

CONCURSO PÚBLICO PARA MÉDICO E MÉDICO PLANTONISTA - PREFEITURA DE SANTANA DE PARNAÍBA, SP.

EDITAL N.º 05/2026.

PROVA OBJETIVA.

ESPECIALIDADE: MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA .

Leia atentamente as INSTRUÇÕES:

1. Não será permitido ao candidato realizar as provas usando óculos escuros, (exceto para correção visual, ou fotofobia, desde que informe no ato da inscrição), ou portando aparelhos eletrônicos, (mesmo desligados), celular, qualquer tipo de relógio, chaves, carteira, bolsa, acessórios que cubram o rosto, a cabeça, ou parte desta.
2. Será eliminado deste Concurso Público, o candidato que fizer uso do celular e/ou aparelho eletrônico, no local onde está ocorrendo o mesmo; o candidato cujo celular e/ou aparelho(s) eletrônico(s), mesmo desligado(s), emitir(em) qualquer som, durante a realização das provas. No decorrer de todo o tempo em que permanecer no local, onde ocorre o Concurso Público, o candidato deverá manter o celular desligado, sendo permitido ativá-lo, somente após ultrapassar o portão de saída do prédio.
3. **Sob pena de ser eliminado deste Concurso Público**, o candidato poderá manter em cima da sua carteira apenas lápis, borracha, caneta, um documento de identificação, lanche, (exceto líquido). **Outros pertences**, antes do início das provas, o candidato deverá acomodá-los **embaixo de sua cadeira**, sob sua guarda e responsabilidade.
4. Confira se sua prova tem **30 questões**, cada qual com **04 alternativas**.
5. Verifique seus dados no cartão-resposta, (nome, número de inscrição e o cargo para o qual se inscreveu), **ASSINE** o mesmo.
6. Preencha toda a área do cartão-resposta correspondente à alternativa de sua escolha, com caneta esferográfica, (tinta azul, ou preta), sem ultrapassar as bordas. As marcações duplas, rasuradas, ou marcadas diferentemente, do modelo estabelecido no cartão-resposta, serão anuladas.
7. Observe as orientações apresentadas no cartão-resposta. O mesmo não será substituído, salvo se contiver erro de impressão.
8. Aguarde a autorização do fiscal para abrir o caderno de provas. Ao receber a ordem, confira-o com muita atenção. Nenhuma reclamação sobre o total de questões, ou falha de impressão, será aceita depois de iniciada a prova. Caberá apenas ao candidato a interpretação das questões, o fiscal não poderá fazer nenhuma interferência.
9. A Prova Objetiva terá duração máxima de **3h, (três horas)**, incluso o tempo destinado ao preenchimento do cartão-resposta.
10. O candidato poderá retirar-se do local da prova somente **1h, (uma hora)**, após seu início, levando o caderno de prova.
11. Ao terminar sua prova, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o cartão-resposta preenchido, assinado e retirar-se do recinto, onde está ocorrendo a mesma, não lhe sendo mais permitido o uso do banheiro e bebedouro.
12. Os **3, (três)**, candidatos que terminarem a prova por último, deverão permanecer na sala, só poderão sair juntos, após o fechamento do envelope, contendo os cartões-respostas dos candidatos presentes e ausentes, assinarem no referido envelope, atestando que este foi devidamente lacrado.

BOA PROVA!

POLÍTICAS DE SAÚDE.

1. Uma mulher de 58 anos, com hipertensão e diabetes, procura uma Unidade Básica de Saúde por perda de peso, tosse persistente e sudorese noturna há 3 semanas. O médico considera tuberculose pulmonar, neoplasia pulmonar e infecção bacteriana como diagnósticos diferenciais. Sobre a atuação do SUS nesse caso, assinale a alternativa correta.

- a) A universalidade determina que pacientes com maior risco epidemiológico tenham prioridade absoluta, independentemente, da gravidade clínica apresentada.
- b) A universalidade restringe o acesso aos serviços especializados aos pacientes, previamente, acompanhados pela Atenção Primária.
- c) A equidade estabelece que todos os pacientes devem receber exatamente os mesmos recursos diagnósticos e terapêuticos, independentemente de suas necessidades.
- d) A integralidade permite articular ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento, considerando-se as necessidades individuais da paciente e os diferentes níveis de atenção.

2. Uma equipe de Saúde da Família identifica aumento de internações por descompensação de insuficiência cardíaca em seu território. Ao analisar os prontuários, percebe baixa adesão ao tratamento, dificuldade de acesso aos medicamentos e ausência de acompanhamento após as altas hospitalares. A equipe decide reorganizar seu processo de trabalho.

Qual conduta melhor caracteriza a lógica da Estratégia Saúde da Família?

