

Questão 1 **Apresentação Clínica e Avaliação Inicial** **Endocrinologia**

Uma mulher com 44 anos de idade, atendida em hospital, refere aumento de volume cervical há 5 meses. Nega dispneia ou disfagia, alterações do sono ou no hábito intestinal. Relata história de hipotireoidismo materno e de câncer de tireoide em sua irmã mais velha. Ao exame físico, notam-se tireoide aumentada 1x, móvel, consistência fibroelástica, nódulo palpável em torno de 3 cm em lobo direito, móvel e elástico, não havendo linfadenomegalias cervicais.

Na investigação do caso dessa paciente, qual é a conduta adequada?

- ☐ A Solicitar cintilografia de tireoide.
- ☐ B Solicitar ultrassonografia de tireoide.
- ☐ C Encaminhar a paciente para cirurgia.
- ☐ D Solicitar punção aspirativa por agulha fina.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000176641](#)

Questão 2 **Doença de Graves**

Uma paciente com 32 anos de idade foi internada em Unidade de Terapia Intensiva com quadro de crise tireotóxica, relatando, na admissão, palpitação, nervosismo, falta de ar, fraqueza e perda de peso. Ao exame físico, apresentava taquicardia, tremor fino, miopatia proximal e sopro na tireoide. Após a investigação, foi feito o diagnóstico de doença de Graves.

Entre as modalidades de tratamento para o controle do hipertireoidismo na doença de Graves, a mais indicada nesse contexto clínico é

- ☐ A a terapia com iodo radioativo.
- ☐ B o uso de metimazol via oral.
- ☐ C a tireoidectomia subtotal.
- ☐ D a tireoidectomia total.

[4000176626](#)

Questão 3 **Crise Tireotóxica** **Doença de Graves**

Mulher de 38 anos foi internada na enfermaria de clínica médica de hospital universitário de ampla complexidade, em função de quadro de fibrilação atrial paroxística com alta resposta ventricular, sem instabilidade hemodinâmica, mas associada a queixas recentes de emagrecimento não intencional, irritabilidade e tremores finos de extremidades. Na anamnese dirigida, a paciente confirmava a presença de intolerância ao calor, fadiga, fraqueza, amenorreia e hiperdefecação. Ao exame físico, além da taquiarritmia, foram observados bócio difuso (com sopro à ausculta local), exoftalmia, tremores palpebrais frequentes, mixedema pré-tibial e sobre o hálux direito, hipocratismo digital e pele quente e úmida. Administradas duas doses sequenciais, com intervalos de 5 minutos, de metoprolol intravenoso (5 mg), após redução da frequência cardíaca, ocorreu reversão da arritmia para o ritmo sinusal. Solicitados exames complementares, resultados revelaram TSH < 0,004 mUI/L (valor de referência: 0,5 a 4,5 mUI/L) e T4 livre = 4,2 ng/dL (valor de referência: 0,9 a 2,0 ng/dL). Além de ser mantido o tratamento com beta-bloqueador, considerando o fato de a paciente nunca ter sido previamente tratada de sua doença, a

equipe médica optou por instituir terapêutica direcionada à inibição da função da enzima tireoperoxidase, reduzindo a oxidação e organificação do iodo na tireoide, além de promover a redução dos níveis de autoanticorpos circulantes. A intervenção terapêutica instituída nesse sentido foi

- A radioiodo.
- B dexametasona.
- C metimazol.
- D colestiramina.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000153203](#)

