

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

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



**DIA - 31/01/2016**

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:**

ENDOCRINOLOGIA

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO**

**GABARITO RASCUNHO**

**PROVA OBJETIVA**

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

**ENDOCRINOLOGIA**

**01** Nódulos tireoidianos são muito frequentes e podem ser a forma de apresentação de várias doenças da glândula tireoide. Sobre essa condição, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Indivíduos portadores de nódulo de tireoide com história pessoal ou familiar de câncer de tireoide, passado de exposição à radiação ou nódulo incidentalmente detectado no FDG – PET são considerados de alto risco para malignidade.
- b) A calcitonina deve ser solicitada na avaliação inicial do nódulo tireoidiano para excluir a possibilidade de carcinoma medular.
- c) O TSH sérico deve fazer parte da avaliação inicial para excluir principalmente nódulo autônomo.
- d) A ultrassonografia (US) cervical deve ser solicitada em todo paciente com nódulo de tireoide.
- e) A PAAF (Punção aspirativa por agulha fina) é o melhor método para distinguir lesões benignas de malignas.

**02** A PAAF é um procedimento ambulatorial, de baixo custo e praticamente sem complicações sérias. Sobre esse procedimento, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Não está indicada em nódulo hipercaptante.
- b) A sua indicação deve levar em consideração a história clínica, o tamanho do nódulo e os achados ultrassonográficos.
- c) Está indicada em todo nódulo > 1cm.
- d) Não está indicada em nódulos <5mm.
- e) Quando a citologia sugere neoplasia folicular (Bethesda IV), a cintilografia com radioiodo é útil.

**03** A incidência do câncer de tireoide vem aumentando nos últimos anos, já sendo a quarta neoplasia maligna mais frequente nas mulheres. Sobre o câncer de tireoide marque a alternativa correta:

- a) Esse aumento se deve sobretudo, ao aumento do diagnóstico de pequenos carcinomas papilíferos.
- b) A US pré-operatória só está recomendada em pacientes com diagnóstico de câncer de tireoide e com linfonodomegalias palpáveis.
- c) A lobectomia associada à istmectomia é o procedimento de escolha nos pacientes com diagnóstico pré-operatório de carcinoma papilífero.
- d) Metástase linfonodais, ao diagnóstico, são raras em pacientes com carcinoma papilífero.
- e) Radioiodoterapia está indicada, como tratamento complementar, em todos os pacientes submetidos à tireoidectomia total.

**04** O hipotireoidismo é uma das doenças endócrinas mais comuns. Sobre essa condição, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) A forma moderada denominada hipotireoidismo subclínico é definida pela concentração de TSH laboratorialmente acima do limite superior do intervalo de referência, com os níveis de hormônio tireoidiano dentro dos limites de referência.
- b) A causa mais comum de hipotireoidismo primário é a tireoidite crônica autoimune.
- c) Tanto a deficiência como o excesso de iodo são causas conhecidas de hipotireoidismo primário.
- d) O TSH sérico é o teste de primeira linha no diagnóstico do hipotireoidismo primário.
- e) US de tireoide é recomendada de rotina em pacientes com hipotireoidismo clínico ou subclínico.

**05** A principal causa de hipertireoidismo em nosso meio é doença de Graves. Sobre essa condição, marque a resposta INCORRETA:

- a) Bócio de tamanhos variados podem ser encontrados tanto nos casos de doença de Graves como nos portadores de bócio multinodular tóxico.
- b) A dosagem do TRAb (anticorpo anti-receptor de TSH) geralmente não é necessária para o diagnóstico de doença de Graves.
- c) O TRAb está indicado em pacientes com exoftalmopatia, principalmente bilateral, porém eutireoidianos.
- d) A resposta ao tratamento deve ser avaliada com dosagem de TSH, após 4 a 6 semanas do início das drogas.
- e) O uso do propiltiouracil, como primeira opção terapêutica, está reservado para os casos de hipertireoidismo grave, crise tireotóxica e no primeiro trimestre da gestação.

