

## CONHECIMENTOS ESPECIALIZADOS

**31)** O Código de Ética Médica estabelece princípios vedados aos médicos relacionados à auditoria e perícia médica. Em relação a esses princípios, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) É permitido ao médico assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame.
- ( ) É permitido ao médico ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.
- ( ) É vedado ao médico realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.
- ( ) É vedado ao médico receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

- a) V – F – V – F
- b) V – V – F – V
- c) F – F – V – V
- d) F – V – F – F

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Segundo o Código de Ética Médica e o Conselho Federal de Medicina, acerca de auditoria e perícia, é vedado ao médico:

- assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame (art. 92);
- ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado (art. 93);
- realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios (art. 95); e,
- receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor (art. 96).

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

**32)** O Código de Ética Médica apresenta uma série de princípios que são vedados aos médicos com relação à responsabilidade profissional. A respeito da responsabilidade profissional desse código, assinale a alternativa que **não** contém um princípio vedado ao médico.

- a) Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.
- b) **Esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.**
- c) Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.
- d) Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Segundo o Código de Ética Médica e o Conselho Federal de Medicina, acerca da responsabilidade profissional, é vedado ao médico:

- deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente (art. 3º);
- deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença (art. 13);
- atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado (art. 6º); e,
- assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou (art. 5º).

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

**33)** Todo médico deve manter uma boa relação com pacientes e familiares, devendo seguir sempre os princípios do Código de Ética Médica. A respeito da relação com pacientes e familiares, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) É vedado ao médico deixar de atender um paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.
- ( ) É vedado ao médico opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.
- ( ) É vedado ao médico exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

- a) V – F – F
- b) F – V – F
- c) V – F – V
- d) V – V – V

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Segundo o Código de Ética Médica e o Conselho Federal de Medicina, acerca da relação com pacientes e familiares, é vedado ao médico:

- deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo (ar. 33);
- opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal (art. 39); e,
- exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos (art. 35).

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

**34)** As concentrações séricas de TSH se encontram suprimidas em virtualmente todas as formas frequentes de hipertireoidismo e tireotoxicose, tipicamente abaixo de 0,1 mIU/L. Sobre o hipertireoidismo, analise as afirmativas.

- I. Recomenda-se o rastreamento de adultos para disfunção tireoidiana por meio da mensuração das concentrações TSH, a partir dos 35 anos de idade e a cada 5 anos posteriormente, sobretudo em mulheres.
- II. Alguns resultados alterados de exames laboratoriais podem sugerir, quando persistentes e associados a outros fatores de riscos, hipertireoidismo: hipocalcemia, elevação de transaminases e fosfatase alcalina baixa.
- III. Alguns fatores de risco encontrados na história patológica pessoal ou familiar indicam um risco aumentado de desenvolvimento de hipertireoidismo: sexo feminino, bócio, uso prévio de amiodarona, *Diabetes mellitus* tipo 1.

Está(ão) correta(s) a(s) afirmativa(s)

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

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Alguns resultados alterados de exames laboratoriais podem sugerir, quando persistentes e associados a outros fatores de riscos, hipertireoidismo: hipercalcemia, elevação de transaminases e elevação da fosfatase alcalina.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes**. São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**35)** O diagnóstico laboratorial do hiperparatireoidismo envolve as dosagens de cálcio e PTH. Sobre o diagnóstico, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) A dosagem de cálcio total sofre influência dos níveis de proteínas séricas, especialmente a albumina.
  - ( ) Os métodos atuais de dosagem de PTH são voltados para a molécula intacta, caracterizados pelo uso de dois anticorpos que reconhecem epítomos distintos da molécula intacta do PTH, embora, na realidade, detectam também a presença de fragmentos circulantes (fragmento 7-84).
  - ( ) A concentração de cálcio ionizado reflete uma estimativa mais precisa da fração do cálcio efetivamente útil para determinados processos fisiológicos.
  - ( ) É extremamente raro o diagnóstico de hiperparatireoidismo primário na presença de normocalcemia, e tal condição pode ser justificada pela presença concomitante de níveis muito elevados de vitamina D, ou em uma situação incomum, denominada apoplexia paratireoideana.
- a) F – V – V – F  
b) V – V – F – V  
c) V – F – V – V  
d) V – V – V – F