- a) Realizar campanhas educativas gerais sobre insuficiência cardíaca, sem necessidade de estratificação de risco, pois ações coletivas devem ser priorizadas pela Estratégia Saúde da Família.
- b) Priorizar consultas individuais para os pacientes com maior número de internações, mantendo o encaminhamento para a atenção especializada como principal estratégia de redução das hospitalizações.
- c) Utilizar dados do território para identificar vulnerabilidades, organizar busca ativa e acompanhamento longitudinal dos pacientes, articulando o cuidado com outros pontos da rede de atenção.
- d) Concentrar as ações nos pacientes já cadastrados pela equipe, pois a adesão territorial limita o atendimento de pessoas pertencentes a outras áreas.

3. Uma mulher de 52 anos, assintomática, apresenta história familiar de câncer colorretal em um irmão diagnosticado aos 48 anos. Após avaliação individualizada de risco, a equipe orienta a realização periódica de colonoscopia, antes da idade habitualmente indicada para a população geral.

Essa intervenção corresponde à:

- a) Prevenção primária, por reduzir a probabilidade de desenvolvimento futuro de câncer colorretal.
- b) Prevenção secundária, por buscar identificar precocemente uma doença em fase inicial, antes do surgimento de manifestações clínicas.
- c) Prevenção quaternária, por evitar complicações relacionadas ao diagnóstico tardio de neoplasias.
- d) Prevenção terciária, por reduzir a mortalidade associada ao câncer colorretal em indivíduos de maior risco.

4. Um município de pequeno porte apresenta dificuldade para ofertar determinados procedimentos ambulatoriais especializados à sua população. Em discussão regional, os gestores definem que parte desses serviços será disponibilizada em um município de referência, mantendo-se a responsabilidade local pelas ações de atenção básica e pelo acompanhamento dos usuários.

Considerando-se a NOAS-SUS 01/02, essa organização está relacionada, principalmente, ao

princípio de:

- a) Municipalização integral da assistência, pela qual cada município deve assegurar diretamente todos os serviços necessários à sua população, independentemente, de sua capacidade instalada.
- b) Regionalização da assistência, com organização de redes hierarquizadas e estabelecimento de referências intermunicipais para garantir acesso aos diferentes níveis de atenção.
- c) Autonomia municipal plena, segundo a qual a definição dos fluxos assistenciais deve ocorrer, exclusivamente, dentro dos limites territoriais de cada município.
- d) Descentralização administrativa, que determina a transferência da totalidade dos serviços especializados para os municípios de maior porte.

5. Em determinado município, a equipe de saúde identifica aumento de casos de diarreia em diferentes bairros. A análise demonstra concentração dos casos em áreas com abastecimento irregular de água. A gestão decide integrar informações epidemiológicas, ações de saneamento, educação em saúde e acompanhamento da ocorrência dos casos. Essa abordagem representa uma característica central do modelo de Vigilância em Saúde por quê?

- a) Concentra a atuação sobre doenças transmissíveis mediante identificação dos casos e adoção de medidas específicas após a confirmação diagnóstica.
- b) Prioriza a assistência individual aos indivíduos sintomáticos, utilizando os atendimentos realizados nos serviços de saúde como principal fonte para organização das ações.
- c) Fundamenta-se na oferta programada de consultas e procedimentos segundo a demanda espontânea identificada nos estabelecimentos assistenciais.
- d) Articula diferentes ações e setores a partir da análise do território e dos determinantes do processo saúde-doença, buscando intervir sobre riscos, danos e condições de vida.

CLÍNICA MÉDICA - COMUM A TODOS OS CARGOS.

6. Um homem de 58 anos, com hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e fração de ejeção reduzida, é internado por descompensação volêmica. Faz uso de Furosemida, Espironolactona e Carvedilol. Após 4 dias de tratamento, apresenta palpitações e episódio de pré-síncope. Ao exame, está consciente, PA 104/68 mmHg e FC 54 bpm. O ECG demonstra ritmo sinusal, ondas T de baixa amplitude, discreto infradesnívelamento difuso do segmento ST e ondas U proeminentes nas derivações precordiais, com aparente prolongamento do intervalo QT. Exames laboratoriais: $K^+ = 2,3$ mEq/L, $Mg^{2+} = 1,4$ mg/dL, $Na^+ = 137$ mEq/L e creatinina = 1,4 mg/dL. O paciente não apresenta diarreia ou vômitos. Tendo em vista o conjunto clínico-eletrocardiográfico, qual das alternativas melhor explica o achado do ECG e o risco arritmico desse paciente?