Questão 4 Tratamento do hipotireoidismo subclínico

Uma mulher de 30 anos de idade vem a consulta com o endocrinologista para acompanhamento de hipotireoidismo. Há 6 meses ela procurou o médico da Unidade Básica de Saúde próxima a sua residência devido à constipação (evacuava a cada 3 dias, com fezes ressecadas e com dor ao evacuar). A paciente era sedentária e apresentava erros alimentares evidentes, com baixa ingestão de água durante o dia e pouco consumo de frutas e verduras. O médico orientou ajustes na alimentação, ingestão hídrica e necessidade de atividade física regular, assim como dosagem de TSH e T4 livre. Após 2 meses a paciente retornou, tendo aderido às recomendações, resultando na solução do quadro de constipação (evacuava diariamente, sem dor, com fezes bem formadas), contudo, os exames laboratoriais demonstraram: TSH = 5,5 mUI/mL (valor de referência: 0,4 a 4,5 mUI/L) e T4 livre = 1,0 (valor de referência: 0,7 a 1,8 ng/dL). O médico repetiu os exames, que indicaram: TSH = 5,3 mUI/L (valor de referência: 0,4 a 4,5 mUI/mL) e T4 livre = 1,1 (valor de referência: 0,7 a 1,8 ng/dL). Diante da persistência dos exames alterados, o médico prescreveu levotiroxina 50 mcg/dia e encaminhou ao especialista. Durante a consulta com o endocrinologista, a paciente está assintomática, com tireoide não palpável e índice de massa corpórea de 22 kg/m², contudo, não havia iniciado a levotiroxina, pois possuía receio de possíveis efeitos adversos.

Considerando o que foi apresentado, o endocrinologista deve

- A Insistir com o uso da levotiroxina, pois trata-se de um caso de hipotireoidismo primário
- B Insistir com o uso da levotiroxina, pois trata-se de um caso de hipotireoidismo secundário.
- C orientar não usar a levotiroxina, pois trata-se de um caso de hipotireoidismo subclínico.
- D iniciar a levotiroxina apenas após realizar cintilografia, para confirmação do diagnóstico.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000153170](#)

Questão 5 Diagnóstico e investigação adicional Indicações de PAAF Tratamento

Uma mulher com 55 anos de idade, previamente hígida, é admitida em hospital após episódio de síncope. Apresenta bradicardia sinusal, discreta hipertensão arterial sistêmica e edema palpebral bilateral. Nota-se um aumento difuso da tireoide que a paciente não havia percebido até então. Não há rouquidão, disfagia nem alteração recente de peso. Ademais, não apresenta histórico familiar de câncer. Um estudo ultrassonográfico da tireoide mostra 3 nódulos de bordas regulares, parcialmente císticos, com componente sólido isoecoico, sem calcificações, de 0,4 cm, 0,6 cm e 0,8 cm. Não há linfadenopatia cervical. O exame revelou TSH = 17,2 mUI/mL (valor de referência = 0,3 a 5,0 mUI/mL). Nesse caso, a abordagem adequada para com a paciente é

- A solicitar T3 total e T4 livre e cintilografia da tireoide antes de definir o tratamento.
- B prescrever levotiroxina e realizar acompanhamento clínico e ultrassonográfico dos nódulos.
- C prescrever levotiroxina e dosar anti-tireoide peroxidase para definir a abordagem dos nódulos.
- D solicitar T4 livre e punção aspirativa com agulha fina do maior nódulo antes de definir o tratamento.

4000146612

Questão 6 Endocrinologia Classificação Bethesda

Uma paciente com 20 anos de idade notou nodulação na região central do pescoço. Procurou atendimento médico ambulatorial, no qual foi solicitada dosagem de hormônio tireoidiano (com resultados normais) e ultrassonografia com punção aspirativa por agulha fina (PAAF) do nódulo. O resultado foi nódulo de 1 cm em lobo esquerdo da tireoide, hipoeoico, de margens irregulares, sem calcificação. A PAAF não conseguiu distinguir entre lesão maligna ou benigna (Bethesda IV). O resultado do perfil de expressão gênica (PEG) indicou suspeita para malignidade. A conduta médica adequada para esse caso é

- A observar clinicamente e repetir ultrassonografia a cada 3 meses.
- B repetir ultrassonografia e realizar nova punção aspirativa com agulha fina.
- C indicar tireoidectomia total com esvaziamento cervical do lado esquerdo.
- D indicar cirurgia com retirada apenas do lobo esquerdo sem linfadenectomia.

4000146534

Questão 7 Eixo hipotálamohipofisário Diagnóstico Investigação etiológica

Paciente do sexo masculino, 28 anos, percebeu diminuição da libido e aumento de mama há um ano e recentemente desenvolveu galactorreia. Não estava utilizando qualquer medicação. Afirma não apresentar cefaleia, visão borrada. Ao exame físico, não se constatou qualquer anormalidade, exceto por galactorreia bilateral. Exame laboratorial mostrou nível de tireotrofina normal. A dosagem de prolactina sérica foi 95 ng/mL. A ressonância magnética de encéfalo evidenciou uma massa de 6 mm de diâmetro no lobo anterior da hipófise. Qual o eixo endócrino envolvido diretamente nessa alteração encontrada no paciente?

