



INCA

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER

CONCURSO PÚBLICO

CARGO 61:
TECNOLOGISTA JÚNIOR

ÁREA:
MEDICINA

ESPECIALIDADE:
ENDOCRINOLOGIA

CADERNO DE PROVAS – PARTE II
Conhecimentos Específicos e Discursiva

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

MANHÃ

- 1 Nesta parte II do seu caderno de provas, confira atentamente se os seus dados pessoais e os dados identificadores do seu cargo transcritos acima estão corretos e coincidem com o que está registrado em sua folha de respostas e em sua folha de texto definitivo da prova discursiva. Confira também o seu nome e o nome de seu cargo em cada página numerada desta parte de seu caderno de provas. Em seguida, verifique se o seu caderno de provas (partes I e II) contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondentes às provas objetivas, e a prova discursiva, acompanhada de espaço para rascunho. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais ou quanto aos dados identificadores do seu cargo, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da **folha de respostas**, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

A cura está ligada ao tempo e às vezes também às circunstâncias.

OBSERVAÇÕES

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet – www.cespe.unb.br.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Acerca da fisiologia tiroideana, julgue os itens que se seguem.

- 41 A 5'-desiodinase tipo 2 é inibida pelo ácido iopanoico e pelo propiltiouracil.
- 42 Um excesso agudo na concentração intratireoidea de iodeto aumenta transitoriamente a organificação do iodo, fenômeno conhecido como Wolff-Chaikoff.
- 43 O hipertireoidismo leva a um aumento da atividade das desiodinases tipo 1 e 3.
- 44 A pendrina, codificada pelo gene da síndrome de Pendred (PDS), é uma proteína transportadora de cloreto e iodeto. Mutação no gene PDS é uma causa genética de hipotireoidismo congênito, que cursa com bócio e surdez.
- 45 Na anorexia nervosa observamos inibição da 5'-desiodinase tipo 1 e da 5-desiodinase tipo 3. Ocorre ainda liberação de ácidos graxos insaturados, inibindo a ligação de T4 à TBG, contribuindo para a síndrome de T3-T4 baixos.

Com relação às patologias que acometem a glândula tireoide, julgue os itens a seguir.

- 46 Mutações do oncogene *gsp* estão presentes em alta percentagem dos nódulos de pacientes com bócio multinodular, e podem ser responsáveis pelo crescimento e funcionamento autônomo dos nódulos de tireoide, sobretudo em áreas deficientes de iodo.
- 47 É indicado para gestante com história de doença de Graves tratada no passado, atualmente eutireoidea, dosagem de TRAb durante avaliação pré-natal.
- 48 A mutação BRAF é mutuamente exclusiva em relação às demais alterações genéticas presentes no câncer de tireoide, não ocorrendo em casos onde foram identificados rearranjos RET/PTC ou RAS.
- 49 Mutações ativadoras no gene BRAF são a causa mais comum do carcinoma papilífero, presente em 50% dos casos, sendo de grande interesse na oncologia devido observação da presença de mutações em diversos outros tipos de câncer como o melanoma e o câncer folicular de tireoide.
- 50 O câncer anaplásico de tireoide pode resultar da desdiferenciação de um carcinoma papilífero, sendo mais prevalente nas áreas suficientes de iodo e podendo cursar, ainda que raramente, com hipercalcemia humoral por produção de PTH-rP.

Uma paciente com 20 anos de idade, procurou assistência médica com queixa de câimbras e parestesias. Os exames iniciais evidenciaram: cálcio = 7,2 mg/dL (VR: 8,6-10,3); fósforo = 6,1 mg/dL (VR: 2,7-4,5); PTH = 8,5 pg/nL (VR: 10-65); TSH = 9,3 mUI/mL (VR: 0,3-5); T4L = 1,2 ng/dL (VR: 0,9-1,7); anti-TPO = 456 UI/mL (VR: <35).

Acerca desse caso clínico e dos aspectos a ele relacionados, julgue os itens que se seguem.

- 51 O tratamento dessa paciente deve, preferencialmente, ser feito com carbonato de cálcio e vitamina D3.
- 52 Durante o tratamento a paciente deve ser monitorada quanto ao risco de nefrolitíase, nefrocalcinose e catarata, relacionados a níveis elevados do cálcio sérico.
- 53 A paciente em questão pode apresentar mutações no gene AIRE (gene regulador auto-imune), uma vez que o hipoparatiroidismo está presente em 50% a 70% dos casos de síndrome poliglandular auto-imune tipo 2.