- a) A hipocalemia, potencializada pela hipomagnesemia, promove alterações da repolarização com ondas U proeminentes e pode produzir aparente prolongamento do QT; nesse contexto, há risco aumentado de extrassístoles ventriculares, taquicardia ventricular e torsades de pointes.
- b) O aparente prolongamento do QT, praticamente, exclui distúrbio relacionado ao potássio, devendo-se considerar como hipótese principal síndrome do QT longo congênito, precipitada pelo uso de betabloqueador.
- c) A hipocalemia produz, predominantemente, atraso da condução intraventricular, justificando o infradesnívelamento do ST e o prolongamento verdadeiro do QT, sendo a bradicardia o principal marcador de risco de fibrilação ventricular.
- d) A presença de ondas U proeminentes associada à bradicardia é mais característica de hipercalemia moderada, enquanto o valor reduzido do potássio representa, provavelmente, uma alteração laboratorial sem relação causal com o ECG.

7. Homem, 69 anos, previamente independente, é levado pela esposa por apresentar, há aproximadamente 2 anos, dificuldade progressiva para administrar as próprias finanças, esquecer compromissos e repetir perguntas. Nos últimos 8 meses, passou a apresentar episódios nos quais permanece aparentemente “desligado”, alternando momentos de maior lucidez com períodos de importante desatenção. A esposa relata ainda alucinações visuais bem formadas, nas quais o paciente descreve pessoas e animais dentro de casa, além de sonhos muito vívidos nos quais ele grita e movimentava intensamente os braços e as pernas. Ao exame neurológico, apresenta bradicinesia e rigidez, sem tremor de repouso significativo. Não há história de acidente vascular cerebral prévio, déficits neurológicos focais ou início abrupto dos sintomas. A ressonância magnética evidencia apenas alterações involutivas discretas.

Com base na apresentação clínica, qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Demência frontotemporal, variante comportamental.
- b) Doença de Alzheimer.
- c) Demência vascular.
- d) Demência com corpos de Lewy.

8. Mulher de 74 anos, hipertensa e independente para as atividades diárias, é internada para correção eletiva de fratura de colo de fêmur. Na avaliação pré-operatória, encontra-se afebril, hemodinamicamente estável e sem queixas urinárias. Nega disúria, urgência, polaciúria, dor suprapúbica ou lombar. O exame de urina revela leucocitúria e bacteriúria. A urocultura, coletada, posteriormente, apresenta crescimento de Escherichia coli em concentração significativa. A equipe solicita avaliação para definir a necessidade de antibioticoterapia antes da cirurgia. Sobre esse caso, assinale a conduta mais adequada.

- a) Adiar, obrigatoriamente, a cirurgia até que a urocultura se torne negativa, pois a bacteriúria assintomática aumenta, substancialmente, o risco de infecção da prótese ortopédica.
- b) Não tratar a bacteriúria com antimicrobianos, pois a paciente não apresenta sintomas urinários e será submetida a uma cirurgia ortopédica que não envolve manipulação do trato urinário.
- c) Iniciar antimicrobiano empírico para cistite, pois a leucocitúria na ausência de sintomas urinários é suficiente para estabelecer o diagnóstico de infecção urinária.
- d) Iniciar antimicrobiano direcionado à Escherichia coli, pois a presença de bacteriúria significativa associada à leucocitúria em uma paciente idosa indica infecção urinária e aumenta o risco de complicações pós-operatórias.

9. Homem de 64 anos, com hipertensão arterial e doença renal crônica estágio 3, procura atendimento por dor intensa e edema no joelho direito, iniciados, subitamente, durante a madrugada. Relata que, aproximadamente há 2 anos, apresentou episódio semelhante no primeiro pododáctilo direito, com resolução espontânea após alguns dias. Faz uso de Hidroclorotiazida há 8 anos. Ao exame, apresenta joelho intensamente edemaciado, quente e eritematoso, com importante limitação da mobilidade. Temperatura axilar de 36,8 °C, sem alterações do estado geral. A artrocentese demonstra líquido sinovial inflamatório, com predomínio de neutrófilos. Na microscopia sob luz polarizada, são identificados cristais intracelulares alongados, que apresentam birrefringência negativa. Considerando-se o quadro clínico, os achados da análise do líquido sinovial e as opções terapêuticas disponíveis, assinale a alternativa correta.

- a) O diagnóstico mais provável é artrite séptica; a intensidade do processo inflamatório articular justifica tratamento antimicrobiano empírico e investigação complementar para identificação do agente etiológico.
- b) O diagnóstico mais provável é artrite por deposição de urato monossódico; para o episódio agudo, deve-se escolher tratamento anti-inflamatório levando em consideração a função renal, após o controle da crise avaliar a indicação de terapia para redução sustentada da concentração sérica de ácido úrico.

- c) O diagnóstico mais provável é artrite reumatoide; após o controle da manifestação articular, deve-se iniciar tratamento modificador da doença para prevenir novas manifestações articulares.
- d) O diagnóstico mais provável é artrite por deposição de pirofosfato de cálcio; para o episódio agudo, deve-se instituir tratamento anti-inflamatório e, após a resolução da crise, investigar condições associadas à deposição desses cristais.