06] Sobre a prevenção primária com estatinas em indivíduos não diabéticos e com LDL entre 70-189mg/dl, marque a resposta INCORRETA:

- a) Os escores de risco devem ser utilizados para guiar a terapêutica desses indivíduos.
- b) Se o risco for > 7,5% em 10 anos, iniciar e manter tratamento com estatinas de alta ou moderada intensidade.
- c) Oferecer tratamento para aqueles pacientes entre 40 e 75 anos, sem DM e DAC, com risco entre 5 e 7,5%.
- d) Antes de iniciar a terapia em tais pacientes avaliar benefícios, efeitos adversos e prováveis interações medicamentosas.
- e) A terapêutica com estatina como prevenção primária, só está indicada em indivíduos não diabéticos acima de 75 anos.

07] Sobre as recomendações para o seguimento dos pacientes em uso de estatina, marque a alternativa INCORRETA:

- a) CK não deve ser dosado de rotina, exceto se apresentar risco maior para afecções musculares (baseado na história familiar e individual).
- b) Durante o uso das estatinas, deve-se mensurar a CK se surgirem sintomas musculares.
- c) Dosar rotineiramente a ALT, antes de iniciar o tratamento
- d) Durante o tratamento, dosar novamente ALT, se surgirem sintomas de hepatotoxicidade
- e) Diminuir dose de estatina se dois valores consecutivos de LDL-c < 70mg/dl.

08] Sobre o tratamento medicamentoso da hipertensão arterial, marque a resposta correta:

- a) Betabloqueadores de primeira e segunda geração podem induzir o aparecimento de diabetes e hipertrigliceridemia com elevação do LDL-c e do HDL-c.
- b) Os diuréticos de alça são reservados para situações de hipertensão associada à insuficiência renal com taxa de filtração glomerular acima de 50ml/min/1,73m<sup>2</sup>.
- c) Os antagonistas dos canais de cálcio podem induzir hipertrofia gengival.
- d) Os bloqueadores dos receptores da angiotensina não conferem ação nefroprotetora nos pacientes com DM tipo 2 com nefropatia estabelecida.
- e) A hidralazina está indicada na dissecação aguda de aorta por reduzir atividade simpática.

09] São características da hipertensão renovascular, EXCETO:

- a) Hipertensão arterial de início abrupto, antes dos 30 ou após os 50 anos.
- b) Simetria do tamanho renal.
- c) Hipertensão estágio II ou III na presença de aterosclerose difusa.
- d) Presença de sopro epigástrico sistólico/diastólico.
- e) Azotemia significativa induzida por IECA.

10] Sobre o tratamento medicamento das dislipidemias, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) As resinas não devem ser usadas se triglicérides > 300mg/dl.
- b) O uso de ezetimiba deve ser descontinuado se os valores das transaminases estiverem três vezes acima do limite superior da normalidade.
- c) A niacina não deve ser utilizada em casos de crise gotosa e fibrilação atrial aguda.
- d) Os fibratos não devem se usados se a taxa de filtração glomerular for < 30ml/min/1,73m<sup>2</sup>.
- e) A genfibrozila é o fibrato considerado mais seguro para ser associado à estatina.

11] Sobre o diagnóstico do diabetes, marque a alternativa INCORRETA:

- a) A glicemia de jejum acima de 126 repetida confirma o diagnóstico.
- b) A glicemia pós-prandial acima de 140, repetida confirma o diagnóstico.
- c) A glicemia após 75g de glicose anidra mesmo sem repetição, confirma o diagnóstico.
- d) A HbA1c acima de 6,5% repetida confirma o diagnóstico.
- e) A glicemia ao acaso superior a 200 mg/dl, repetida confirma o diagnóstico.

**12** Sobre as drogas usadas no tratamento do paciente com diabetes tipo 2 é possível afirmar EXCETO:

- a) As sulfoniureias estimulam a produção de insulina pela célula beta.
- b) A metformina atua melhorando a ação da insulina em nível de receptor e diminuindo a produção hepática de glicose.
- c) Os inibidores da SGLT2 atuam aumentando a excreção de glicose pelo rim.
- d) Os inibidores da DPP4 atuam inibindo a produção de glucagon e estimulando a produção de insulina.
- e) A acarbose atua inibindo a alfa glicosidase com diminuição a absorção de carboidratos pelo rim.