Com relação às doenças osteometabólicas, julgue os itens subsequentes.

- 54 O tratamento com lítio em níveis terapêuticos pode levar à hipercalcemia com elevação do PTH, mimetizando um quadro laboratorial de hiperparatiroidismo, podendo resultar também em uma fenocópia virtual da hipercalcemia hipocalciúrica benigna, pela indução de hipocalciúria.
- 55 A hipercalcemia crônica pode comprometer a capacidade de concentração renal, originando sintomas de polidipsia e poliúria.
- 56 Concentrações plasmáticas de 25OH e vitamina D abaixo do limiar considerado suficiente para manutenção de uma secreção normal de PTH pelas paratireoides levam a um aumento na reabsorção óssea e também alterações no sistema neuromuscular, propiciando maior índice de quedas e aumentando o risco de fraturas.
- 57 A principal indicação de avaliação dos marcadores de remodelação óssea é a avaliação de resposta e(ou) aderência ao tratamento. Assim sendo, a osteocalcina e pró-peptídeos amino e carboxiterminal do pró-colágeno tipo I podem ser avaliados com um mês de tratamento, ao passo que a densitometria óssea só é indicada, no mínimo, após um ano.
- 58 O raloxifeno, apesar de induzir modesto aumento na DMO, reduz a incidência de fraturas vertebrais de modo comparável aos bisfosfonatos.
- 59 A hipocalcemia pode levar a uma diminuição do intervalo QT, bradicardia e insuficiência cardíaca refratária.

A respeito das patologias adrenais, julgue os itens subsequentes.

- 60 No hiperaldosteronismo primário, a hipocalemia induz intolerância glicídica, o que pode ser agravado pelo aumento dos níveis de leptina nesse pacientes, favorecendo a resistência insulínica e o surgimento de diabetes melito.
- 61 Elevação da atividade de renina plasmática e redução da aldosterona são resultados que favorecem o diagnóstico de insuficiência adrenal primária.
- 62 As formas de hiperplasia que cursam clinicamente com hipertensão arterial e hipocalemia devido à excessiva produção de deoxicorticosterona (DOC) são as que envolvem a deficiência de 11β -hidroxilase e deficiência de 17α -hidroxilase.
- 63 Após tratamento cirúrgico, a análise anatomopatológica e imunoistoquímica do Feocromocitoma oferece elevada acurácia na distinção entre as lesões malignas e as benignas.
- 64 Feocromocitomas malignos metabolizam as catecolaminas no seu interior exibindo níveis mais elevados de metanefrinas e dopamina, consequentemente com maior captação de ^{131}I MIBG.
- 65 Durante investigação etiológica de um paciente com hiperaldosteronismo primário (HAP) que apresenta ausência de elevação da aldosterona ao teste de estímulo postural, a resposta terapêutica à administração de espironolactona é preditiva de cura do HAP.
- 66 O teste de estímulo com ACTH é usado para definição de reserva adrenal. Estudos recentes demonstraram que 1 mg de ACTH apresenta alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico da insuficiência adrenal pré-clínica.

Considere que, em um paciente com 58 anos de idade, foi detectada em tomografia computadorizada realizada para investigação de um quadro de dor abdominal, uma lesão nodular de 4,2 cm na adrenal esquerda. Ao exame físico: IMC = 24 kg/m^2 , PA = 130/80 mmHg, FC = 72 bpm. O paciente negou alterações da PA, taquicardia, sudorese, dor torácica e outras alterações sugestivas de paroxismos. A bioquímica inicial evidenciou glicemia e lipidograma normais, com discreta hipercalcemia. A respeito desse caso clínico, julgue os itens seguintes.

- 67 A ausência de hipertensão nesse paciente torna improváveis os diagnósticos de hiperaldosteronismo e feocromocitoma.
- 68 Na ausência de supressão com 1 mg de dexametasona *overnight*, para esse paciente está indicada a dosagem de cortisol livre urinário, supressão com doses mais altas de dexametasona (2 mg e 8 mg) e teste de estímulo com CRH.
- 69 A síndrome de Cushing subclínica é comum entre as lesões clinicamente não secretoras.
- 70 Caso a lesão do paciente em questão seja não funcionante, tanto o seguimento apropriado como a ressecção cirúrgica são condutas apropriadas.

