

F35

RESIDÊNCIA MÉDICA
Anos Adicionais

Endocrinologia e Metabologia



PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 01/2024

Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo F35**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **2 horas**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorridas **1 hora** de prova. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
6. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **40** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
7. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar esta capa será considerado(a) ausente da prova.

TABELA DE ABREVIÇÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA

LISTA DE ABREVIÇÕES	ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)	
<p>AA – Ar ambiente AU – Altura Uterina AAS – Ácido Acetilsalicílico BCF – Batimentos Cardíacos Fetais BEG – Bom Estado Geral bpm – Batimentos por Minuto BRNF – Bulhas Rítmicas Normofonéticas Cr – Creatinina DU – Dinâmica Uterina DUM – Data da Última Menstruação FA – Fosfatase Alcalina FC – Frequência Cardíaca FR – Frequência Respiratória GGT - Gamaglutamiltransferase Hb – Hemoglobina Ht – Hematócrito HPMA – História Progressiva da Moléstia Atual IC_{95%} – Intervalo de Confiança de 95% IMC – Índice de Massa Corpórea ipm – Incursões por Minuto IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal IST – Infecção Sexualmente Transmissível mmHg – Milímetros de Mercúrio MMII – Membros Inferiores MV – Murmúrios Vesiculares P – Pulso PA – Pressão Arterial pCO₂ – Pressão Parcial de CO₂ PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva pO₂ – Pressão Parcial de O₂ POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i> PS – Pronto-Socorro PSA – Antígeno Prostático Específico REG – Regular Estado Geral RHZE – R (rifampicina), H (isoniazida), Z (pirazinamida) e E (etambutol) RN – Recém-nascido Sat. – Saturação Temp. – Temperatura axilar TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato Aminotransferase TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina Aminotransferase TPO – Tireoperoxidase TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH TSH – Hormônio tireo-estimulante TTGO – Teste de Tolerância a Glicose Oral U – Ureia UBS – Unidade Básica de Saúde USG – Ultrassonografia UTI – Unidade de Terapia Intensiva VHS – Velocidade de Hemossedimentação</p>	<p>Sangue (bioquímica e hormônios): Albumina = 3,5 a 5,5 g/dL Bilirrubina Total = 0,3 a 1,0 mg/dL Bilirrubina Direta = 0,1 a 0,3 mg/dL Bilirrubina Indireta = 0,2 a 0,7 mg/dL Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/L Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina Desidrogenase Láctica = menor que 240 U/L Ferritina: homens = 22 a 322 ng/mL mulheres = 10 a 291 ng/mL Ferro sérico: homens = 70 a 180 µg/dL mulheres = 60 a 180 µg/dL Fósforo = 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L Globulinas = 2,0 a 3,5 g/dL LDL (maior ou igual a 20 anos) = desejável de 100 a 129 mg/dL HDL (maior de 20 anos) = desejável maior que 40 mg/dL Triglicérides (maior de 20 anos) = desejável menor que 150 mg/dL Glicemia em jejum = 70 a 99 mg/dL Lactato = 5 a 15 mg/dL Magnésio = 1,8 a 3 mg/dL Potássio = 3,5 a 5,0 mEq/L Proteína Total = 5,5 a 8,0 g/dL PSA = menor que 4 ng/mL Sódio = 135 a 145 mEq/L TSH = 0,51 a 4,3 mUI/mL Testosterona Livre = 2,4 a 32,0 pmol/L Estradiol = 1,2 a 23,3 ng/dL (fase folicular) Hormônio Luteinizante (LH) = até 12,0 UI/L (fase folicular) Hormônio Folículo Estimulante (FSH) = até 12,0 UI/L (fase folicular) Prolactina (PRL) = até 29 µg/L (não gestante) Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL Amilase = 28 a 100 U/L Lipase = inferior a 60 U/L Ureia = 10 a 50 mg/dL GGT: homens: 12 a 73 U/L mulheres = 8 a 41 U/L Fosfatase Alcalina: homens = 5,5 a 22,9 U/L mulheres pré-menopausa = 4,9 a 26,6 U/L mulheres pós-menopausa = 5,2 a 24,4 U/L Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes) até 10 ng/mL (fumantes) Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm</p>	
<p>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL 2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL 6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL 2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL 6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL</p>	<p>Sangue (hemograma e coagulograma): Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL Hemoglobina Glicada = 4,3 a 6,1% Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 31 a 36 g/dL Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL Amplitude de Distribuição dos Glóbulos Vermelhos (RDW) = 10 a 16% Leucócitos = 5.000 a 10.000/mm³ Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/mm³ Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm³ Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/mm³ Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/mm³ Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm³ ou µL Reticulócitos = 0,5 a 2,0% Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100% Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R = até 1,2 Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos</p>	
<p>Doppler de artéria: Umbilical fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34 semanas = 0,5 a 0,99 Cerebral média fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34 semanas = 1,35 a 2,43</p>	<p>Gasometria Arterial: pH = 7,35 a 7,45 pO₂ = 80 a 100 mmHg pCO₂ = 35 a 45 mmHg Base Excess (BE) = -2 a 2 HCO₃⁻ = 22 a 28 mEq/L SpO₂ > 95%</p>	<p>Líquor (punção lombar): Células = até 4/mm³ Lactato = até 20 mg/dL Proteína = até 40 mg/dL Líquido pleural ADA = até 40 U/L Líquido sinovial = leucócitos até 200 células/mL</p>