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

É extremamente raro o diagnóstico de hiperparatireoidismo primário (HPP) na presença de normocalcemia, e tal condição pode ser justificada pela presença concomitante de níveis muito baixos de vitamina D, ou em uma situação incomum, denominada apoplexia paratireoideana.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**36)** O achado mais frequente na avaliação laboratorial de um paciente portador de hiperparatireoidismo primário (HPP) é de hipercalcemia resultante de níveis elevados de PTH. Diante do exposto, analise.

- I. A concentração de 1,25 dihidroxivitamina D pode estar elevada em alguns pacientes, o que fecha o diagnóstico de HPP na presença de hipercalcemia e PTH baixo.
- II. Mesmo sem sintomas, recomenda-se em pacientes com HPP a avaliação da função renal, a realização de um ultrassom renal e de vias urinárias e de uma densitometria óssea.
- III. O excesso de PTH pode levar a um aumento da reabsorção óssea e consequente doença óssea do HPP.

Estão corretas as afirmativas

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

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A concentração de 1,25 dihidroxivitamina D pode estar elevada em alguns pacientes com HPP, mas tal dosagem tem um valor diagnóstico limitado, já que outras doenças que cursam com hipercalcemia (sarcoidose, alguns linfomas) também podem apresentar níveis elevados de vitamina D ativa.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**37)** A aterosclerose é uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial que ocorre em resposta à agressão endotelial, acometendo, principalmente, a camada íntima de artérias de médio e grande calibres. Sobre o tratamento das dislipidemias, marque a alternativa **incorreta**.

- a) Para pacientes com alto risco cardiovascular, de acordo com o Escore de Framingham, a meta a ser atingida é um valor de LDL colesterol < 70 mg/dl.
- b) A redução do LDL colesterol com uso de estatinas permanece sendo a terapia mais válida para reduzir a incidência de eventos cardiovasculares.
- c) **Elevações estáveis das transaminases ou da CK, mesmo em pacientes sem evidência de doenças agudas e sem queixas, constituem contraindicação para o início de estatina.**
- d) As estatinas reduzem os triglicérides também mediante o aumento da expressão de LDL-receptor e, conseqüentemente, pela remoção de lipoproteínas ricas em triglicérides do plasma.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

As elevações estáveis das transaminases ou da CK em pacientes sem evidência de doenças agudas e sem queixas, como frequentemente se observa na esteatose hepática, não constituem contraindicação para o início de estatina.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**38)** Define-se hipotireoidismo como um estado clínico resultante de quantidade insuficiente de hormônios circulantes da tireoide para suprir uma função orgânica normal. Sobre o diagnóstico de hipotireoidismo, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) O T4 livre é o exame diagnóstico mais sensível para detectar hipotireoidismo subclínico (TSH normal associado a um T4 livre baixo, desde que o eixo hipotálamo/hipofisário esteja intacto).
- ( ) TSH inapropriadamente baixo em resposta aos níveis séricos reduzidos de T4 livre deve sugerir hipotireoidismo central.
- ( ) A concentração do T4 livre é a medida mais confortável para avaliar o *status* tireoidiano nos dois a três primeiros meses do tratamento do hipotireoidismo.

- a) F – F – F
- b) F – V – F
- c) V – F – V
- d) F – V – V

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

O TSH é o exame diagnóstico mais sensível para detectar hipotireoidismo subclínico (TSH anormal associado a um T4 livre normal, desde que o eixo hipotálamo/hipofisário esteja intacto).

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**39)** O hiperparatireoidismo primário (HPP) tem prevalência de 1:1000 na população geral, número que pode exceder 1% em mulheres idosas. O HPP é a causa mais comum de hipercalcemia em pacientes ambulatoriais. Com o aumento do número de casos diagnosticados de HPP, o perfil de apresentação clínica, laboratorial e a conduta terapêutica sofreram gradativas mudanças nas últimas décadas. Sobre o HPP, analise as afirmativas.