A respeito de doenças hipofisárias e hipotalâmicas, julgue os itens a seguir.

- 71 O hamartoma pode levar a acromegalia pela produção excessiva de GHRH e consequente formação de um adenoma secretor de GH.
- 72 Queda de cabelo e hipotireoidismo são possíveis efeitos colaterais dos análogos somatostatinicos de ação prolongada.
- 73 O macroprolactinoma constituiu a causa mais frequente de macroadenoma hipofisário.
- 74 Diante de diabetes *insipidus* central, geralmente há desaparecimento do ponto brilhante da hipófise posterior à ressonância magnética em T1.
- 75 Hormônios adeno-hipofisários, tais como LH, FSH, subunidade- α , TSH, ACTH e GH podem estar expressos na imunoistoquímica de adenomas clinicamente não funcionantes.

Considere que um homem, com 38 anos de idade, teve diagnóstico recente de macroadenoma hipofisário que apresenta extensão supra-selar, sem deslocamento do quiasma óptico, e para-selar a esquerda, com invasão do seio cavernoso. Com relação a esse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 76 Uma vez confirmado macroprolactinoma, o tratamento de escolha é com a bromocriptina por pelo menos 3 meses na dose máxima tolerada.
- 77 Se este macroadenoma for secretor de GH, a primeira opção é o tratamento cirúrgico com grande chance de cura se realizado por neurocirurgião experiente.
- 78 Pela extensão e gravidade do tumor hipofisário, espera-se diabetes *insipidus* (DI) secundário a esta lesão.

Em relação aos testes em endocrinologia, julgue os itens subsequentes.

- 79 Em investigação de deficiência isolada do hormônio do crescimento (DGH) no adulto, se o pico de GH em radioimunoensaio policlonal for menor que 5 ng/mL durante teste de tolerância a insulina (ITT), o diagnóstico estará confirmado.
- 80 O teste da clonidina é o melhor teste alternativo para o diagnóstico bioquímico da deficiência de GH quando há contraindicação para o ITT.
- 81 Em investigação de acromegalia, se GH ao acaso $< 0,4 \text{ } \mu\text{g/L}$ e IGF-I normal para idade e gênero em paciente sem outras doenças associadas, pode-se excluir este diagnóstico sem necessidade de teste de estímulo.
- 82 A osmolaridade plasmática e os níveis séricos do sódio geralmente estão elevados no diabetes *insipidus* e na polidipsia primária ao contrário da osmolaridade urinária e sódio urinário que geralmente estão diminuídos nessas condições.
- 83 O diagnóstico de macroprolactina é estabelecido quando há uma recuperação da prolactina $< 30\%$ após a precipitação com polietilenoglicol (PEG).

Com referência ao tratamento dos prolactinomas, julgue os itens que se seguem.

- 84** Os agonistas dopaminérgicos atuam nas células lactotróficas normais e adenomatosas, diminuindo a síntese do DNA celular, inibindo a síntese e a secreção da prolactina, aumentando a produção da dopamina.
- 85** Entre os critérios de definição da resistência dos prolactinomas aos agonistas dopaminérgicos estão a redução tumoral de pelo menos 50% do tumor, além da falta de normalização dos níveis de prolactina após três meses de tratamento com bromocriptina 15 mg/dia.

Um homem com 40 anos de idade, hipertenso controlado com o uso de enalapril 20 mg/dia, refere poliúria, polidipsia e emagrecimento importante no último mês. Apresentou em exame laboratorial realizado no momento de sua consulta: glicemia: 204 mg/dL, hemoglobina glicada: 7%.

Em relação ao caso clínico descrito e às recomendações quanto ao manejo dessa alteração metabólica, julgue os próximos itens.

- 86** A resistência insulínica periférica, secreção excessiva de insulina pelo pâncreas e excessiva produção hepática de glicose são as bases fisiopatológicas desse distúrbio metabólico.
- 87** A hemoglobina glicada deverá ser realizada pelo menos três vezes ao ano nos diabéticos com a glicemia sob controle.
- 88** A meta da hemoglobina glicada pela *American Diabetes Association* (ADA) é abaixo 6,0% para caracterização do bom controle glicêmico em pacientes com DM tipo 1 e DM tipo 2.