01

Homem, 40 anos de idade, com ganho de aproximadamente 20 kg durante a pandemia de covid-19. Atribui o aumento de peso à inatividade física e confinamento durante a pandemia. No início de 2020, tinha um peso de 84 kg (IMC de 29 kg/m²). Não apresenta outras queixas. Nega hipertensão, nega alteração do nível de glicose ou de lípidos, nega uso de álcool. Desconhece antecedentes familiares; é filho adotivo. Ao exame clínico, apresenta um peso de 104 kg, estatura de 1,70 m, IMC de 36 kg/m², circunferência abdominal de 122 cm, PA de 125x84 mmHg com FC de 80 bpm. Não há outras alterações no exame físico, exceto por abdome globoso à inspeção, que dificulta a percussão e a palpação. Foram solicitados exames laboratoriais (glicemia em jejum, hemoglobina glicada, colesterol total e frações, triglicérides, ácido úrico e enzimas hepáticas) com resultados dentro dos valores de referência. Assinale a alternativa correta em relação à doença hepática esteatótica metabólica (MASLD).

- (A) O paciente não tem nenhum componente de síndrome metabólica, apresenta obesidade metabolicamente saudável, não há necessidade de considerar uma triagem para MASLD.
- (B) Na prática clínica, a ultrassonografia detecta a presença ou ausência de esteatose, mas somente quando o teor de gordura é superior a 12,5%, deixando de detectar pacientes com teor de gordura entre 5% e 12,5%.
- (C) Em pacientes com obesidade e presença de esteatose hepática sugestiva de MASLD na ultrassonografia, não há necessidade de investigação de outras causas de doença hepática.
- (D) Apesar da ressonância magnética com análise gordurosa por densidade de prótons ter maior acurácia e sensibilidade na detecção de MASH em pacientes com obesidade, devido ao alto custo, o método de imagem mais utilizado em ensaios clínicos é a ultrassonografia.

02

Paciente do sexo feminino, 62 anos de idade, diabética e hipertensa, realizou uma tomografia de abdome sem contraste devido à nefrolitíase recorrente. Identificada lesão nodular em loja adrenal direita: nódulo de 4,5 cm com 25 unidades Hounsfield. Com base nas informações apresentadas, assinale a alternativa correta.

- (A) Prosseguir a investigação com coletas basais de aldosterona e renina, Na⁺ e K⁺ creatinina, metanefrinas plasmáticas livres/urinárias fracionadas e cortisol sérico, após 1 mg de dexametasona à meia noite.
- (B) Descartado a possibilidade de neoplasia maligna devido a alta densidade de gordura.
- (C) Devido a faixa etária da paciente, não há necessidade de prosseguir investigação para diagnóstico de feocromocitoma/paraganglioma.
- (D) A paciente deve ser encaminhada imediatamente para abordagem cirúrgica por alta possibilidade da lesão ser maligna.

03

Paciente do sexo feminino, 37 anos de idade, procurou o médico clínico geral para exames de rotina. Assintomática, sem antecedentes pessoais mórbidos. Faz uso de anticoncepcional oral. Antecedente familiar de câncer de tireoide. Ao exame físico, apresentou-se corada, hidratada, eupneica. Peso de 55 kg, altura de 163 cm, frequência cardíaca de 72 bpm, pressão arterial de 120x60 mmHg, tireoide palpável com nódulo de 3 cm em lobo direito, fibroelástico e móvel à deglutição. Ausculta cardíaca e pulmonares normais.

- (A) A investigação do nódulo tireoidiano deve ser iniciada com a dosagem de TSH. Se o nódulo estiver diminuído, o exame de ultrassonografia de tireoide é o principal exame que permitirá a definição da causa do hipertireoidismo.
- (B) Se o nódulo apresentar características benignas no exame de ultrassonografia, como nódulo misto, hiperecoico, sem microcalcificações, não está indicado a punção aspirativa por agulha fina, pois paciente é assintomática.
- (C) Na ausência de sinais clínicos de hipertireoidismo, a investigação do nódulo tireoidiano deve ser iniciada com o exame de ultrassonografia de tireoide.
- (D) São consideradas características de alta suspeição para malignidade dos nódulos tireoidianos: marcada hipocogenicidade, presença de microcalcificações e margens irregulares.

04

Mulher, 68 anos de idade, relata diagnóstico de osteoporose. Apresenta antecedente de doença de refluxo gastroesofágico em uso de omeprazol. Por esse motivo, foi optado por tratamento da osteoporose com denosumabe. Após início do tratamento, foram solicitados os seguintes exames:

Valor de referência	1ª avaliação	2ª avaliação
Ca ²⁺ (8,5-10,2 mg/dL)	9,2	8,9
Ca ²⁺ i (4,6-5,3 mg/dL)	5,1	4,7
PTH (14-72 pg/mL)	79	125
25OH vit D (ng/mL)	34	37
Cr (0,5-0,9 mg/dL)	0,67	0,78
P (2,7-4,5 mg/dL)	3,2	2,5
Mg ²⁺ (1,6-2,6 mg/dL)	1,8	2,0

Por conta do aumento de PTH, o médico solicitou uma TC de pescoço 4D que identificou uma formação ovalada localizada imediatamente inferior e posterior ao lobo tireoidiano direito, medindo 0,8 x 0,7 x 0,5 cm.