- I. Classicamente, o paciente com HPP tem uma perda mais acentuada de osso cortical (predominante no colo do fêmur) do que trabecular (predominante na coluna lombar). A recuperação de massa óssea após resolução cirúrgica do HPP é evidente, especialmente em pacientes mais jovens e com doença óssea menos grave.
- II. Exames localizatórios de imagem têm utilidade restrita aos casos de insucesso cirúrgico ou de recidiva da doença. Neste sentido, os exames disponíveis incluem ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e mapeamento com tecnécio-sestamibi.
- III. Pacientes com doença óssea severa em programação cirúrgica, geralmente, apresentam fosfatase alcalina muito elevada, denotando a remodelação óssea aumentada. Em função disto, é muito provável que, após a remoção cirúrgica da(s) paratireoide(s), este paciente desenvolva a chamada “fome óssea”, caracterizada por uma hipocalcemia de instalação rápida no pós-operatório. Profilaticamente, recomenda-se a prescrição de cálcio e vitamina D.

Estão corretas as afirmativas

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

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A recuperação de massa óssea após resolução cirúrgica do HPP é evidente, especialmente nos pacientes mais jovens e naqueles com doença óssea mais grave.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**40)** Sobre a avaliação laboratorial do hipertireoidismo, é correto afirmar que, **exceto**:

- a) As concentrações séricas de T4 livre se encontrarão habitualmente elevadas.
- b) A dosagem do TSH ultrasensível é o teste de escolha para o diagnóstico de hipertireoidismo franco ou subclínico.
- c) A dosagem do anticorpo antirreceptor do TSH (TRAb) não está indicada rotineiramente, mas pode ser útil em casos selecionados.
- d) Na ausência de elevação do T4 livre e presença de TSH suprimido, deve-se dosar o T3 livre que, se elevado, fecha o diagnóstico de hipertireoidismo subclínico.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

As concentrações séricas de T4 livre se encontrarão habitualmente elevadas; na ausência de elevação do T4 livre e presença de TSH suprimido, deve-se dosar o T3 livre (por vezes, este é o primeiro hormônio a se elevar tanto na doença de Graves como no bócio nodular tóxico).

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**41)** O receptor do TSH (TSHR) constitui o autoantígeno primário da doença de Graves, pois sofre estimulação por anticorpos específicos direcionados contra ele, gerando o quadro de hipertireoidismo. Com relação ao tratamento da doença de Graves, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) Alguns autores sugerem que o metimazol deve ser a droga de escolha na gravidez e na lactação, porque atravessa menos a barreira placentária e é encontrada em menor quantidade no leite materno que o propiltiouracil.
- ( ) As drogas antitireoidianas, pertencentes à classe das tionamidas, têm como mecanismo de ação primário a inibição da síntese de T3 e T4 nas células foliculares. Embora ainda controverso, postula-se que as mesmas, também, apresentem uma ação na autoimunidade.
- ( ) O eutireoidismo é alcançado, em média, cerca de 2 a 4 meses após a administração do iodo radioativo. O não alcance do eutireoidismo com uma primeira dose de radioiodo indica a necessidade de uma segunda administração.

- a) F – V – V
- b) V – V – F
- c) V – F – F
- d) F – V – F

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Alguns autores sugerem que o propiltiouracil deve ser a droga de escolha na gravidez e na lactação, porque atravessa menos a barreira placentária e é encontrada em menor quantidade no leite materno que o metimazol.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**42)** A tireoidite subaguda ou tireoidite de Quervain é uma patologia relativamente frequente, sendo a causa mais comum de tireoide dolorosa. Sobre o tema, marque a alternativa **incorreta**.