10. Homem de 67 anos, com hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, apresenta insuficiência cardíaca com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 28%. Após tratamento da congestão, encontra-se em classe funcional II, sem dispneia em repouso, sem edema e com pressão arterial de 112/70 mmHg. Frequência cardíaca de 68 bpm, em ritmo sinusal. Exames laboratoriais mostram creatinina de 1,4 mg/dL, taxa de filtração glomerular estimada de 48 mL/min/1,73 m² e potássio de 4,6 mEq/L.

Atualmente, utiliza Enalapril e Carvedilol em doses baixas. Não apresenta hipotensão sintomática, hipercalemia ou outras contraindicações relevantes ao tratamento farmacológico. Tendo em conta as terapias capazes de modificar o prognóstico na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, qual é a estratégia mais adequada?

- a) Manter o tratamento atual e acrescentar Digoxina como principal medida para redução da mortalidade, deixando os demais medicamentos para uma etapa posterior, caso persistam sintomas.
- b) Manter o betabloqueador, introduzir um antagonista do receptor mineralocorticoide e um inibidor do cotransportador de sódio-glicose tipo 2 e, quando possível, substituir o inibidor da enzima conversora da angiotensina por Sacubitril/Valsartana, com monitorização da função renal, pressão arterial e potássio.
- c) Priorizar a elevação do Enalapril até a dose máxima tolerada antes da introdução das demais terapias, pois a otimização de uma classe deve ser concluída antes do início de outra.
- d) Suspender o Carvedilol e manter apenas o Enalapril associado ao diurético de alça, pois a utilização simultânea de múltiplas classes capazes de reduzir a pressão arterial aumenta o risco de descompensação.

11. Um homem de 62 anos, com hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2, apresenta Taxa de Filtração Glomerular estimada, (TFGe), de 38 mL/min/1,73 m², mantida em duas avaliações realizadas com intervalo de 4 meses. A relação albumina/creatinina urinária é de 180 mg/g, também persistente nesse período. Considerando-se os critérios atuais para classificação da Doença Renal Crônica, (DRC), aponte a alternativa correta.

- a) O paciente apresenta DRC G4 A2, pois uma TFGe inferior a 60 mL/min/1,73 m² caracteriza doença renal crônica avançada.
- b) O paciente apresenta DRC G3a A2, pois valores de TFGe entre 30 e 59 mL/min/1,73 m² são classificados como G3a.
- c) O paciente apresenta DRC G3b A2, caracterizada por redução moderada a importante da TFGe e albuminúria moderadamente aumentada.
- d) O paciente apresenta DRC G2 A2, pois a classificação da DRC é determinada, principalmente, pela presença de albuminúria, independentemente da TFGe.

12. Um homem de 64 anos procura atendimento por cansaço progressivo, língua dolorosa e sensação de formigamento nos pés, com evolução de aproximadamente 7 meses. Refere que passou a apresentar dificuldade para caminhar em ambientes escuros e episódios de desequilíbrio. Nega perda de sangue, etilismo e uso de medicamentos. Ao exame, apresenta palidez cutaneomucosa, glossite e redução da sensibilidade vibratória nos membros inferiores. O hemograma mostra hemoglobina de 8,7 g/dL, hematócrito de 26%, VCM de 116 fL, leucócitos de 3.400/mm³ e plaquetas de 118.000/mm³. No esfregaço periférico, observam-se hemácias aumentadas de tamanho e neutrófilos com cinco ou mais segmentos. A contagem de reticulócitos está reduzida. Bilirrubina indireta e LDH estão elevadas. TSH, creatinina e provas

hepáticas são normais. Diante desse quadro, qual é a melhor abordagem diagnóstica?

- a) Solicitar apenas dosagem de folato, pois alterações hematológicas semelhantes são mais, frequentemente, provocadas pela deficiência dessa vitamina.
- b) Solicitar dosagem de vitamina B12 e folato, considerando, especialmente, a possibilidade de deficiência de vitamina B12 diante da associação entre alterações hematológicas e manifestações neurológicas.
- c) Solicitar ferritina e saturação de transferrina como investigação inicial, pois a deficiência de ferro é a principal causa nutricional de anemia.
- d) Solicitar, imediatamente, mielograma e biópsia de medula óssea, pois a presença simultânea de anemia, leucopenia e plaquetopenia indica doença primária da medula óssea.

