

RESPOSTA AO RECURSO

Em atendimento ao recurso apresentado referente às questões 12, 14, 16 e 17 da prova referente ao cargo de Médico Endocrinologista, a Comissão Organizadora do Certame decide não acatar as referidas reivindicações pelos motivos a seguir expostos:

- Questão 12

A questão solicita a melhor opção para levar a paciente para a meta glicêmica (7,0%). Com exceção da insulina, nenhuma outra medicação tem poder de redução de Hb glicada para trazer uma HbA1c de 8,8% para menos de 7,0%. O GLP-1 mostrou reduzir em apenas 1,2% a HbA1c.

Garber, A. J., Abrahamson, M. J., Barzilay, J. I., Blonde, L., Bloomgarden, Z. T., Bush, M. A., ... & Garber, J. R. (2016). CONSENSUS STATEMENT BY THE AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS AND AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY ON THE COMPREHENSIVE TYPE 2 DIABETES MANAGEMENT ALGORITHM-2016 EXECUTIVE SUMMARY. *Endocrine Practice*, 22(1), 84-113.

GABARITO FINAL: B

- Questão 14

Questão baseada em caso real. Paciente encaminhada por colega que solicitou o exame inicial. O exame inicial para a investigação da Síndrome de Cushing foi ACTH. Conduta adotada pelo colega foi claramente equivocada, visto que não realizou anamnese voltada para descartar hipercortisolismo exógeno. A paciente usava prednisona oral há anos para tratar dermatite seborréica, um claro hipercortisolismo iatrogênico, justificando o baixo nível de ACTH, em duas amostras. A questão exige do candidato saber os passos da investigação da Síndrome de Cushing.

Nieman, L. K., Biller, B. M., Findling, J. W., Newell-Price, J., Savage, M. O., Stewart, P. M., & Montori, V. M. (2008). The diagnosis of Cushing's syndrome: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(5), 1526-1540.

GABARITO FINAL: D

- Questão 16

Tanto hipotireoidismo clínico como subclínico tem efeitos adversos na gestação e no desenvolvimento fetal, incluindo aumento do risco de perdas fetais, distúrbios hipertensivos da gravidez, ruptura placentária, parto prematuro, baixo desenvolvimento neurológico da prole, anemia materna, hemorragia pós-parto, diabetes gestacional, prole pequena para a idade gestacional, desenvolvimento da síndrome de angústia respiratória na prole e outros. De acordo com *Management of Thyroid Dysfunction during Pregnancy and Postpartum: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline*, em seu item 8.4c: "If TSH concentration is 2.5–10 mIU/liter, a starting levothyroxine dose of 50mcg/d or more is recommended. Other thyroid preparations (such as T3) are not recommended." Em outras fontes temos: "In pregnancy, treatment should be started with a dose as close to the final estimated dose as possible to minimize time with hypothyroidism" (Abalovich M, Vazquez A, Alcaraz G et al. Adequate levothyroxine doses for the treatment of hypothyroidism newly diagnosed during pregnancy. *Thyroid*)

GABARITO FINAL: C

Questão 17

*Uma perda de peso de 10% em 6 meses é considerada MUITO BOA, uma perda de peso de 5% é considerada apenas razoável. Uma perda de 5% é considerada o mínimo de eficiência para continuar um tratamento farmacológico para perda de peso como visto em Jensen, M. D., Ryan, D. H., Apovian, C. M., Ard, J. D., Comuzzie, A. G., Donato, K. A., ... & Loria, C. M. (2014). American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; Obesity Society. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation*, 129(25 Suppl 2), S102-S138.*

GABARITO FINAL: D

Cascavel/CE, 17 de Junho de 2016.



Ricardo Moura Barquete

Coordenador do Processo Seletivo- CPSRCAS