**13** Paciente gestante com 32 anos de idade na 27ª semana de gestação submetida ao TOTG com 75 g de glicose anidra. Basal 98 mg/dl; uma hora 160 mg/dl; duas horas 146 mg/dl. A HbA1c foi 5,5%. É correto afirmar:

- a) O valor normal da HbA1c exclui o diagnóstico de DMG (Diabetes Mellitus Gestacional).
- b) A paciente deve ser submetida a novo TOTG com 75 g de glicose anidra, 4 semanas após.
- c) A paciente tem DMG.
- d) A paciente deve ser submetida a novo TOTG com 100g de glicose anidra, 4 semanas após.
- e) É fundamental a dosagem do anticorpo anti GAD (Descarboxilase do Ácido Glutâmico).

**14** 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 20 UI no desjejum e 10 UI ao deitar.

**15** Em relação ao rastreamento das complicações do diabetes em pacientes com diabetes tipo 1 (DM1) ou tipo 2 (DM2), é correto afirmar:

- I- Todos os pacientes com DM1 e DM2 devem ser rastreados anualmente para nefropatia, doenças cardiovasculares (DCV) e oftalmopatia, iniciando desde o diagnóstico.
- II- Todos os pacientes com DM2 devem ser rastreados anualmente para nefropatia, doenças cardiovasculares e oftalmopatia, iniciando desde o diagnóstico.
- III- O risco de nefropatia é maior em pacientes com DM2.
- IV- O risco de DCV é maior em pacientes com DM2.
- V- O rastreamento da neuropatia deve ser feito através da Eletromiografia anual.

Está correto o que se afirma em:

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

**16** Pacientes portadores de infecção pelo HIV apresentam distúrbios endócrinos variados entre os quais podemos citar, EXCETO:

- a) Uma quantidade considerável apresenta nível de cortisol basal aumentado com correlação linear negativa com a contagem de linfócitos CD4.
- b) Uma quantidade considerável apresenta insuficiência adrenal primária, sendo a causa mais frequente a adrenalite por citomegalovírus.
- c) O hipogonadismo primário acomete cerca de 50% dos pacientes do sexo masculino portadores da infecção.
- d) Tireoidite crônica com Anti TPO (anticorpo antitireoperoxidase) acomete cerca de 90% dos pacientes portadores.
- e) A Doença de Graves é relativamente comum em pacientes com HIV tratados com TARV.

17 Pacientes com infecções pelo HIV têm risco maior de desenvolver Lipodistrofias, Síndrome Metabólica, Dislipidemias e Diabetes. É possível afirmar que:

- Anormalidade na distribuição da gordura corporal tem prevalência alta (cerca de 40%) nos portadores de HIV, sendo este percentual 10 vezes menor em pacientes submetidos a tratamento com TARV.
- Pacientes portadores da infecção por HIV em sua fase inicial apresentam aumento do colesterol total, diminuição do HDL e aumento dos triglicérides.
- Em pacientes em uso de Inibidores da Protease, recomenda-se evitar o uso de sinvastatina e lovastatina.
- Em casos de hipertrigliceridemia acentuada ( $T > 500$  mg/dl) é recomendado o uso de ácido nicotínico
- Em pacientes com síndrome metabólica e diabetes o uso de metformina e sulfonilureias deve ser evitado.

18 Em relação às Doenças Crônicas Não Transmissíveis, é possível afirmar:

- A prevalência do diabetes mellitus vem aumentando mais em países desenvolvidos do que em países em desenvolvimento.
- O aumento da prevalência de uma DCNT, eventualmente pode ser interpretado como um resultado positivo em relação a políticas de saúde.
- A hipertensão arterial, mesmo quando moderadamente elevada, em populações com baixa prevalência de obesidade, tem efeito deletério.
- Atualmente a obesidade acomete igualmente todos os países.
- A OMS acredita que 80% dos casos de DCV e 40% dos cânceres podem ser evitados por meio dos 3 pilares: dieta saudável, atividade física e evitando o etilismo.

19 Homem de 58 anos, pardo, 160cm, 98 kg, tabagista (20 cigarros/dia), etilista social ( $\pm 2$  copos de vinho por dia), sedentário, com história de hipertensão arterial de longa data, em uso de enalapril 10 mg 2x ao dia. Mãe falecida de doença coronariana aos 50 anos de idade. Vários casos de diabetes tipo 2 e IAM na família. Traz consigo glicemias de jejum de 142 e 145 mg%, Glicemia pós prandial de 128 mg/dl, Colesterol total - 220 mg/dl, HDL - 30 mg%, Triglicérides - 170 mg%. EAS normal. PA 160 x 110 mmHg, HbA1c 7,2%. Assinale a alternativa correta.