- a) A evolução da doença pode ser de vários meses e, em geral, não costuma recidivar.
- b) Os sintomas iniciais são intensa astenia, mal-estar e dor na região do pescoço, muitas vezes informada como odinofagia.
- c) Quando os sintomas são leves, o tratamento pode ser feito com AINEs. Na doença mais grave, opta-se por corticoides orais.
- d) O diagnóstico é clínico, havendo dor à palpação da tireoide pela distensão da cápsula glandular, sem alterações nos níveis séricos hormonais.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A tireoidite subaguda (ou tireoidite de Quervain) não tem causa conhecida e resulta em um aumento doloroso da glândula e na liberação de grandes quantidades de hormônio no sangue: aumento de hormônios tireoidianos (T3 e T4 livre) e queda significativa na TSH.

Fonte: BANDEIRA, Francisco; GRAF, Hans *et al.* **Endocrinologia e Diabetes.** 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2009. 1088p.

**43)** A forma mais prevalente do hipotireoidismo é a doença tireoidiana primária, mas também pode ocorrer hipotireoidismo devido à doença hipotalâmica ou hipofisária (denominado hipotireoidismo central). Sobre o tratamento de hipotireoidismo, analise as afirmativas.

- I. A dose de levotiroxina final requerida não possui relação com a concentração de TSH inicial. A dose inicial de levotiroxina varia desde 12,5 mcg até a dose total baseada na idade, peso, função cardíaca do paciente, gravidade e duração do hipotireoidismo.
- II. O TSH sérico deve ser avaliado após seis semanas para indicar necessidade de ajuste de dose, com incrementos de 25-50 mcg.
- III. Para os pacientes com níveis entre 5 e 10µIU/mL, os benefícios do tratamento ainda são controversos e reservados para aqueles que apresentem bócio ou anticorpo antiperoxidase positivo, ou ambos, por se acreditar que esses pacientes progredem, com mais frequência, para o hipotireoidismo.

Estão corretas as afirmativas

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

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A dose de levotiroxina final requerida está associada à concentração de TSH inicial.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**44)** A combinação de massa corporal e distribuição de gordura é, provavelmente, a melhor opção para preencher a necessidade de avaliação clínica. Com relação às medidas antropométricas utilizadas para avaliação do sobrepeso e obesidade, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) O IMC não distingue massa gordurosa de massa magra, podendo ser pouco estimado em indivíduos mais velhos e superestimado em indivíduos musculosos.
- ( ) Indivíduos com o mesmo IMC podem ter diferentes níveis de massa gordurosa visceral. Através do valor de IMC é possível chegar-se à distribuição da gordura corporal.
- ( ) A medida da circunferência abdominal reflete melhor o conteúdo de gordura visceral que a relação circunferência abdominal/quadril.

- a) F – V – F
- b) F – F – V
- c) V – F – V
- d) V – V – V

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

O IMC não reflete, necessariamente, a distribuição da gordura corporal. A medida da distribuição de gordura é importante na avaliação de sobrepeso e obesidade porque a gordura visceral (intra-abdominal) é um fator de risco potencial para a doença, independentemente da gordura corporal total. Indivíduos com o mesmo IMC podem ter diferentes níveis de massa gordurosa visceral.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**45)** “Paciente feminina, 30 anos, chega ao ambulatório com queixas de unhas quebradiças, cabelos finos, constipação intestinal e ganho de peso. Ao exame físico é observado evidenciado edema de MMII.” Frente à suspeita de alteração tireoidiana, qual alternativa apresenta o(s) exame(s) que deve(m) ser inicialmente solicitado(s)?

- a) TSH.
- b) T4 livre e T3.
- c) TSH e T4 livre.
- d) TSH e T4 total.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

O exame que deve ser utilizado para estabelecer o diagnóstico de hipotireoidismo primário é o hormônio tireoide estimulante (TSH).

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**46)** O tratamento indicado para o hipotireoidismo consiste na reposição hormonal com levotiroxina sódica. Sobre o tratamento do hipotireoidismo, analise as afirmativas.