- A Hipotálamo → células somatotróficas → gônadas
- B Hipófise → células tireotróficas → glândulas mamárias
- C Hipotálamo → hipófise → células mamotróficas
- D Adeno-hipófise → células gonadotróficas → hormônio TRH

4000142319

Questão 8 Tratamento no paciente adulto

Homem, 43 anos, vem ao ambulatório com queixa de astenia há um mês, evoluindo com piora, tontura e turvação visual há um dia. Queixa-se também de polidipsia, polifagia, poliúria e perda ponderal (6 kg) desde a interrupção da insulinoterapia há 40 dias. Nega outros sintomas. HPP: Diabetes, nega outras comorbidades. Ao exame físico: FR 24 irpm, FC: 92 bpm, PA: 95/60 mmHg, normocorado, desidratado (2+/4+), boa perfusão, sem outras alterações. Gasometria: pH = 7,23; pO₂ = 89 mmHg; pCO₂ = 35 mmHg; bicarbonato = 12; glicemia = 418 mg/dL; potássio = 5,3 mEq/L; sódio = 131,2 mEq/L. Qual a conduta para correção do distúrbio apresentado pelo paciente?

- A** Hidratação com soro glicofisiológico; Insulina regular SC10U; reposição de NaHCO_2 em 2 horas; reposição de K^+ 10-20 mEq/L de fluido.
- B** Hidratação de expansão rápida, com correção de Na^+ ; Insulina regular EV em bolus; não corrigir NaHCO_2 ; reposição de K^+ 20-30 mEq/L de fluido.
- C** Hidratação com reposição de NaCl 0,45%; NPH 0,5U/Kg; reposição de NaHCO_2 em 1 hora; não fazer reposição de K^+ .
- D** Hidratação de expansão rápida, com correção de Na^+ ; não iniciar insulina; não corrigir NaHCO_2 ; reposição de K^+ 20-30 mEq/L de fluido.

4000142315

Questão 9 Fatores precipitantes Tratamento no paciente adulto Paciente adulto

Uma mulher com 22 anos de idade, com diagnóstico há 3 anos de diabetes melito tipo 1, em tratamento com insulina NPH (14 + 7 unidades) e insulina regular (ajuste pré-prandial), dá entrada na Unidade de Emergência com quadro de taquipneia e de dor abdominal difusa. Segundo familiares, a paciente tem se mostrado deprimida desde o fim do noivado há 1 mês, fazendo uso irregular de insulina desde então, inclusive com omissões de administração do fármaco. Há relato, ainda, de poliúria, com ardência urinária, mas sem estrangúria ou febre.

Ao exame físico, a paciente se revela sonolenta, com hálito adocicado, hipohidratada (2+/4+), corada, acianótica, anictérica e afebril. Tem PA = 100 x 70 mmHg; FC = 121 bpm; FR = 32 irpm; SaO_2 (ar ambiente) = 99 %. Apresenta abdome plano, flácido, peristáltico, doloroso difusamente à compressão profunda, sem sinais de irritação peritoneal, sem massas ou visceromegalias. O restante do exame físico está sem anormalidades.

A glicemia capilar, nesse momento, é de 257 mg/dL, enquanto uma gasometria venosa fornece um padrão de acidose metabólica, apresentando o hiato aniônico aumentado; o nível sérico de potássio é de 3,5 mEq/L (valor de referência: 3,5 a 5,2 mEq/L). É solicitado exame de urina com objetivo de reforçar a hipótese diagnóstica para o caso, incluindo possível fator precipitante: não há piúria e as pesquisas de nitrito e de esterase leucocitária revelam-se negativas.

Considerando o caso relatado, responda às questões a seguir.