- Deve ser solicitada avaliação cardiológica, fundoscopia e microalbuminúria.
- Devemos associar um Bloqueador de Receptor de Angiotensina (BRA) ao esquema anti-hipertensivo.
- O tratamento com estatinas deve ser iniciado imediatamente com esquema de estatinas de moderada intensidade.
- Devemos proibir o tabagismo e o etilismo.
- A atividade física extenuante deve ser estimulada iniciando imediatamente.

20 Em relação ao paciente anterior, o esquema para o controle do diabetes mais adequado é:

- Sulfoniluréias e metformina.
- Inibidores da DPP4 e metformina.
- Sulfoniluréias.
- Insulinoterapia.
- Metformina.

21 Paciente de 58 anos, hipertenso e diabético há 5 anos, chega ao Pronto Atendimento referindo dor epigástrica e desconforto em região precordial há cerca de 2 horas, acompanhado de sudorese fria. Fez uso de analgésico simples há 1 hora, mas não houve melhora. Está em uso atualmente de losartana 50mg de 12/12h, HCTZ 25mg/dia e Metformina 850mg duas vezes ao dia irregularmente. Não refere outras comorbidades. Ao exame: consciente, orientado, eupneico, afebril ao toque. ACV: RCR em 2T, BNF, sem sopros; Fc: 104bpm, PA – 130x85mmHg, AR: MV+, sem RA, Sat.O2 em ar ambiente: 98%, Fr: 16irpm, MMII: sem edemas. Glicemia capilar: 347mg/dl. Foi realizado ECG no momento da entrada, que mostrou supradesnívelamento de ST em DII, DIII e AVF. Em relação ao tratamento deste paciente, assinale a alternativa INCORRETA:

- A administração de AAS na dose de 300mg deve ser feita prontamente
- A instalação de oxigenioterapia por cateter nasal está entre as medidas imediatas a serem feitas neste paciente
- A infusão de morfina não está indicada por aumentar o risco de hipotensão e choque
- Não há necessidade de aguardar resultado de marcadores de necrose miocárdica para iniciar tratamento específico nesse caso.
- Há indicação de uso de betabloqueador, já que o paciente não apresenta sinais de insuficiência cardíaca ou baixo débito

22] Paciente de 38 anos, obesa, vem ao ambulatório queixando-se há cerca de 01 ano de diminuição da libido, dispareunia, flogachos e secreta vaginal, com piora progressiva nos últimos meses. É hipertensa em uso de enalapril 10mg de 12/12h há 2 anos e portadora de vitiligo. Nos antecedentes pessoais apresentou menarca aos 10 anos, com ciclos sempre regulares. Teve 2 gestações com 2 partos normais, não amamentou nenhum dos filhos e após o segundo parto há 8 anos teve que ser submetida a histerectomia por hemorragia importante decorrente de atonia uterina. Traz consigo exames solicitados na unidade de saúde do bairro com os seguintes resultados: Hemograma normal, glicemia de jejum 92mg/dl, colesterol total: 154mg/dl, triglicérides: 120mg/dl, TSH: 0,88µUI/ml, T4 livre: 0,32ng/dl, FSH: 1,2mUI/ml, LH: 0,7mUI/ml, prolactina: 10ng/dl, estradiol: 6pg/ml. Em relação ao caso acima, assinale a resposta correta:

- a) O diagnóstico da paciente que justifica a sintomatologia é o hipotireoidismo primário, e o tratamento com Levotiroxina deve ser iniciado.
- b) Um dos diagnósticos possíveis seria a falência ovariana precoce por ooforite autoimune.
- c) A paciente deve ser submetida a densitometria óssea para investigação de osteoporose.
- d) Há indicação formal para reposição hormonal com estrógeno e progesterona para prevenção de eventos cardiovasculares e osteoporose.
- e) A realização de Tomografia Computadorizada da hipófise é necessária para elucidação diagnóstica por ser o exame de imagem padrão ouro para avaliação dessa estrutura.

23] Homem de 66 anos chega ao consultório queixando-se de fadiga, labilidade emocional, aumento de peso e diminuição importante da libido há alguns meses. É obeso, diabético, portador de hipercolesterolemia e de apnéia do sono em uso de CPAP há 1 ano. Apresenta também esteatose hepática grau II em ultrassonografia realizada há 3 meses. Nos antecedentes familiares a mãe é falecida de infarto agudo do miocárdio e o pai teve câncer de próstata aos 85 anos. Traz exames laboratoriais mostrando valores diminuídos de testosterona, mas hemograma, PSA e função tireoidiana normais. Deseja iniciar reposição hormonal com testosterona e vem para pedir a opinião do especialista. Qual das alternativas abaixo representa uma contraindicação ao uso da testosterona no paciente acima?