13. Puérpera de 24 anos, no terceiro dia após parto vaginal, relata dor intensa nos mamilos durante as mamadas e refere que o recém-nascido permanece longos períodos ao seio, mas parece insatisfeito após algumas mamadas. Durante a observação de uma mamada, o bebê encontra-se voltado para a mãe, porém, mantém o pescoço discretamente rodado. A boca está parcialmente aberta, com pequena porção da aréola visível acima e abaixo dos lábios. O lábio inferior encontra-se evertido, mas o queixo não toca a mama. Durante a sucção, são observados movimentos rápidos e superficiais, com estalos ocasionais. Tendo em vista as recomendações para avaliação da técnica de amamentação, assinale a alternativa correta.

- a) A mamada deve ser interrompida e a pega refeita, buscando posicionar o bebê de frente para a mãe, com cabeça e tronco alinhados, corpo próximo ao materno, boca bem aberta e maior parte da aréola dentro da boca, especialmente sua porção inferior, permitindo que o queixo se aproxime da mama.
- b) A mãe deve oferecer, inicialmente, apenas o mamilo, aguardando que o bebê realize movimentos de sucção para, posteriormente, introduzir a aréola, pois a entrada precoce de grande quantidade de tecido mamário pode dificultar a sucção.
- c) A mãe deve manter a posição atual e realizar ordenha manual da mama antes de cada mamada, pois a dor inicial e a sucção superficial são esperadas durante os primeiros dias após o parto.
- d) A mãe deve comprimir a mama com os dedos formando um formato semelhante a um “C” próximo ao mamilo durante toda a mamada, pois essa manobra facilita a entrada do mamilo e da aréola na boca do bebê.

14. Uma menina de 2 anos e 6 meses é levada ao pronto-socorro por recusa em apoiar o membro inferior esquerdo. A responsável informa que a criança havia caído de um sofá, aproximadamente 24 horas antes e que, desde então, passou a mancar. Ao exame, observa-se equimose discreta em região lateral da coxa e dor à mobilização do membro. A radiografia evidencia fratura diafisária do fêmur esquerdo. Durante a avaliação, a criança permanece retraída e evita contato físico com a responsável. Ao revisar os registros anteriores, o médico identifica três atendimentos nos últimos 10 meses: no primeiro, por traumatismo craniano sem perda de consciência; no segundo, por fratura de rádio; no terceiro, por queimadura superficial no dorso da mão. As circunstâncias descritas pelos acompanhantes foram distintas em cada episódio. Não há história conhecida de doença óssea, alteração do desenvolvimento ou uso prolongado de medicamentos. Após estabilização clínica, a equipe discute a necessidade de investigação complementar e de medidas de proteção. Dentre as alternativas escolha a melhor conduta para o caso.

- a) Realizar exame físico direcionado, exclusivamente, ao membro acometido e documentar as lesões relacionadas ao episódio atual, evitando registrar informações referentes a atendimentos anteriores que não tenham sido, previamente, classificados como casos de violência.
- b) Manter a investigação de causas médicas de fragilidade óssea quando clinicamente indicada, mas, paralelamente, considerar a possibilidade de violência, realizar exame físico completo em busca de outras lesões, registrar objetivamente os achados, relatos obtidos e proceder à notificação compulsória

diante da suspeita, independentemente de confirmação definitiva da autoria ou do mecanismo.

c) Priorizar a investigação de doenças associadas à fragilidade óssea, antes de qualquer comunicação aos órgãos de proteção, uma vez que fraturas na primeira infância apresentam amplo diagnóstico diferencial e a notificação precoce pode resultar em intervenção familiar indevida.

d) Realizar a notificação apenas após confirmação de que a queda relatada não seria, biomecanicamente, suficiente para produzir a fratura, pois a discrepância entre o mecanismo informado e a lesão constitui o principal critério objetivo para caracterização de violência física.

15. Uma mulher de 42 anos apresenta, há aproximadamente 10 meses, episódios recorrentes de prurido, ardor e descamação nas mãos. As manifestações inicialmente eram discretas, mas passaram a ocorrer com maior frequência nos últimos meses. Refere piora durante os dias de trabalho e melhora parcial em períodos prolongados afastada de suas atividades habituais. Ao exame, observam-se áreas eritematosas e descamativas, com fissuras superficiais e algumas pequenas vesículas, predominando nas regiões laterais dos dedos e no dorso das mãos. Não há lesões semelhantes nos pés, couro cabeludo, cotovelos ou joelhos. A paciente relata também episódios ocasionais de eczema nas pálpebras, sem alterações sistêmicas. Usa regularmente sabonete líquido, creme hidratante e luvas durante o trabalho. Já utilizou corticosteroide tópico de média potência em períodos de piora, com melhora transitória e posterior recorrência. Baseado no quadro clínico, qual o melhor diagnóstico dentre as alternativas?

a) Considerar dermatite de contato como hipótese principal e realizar investigação dirigida dos possíveis agentes de exposição com teste de contato, quando houver suspeita de sensibilização relevante.

b) Considerar dermatofitose como hipótese principal e iniciar antifúngico sistêmico, mesmo sem acometimento dos pés ou evidência micológica, devido à recorrência após corticosteroide tópico.

c) Considerar dermatite atópica como hipótese principal e solicitar dosagem sérica de IgE total para confirmar o diagnóstico, antes de modificar o tratamento tópico.

d) Considerar psoríase palmoplantar como hipótese principal e realizar biópsia cutânea, pois a presença de vesículas e fissuras é característica dessa apresentação.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS.