- I. Após o início do tratamento com hormônio tireoideiano, a reavaliação é feita com dosagem de TSH depois de, no mínimo, 6 semanas. Quando o nível de TSH estiver normalizado, deve-se estabelecer o controle médico e laboratorial anual.
- II. Recomenda-se para pacientes com níveis séricos do TSH < 10 mIU/L, mas sem comorbidades e em idosos maiores de 65 anos, seguimento sem tratamento farmacológico com reavaliações semestrais ou anuais.
- III. Recomenda-se o tratamento com levotiroxina nas gestantes com hipotireoidismo subclínico, apenas se TSH > 10 mIU/L em duas dosagens com intervalo mínimo de 6 semanas, para evitar trabalhos de parto prematuros e abortamentos.

Estão corretas as afirmativas

- a) I, II e III.
- b) I e II, apenas.**
- c) I e III, apenas.
- d) II e III, apenas.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Recomenda-se o tratamento com levotiroxina nas gestantes com hipotireoidismo subclínico, para evitar: trabalhos de parto prematuros e abortamentos, síndrome da angústia respiratória do neonato e alterações no desenvolvimento neurológico do concepto.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**47)** Nódulos tireoideianos são muito frequentes, sobretudo quando se empregam métodos sensíveis de imagem. Sobre nódulos tireoideianos, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) A ultrassonografia da tireoide é feita para todo paciente com nódulo tireoideiano.
- ( ) Paciente com TSH elevado e nódulo tireoideiano de 3 mm à ultrassonografia deve ser encaminhado para realização da PAAF.
- ( ) Paciente com nódulo tireoideiano e TSH suprimido deve ser encaminhado à cintilografia. Em caso de nódulo hipercaptante, deve-se proceder a PAAF.

- a) V – V – V
- b) F – V – F
- c) V – F – F**
- d) F – F – V

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Paciente com TSH elevado e nódulo tireoideiano de 3 mm à ultrassonografia deve ser acompanhado, não sendo indicado a PAAF para nódulos menores que 5 mm. Paciente com nódulo tireoideiano e TSH suprimido deve ser encaminhado à cintilografia e, em caso de nódulo hipercaptante, deve-se proceder a PAAF.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**48)** O diagnóstico de *Diabetes mellitus* (DM) tipo 2, geralmente, é feito após os 40 anos de idade e apresenta associação com obesidade ou sobrepeso. Sobre o uso de insulina no tratamento da DM-2, analise as afirmativas.

- I. No início da insulinoterapia combinada, a medicação oral deve ser mantida na mesma dosagem (eventualmente reduzida) com uma única dose de insulina basal ao deitar.
- II. Após a introdução da insulinoterapia, as metas de controle do DM-2 são: glicemia de jejum < 110; glicemia pré-prandial < 140; glicemia pós-prandial < 200 e hemoglobina glicada < 7%.
- III. A insulina basal tem como função cobrir as necessidades de insulina entre as refeições e bloquear a gliconeogênese hepática.

Estão corretas as afirmativas

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

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Após a introdução da insulinoterapia, as metas de controle do DM-2 são: glicemia de jejum < 110; glicemia pré-prandial < 110; glicemia pós-prandial < 140; e, hemoglobina glicada < 7%.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**49)** A doença de Graves é a causa mais comum de hipertireoidismo em todo o mundo. A sua incidência é mais elevada na faixa etária compreendida entre 20 e 50 anos, afetando, aproximadamente, 2% das mulheres e 0,2% dos homens. Geralmente, o bócio da doença de Graves é caracterizado por:

- a) bócio difuso.
- b) traves de fibrose.
- c) consistência inelástica.
- d) presença de pequenos nódulos.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

A doença de Graves caracteriza-se clinicamente pela presença de bócio (difuso, elástico e sem nodulações), tireotoxicose, oftalmopatia infiltrativa e, ocasionalmente, dermopatia infiltrativa (mixedema pré-tibial).

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**50)** O hiperparatiroidismo primário (HPP) é uma endocrinopatia muito frequente. Sobre o tema, analise as afirmativas.