- a) História familiar de câncer de próstata.
- b) Esteatose hepática.
- c) Dislipidemia.
- d) Apnéia do sono.
- e) Diabetes Mellitus.

24] Paciente de 62 anos, hipertenso, chega ao pronto socorro queixando-se de tosse produtiva, febre baixa e dispnéia leve há cerca de 4 dias. Nega outras comorbidades e vinha até então usando apenas antitérmicos e expectorantes, sem melhora clínica. Nega tabagismo e etilismo. Ao exame, apresenta-se consciente, orientado, taquipnéico, febril ao toque, corado, ACV: RCR em 2T, BNF, sem sopros, Fc: 88bpm, PA – 130x75mmHg. AR: MV+, com crepitações finas em ápice de HTE; Fr: 24irpm, Abdome sem alterações; temperatura axilar: 38,2°C, Sat.O2 em ar ambiente: 95%. Sobre a conduta em relação ao paciente acima, assinale a alternativa correta:

- a) A decisão sobre internação e o tipo de antibiótico a ser utilizado nesse caso só pode ser feita após realização de raio x de tórax e de exames laboratoriais.
- b) O paciente deve ser internado para realização de antibioticoterapia venosa, já que é maior de 60 anos.
- c) A terapêutica inicial deve conter associação de 2 antimicrobianos, sendo quinolona + betalactâmico a mais indicada nesse caso.
- d) O paciente não apresenta critérios de gravidade, e por esse motivo pode ser tratado em domicílio, com antibioticoterapia empírica para os germes mais comuns.
- e) 4 semanas após o término do tratamento, o raio x de tórax deve ser repetido, mesmo com melhora clínica.

25) Mulher, 55 anos, procura o pneumologista queixando-se de tosse, escarro purulento, febre e dor torácica direita leve. Previamente hígida, nega doenças associadas. Ao exame físico: consciente, orientada, acianótica, levemente taquipnéica. Temperatura axilar: 39°C; Fc: 104 bpm; Fr: 22 ipm; Sat. O2 em ar ambiente: 98%. ACV: RCR em 2T, BNF, sem sopros. AR: MV diminuído e com roncosp em base pulmonar esquerda. Nos exames laboratoriais tem hemograma mostrando 16.500 leucócitos, 13% de bastões; PCR elevada. Restante dos exames laboratoriais normais. Tem raio-x de tórax mostrando consolidação em 1/3 inferior de pulmão esquerdo. Assinale entre as alternativas abaixo o agente etiológico mais provável e o tratamento empírico recomendado:

- a) *Klebsiella pneumoniae*, ceftriaxona.
- b) *Klebsiella pneumoniae*; amoxicilina.
- c) *Streptococcus pneumoniae*; Ceftriaxona.
- d) *Staphylococcus aureus*; penicilina cristalina.
- e) *Streptococcus pneumoniae*; amoxicilina.

26) Paciente de 64 anos, grande tabagista há mais de 40 anos, fez tratamento de pneumonia adquirida na comunidade com Amoxicilina 500mg de 8/8h por 7 dias com término há 15 dias. Retorna ao centro de saúde por recomendação do médico que prestou o atendimento e em novo Raio x de tórax realizado observa-se persistência da consolidação vista inicialmente em hemitórax direito, mesmo o paciente mantendo-se assintomático. Sobre a conduta a ser tomada neste caso, assinale a alternativa correta:

- a) Deve-se aguardar pelo menos mais 30 dias e repetir o raio x, já que por ser grande fumante, neste paciente a melhora radiológica é mais tardia.
- b) Deve-se considerar a falha terapêutica e iniciar antibioticoterapia de largo espectro.
- c) Deve-se solicitar Tomografia Computadorizada de tórax.
- d) O paciente deve ser internado para realização de broncofibroscopia para melhor avaliação, já que é fumante.
- e) Deve-se aguardar mais 1 semana e realizar novo raio x e Tomografia de tórax.