16. Uma mulher de 38 anos apresenta ganho ponderal progressivo, principalmente em região abdominal e facial, fraqueza muscular proximal, equimoses espontâneas, estrias violáceas largas em abdome e hipertensão arterial de difícil controle. Exames laboratoriais mostram hiperglicemia, hipocalcemia e osteopenia. A dosagem de cortisol livre urinário de 24 horas está elevada em três determinações e o cortisol salivar noturno encontra-se persistentemente aumentado. Após confirmação do hipercortisolismo endógeno, realiza-se teste de supressão com dexametasona em baixa dose, sem supressão do cortisol. A dosagem de ACTH encontra-se elevada. Considerando-se a fisiopatologia e a investigação etiológica da Síndrome de Cushing, qual é a alternativa correta?

a) O quadro é compatível com Síndrome de Cushing ACTH-dependente, presença de acth elevada direciona a investigação para doença de Cushing por adenoma hipofisário ou para produção ectópica de acth, sendo necessário diferenciar essas etiologias com exames específicos.

b) A presença de ACTH elevada confirma que a origem do hipercortisolismo é obrigatoriamente hipofisária, tornando desnecessária a investigação de produção ectópica de acth.

c) A hipocalcemia associada à hipertensão exclui Doença de Cushing Hipofisária, pois essas alterações são características, exclusivamente, da produção ectópica de ACTH.

d) A ausência de supressão do cortisol após Dexametasona em baixa dose confirma, isoladamente, a

presença de adenoma hipofisário produtor de acth, não sendo necessária a realização de outros testes para definir a etiologia.

17. Um homem de 42 anos apresenta hipertensão arterial de difícil controle, apesar do uso de três anti-hipertensivos. Durante a investigação, apresenta potássio sérico de 2,9 mEq/L e alcalose metabólica. A atividade de renina plasmática está reduzida e a concentração de aldosterona está elevada. Tendo em vista as principais causas de hipertensão endócrina, qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- a) Síndrome de Cushing por excesso de cortisol.
- b) Hipotireoidismo por redução da produção de hormônios tireoidianos.
- c) Hiperaldosteronismo primário por produção autônoma de aldosterona.
- d) Feocromocitoma por produção excessiva de catecolaminas.

18. Qual das alternativas apresenta, corretamente, a principal alteração fisiopatológica decorrente da deficiência do paratormônio, (PTH), no hipoparatiroidismo?

- a) A deficiência de PTH provoca hipocalcemia e hipofosfatemia, pois reduz diretamente a absorção intestinal de fosfato e aumenta sua eliminação renal.
- b) A redução do PTH provoca hipocalcemia e hiperfosfatemia, principalmente, pela diminuição da reabsorção renal de cálcio e da excreção renal de fosfato, além da redução da ativação renal da vitamina D.
- c) O hipoparatiroidismo caracteriza-se por níveis elevados de PTH associados à hipocalcemia, decorrentes, principalmente, da resistência periférica ao hormônio.
- d) A redução do PTH provoca hipercalcemia e hipofosfatemia, devido ao aumento da reabsorção renal de cálcio e à maior excreção renal de fosfato.

19. A Ginecomastia é caracterizada pelo aumento benigno do tecido glandular mamário masculino e pode ocorrer em diferentes fases da vida, especialmente, durante a puberdade e o envelhecimento. Sua fisiopatologia está relacionada, principalmente, ao equilíbrio entre os efeitos dos estrogênios e dos andrógenos sobre o tecido mamário. Alterações hormonais, doenças endócrinas, condições hepáticas ou renais e diversos medicamentos podem modificar essa relação e favorecer o crescimento glandular. Tendo em vista esse mecanismo, assinale a alternativa correta.

- a) A Ginecomastia ocorre, exclusivamente, devido ao aumento da concentração sérica de testosterona, que estimula diretamente a proliferação do tecido glandular mamário.
- b) A Ginecomastia resulta, principalmente, do aumento da razão entre a atividade estrogênica e androgênica no tecido mamário, podendo ocorrer por aumento da produção de estrogênios, redução da ação dos andrógenos ou pela combinação desses mecanismos.
- c) A Ginecomastia caracteriza-se, obrigatoriamente, por aumento da prolactina, sendo a hiperprolactinemia o principal mecanismo hormonal responsável pela proliferação mamária.
- d) A Ginecomastia é causada pela redução da atividade estrogênica associada ao aumento da ação dos andrógenos sobre o tecido mamário.