- I. Níveis de PTH aumentados ou inapropriadamente normais na vigência de uma hipercalcemia são fortemente sugestivos de HPP.
- II. Nos casos de hipercalcemia humoral maligna, os níveis de PTH são indetectáveis, o que facilita muito o diagnóstico diferencial com HPP na maioria dos casos.
- III. As dosagens de cálcio e PTH são necessárias para a suspeita de HPP, embora sejam essenciais exames complementares (função renal, calciúria de 24h) para o diagnóstico.

Está(ão) correta(s) apenas a(s) afirmativa(s)

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

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Apesar das dosagens de cálcio e de PTH serem suficientes e necessárias para o diagnóstico de HPP, outros exames complementares (função renal, calciúria de 24 horas, ultrassonografia renal e de vias urinárias e densitometria óssea) são úteis para a caracterização das possíveis complicações de HPP com consequentes implicações para a avaliação da decisão a ser tomada: indicação cirúrgica ou apenas observação e monitorização clínica e laboratorial periódica).

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**Gabarito Comentado – CAMAR 2015 – Endocrinologia – Versão A**



**51)** O diagnóstico de *Diabetes mellitus* (DM) tipo 2 deve ser sempre confirmado pela repetição do teste em outro dia ou ser feito através de 2 testes diferentes alterados. São critérios diagnósticos de DM – 2, **exceto**:

- a) hemoglobina glicada maior que 6,5%.
- b) glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dl.
- c) glicemia de 2 horas após 75 g de dextrosol superior a 140 mg/dl.**
- d) sintomas de poliúria, polidipsia e emagrecimento com glicemia casual superior a 200 mg/dl.

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA:** (LETRA C)

Um dos critérios diagnósticos de DM tipo 2 é: glicemia de 2 horas após 75 g de dextrosol superior a 200 mg/dl.

**Fonte:** CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**52)** Sobre o uso do iodo radioativo no tratamento do hipertireoidismo, analise as afirmativas.

- I. O tratamento prévio com drogas antitireoidianas justifica-se pela redução da quantidade de hormônios armazenados na tireoide e a liberação dos mesmos na circulação com o uso do iodo radioativo evitando o quadro de exacerbação do hipertireoidismo consequente à tireoidite provocada pela radiação, ou mesmo a denominada “tempestade tireoidiana”.
- II. É importante considerar que nos pacientes tratados somente com iodo radioativo, quando comparados àqueles que usaram drogas antitireoidianas previamente, as reduções dos níveis séricos dos hormônios tireoidianos permaneceram semelhantes logo após o tratamento com radiação. Dessa forma, com relação à eficácia do tratamento, o uso de iodo radioativo isolado não apresenta desvantagens.
- III. O *status* tireoidiano deve ser reavaliado a cada 4 a 6 semanas após a dose terapêutica do iodo radioativo, com as dosagens de T4 livre e TSH. No entanto, vale ressaltar que o TSH pode não ser um bom indicador da função tireoidiana, já que sua supressão pode persistir por vários meses.

Está(ão) correta(s) apenas a(s) afirmativa(s)

- a) I.
- b) II.
- c) I e II.
- d) I e III.**

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA:** (LETRA D)

É importante considerar que, embora os pacientes tratados somente com I131 apresentem reduções dos níveis séricos dos hormônios tireoidianos, esses valores permanecem significativamente elevados por um tempo superior àqueles pacientes previamente tratados com drogas antitireoidianas.

**Fonte:** CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**53)** “Paciente masculino, 59 anos, queixa-se de poliúria e polidipsia há 4 meses. Relata apenas ser hipertenso, sem outras comorbidades. Ao exame: altura 178 cm; peso 93 Kg; circunferência abdominal 110 cm; PA 140 x 100 mmHg. Glicemia de jejum (05/14): 205 mg/dl e (07/14): 188 mg/dl.” Sobre o caso clínico, marque a alternativa **incorreta**.

- a) O paciente preenche critérios de síndrome metabólica.
- b) Pode-se confirmar o diagnóstico de *Diabetes mellitus* tipo 2.
- c) O paciente deve iniciar, de imediato, metformina na dose de 1,7 a 2g/dia e seu controle metabólico avaliado em, pelo menos, 1 mês.**
- d) O melhor tratamento para o paciente inclui dieta hipoglicêmica, atividade física e metformina, devido ao componente de resistência insulínica.