27) Paciente de 68 anos, hipertenso e diabético, apresentou quadro de IAM há 1 mês e foi submetido a tratamento com angioplastia primária e colocação de *stent* em coronária direita na ocasião. Vem para consulta de rotina, sem queixas de dor anginosa desde a realização do procedimento. Traz cineangiocoronariografia que não mostra lesões em outras artérias e Ecocardiograma mostrando Fração de Ejeção de 37%. Está em uso das seguintes medicações: Enalapril 20mg de 12/12h, carvedilol 12,5mg de 12/12h, AAS 100mg de 12/12h, clopidogrel 75mg 1x ao dia, mononitrato de isossorbida 20mg de 12/12h, atorvastatina 20mg/dia e Sitagliptina 100mg ao dia. Em relação a prevenção secundária de IAM, qual das medicações em uso poderia ser suspensa sem prejuízo para o paciente?

- a) Enalapril.
- b) Mononitrato de isossorbida.
- c) Atorvastatina.
- d) AAS.
- e) Clopidogrel.

28) Homem de 65 anos, diabético, hipertenso, portador de DPOC com exacerbações frequentes, com diagnóstico de angina estável, chega ao pronto-socorro com intensa dor em região precordial, com irradiação para o braço esquerdo, vômitos e tontura há 2 horas e meia. Apresenta episódios semelhantes de dor precordial esporadicamente, porém sem os outros sintomas associados e de menor intensidade, que melhoram com uso de nitrato prescrito pelo cardiologista. No momento está pálido, sudoréico, taquidispneico. Ao exame: PA – 130x80mmHg, Fc: 88bpm, Fr: 26irpm, Sat.O2 em ar ambiente:90%. ACV: RCR em 2T, BNF, sem sopros. AR: MV+, sem RA. O eletrocardiograma mostra inversão de onda T em V4, V5 e V6. No serviço não há serviço de hemodinâmica e na Unidade de Terapia Intensiva no momento não há vaga para admitir o paciente. Qual o diagnóstico mais provável e que conduta deve ser tomada na emergência além da monitorização e do acesso venoso?

- a) Infarto agudo do miocárdio sem supra de ST; deve-se iniciar analgesia com Morfina, administrar AAS, clopidogrel, betabloqueador, coletar enzimas cardíacas e realizar fibrinólise com estreptoquinase ou alteplase.
- b) Angina instável; deve-se iniciar analgesia com Morfina, administrar AAS, clopidogrel, betabloqueador, coletar enzimas cardíacas e realizar fibrinólise com estreptoquinase ou alteplase.
- c) Angina instável ou infarto agudo do miocárdio sem supra de ST; deve-se iniciar oxigenioterapia por cateter nasal, analgesia com morfina ou nitroglicerina, AAS, clopidogrel, anticoagulação plena e coleta seriada de enzimas cardíacas.
- d) Angina instável ou Infarto agudo do miocárdio sem supra de ST; deve-se iniciar analgesia com nitroglicerina, oxigenioterapia por cateter nasal, aspirina, betabloqueador e fibrinólise com estreptoquinase ou alteplase.
- e) Angina instável ou Infarto agudo do miocárdio sem supra de ST; deve-se iniciar analgesia com nitroglicerina, oxigenioterapia por cateter nasal, aspirina e betabloqueador.



**29** Paciente masculino de 40 anos, vem ao consultório encaminhado do ortopedista após tratamento cirúrgico de uma fratura de fêmur há 6 meses, que ocorreu após queda da própria altura em casa. Foi submetido a Densitometria óssea de coluna e fêmur que mostrou osteoporose. Apresenta queixas de fraqueza muscular leve há cerca de 1 ano e diminuição da libido, além dor testicular esporádica há mais de 8 anos, nunca investigada. É grande obeso, com IMC de 41, mas nega hipertensão e diabetes. Traz exame mostrando: Testosterona total – 120ng/dl (VN: 250 – 800ng/dl); FSH - 35mUI/ml (VN: 5 – 20mUI/ml); LH – 7UI/l (VN: 0,7 – 8UI/l). Sobre o caso acima, assinale a resposta INCORRETA:

- a) A obesidade é uma condição associada a baixos níveis de testosterona plasmática.
- b) Ainda não podemos fechar o diagnóstico de hipogonadismo neste paciente pois para isso é necessário a dosagem de testosterona livre.
- c) O paciente acima tem indicação de reposição de testosterona, que deve ser iniciada após afastar contra-indicações.
- d) A reposição de testosterona através de preparações transdérmicas é preferível, por não levar a grandes variações séricas.
- e) Apesar de história familiar de câncer de próstata não ser contra-indicação absoluta para reposição de testosterona, elevação súbita nos níveis de PSA durante o tratamento pode ser considerado risco de neoplasia prostática.