Levando em consideração as complicações do diabetes melito (DM), julgue os itens de **89 a 92**.

- 89** Descontroles dos níveis glicêmicos que induzem a alterações da osmolaridade plasmática e da substância própria do cristalino podem levar ao aparecimento de vícios de refração, tais como miopia, hipermetropia e presbiopia.
- 90** Nos portadores de DM tipo 1, a hipertensão arterial surge geralmente na mesma época em que a microalbuminúria.

- 91** Na cetoacidose diabética, a reposição de potássio baseia-se no ionograma, devendo ser iniciada tão logo os níveis sejam inferiores < 3,5mEq/L.

- 92** A mucormicose é uma rara infecção fúngica que pode ser vista em pacientes com cetoacidose diabética e que se caracteriza por dor facial, descarga nasal sanguinolenta, edema de órbita e visão turva.

Uma mulher de 30 anos de idade, portadora de glicemia de jejum elevada (104 mg/dL), hipertrigliceridemia (500 mg/dL), CA: 104 cm e IMC: 36 kg/m², procurou ambulatório de endocrinologia para orientações quanto a sua saúde.

Em relação ao caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

- 93** O risco para doença coronariana atribuível à síndrome metabólica é maior em relação ao risco atribuível ao diabetes melito isolado.

- 94** Nessa paciente, espera-se encontrar alteração dos eixos corticotrófico, somatotrófico e gonadotrófico.

- 95** Para a diminuição da probabilidade de progressão para diabetes melito, a medida mais eficaz será a correção da hipertrigliceridemia.

- 96** A resistina provavelmente encontra-se elevada nessa paciente, uma vez que está relacionada com o tecido adiposo visceral e com a hipertrigliceridemia.

- 97** A dislipidemia encontrada em pacientes com o perfil acima citado é altamente aterogênica.

Julgue os seguintes itens relacionados com as dislipidemias.

- 98** O predomínio da hipertrigliceridemia pode ser observado no diabetes melito, assim como na acromegalia e na AIDS.

- 99** O distúrbio lipídico mais característico do hipotireoidismo é a elevação do LDL-c pelo aumento da produção do VLDL.

- 100** Os xantomas tendinosos são muito característicos da disbetalipoproteinemia.

PROVA DISCURSIVA

- Nesta prova, faça o que se pede, usando o espaço para rascunho indicado no presente caderno. Em seguida, transcreva o texto para a **FOLHA DE TEXTO DEFINITIVO DA PROVA DISCURSIVA**, no local apropriado, pois **não serão avaliados fragmentos de texto escritos em locais indevidos**.
- Qualquer fragmento de texto além da extensão máxima de linhas disponibilizadas será desconsiderado.
- Na **folha de texto definitivo**, identifique-se apenas no cabeçalho da primeira página, pois **não será avaliado** texto que tenha qualquer assinatura ou marca identificadora fora do local apropriado.

A obesidade é uma doença crônica, de difícil tratamento, cuja prevalência vem aumentando em proporções epidêmicas nas últimas décadas. Estima-se que atualmente existam no mundo cerca de 300 milhões de obesos, e esse número tende a dobrar até 2025, caso medidas eficazes não sejam tomadas.

Lúcio Vilar. **Endocrinologia Clínica**. 4.^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, p. 838.

Considerando que o fragmento de texto acima tem caráter unicamente motivador, redija um texto dissertativo que aborde, necessariamente, os seguintes aspectos:

O desafio da abordagem da obesidade.

- ▶ Tendo em vista que não há avaliação perfeita para sobrepeso e obesidade, descreva a classificação adaptada pela Organização Mundial de Saúde do índice de massa corporal (IMC), relacionando o risco de comorbidades.
- ▶ Vários medicamentos podem ter efeitos adversos no peso corporal, por influenciarem tanto a ingestão alimentar quanto o balanço energético. Cite cinco classes de medicamento com impacto no ganho de peso.
- ▶ Descreva os critérios aceitos para intervenção com medicamentos no tratamento da obesidade e cite os medicamentos com eficácia comprovada neste caso.

RASCUNHO

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	