- (A) Qual é a principal hipótese diagnóstica? (valor: 2,0 pontos)
- (B) Cite três exames complementares e os respectivos resultados que confirmam essa hipótese diagnóstica. (valor: 3,0 pontos)
- (C) Cite a situação relacionada ao plano terapêutico da paciente que desencadeou essa hipótese diagnóstica. (valor: 2,0 pontos)
- (D) Cite três condutas médicas indicadas para o tratamento inicial dessa paciente, considerando essa hipótese diagnóstica. (valor: 3,0 pontos)

Essa questão possui comentário do professor no site 4000142300

Questão 10 Marcadores de autoimunidade tireoidiana Doença de Graves
Síntese secreção e transporte dos hormônios tireoidianos

O TSH é o principal regulador da função tireoidiana, a biossíntese e a liberação de T3 e T4 são controlados por mecanismos reguladores tipo feedback negativo que mantêm constante a síntese, o estoque e os níveis dos hormônios no sangue. A partir das informações dadas, identifique, nesse esquema, as alterações decorrentes da tireoide de Graves desse eixo.

4000153712

Questão 11 Diagnóstico

J.P., sexo masculino, 19 anos, estudante de Arquitetura, morador no interior do Estado, vem à consulta acompanhado de sua mãe, referenciados ao ambulatório de cardiologia do HUJM para investigação diagnóstica, pois há 20 dias teve um quadro de dor torácica compatível com síndrome coronariana aguda, sem alterações eletrocardiográficas de supradesnivelamento do segmento ST, mas com inversão da onda T em derivações precordiais. Enzimas cardíacas alteradas. Foi submetido ao cateterismo cardíaco que não evidenciou lesões obstrutivas nas artérias coronárias. Mãe relatou que o filho é hipertenso desde os 15 anos de idade quando "ele ficou muito aborrecido com a separação dos pais". Iniciou também quadro de cefaleias constantes, palpitações e sudorese profusa e foi diagnosticado pelo médico do postinho como "transtorno de ansiedade e depressão pós-traumática". Faz uso regular de losartana 50 mg 12/12h, hidroclorotiazida 25 mg ao acordar e fluoxetina 25 mg pela manhã. Afirmou que o filho sempre teve "pressão alta emocional", sendo o normal pressório para ele de PA 160/100 mmHg.

Considerando o caso clínico, assinale a afirmativa correta.

- A** O emprego de psicotrópicos, como benzodiazepínicos para controle ansiolítico associado a antidepressivo, fará o manejo adequado da patologia do paciente e resolverá as crises hipertensivas e de ansiedade do paciente.
- B** Deve-se abordar o paciente, em consulta privativa, juntamente com a equipe da psicologia, sobre o uso de drogas estimulantes ou recreativas (cocaína, LSD, ecstasy), pois elas estariam diretamente relacionadas ao infarto agudo do miocárdio com cateterismo coronariano sem alterações (Síndrome de Takotsubo).
- C** A dosagem plasmática e urinária das catecolaminas e metanefrinas, bem como a realização de exame de imagem do abdome contrastado (tomografia computadorizada ou ressonância magnética) devem ser solicitadas frente à suspeita de feocromocitoma.
- D** A estenose de artérias renais e síndrome carcinoide constituem os diagnósticos diferenciais neste caso e podem ser excluídos, solicitando-se, respectivamente, a ultrassonografia de vias renais e cintilografia com análogos de somatostatina (OCTREOSCAN).

4000127838

Questão 12 Doença de Graves

O TSH é o principal regulador da função tireoidiana, a biossíntese e a liberação de T3 e T4 são controladas por mecanismos reguladores tipo feedback negativo que mantêm constante a síntese, o estoque e os níveis dos hormônios no sangue. Cite 4 (quatro) principais manifestações clínicas associadas à tireoidite de Graves.

4000127659

Questão 13 Introdução e semiologia Síntese secreção e transporte dos hormônios tireoidianos

O TSH é o principal regulador da função tireoidiana, a biossíntese e a liberação de T3 e T4 são controladas por mecanismos reguladores tipo feedback negativo que mantêm constante a síntese, o estoque e os níveis dos hormônios no sangue. A partir das informações dadas, faça um esquema do retroregulação hormonal do eixo Hipófise- Hipotálamo-Tireoide.

