso?

- a) Síndrome de Morris.
- b) Hermafroditismo verdadeiro.
- c) Hiperplasia adrenal congênita por deficiência de 17 α -hidroxilase.
- d) Síndrome de Turner.
- e) Deficiência de 5 α -redutase.

RASCUNHO

RASCUNHO

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome: _____ Carteira n° _____