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA:** (LETRA C)

Todo paciente virgem de tratamento, como no caso em questão, nunca pode iniciar terapia com dose plena de metformina. O tratamento inicial deve ser feito com, no máximo, 850 mg/dia, por 10 dias, para, então, chegar-se à dose de 1 a 2,5 g/dia.

**Fonte:** CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**54)** A etiologia da obesidade é complexa, multifatorial, resultando da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais. Informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) O balanço energético pode ser alterado por aumento do consumo calórico, pela diminuição do gasto energético, ou por ambos.
- ( ) O aumento do consumo calórico pode ser avaliado por meio do hábito alimentar usando diários alimentares ou listas de checagem de alimentos, mas a interpretação das informações precisa ser cuidadosamente analisada devido a uma subestimação regular.
- ( ) O gasto energético diário é determinado pela taxa metabólica basal (70% a 80%), pelo efeito térmico dos alimentos (20% a 30%).

- a) V – V – V
- b) V – V – F**
- c) V – F – V
- d) F – V – V

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

O gasto energético diário é determinado pela taxa metabólica basal (60 a 70%), pelo efeito térmico dos alimentos (10%) e pelo gasto de energia com atividade física, que é a mais importante componente variável, representando cerca de 20 a 30% do gasto energético total em adultos.

**Fonte:** CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**55)** A cetoacidose diabética (CAD) e o estado hiperglicêmico hiperosmolar não cetótico (EHNC) estão entre as complicações agudas mais graves do *Diabetes mellitus* (DM). Analise as afirmativas.

- I. Glicemia de jejum > 600 mg/dl, cetonemia sem acidose, osmolaridade > 320 e ânion gap normal caracterizam o quadro de CAD.
- II. No caso de EHNC, passa-se de insulina EV para SC quando o paciente restabelece o estado mental e a osmolaridade.
- III. A administração de bicarbonato é feita somente se pH < 6,9.

Está(ão) correta(s) apenas a(s) afirmativa(s)

- a) I.
- b) I e II.
- c) I e III.
- d) II e III.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Glicemia de jejum > 600 mg/dl, cetonemia sem acidose, osmolaridade > 320 e ânion gap normal caracterizam o quadro de EHNC.

**Fonte:** BANDEIRA, Francisco; GRAF, Hans *et al.* **Endocrinologia e Diabetes.** 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2009. 1088p.

**56)** O *Diabetes mellitus* (DM) tipo 2 é caracterizado por defeitos na ação e secreção de insulina, podendo haver predomínio em um deles. Sobre as recomendações gerais de tratamento do DM-2, analise as afirmativas.

- I. Pacientes com fenótipo clínico de resistência insulínica (obesidade, dislipidemia e hipertensão) a escolha é por medicamentos hipoglicemiantes.
- II. Pacientes com glicemia de jejum superior a 300 e manifestações gerais (emagrecimento significativo, cetonúria) recomenda-se iniciar insulino terapia imediatamente.
- III. Pacientes com glicemia de jejum entre 200 e 300, recomenda-se iniciar o tratamento com metformina associado a agente hipoglicemiante.

Está(ão) correta(s) apenas a(s) afirmativa(s)

- a) I.
- b) II.
- c) III.
- d) II e III.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Pacientes com fenótipo clínico de resistência insulínica (obesidade, dislipidemia e hipertensão) a escolha é por medicamentos anti-hiperglicemiantes.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**57)** “Paciente feminina, 66 anos, diabética tipo 2 há 10 anos, queixa-se de emagrecimento e adinamia. Em uso de glibenclamida 20 mg/dia e metformina 2 g/dia. Ao exame: altura 162 cm; peso 72 Kg; cintura 99 cm. Glicemia de jejum 181 mg/dl e glicemia pós-prandial 202 mg/dl.” Sobre o caso, marque a alternativa correta.