4000127658

Questão 14 Ações biológicas dos hormônios tireoidianos

A hipertensão arterial secundária à disfunção endócrina pode ser observada tanto no hiper quanto no hipofuncionamento da glândula:

- A Paratireoide.
- B Suprarrenal.
- C Tireoide.
- D Hipófise.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000127961](#)

Questão 15 Fatores de risco Endocrinologia Patogênese e evolução da doença

Um homem com 43 anos de idade comparece ao ambulatório de cardiologia para iniciar seguimento por apresentar hipertensão arterial sistêmica. Ele relata que, há uma semana, havia realizado medida indireta, eventual de seus níveis pressóricos e observado pressão arterial = 240 x 120 mmHg. Naquele momento, não procurou assistência médica de urgência, mantendo-se assintomático desde então. O paciente informa ser ex- tabagista de 20 maços/ano tendo interrompido o hábito há 2 anos. Nega etilismo ou outros vícios; nega uso rotineiro de qualquer medicação. Ao exame físico, observa-se paciente em bom estado geral, obeso, com índice de massa corporal (IMC) de 40 Kg/m² (peso= 130 Kg; altura = 180 m) e circunferência abdominal de 120 cm, apresentando ausculta respiratória e cardíaca sem alterações. O exame do abdome não evidencia massas ou visceromegalias, observando-se edema discreto e simétrico em ambos os membros inferiores. Apresenta frequência cardíaca = 92 bpm. pressão arterial = 220 x 130 mmHg em ambos os braços, utilizando-se esfigmomanômetro apropriado para circunferência braquial. Foram solicitados exames laboratoriais que evidenciam sódio sérico = 142 mEq/L (valor de referência 135 a 145 mEq/L); potássio sérico = 4,1 mEq/L (valor de referência: 3,5 a 4,5 mEq/L); creatinina sérica = 1,3 mg/dL (valor de referência: 0,6 a 1,2 mg/dL); ureia sérica = 38 mg/dL (valor de referência: 30 a 60 mg/dL), glicemia de jejum (dias diferentes) = 130 mg/dL (primeira amostra) e 134 mg/dL (segunda amostra), (valor de referência: 70 a 99 mg/dL); colesterol total = 214 mg/dL (valor de referência limitrofe: 200 a 239 mg/dL); colesterol LDL = 141 mg/dL (valor de referência limitrofe 130 a 159 mg/dL); colesterol HDL = 45 mg/dL (valor desejável: superior a 60 mg/dL); colesterol VLDL = 28 mg/dL (valor de referência até 30 mg/dL); triglicérides = 138 mg/dL (valor de referência limitrofe: 150 a 199 mg/dL); excreção urinária de albumina = 260 mg/dia (0,18 pg/min). O eletrocardiograma e o raio-X do tórax estavam normais. Com base na história clínica e nos achados do exame físico do paciente, faça o que se pede no item a seguir.

Descreva o principal conceito fisiopatológico envolvido no diagnóstico em questão.

4000127930

Questão 16 Endocrinologia Critérios diagnósticos de síndrome metabólica

Um homem com 43 anos de idade comparece ao ambulatório de cardiologia para iniciar seguimento por apresentar hipertensão arterial sistêmica. Ele relata que, há uma semana, havia realizado medida indireta, eventual de seus níveis pressóricos e observado pressão arterial = 240 x 120 mmHg. Naquele momento, não procurou assistência médica de urgência, mantendo-se assintomático desde então. O paciente informa ser ex- tabagista de 20 maços/ano tendo interrompido o hábito há 2 anos. Nega etilismo ou outros vícios; nega uso rotineiro de qualquer medicação. Ao exame físico, observa-se paciente em bom estado geral, obeso, com índice de massa corporal (IMC) de 40 Kg/m² (peso= 130 Kg; altura = 180 m) e circunferência abdominal de 120 cm, apresentando ausculta respiratória e cardíaca sem alterações. O exame do abdome não evidencia massas ou visceromegalias, observando-se edema discreto e simétrico em ambos os membros inferiores. Apresenta frequência cardíaca = 92 bpm. pressão arterial = 220 x 130 mmHg em ambos os braços, utilizando-se esfigmomanômetro apropriado para circunferência braquial. Foram solicitados exames laboratoriais que evidenciam sódio sérico = 142 mEq/L (valor de referência 135 a 145 mEq/L); potássio sérico = 4,1 mEq/L (valor de referência: 3,5 a 4,5 mEq/L); creatinina sérica = 1,3 mg/dL (valor de referência: 0,6 a 1,2 mg/dL); ureia sérica = 38 mg/dL (valor de referência: 30 a 60 mg/dL), glicemia de jejum (dias diferentes) = 130 mg/dL (primeira amostra) e 134 mg/dL (segunda amostra), (valor de referência: 70 a 99 mg/dL); colesterol total = 214 mg/dL (valor de referência limitrofe: 200 a 239 mg/dL); colesterol LDL = 141 mg/dL (valor de referência limitrofe 130 a 159 mg/dL); colesterol HDL = 45 mg/dL (valor