Em relação ao caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) A paciente apresenta hiperparatireoidismo secundário por isso não tem indicação cirúrgica.
- (B) A paciente apresenta hiperparatireoidismo primário normocalcêmico com indicação cirúrgica.
- (C) Deve-se prosseguir a investigação solicitando cintilografia de paratireoides com MIBI.
- (D) A causa mais provável para a elevação do PTH é o uso de inibidor de bomba de prótons.

05

Paciente de 28 anos de idade comparece no pronto atendimento com queixa de dor de garganta e febre há 2 dias. Refere palpitações e aumento da frequência de hábito intestinal há 2 meses. Emagrecimento de 5 kg nesse período. Antecedente pessoal de obesidade em tratamento com fórmula, da qual desconhece os componentes. Antecedente familiar: mãe com tireoidite de Hashimoto. Ao exame clínico, apresentou-se corada, hidratada, eupneica, febril. Peso de 79 kg altura de 160 cm, frequência cardíaca de 124 bpm, pressão arterial de 130x60 mmHg. Presença de discreto tremor de extremidades. Orofaringe com hiperemia. Ausculta cardíaca com bulhas rítmicas, normofonéticas, sem sopros. Ausculta pulmonar normal e exame abdominal sem massas palpáveis. Tireoide não palpável. Sem alterações oculares. Nos exames de investigação, apresentou hemograma com leucocitose sem desvio, proteína C reativa 15 mg/L, TSH < 0,01 mUI/L e T4L 2,5 ng/dL (valor de referência 0,9-1,7). Em relação ao caso apresentado, pode-se afirmar:

- (A) Na investigação da etiologia da tireotoxicose, deve-se solicitar a dosagem de anticorpos antirreceptor de TSH. Se vierem negativos, a dosagem de tireoglobulina pode auxiliar na definição da causa.
- (B) A história e o exame clínico são compatíveis com tireotoxicose e, como a doença de Graves é a principal causa, deve-se iniciar tratamento com metimazol e propranolol.
- (C) A presença de sinais infecciosos, diante de quadro de tireotoxicose, sugere tireoidite subaguda e o exame essencial para diagnóstico seria a cintilografia de tireoide. Se houver baixa captação de I-131, outras etiologias para a tireotoxicose estarão excluídas.
- (D) A presença de febre e taquicardia na presença de tireotoxicose apontam para o diagnóstico de tempestade tireotóxica e o tratamento deve ser iniciado prontamente incluindo metimazol, propranolol e hidrocortisona até estabilização hemodinâmica.

06

Mulher, 36 anos de idade, 62 kg, com diabetes melito tipo 1 diagnosticado na adolescência, apresenta controle glicêmico inadequado (HbA1c 9,2%) e relata episódios de hipoglicemia grave principalmente à noite e madrugada. Usa esquema de múltiplas doses de insulina glargina 30 UI à noite e insulina bólus com contagem de carboidratos 1:18 g e correção com fator de sensibilidade de insulina 50 mg/dL com alvo glicêmico de 100 mg/dL, fazendo uso em geral de 4 unidades no café da manhã e 8 unidades no almoço e jantar. Qual é a estratégia terapêutica mais indicada para otimizar o controle glicêmico e minimizar o risco de hipoglicemia noturna?

- (A) Reduzir a dose de insulina basal noturna.
- (B) Ajustar para uma bomba de infusão contínua de insulina com alarme de hipoglicemia.
- (C) Aumentar a ingestão de carboidratos antes de dormir.
- (D) Substituir a insulina rápida por insulina de ação ultrarrápida.

07

Paciente do sexo feminino, 38 anos de idade, refere que não voltou a apresentar ciclos menstruais após seis meses do término da amamentação do seu segundo filho. Queixa-se também de cefaleia leve, esporádica. Ao exame físico, apresenta galactorreia à expressão mamária bilateral. Apresenta na consulta um exame de sangue com dosagem de prolactina sérica de 80 ng/mL (valor de referência PRL: 4,2 a 24,2 ng/mL). Em relação ao caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) A hiperprolactinemia é causa de hipogonadismo hipergonadotrófico, uma vez que os elevados níveis de prolactina causam inibição direta da esteroidogênese gonadal.
- (B) A presença de galactorreia, amenorreia e hiperprolactinemia são suficientes para que o diagnóstico de prolactinoma seja feito.
- (C) Na anamnese deve-se investigar ativamente o uso de medicações, de uso contínuo ou pontual, que possam causar hiperprolactinemia.
- (D) O tratamento de escolha dos prolactinomas em geral é cirúrgico, especialmente nos casos de macroadenomas.

08

Homem de 48 anos de idade realizou exame de rotina para rastreio de doenças com os seguintes resultados: glicemia de jejum de 132 mg/dL, HbA1c de 6%. Assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente pode ser diagnosticado como pessoa com diabetes tipo 2.
- (B) Todo exame alterado deve ser repetido, a menos que não haja dúvida quanto ao diagnóstico, como por exemplo pessoa sintomática com glicemia superior a 200 mg/dL.
- (C) Se dois testes estão disponíveis e os resultados são discordantes, prevalece o exame cujo resultado é superior ao normal, sem necessidade de repeti-lo.
- (D) O exame de hemoglobina glicada é o mais acurado para fazer diagnóstico de diabetes.