- a) Pode-se concluir que a paciente possui, também, síndrome metabólica.
- b) De acordo com o caso, a conduta ideal seria manter a metformina e glibenclamida, associando-as à insulina *bed time*.**
- c) A melhor opção, considerando o caso, seria manter a metformina e associar com insulina NPH (2/3 pela manhã e 1/3 à noite).
- d) Não seria possível alterar a medicação nesse momento, visto que para avaliar o controle metabólico da paciente ainda é necessária a dosagem da hemoglobina glicada.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

De acordo com o caso, a conduta ideal seria manter a metformina e glibenclamida, associando-as à insulina *bed time*, visto que a paciente faria uso de menor dose de insulina, com menor ganho de peso corporal.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**58)** A insulinoterapia plena no *Diabetes mellitus* (DM) tipo 2 é iniciada quando o tratamento com drogas orais e insulina basal não atinge o controle glicêmico adequado. Sobre o uso da insulina no DM-2, analise as afirmativas.

- I. A dosagem do peptídeo C é um recurso auxiliar na introdução da insulina no paciente com DM-2. Quando sua dosagem encontra-se baixa, indica falência pancreática e necessidade de insulinização plena.
- II. Hipoglicemia durante a madrugada e hiperglicemia de jejum caracterizam o efeito Somogyi.
- III. Na insulinoterapia plena, pode ser benéfico manter os agentes sensibilizadores da insulina, sendo necessárias doses menores de insulina, assim como manter o uso de secretagogos para reduzir a dose de insulina a ser aplicada.

Estão corretas as afirmativas

- a) I, II e III.
- b) I e II, apenas.**
- c) I e III, apenas.
- d) II e III, apenas.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Na insulinoterapia plena, pode ser benéfico manter os agentes sensibilizadores da insulina, sendo necessárias doses menores de insulina, assim como descontinuar o uso de secretagogos.

Fontes:

- BANDEIRA, Francisco; GRAF, Hans *et al.* **Endocrinologia e Diabetes.** 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2009. 1088p.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes.** São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**59)** A obesidade é uma doença crônica. O tratamento medicamentoso não cura a obesidade, mas pode controlar a doença e diminuir as comorbidades. Sobre o tratamento da obesidade, analise as afirmativas.

- I. O uso de medicamentos no tratamento da obesidade e sobrepeso está indicado quando houver falha do tratamento não farmacológico, em pacientes com IMC igual ou superior a 25 kg/m<sup>2</sup>.
- II. É considerada boa resposta terapêutica a perda de 1% de peso por mês, nos primeiros 3 meses, atingindo pelo menos a redução de 5% do peso corporal em 3 a 6 meses.
- III. A sibutramina e o orlistate são considerados medicamentos de primeira linha para o tratamento crônico da obesidade e do sobrepeso.

Estão corretas as afirmativas

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

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

O uso de medicamentos no tratamento da obesidade e sobrepeso está indicado quando houver falha do tratamento não farmacológico, em pacientes com IMC igual ou superior a 30 kg/m<sup>2</sup>.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes**. São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.

**60)** Diante de um paciente com nódulo tireoidiano, anamnese e exame físico detalhados devem ser obtidos. Apesar de esses, na maioria das vezes, não serem sensíveis ou específicos, existem alguns dados que se associam a maior risco de malignidade do nódulo. Podem ser considerados como fatores de risco para malignidade de um nódulo tireoidiano, **exceto**:

- a) sexo feminino.
- b) hipotireoidismo prévio.
- c) idade inferior a 20 anos ou maior que 70 anos.
- d) nódulo volumoso com sintomas compressivos.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Consideram-se fatores de risco para malignidade: idade inferior a 20 anos ou maior que 70 anos; nódulo volumoso com sintomas compressivos e de crescimento rápido; sexo feminino; exposição à radiação cervical na infância; diagnóstico prévio de CA de tireoide tratado com tireoidesctomia parcial; história familiar de CA de tireoide; nódulo endurecido, aderido a planos profundos, pouco móvel, associado à apralísia de cordas vocais ou linfonomegalia cervical.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes**. São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002-2011.