desejável: superior a 60 mg/dL); colesterol VLDL = 28 mg/dL (valor de referência até 30 mg/dL); triglicérides = 138 mg/dL (valor de referência limítrofe: 150 a 199 mg/dL); excreção urinária de albumina = 260 mg/dia (0,18 µg/min). O eletrocardiograma e o raio-X do tórax estavam normais. Com base na história clínica e nos achados do exame físico do paciente, faça o que se pede no item a seguir.

Cite, entre as informações acima, três critérios que caracterizam o diagnóstico:

4000127929

Questão 17 **Endocrinologia** **Critérios diagnósticos de síndrome metabólica**

Um homem com 43 anos de idade comparece ao ambulatório de cardiologia para iniciar seguimento por apresentar hipertensão arterial sistêmica. Ele relata que, há uma semana, havia realizado medida indireta, eventual de seus níveis pressóricos e observado pressão arterial = 240 x 120 mmHg. Naquele momento, não procurou assistência médica de urgência, mantendo-se assintomático desde então. O paciente informa ser ex- tabagista de 20 maços/ano tendo interrompido o hábito há 2 anos. Nega etilismo ou outros vícios; nega uso rotineiro de qualquer medicação. Ao exame físico, observa-se paciente em bom estado geral, obeso, com índice de massa corporal (IMC) de 40 Kg/m² (peso= 130 Kg; altura = 180 m) e circunferência abdominal de 120 cm, apresentando ausculta respiratória e cardíaca sem alterações. O exame do abdome não evidencia massas ou visceromegalias, observando-se edema discreto e simétrico em ambos os membros inferiores. Apresenta frequência cardíaca = 92 bpm. pressão arterial = 220 x 130 mmHg em ambos os braços, utilizando-se esfigmomanômetro apropriado para circunferência braquial. Foram solicitados exames laboratoriais que evidenciam sódio sérico = 142 mEq/L (valor de referência 135 a 145 mEq/L); potássio sérico = 4,1 mEq/L (valor de referência: 3,5 a 4,5 mEq/L); creatinina sérica = 1,3 mg/dL (valor de referência: 0,6 a 1,2 mg/dL); ureia sérica = 38 mg/dL (valor de referência: 30 a 60 mg/dL), glicemia de jejum (dias diferentes) = 130 mg/dL (primeira amostra) e 134 mg/dL (segunda amostra), (valor de referência: 70 a 99 mg/dL); colesterol total = 214 mg/dL (valor de referência limítrofe: 200 a 239 mg/dL); colesterol LDL = 141 mg/dL (valor de referência limítrofe 130 a 159 mg/dL); colesterol HDL = 45 mg/dL (valor desejável: superior a 60 mg/dL); colesterol VLDL = 28 mg/dL (valor de referência até 30 mg/dL); triglicérides = 138 mg/dL (valor de referência limítrofe: 150 a 199 mg/dL); excreção urinária de albumina = 260 mg/dia (0,18 µg/min). O eletrocardiograma e o raio-X do tórax estavam normais. Com base na história clínica e nos achados do exame físico do paciente, faça o que se pede no item a seguir.

Identifique o diagnóstico sindrômico desse paciente.