**30** Paciente de 28 anos de idade, portadora de Diabetes Tipo 1 há 20 anos, retorna ao endocrinologista queixando-se de amenorreia há cerca de 1 ano. Nega outras queixas. Também é portadora de hipotireoidismo e faz uso de levotiroxina 75mcg/dia há cerca de 5 anos. Os exames solicitados vieram com os seguintes resultados: Hemograma normal; glicemia de jejum – 232mg/dl; TSH - 8mcUI/ml (VN: 0,5 – 5mcUI/ml); T4livre – 1,0ng/dl (VN 0,7 – 1,8ng/dl); prolactina – 41ng/ml (VN – 2,5 – 29ng/ml); Anticorpo anti-tireoperoxidase – 243UI/ml (VN < 35UI/ml); FSH - 64UI/l; LH – 35UI/l. Sobre o caso, assinale a alternativa correta:

- a) A causa da amenorreia provavelmente é a descompensação do Diabetes
- b) A correção da dose de levotiroxina para melhor controle do hipotireoidismo certamente levará a restauração dos ciclos menstruais normais
- c) O tratamento da hiperprolactinemia com Cabergolina 0,5mg 2 vezes por semana deve ser iniciado para restauração dos ciclos menstruais normais, já que a causa da amenorreia nesta paciente é a hiperprolactinemia
- d) Deve ser solicitado Tomografia Computadorizada de hipófise para melhor elucidação diagnóstica
- e) Deve ser feita investigação da função adrenal desta paciente

**31** O diabetes insípido é uma condição rara que ocorre em virtude da incapacidade dos rins conservarem água, cujo mecanismo é controlado pelo hormônio antidiurético (ADH), também chamado vasopressina. O ADH é produzido:

- a) Na neurohipófise e núcleos supraópticos hipotalâmicos.
- b) Na neurohipófise e núcleos paraventriculares hipotalâmicos.
- c) Nos núcleos supraópticos e paraventriculares hipotalâmicos.
- d) Na adenohipófise e núcleos supraópticos hipotalâmicos.
- e) Na adenohipófise núcleos paraventriculares hipotalâmicos.

**32** Paciente, 32 anos, foi ao ginecologista com queixas de pele seca, indisposição para as atividades habituais, intolerância ao frio, irregularidade menstrual e galactorreia há 11 meses. Foram solicitados os seguintes exames: TSH – 3,0 ng/mL (0,4 a 4,0), T4 livre - 0,4 ng/mL (0,8 a 1,8), Prolactina – 90 ng/mL (5 a 19). Após analisar os resultados solicitou Ressonância Nuclear da Hipófise que mostrou um Macroadenoma Hipofisário de 2,1 cm. Foi encaminhada ao Endocrinologista que solicitou: Cortisol – 4,0 ng/mL (5 a 20) e Prolactina diluída 95 ng/mL.

Com base no caso acima, marque a alternativa correta.

- a) A paciente apresenta um macroprolactinoma.
- b) Apresenta hipopituitarismo.
- c) A hiperprolactinemia é devido ao hormônio liberador de tireotrofina (TRH) aumentado.
- d) Apresenta hipotireoidismo primário.
- e) A prolactina está elevada devido a estimulação tônica da dopamina

33] Paciente do gênero feminino, 25 anos apresenta quadro clínico clássico de Síndrome de Cushing. Foi descartado o uso de quaisquer corticosteroides. Assinale a alternativa correta:

- a) A etiologia mais comum é o adenoma hipofisário produtor de ACTH.
- b) Na faixa etária da paciente a etiologia mais comum é a secreção ectópica de ACTH.
- c) ACTH duas vezes acima do valor superior da normalidade é compatível com adenoma adrenal.
- d) A causa mais comum da Síndrome de Cushing ACTH independente é o carcinoma.
- e) É mais frequente a hipopotassemia no microadenoma produtor de ACTH que no tumor ectópico.