09

Mulher de 40 anos de idade diagnosticada com diabetes melito tipo 1 aos 20 anos de idade apresenta disfunção renal progressiva. Recentemente, foi identificada albuminúria 60 mg/g de creatinina em amostra isolada de urina. Sua glicemia média e pressão arterial estão levemente acima das metas. Qual é a intervenção mais adequada neste momento?

- (A) Reduzir a dose de insulina para evitar hipoglicemias.
- (B) Iniciar um inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA).
- (C) Aumentar a ingestão de proteínas para preservar a função renal.
- (D) Iniciar inibidor de SGLT2.

10

Homem, 70 anos de idade, com diabetes tipo 2 há 8 anos, foi atendido em serviço de emergência por rebaixamento do nível de consciência. Usava habitualmente hidroclorotiazida 25 mg/dia, glibenclamida 15 mg/dia e sinvastatina 40 mg/dia. Ao exame físico, estava hidratado, não contactuando com o ambiente, sem resposta a estímulos dolorosos.

• Exames laboratoriais:

Glicemia capilar: 33 mg/dL

Na⁺: 135 mg/dL

K⁺: 4,7 mg/dL

Creatinina: 3,1 mg/dL

Hb: 10 g/dL

Após administração de glicose endovenosa, apresentou completa recuperação do nível de consciência sem déficits neurológicos residuais. A melhor conduta neste momento é:

- (A) Alta hospitalar mantendo a medicação e orientá-lo a não omitir refeições.
- (B) Alta hospitalar mantendo a medicação e redução da dose de glibenclamida para 5 mg/dia.
- (C) Observação no hospital por 24-48 horas e após a alta, substituir glibenclamida por gliclazida.
- (D) Observação no hospital por 24-48 horas e após a alta, substituir glibenclamida por linagliptina.

11

Paciente do sexo feminino, 52 anos de idade, procurou assistência médica com queixa de cansaço há 6 meses. Ganhou peso desde a menopausa há 1 ano. Sedentária. Ao exame clínico, apresentou peso de 72 kg, altura de 160 cm, frequência cardíaca de 64 bpm, pressão arterial de 130x70 mmHg. Tireoide não palpável. Antecedente pessoal de hipercolesterolemia em uso de sinvastatina 20 mg ao dia. Antecedente familiar de diabetes melito tipo 1. Exames laboratoriais foram solicitados, revelando T4 livre de 1,0 ng/dL (valor de referência 0,9-1,7) TSH de 11 mUI/L. Em relação às informações apresentadas, assinale a alternativa correta.

- (A) Como a paciente apresenta sintomas de hipotireoidismo, está indicado iniciar imediatamente o uso de levotiroxina.
- (B) Está indicado repetir a avaliação hormonal dentro de 3 meses, juntamente com avaliação de anticorpo anti-tireoperoxidase. Se TSH permanecer em valores acima de 10 mUI/L com T4 livre normal, mas anticorpo for negativo, não está indicado o uso de levotiroxina, uma vez que não foi comprovado o benefício do tratamento do hipotireoidismo subclínico com anticorpos negativos.
- (C) Está indicado repetir a avaliação hormonal dentro de 3 meses. Se TSH permanecer em valores acima de 10 mUI/L ou T4 livre reduzir para valor abaixo de 0,9 ng/dL, está indicado iniciar a reposição de levotiroxina, orientando a ingestão em jejum com água.
- (D) Está indicado realizar a avaliação de anticorpo anti-tireoperoxidase, e se esse estiver positivo, iniciar imediatamente o tratamento com levotiroxina, orientando a ingestão em jejum com água.

12

Paciente de 58 anos de idade, aposentado, sem comorbidades. Diagnosticado, há 3 anos, com melanoma metastático em tratamento com imunoterapia (antiproteína morte celular programada 1- PDL1) a cada 3 semanas (pembrolizumabe). Paciente comparece no pronto-socorro com febre, náuseas e vômitos há 3 dias, inapetência importante e queda do estado geral.

• Exames laboratoriais:

Valor de referência	Resultado
Cortisol (5 – 25 µg/dL)	1,2 µg/dL
ACTH (7,2 – 63,3 pg/mL)	600 pg/mL
Na ⁺ (135 – 145 mEq/L)	119 mEq/L
K ⁺ (3,5 – 5,1 mEq/L)	6,5 mEq/L

Com base no caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente apresenta insuficiência adrenal secundária, devido ao uso de imunoterapia.
- (B) O paciente apresenta insuficiência adrenal primária, devido ao uso de imunoterapia.
- (C) Deve-se prosseguir a investigação solicitando RM de hipófise.
- (D) Os distúrbios eletrolíticos são decorrentes do quadro de gastroenterocolite viral.

13

Mulher de 29 anos de idade, com diabetes melito tipo 1, está planejando engravidar. Ela tem controle glicêmico moderado, com HbA1c de 7,5%. A paciente deseja orientações para otimizar sua saúde antes da concepção. Qual é a melhor recomendação para essa paciente?