20. A Síndrome dos Ovários Policísticos, (SOP), é uma condição endócrino-metabólica frequente, caracterizada por alterações na função ovariana e pelo hiperandrogenismo. Sua apresentação pode envolver irregularidade menstrual, anovulação, acne, hirsutismo e dificuldade para engravidar. A fisiopatologia é complexa e envolve interação entre predisposição genética, excesso de andrógenos e resistência à insulina. Em razão dos principais aspectos diagnósticos e fisiopatológicos da SOP, assinale a alternativa correta.

- a) A elevação dos níveis de andrógenos é secundária exclusivamente à produção ovariana, não havendo participação da glândula adrenal ou alterações relacionadas à insulina.

- b) A presença obrigatória de ovários policísticos ao ultrassom é necessária para confirmar o diagnóstico, pois a ausência de alterações ovarianas exclui, definitivamente, a síndrome.
- c) A SOP caracteriza-se, obrigatoriamente, por obesidade e resistência à insulina, sendo essas alterações indispensáveis para o diagnóstico da síndrome.
- d) O diagnóstico da SOP pode ser estabelecido, após a exclusão de outras causas, pela presença de pelo menos dois dos três critérios de Rotterdam: oligo/anovulação, hiperandrogenismo clínico ou bioquímico e morfologia ovariana policística ao ultrassom.

21. Uma mulher de 42 anos apresenta ganho de peso progressivo, principalmente em face e tronco, fraqueza muscular, aparecimento de estrias violáceas no abdome e aumento da pressão arterial. Ao investigar o histórico, observa-se que ela utiliza prednisona em doses elevadas há vários meses para controle de uma doença inflamatória crônica. Diante desse quadro, qual é a principal causa das alterações apresentadas?

- a) Tumor produtor de ACTH.
- b) Adenoma adrenal.
- c) Síndrome de Cushing.
- d) Produção ectópica de ACTH.

22. Uma mulher de 68 anos apresenta surgimento progressivo de pelos grossos e escuros em região do queixo, lábio superior e tórax nos últimos dois anos. Também apresenta aumento da oleosidade da pele e queda de cabelos com padrão masculino. Na investigação hormonal, observa-se aumento de andrógenos. Analisando as alterações hormonais que ocorrem com o envelhecimento e o metabolismo dos hormônios sexuais, qual mecanismo pode contribuir para o quadro?

- a) Aumento da produção de progesterona.
- b) Redução da produção de andrógenos.
- c) Aumento da conversão de andrógenos em estrogênios.
- d) Redução da atividade da aromatase.

23. Um homem de 38 anos apresenta hipertensão arterial persistente, apesar do uso de três anti-hipertensivos. Durante a investigação, são observados episódios de fraqueza muscular e alterações eletrolíticas. Os exames laboratoriais demonstram hipocalcemia associada a níveis reduzidos de renina. Considerando-se as causas endócrinas de hipertensão arterial, qual alteração hormonal está mais diretamente relacionada a esse quadro?

- a) Insuficiência adrenal.
- b) Hipertireoidismo.
- c) Hipoparatiroidismo.
- d) Hiperaldosteronismo primário.

24. Uma mulher de 45 anos apresenta um nódulo tireoidiano identificado durante exame de rotina. A ultrassonografia demonstra características suspeitas, sendo indicada investigação citológica. Entre os diferentes tipos de neoplasias da tireoide, existem diferenças importantes quanto à origem celular, disseminação e prognóstico. Referindo-se aos principais tipos de câncer de tireoide, assinale a alternativa correta.

- a) O Carcinoma Anaplásico apresenta crescimento lento e excelente prognóstico, sendo mais comum em adultos jovens.
- b) O Carcinoma Folicular é o tipo mais frequente e apresenta disseminação, predominantemente, para linfonodos cervicais.
- c) O Carcinoma Papilífero é o tipo mais frequente de câncer de tireoide e geralmente apresenta disseminação preferencialmente por via linfática.

d) O Carcinoma Medular origina-se das células foliculares e está diretamente relacionado à produção de tiroxina.

25. Uma mulher de 29 anos apresenta aumento progressivo de pelos em face, tórax e abdome, associado a acne e irregularidade menstrual. Na avaliação laboratorial, observa-se elevação dos andrógenos circulantes. O hiperandrogenismo pode ter origem ovariana ou adrenal e também pode estar relacionado a alterações na conversão e no transporte dos hormônios sexuais. Considerando-se os mecanismos envolvidos, assinale a alternativa correta.