34] Paciente do gênero masculino, 40 anos, procurou assistência médica devido a aumento dos tecidos moles, extremidades e necessidade de aumentar progressivamente o tamanho de calçados e anéis. Informou ainda que apresenta hiperhidrose, pele oleosa e odor desagradável. Foram solicitados os seguintes exames: GH - 30 ng/ng/mL (0 a 4), IGF-1 – 1250 (80 a 321), prolactina – 201 mg/dL e glicemia 102 mg/dL. Com base no caso descrito marque a alternativa correta.

- a) Em 5% dos pacientes há hiperprolactinemia por cossecreção.
- b) A presença de resistência periférica à insulina não determina hiperinsulinismo.
- c) As complicações cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade.
- d) Diabetes mellitus clinicamente manifesto ocorre em 90% dos pacientes.
- e) A presença de acrocórdon ocorre em 30% dos casos e muitas vezes é indicativo da presença de tumores de mamas.

35] Paciente do gênero feminino, 25 anos, hipertensa, apresentou resultado dos exames ao seu médico, que confirmaram a hipótese diagnóstica de Hiperaldosteronismo Primário. A alternativa correta é:

- a) A hipopotassemia acomete 80% dos pacientes.
- b) O adenoma produtor de aldosterona e a hiperplasia adrenal idiopática são os dois subtipos mais comuns.
- c) A hiperplasia adrenal idiopática é unilateral.
- d) A relação da concentração de aldosterona plasmática e atividade de renina plasmática acima de 10 confirma o diagnóstico.
- e) A hiperplasia adrenal primária é bilateral.

36] Paciente do gênero feminino, 39 anos, é atendida com quadro clínico de pneumonia confirmada após realização de radiografia de tórax. Ao exame físico apresenta hiperpigmentação das áreas expostas ao sol e da mucosa oral. PA 60 X 20, desidratada 4+/4+. Antecedentes pessoais de Tireoidite de Hashimoto e vitiligo.

- a) A causa mais frequente é a tuberculose.
- b) Os níveis de potássio estão diminuídos.
- c) A causa da hiperpigmentação são os níveis elevados de ACTH.
- d) A etiologia menos frequente é a autoimune.
- e) Deve ser internada e tratada com infusão de soro glicosado e prednisona.

37] A Neoplasia Endócrina Múltipla 2A é caracterizada por:

- a) Hiperparatireoidismo, neurofibromatose e hipertireoidismo
- b) Feocromocitoma, neurofibromatose e hipertireoidismo.
- c) Feocromocitoma, hipoparatiroidismo e hipertireoidismo
- d) Feocromocitoma, neuroma mucoso e hipertireoidismo.
- e) Feocromocitoma, hiperparatiroidismo e carcinoma medular de tireoide.

38) As causas intrínsecas da insuficiência renal aguda são:

- a) Depleção de volume e insuficiência cardíaca congestiva.
- b) Uso excessivo de diuréticos e cirrose hepática.
- c) Hipoproteinemia grave e perda de líquido gastrointestinal.
- d) Necrose tubular aguda e glomerulonefrite.
- e) Inibidores da ECA e aminoglicosídeos.

39) Paciente de 25 anos apresentou sangramento intenso durante parto normal. Aos 35 anos foi internada com quadro de apendicite aguda e no pós-operatório imediato apresentou quadro de choque sendo necessária hidratação e uso de droga vasoativa. O intensivista observou que a paciente não apresentava pelos axilares e pubianos. Percebeu que a pele era seca. O esposo informou que a paciente encontra-se em amenorreia desde o parto e não amamentou o último filho por não ter apresentado lactação. Qual sua hipótese diagnóstica?

- a) Hipotireoidismo primário.
- b) Insuficiência Adrenal primária.
- c) Menopausa precoce.
- d) Síndrome de Sheehan.
- e) Síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético.

40) Sobre o Feocromocitoma de localização adrenal poderemos afirmar que:

- a) Pode ocorrer em qualquer idade, com pico de incidência entre a primeira e segunda década.
- b) A maioria é benigna, esporádica (90%) e bilateral.
- c) Os tumores maiores têm maior risco de malignidade.
- d) Quando é esporádico há risco de recidiva em até 40% após a adrenalectomia.
- e) O maligno é facilmente diagnosticado através do anatomopatológico.

RASCUNHO

**IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

Nome: \_\_\_\_\_ Carteira nº \_\_\_\_\_