- (A) Manter a mesma terapia e iniciar o pré-natal quando engravidar.
- (B) Reduzir temporariamente a insulina para evitar hipoglicemias.
- (C) Ajustar o controle glicêmico para HbA1c abaixo de 6,5% antes da concepção.
- (D) Iniciar estatinas para controle dos níveis lipídicos.

14

Homem de 28 anos de idade, com diabetes melito tipo 1, é admitido com Cetoacidose Diabética (CAD) grave. Após tratamento adequado por 24 horas, o pH arterial normalizou para 7,35 e a glicemia está em 130 mg/dL, mas o paciente ainda apresenta cetonemia moderada. Qual é a melhor conduta para continuar o tratamento?

- (A) Substituir a infusão de insulina intravenosa por insulina subcutânea de ação rápida.
- (B) Manter a infusão de insulina endovenosa até a resolução completa da cetonemia.
- (C) Administrar bicarbonato intravenoso para corrigir a acidose residual.
- (D) Suspender a infusão de insulina pelo risco de hipoglicemia.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 15 E 16

Mulher, 67 anos de idade, IMC de 29,7 kg/m² tem diagnóstico de diabetes melito tipo 2, há 18 anos em uso de metformina 850 mg 3x/dia. Comparece à UBS para consulta de retorno. Ao exame físico, PA de 145x90 mmHg.

- Exames laboratoriais:
- HbA1c: 9,1%
- LDL colesterol: 126 mg/dL
- HDL colesterol: 32 mg/dL
- Triglicérides: 280 mg/dL

15

Qual o alvo glicêmico e que medicação é a mais adequada?

- (A) HbA1c < 6%. Associar sulfonilureia.
- (B) HbA1c < 7,5%. Associar pioglitazona ou acarbose.
- (C) HbA1c < 7,0 %. Associar sulfonilureia ou insulina ao deitar.
- (D) HbA1c < 6%. Associar análogo GLP1 ou iSGLT2.

16

Qual o objetivo a ser alcançado para os outros fatores de risco?

- (A) LDL < 130 mg/dL; triglicérides < 150 mg/dL; PA < 130x80 mmHg- iniciar IECA.
- (B) LDL < 100 mg/dL; triglicérides < 150 mg/dL; PA < 130de80 mmHg - iniciar IECA, estatina.
- (C) LDL < 100 mg/dL; triglicérides < 100 mg/dL; PA < 140x90 mmHg - iniciar estatina e AAS.
- (D) LDL.< 70 mg/dL; triglicérides < 150 mg/dL; PA < 130x80 mmHg - iniciar IECA e estatina.

17

Assinale a alternativa correta em relação ao perfil terapêutico das medicações.

- (A) Sulfonilureias: estimulam a produção de insulina com duração de ação prolongada (8-24 horas), são úteis para o controle da glicemia pós-prandial, porém tem como efeito deletério a piora da função de célula beta.
- (B) Pioglitazona: melhora a resistência à insulina sem ação sobre a produção hepática de glicose, melhorando a sensibilidade a insulina no músculo e tecido gorduroso; alto potencial para reduzir a hemoglobina glicada, tem como evento adverso risco aumentado de fraturas especialmente em homens.
- (C) Metformina: Reduz a produção hepática de glicose à resistência à insulina, pode promover perda de 1 a 2 kg de peso; tem com efeito adverso intolerância gastrointestinal e não pode ser usado em disfunção renal, cardíaca hepática ou pulmonar e também antes da realização de exames contrastados.
- (D) Inibidores de DPP4: aumentam a duração do GLP1 endógeno, aumentando a produção de insulina e reduzindo a de glucagon, com capacidade de reduzir a HbA1c em 0,5 a 0,8%.

18

Ao indicar o uso da insulina basal ao paciente com diabetes melito tipo 2, qual deve ser a prescrição?

- (A) A dose inicial para administrar a insulina basal é de 10 UI (ou 0,1 a 0,2 UI/kg de peso), ao deitar, mantendo os ADO já em uso.
- (B) Os ajustes na dose da insulina não podem ser feitos pelo próprio paciente. O médico tem que observar o diário do paciente e caso a glicemia de jejum seja consistentemente maior do que 180 mg/dL, deve recomendar o aumento de 4 UI na dose da insulina ao deitar.
- (C) Devido à resistência à insulina comumente apresentada pelos pacientes com diabetes melito tipo 2, a dose inicial de insulina no diabetes melito tipo 2 deve ser 0,5 UI/kg de peso/dia.
- (D) Em comparação com a insulina NPH U100, a glargina U00 está associada a melhor controle glicêmico e deve ser preferida para pessoas com mais de 65 anos de idade.

19

Mulher, 74 anos de idade, hipertensa, diabética em uso de hidroclorotiazida 25 mg, metformina 2 g ao dia, omeprazol 20 mg ao dia, foi admitida com náuseas intermitentes, vômitos, tremores nas mãos e delírio. Exames laboratoriais mostraram hipocalcemia, hipomagnesemia e hipocalcemia com paratormônio normal. Ao exame físico, apresentava nistagmo horizontal. Realizou ressonância magnética cerebral que foi negativa. Qual a principal hipótese diagnóstica?