- a) A aromatase converte andrógenos em formas mais potentes de testosterona, aumentando diretamente a ação androgênica nos tecidos.
- b) A elevação da globulina ligadora de hormônios sexuais, (SHBG), aumenta a fração livre dos andrógenos e é uma causa frequente de hiperandrogenismo.
- c) O hiperandrogenismo feminino ocorre, exclusivamente, pelo aumento da produção de testosterona pelos ovários.
- d) O hiperandrogenismo pode resultar de aumento da produção de andrógenos pelos ovários ou pelas adrenais, além de alterações na conversão periférica e na disponibilidade dos hormônios sexuais.

26. Uma mulher de 32 anos apresenta hirsutismo, acne e ciclos menstruais irregulares. Na investigação, a testosterona total encontra-se dentro do limite de referência, porém, a testosterona livre está aumentada. A paciente apresenta também redução da concentração sérica de SHBG. Analisando a função dessa proteína no transporte dos hormônios sexuais, assinale a alternativa correta.

- a) A SHBG é responsável pela produção ovariana de testosterona e sua redução provoca aumento direto da síntese de andrógenos.
- b) A redução da SHBG aumenta a ligação da testosterona às proteínas plasmáticas, diminuindo sua fração livre e sua atividade biológica.
- c) O aumento da SHBG eleva a concentração de testosterona livre e, conseqüentemente, intensifica os sinais de hiperandrogenismo.
- d) A redução da SHBG aumenta a fração livre da testosterona, favorecendo sua ação nos tecidos e podendo contribuir para manifestações de hiperandrogenismo.

27. O Diabetes Mellitus tipo 1 e o tipo 2 apresentam mecanismos fisiopatológicos distintos, embora ambos resultem em hiperglicemia. No tipo 1, ocorre destruição das células beta pancreáticas, levando à deficiência absoluta de insulina. No tipo 2, há resistência à ação da insulina associada à deterioração progressiva da função das células beta. Tendo em vista os mecanismos de secreção e ação da insulina, além das diferenças metabólicas entre as duas formas da doença, assinale a alternativa correta.

- a) No Diabetes Mellitus tipo 1, a deficiência absoluta de insulina favorece lipólise e cetogênese, aumentando o risco de cetoacidose diabética; no tipo 2, a resistência insulínica coexistente com produção endógena residual de insulina, geralmente, reduz a tendência à cetogênese, embora não a elimine.
- b) No diabetes mellitus tipo 1, a resistência periférica à insulina é o mecanismo primário, enquanto a destruição das células beta ocorre, secundariamente, à hiperglicemia prolongada; no tipo 2, a deficiência absoluta de insulina é o evento inicial.
- c) No diabetes mellitus tipo 2, a hiperinsulinemia inicial representa aumento permanente da capacidade funcional das células beta, impedindo a progressão para deficiência secretória de insulina e tornando desnecessária a utilização de insulina exógena.
- d) No diabetes mellitus tipo 1, a presença de insulina endógena é suficiente para impedir a cetogênese, enquanto no tipo 2 a ausência completa de insulina favorece obrigatoriamente a ocorrência de cetoacidose diabética.

28. A osteoporose é uma doença caracterizada pela redução da resistência óssea, aumentando o risco de fraturas. É mais frequente em idosos e em mulheres após a menopausa, principalmente, devido à redução dos estrogênios. Sobre essa doença, assinale a alternativa correta.

- a) A osteoporose aumenta a densidade mineral óssea e fortalece os ossos.
- b) A osteoporose ocorre apenas em mulheres após a menopausa.
- c) A osteoporose aumenta o risco de fraturas por redução da massa óssea e alteração da qualidade da estrutura óssea.
- d) A osteoporose é causada, exclusivamente, pela deficiência de cálcio na alimentação.

29. Uma mulher de 50 anos apresenta cansaço, sonolência, ganho de peso, pele seca e intolerância ao frio. Após avaliação médica, é levantada a hipótese de hipotireoidismo. Qual alteração é mais característica dessa doença?

- a) Aumento da frequência cardíaca.
- b) Aumento da temperatura corporal.
- c) Perda de peso.
- d) Redução dos hormônios da tireoide.

30. Uma paciente apresenta dor na região anterior do pescoço, febre baixa e palpação dolorosa da tireoide. Os exames mostram elevação dos marcadores inflamatórios e alterações transitórias dos hormônios tireoidianos. Considerando-se o tratamento farmacológico das tireoidites, assinale a alternativa correta.

- a) Levotiroxina é sempre indicada na fase inicial da tireoidite subaguda.
- b) Anti-inflamatórios podem ser utilizados para controlar a dor e a inflamação na tireoidite subaguda.
- c) Metimazol é o tratamento principal da tireoidite subaguda.
- d) Antibióticos são obrigatórios em todas as tireoidites.

RASCUNHO.