- (A) Acidose láctica induzida por metformina.
- (B) Ataque isquêmico transiório.
- (C) Hipomagnesemia induzida por omeprazol.
- (D) Hipocalcemia e hipomagnesemia induzida por tiazídicos.

20

Paciente gestante de 10 semanas foi encaminhada pela obstetra, pois realizou exames de pré-natal que apresentaram os seguintes valores: TSH < 0,1mUI/L e T4 livre normal. Refere que vem apresentando hiperêmese e perda de peso. Ao exame físico, apresentou tireoide discretamente aumentada à palpação. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

- (A) Doença de Graves.
- (B) Tirotoxicose transitória gestacional.
- (C) Hipertireoidismo fictício.
- (D) Os valores de TSH são considerados normais para a idade gestacional.

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 21 A 24

Paciente do sexo masculino, com 6 anos e 6 meses de idade, trazido pela mãe, com queixa de ganho excessivo de peso a partir dos 4 anos de idade. A mãe refere que o filho nasceu de parto normal, teve choro fraco e má sucção, com muita dificuldade no aleitamento materno. Depois dos 4 anos de idade, começou a ganhar peso, desenvolvendo um apetite compulsivo e insaciável, com procura obsessiva por alimentos. Recentemente, começou a apresentar um comportamento impulsivo e repetitivo de beliscar, arranhar, coçar e cutucar a própria pele, causando escoriações. Refere que ele sustentou a cabeça com 8 meses, sentou-se com apoio e engatinhou com 1 ano, ficou em pé com apoio com 1 ano e meio, falou as primeiras palavras com 2 anos e andou com 2 anos e meio. Está no 1º ano do ensino fundamental, mas tem dificuldade no aprendizado e no relacionamento com os colegas, devido à teimosia e comportamento agressivo com acessos de raiva. Ao exame clínico, apresenta lábio superior fino com os cantos virados para baixo, olhos amendoados com diâmetro bifrontal diminuído, além de lesões de pele autoinfligidas nos antebraços e nas coxas. O peso foi de 28 kg (IMC de 25,4 kg/m²; escore Z-IMC +4,8) e a estatura 105 cm (escore Z-estatura -2,7).

21

Em relação ao caso apresentado, é correto afirmar que a alteração genética mais frequente, na condição clínica do paciente, é a

- (A) dissomia paterna do cromossomo 15.
- (B) dissomia materna do cromossomo 15.
- (C) deleção do segmento 15q11-13 de origem paterna.
- (D) deleção do segmento 15q11-13 de origem materna.

22

A alteração hormonal associada à condição clínica do paciente é:

- (A) Aumento da ghrelina e deficiência de hormônio de crescimento.
- (B) LH e FSH elevados e testosterona diminuída.
- (C) Diminuição de leptina e aumento da kisspeptina.
- (D) Aumento de IGF-1 e redução de LH e FSH.

23

Assinale a alternativa correta em relação ao tratamento dessa condição clínica.

- (A) O uso de somatostatina pode levar à redução da hiperfagia pelo seu efeito em reduzir a hiperinsulinemia.
- (B) O tratamento com GH pode aumentar a estatura final, melhorar a composição corporal e reduzir o IMC.
- (C) O topiramato, associado a análogos de ghrelina desacilada, é eficaz na redução do IMC.
- (D) A oxitocina intranasal promove melhora significativa dos sintomas comportamentais, mas não do IMC.

24

O quadro clínico do paciente é sugestivo de síndrome de

- (A) Smith-Magenis.
- (B) Bardet-Biedl.
- (C) Schaaf-Yang.
- (D) Prader-Willi.

25

Paciente do sexo feminino, 36 anos de idade, realizou exames solicitados pelo médico ginecologista com intenção de engravidar. Assintomática. Sem antecedentes patológicos. Mãe faz tratamento de hipotireoidismo. Ao exame clínico, apresentou peso de 56 kg, IMC de 20,5 kg/m², FC de 68 bpm, PA de 110x60 mmHg. Tireoide normal à palpação.

• Exames laboratoriais:

- T4L: 1,0 ng/dL
- TSH: 4,3 mUI/L
- AntiTPO: positivo

Assinale a alternativa que apresenta a conduta adequada.

- (A) Iniciar levotiroxina.
- (B) Aguardar a gestação para iniciar levotiroxina.
- (C) Não há indicação de tratamento, pois TSH está dentro do valor de referência.
- (D) Pedir ultrassonografia de tireoide.

26

Menina de 8 anos de idade em consulta de rotina. Sua mãe queixa-se de dificuldade de aprendizagem e que o pai tem uma alteração de exames de tireoide que não precisa de tratamento. Ao exame físico, observa-se FC de 100 bpm e tireoide com o volume aumentado (1 vez o volume normal).

• Exames laboratoriais:

- TSH: 2,5 mUI/L (VR: 0,4 a 4,0)
- T4L: 2,8 ng/dL (VR: 0,8 a 1,9).

Assinale a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável.

- (A) Tireotoxicose factícia.
- (B) Tumor produtor de TSH.
- (C) Resistência aos hormônios tireoidianos.
- (D) Excesso de globulina transportadora de tiroxina (TBG).

TEXTO PARA AS QUESTÕES 27 E 28

Homem, 68 anos de idade, é levado ao pronto-socorro devido a uma confusão mental, redução de apetite, náuseas, vômitos e dor em região abdominal, iniciados há 5 dias. Trata-se de um paciente portador de câncer de próstata com metástases ósseas, o que lhe causa muita dor, justificando o uso de morfina em doses elevadas de 4/4h para controle algico. Ao exame físico, encontrava-se com pressão normal; FC de 100 bpm, confuso, verbalizando palavras desconexas de difícil compreensão, sem sinais de localização.

- Exames laboratoriais:
- Creatinina: 2,21 mg/dL
- Ureia: 120 mg/dL
- Hemoglobina: 9,5 g/dL
- PCR: 8 mg/L
- Cálcio: 13,5 mg/dL

27

Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Hipercalcemia da malignidade.
- (B) Hiperparatireoidismo primário.
- (C) Intoxicação por opioides.
- (D) Mieloma múltiplo.

28

Em relação ao caso apresentado, qual a conduta imediata?

- (A) Administração de cinacalcet endovenoso.
- (B) Naloxona endovenosa.
- (C) Hemodiálise.
- (D) Soro fisiológico endovenoso.

29

Sobre massas na região selar, assinale a alternativa correta.

- (A) Os meningiomas são mais frequentes nos homens e manifestam-se por hiperprolactinemia e o tratamento é sempre cirúrgico.
- (B) Os adenomas hipofisários possuem apresentação clínica variável, na ressonância magnética apresentam sinal menor que o restante da hipófise em T1 e o tratamento depende do quadro clínico e secreção hormonal.
- (C) Os craniofaringiomas ocorrem nos primeiros anos de vida, apresentam aspecto homogêneo na ressonância magnética e o tratamento de escolha é a radioterapia.
- (D) Os cistos da bolsa de Rathke podem cursar com diabetes insípido, com achados variáveis na ressonância magnética e, diante da elevada probabilidade de crescimento, o tratamento é cirúrgico.

30

O teste de restrição hídrica é útil para diferenciar as diferentes formas de diabetes insípido, bem como a polidipsia primária. Sobre esse teste, assinale a alternativa correta.

- (A) Para um resultado preciso, o paciente deve atingir uma perda de peso $\geq 5\%$.
- (B) A resposta ao ADH é observada apenas nos pacientes com diabetes insípido central completo ou parcial.
- (C) Osmolaridade urinária < 300 mOsm/kg após restrição hídrica e DDAVP é observada em pacientes com diabetes insípido nefrogênico.
- (D) Na polidipsia primária, o paciente apresenta osmolaridade urinária > 750 mOsm/kg após restrição hídrica e DDAVP, bem como valores elevados de ADH.

31

Em relação à investigação laboratorial da acromegalia, assinale a alternativa correta.

- (A) Níveis de IGF-1 elevados para a idade são suficientes para o diagnóstico laboratorial.
- (B) O teste oral de tolerância à glicose deve ser realizado na presença de achados clínicos e valores de GH e IGF-1 normais.
- (C) No teste oral de tolerância à glicose, o valor de GH < 4 ng/mL exclui o diagnóstico.
- (D) Na presença de achados clínicos, a investigação inicial inclui dosagem de GH e IGF-1.

32

Após um ano de tratamento com metformina, um paciente apresenta HbA1c de 8,5%. Qual das seguintes opções de tratamento é a mais apropriada para a próxima etapa, considerando que o paciente é obeso e tem história de doença cardiovascular?

- (A) Aumentar a dose de metformina.
- (B) Adicionar um agonista do GLP-1.
- (C) Introduzir uma sulfonilureia.
- (D) Prescrever insulina basal.

33

De acordo com as diretrizes atuais, qual é a abordagem recomendada para o tratamento inicial do diabetes tipo 2 em pacientes com HbA1c $\geq 7,5\%$?

- (A) Iniciar metformina e considerar a adição de um inibidor de SGLT2.
- (B) Iniciar agonista de GLP1.
- (C) Prescrever sulfonilureia como monoterapia.
- (D) Recomendar apenas intervenções de estilo de vida.

34

Em pacientes com risco cardiovascular de 5 a 7,4%, qual fator pode levar à recomendação de terapia com estatinas?

- (A) LDL-C <100 mg/dL.
- (B) LDL-C >160 mg/dL.
- (C) Idade acima de 65 anos.
- (D) Presença de hipertensão.

35

Mulher, 22 anos de idade, portadora de asma (*sic*), procurou o pronto atendimento com quadro de tosse produtiva, febre e náuseas há 2 dias. Ao exame físico, apresentou REG, desidratada, FC de 110 bpm, PA de 100x50 mmHg, Temp. 38 °C, Sat. O₂ de 90%. Ausculta pulmonar com crepitação em base do pulmão esquerdo, sem sibilos. Raio X de tórax revelou imagem sugestiva de broncopneumonia em base pulmonar esquerda. Medicamentos em uso: dipirona 1cp 2x dia, prednisolona (1cp, 20 mg ao dia). Há 2 meses iniciou uso de prednisolona sem supervisão médica, devido à dificuldade para respirar (crise de asma). A paciente relata que a medicação terminou há 3 dias. A paciente foi internada para hidratação e início de antibioticoterapia endovenosa. Evolução: 5º dia de antibioticoterapia, apesar da reposição volumétrica endovenosa e antibioticoterapia, a paciente apresentava anorexia, náuseas e hipotensão postural. Quadro infeccioso sem melhora significativa. Em relação à evolução da paciente, pode-se afirmar:

- (A) A evolução é a esperada para o quadro infeccioso. Conduta: aumentar fisioterapia respiratória, estimular a saída do leito e a deambulação.
- (B) A realização de tomografia de tórax deve ser realizada a partir do 7º dia de antibioticoterapia para avaliação da condição infecciosa pulmonar e possível mudança terapêutica.
- (C) O acompanhamento dos níveis pressóricos, frequência cardíaca, hemograma e Proteína C Reativa (PCR) devem ser monitorados e de acordo com os resultados, avaliar a mudança do esquema de antibioticoterapia completados 5 dias do uso do antibiótico.
- (D) A condição de insuficiência adrenal secundária, provavelmente, está contribuindo para a evolução desfavorável da paciente. Conduta: dosagem de cortisol e ACTh e introdução de glicocorticoide.

36

Para quais pacientes o tratamento com estatinas é recomendado sem a necessidade de cálculo de risco cardiovascular?

- (A) Aqueles com LDL-C entre 160 e 189 mg/dL.
- (B) Aqueles com LDL-C ≥190 mg/dL.
- (C) Pacientes com diabetes e LDL-C < 190 mg/dL.
- (D) Pacientes com histórico familiar de CVD.

37

Mulher de 45 anos de idade realizou Tomografia Computadorizada (TC) de abdome durante a investigação de nefrolitíase. Um nódulo na suprarrenal direita é detectado no exame radiológico. Relata o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica há 6 anos e diabetes melito há 1 ano. Em uso regular de losartana 100 mg/dia e metformina 1 g/dia. Nega uso de outras medicações. Ao exame físico, apresentou IMC de 30,5 kg/m², PA de 150x100 mmHg, hirsutismo facial discreto, acantose nigricans em região cervical e axilas, presença de estrias violáceas no abdome e raiz das coxas. O exame físico dos diversos aparelhos, sem outras anormalidades. A TC identificou nódulo de 2,8 cm em suprarrenal direita com densidade inferior a 10u Hounsfield. Em relação à investigação dessa paciente, pode-se afirmar:

- (A) A realização de ressonância magnética de suprarrenais é necessária para complementação diagnóstica e definição da conduta cirúrgica.
- (B) A realização de punção do nódulo adrenal guiada por TC deve ser realizada para confirmar o diagnóstico de carcinoma de suprarrenal produtor de cortisol.
- (C) O padrão hormonal identificando níveis séricos de cortisol elevado e ACTh supresso, coletados às 8h da manhã, sugere o diagnóstico de adenoma de suprarrenal produtor de cortisol.
- (D) A determinação de níveis de cortisol salivar elevado na amostra coletada às 8h da manhã estabelece o diagnóstico de síndrome de Cushing.

38

Paciente de 18 anos de idade, mulher 46,xy com diagnóstico clínico-hormonal de insensibilidade androgênica completa. Deve-se preparar um relatório de encaminhamento para outro serviço. Quais características de exame físico, laboratorial e/ou radiológico provavelmente estariam descritas nesse relatório de encaminhamento?

- (A) Paciente procurou o endocrinologista com queixa de amenorreia primária e na ultrassonografia pélvica foi identificada a presença de derivados Mülllerianos (útero) e de próstata.
- (B) Paciente procurou o endocrinologista com queixa de amenorreia primária e nas dosagens hormonais basais, apresenta valores de LH elevado, FSH normal, testosterona elevados.
- (C) Paciente procurou o endocrinologista com queixa de amenorreia primária. No exame, observou-se aumento do tamanho do clitóris (início aos 14 anos de idade) sem outros sinais de virilização genital. Na RNM de pelve, foi identificada imagem tumoral em região parauterina direita.
- (D) Paciente procurou o endocrinologista com queixa de amenorreia primária, e na ultrassonografia pélvica, observou-se ausência de derivados Mülllerianos (útero) e de vagina; ovários presentes e de aspecto morfológico normal.

39

Paciente de 23 anos de idade, cariótipo 46,xy, portadora de insensibilidade completa do receptor de LH/HCG, foi encaminhada para tratamento. Qual esquema terapêutico deve-se propor para esta paciente?

- (A) Estrogenioterapia isolada contínua e dilatação vaginal com molde.
- (B) Estrogenioterapia isolada contínua associada à gonadectomia bilateral.
- (C) Estrogenioterapia isolada contínua, gonadectomia bilateral e dilatação vaginal com molde.
- (D) Estrogenioterapia contínua associada a progestágenos cíclicos e gonadectomia bilateral.

40

Paciente de 45 anos de idade, assintomática, realizou USG de tireoide no *check up* ginecológico e foi encontrado um nódulo sólido, hipoeoico, de contornos regulares, mais largo do que alto e sem calcificações que media 1,6 x 1,3 x 1,0 cm. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para o caso.

- (A) Indicar PAAF.
- (B) Acompanhamento com novo USG futuro.
- (C) Encaminhar para tireoidectomia.
- (D) Dosar tireoglobulina.