4000127928

Questão 18 **Individualização do tratamento** **Diabetes Mellitus tipo 1 DM 1**

Insulinoterapia no tratamento do diabetes mellitus tipo 1

Um homem com 18 anos de idade procura a Unidade Básica de Saúde com queixas de indisposição, poliúria, polidipsia e perda ponderal de 5 kg nos últimos 4 meses. Realizou teste de glicemia de jejum no dia anterior, cujo resultado foi de 382 mg/dL. O paciente relata que não há história de diabetes melito na família. Ao exame físico, constata-se índice de massa corporal = 20,9 kg/m², circunferência abdominal 90 cm, pressão arterial = 123 x 82 mmHg; não se observa acantose nigricans. O resultado do exame clínico dos aparelhos circulatório e respiratório do paciente é normal. Diante desse quadro, o médico introduziu insulinas NPH e regular de imediato e encaminhou o paciente ao endocrinologista para seguimento. Nessa situação, a orientação médica adequada a esse paciente e seus familiares é

- A a introdução de dieta hipocalórica, para perda de 5 a 10% do peso e redução mais rápida da glicemia.
- B a suspensão da dieta e da insulina em casos de síndromes febris ou diarreia, para diminuir riscos de hipoglicemia.
- C a suspensão da insulina NPH quando a glicemia de jejum for menos que 100 mg/dL, devido ao risco de hipoglicemia.
- D o adiamento do início de atividade física, pois existe o risco do paciente desenvolver cetoacidose glicêmica nesse momento.

Questão 19 Rastreamento Prevenção Endocrinologia

Um homem com 43 anos de idade, sem histórico de tabagismo, fez dosagem da sua glicemia de jejum em exame de rotina no serviço de medicina do trabalho, tendo sido encontrado como resultado o valor de 120 mg/dL (valor de referência: < 110 mg/dL). Devido ao quadro, foi encaminhado a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para avaliação médica. O médico que o atendeu, não tendo detectado história familiar de diabetes melito, nem encontrado alterações em seu exame clínico, pediu novo exame para dosagem da glicemia em jejum, que apresentou o resultado de 120 mg/dL. Solicitou, então, dosagem de glicemia 2 horas pós-carga (pós-prandial) e dosagem de hemoglobina glicada, que apresentaram, respectivamente, os seguintes resultados: 160 mg/dL (valor de referência: < 140 mg/dL) e 6,1% (valor de referência: < 5,7%). O paciente foi orientado sobre alimentação saudável e mudanças de hábitos de vida. Nessa situação e de acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde, quais devem ser o intervalo de tempo recomendado para reavaliação do paciente e a conduta médica adequada no retorno?

- A A cada 3 meses; exame clínico na UBS.
- B A cada mês; dosagem da glicemia em jejum.
- C A cada ano; dosagem da glicemia em jejum.
- D A cada 6 meses; dosagem da hemoglobina glicada.

Essa questão possui comentário do professor no site 4000127921

Questão 20 Tratamento nas crianças e adolescentes

Um adolescente com 15 anos de idade é encaminhado à Unidade de Pronto Atendimento após ter apresentado vômitos e mal-estar em uma festa em que havia bebidas alcoólicas disponíveis. Em consulta, o paciente nega ter tomado tais bebidas. Ele é previamente hígido e também nega uso de medicamentos ou drogas ilícitas. Segundo relato dos familiares que o acompanham, o paciente faz dieta para perder peso, sem acompanhamento médico, e fica muitas horas sem se alimentar. À admissão na unidade, ele apresenta hálito cetônico e está sonolento, orientado, desidratado, acianótico, hemodinamicamente estável, com frequência respiratória = 36 irpm, murmúrio vesicular fisiológico, abdome difusamente doloroso à palpação profunda e com os ruídos hidroaéreos diminuídos, saturação arterial de oxigênio em ar ambiente = 95%. Os exames complementares iniciais realizados na unidade revelaram: glicemia = 380 mg/dL (valor de referência: 99 mg/dL); gasometria arterial com pH = 7,24 (valor de referência: 7,35 a 7,45); PaO₂ = 100 mmHg (valor de referência: 83 a 108 mmHg); PaCO₂ = 40 mmHg (valor de referência: 35 a 45 mmHg); HCO₃⁻ = 14 mmol/L (valor de referência: 22 a 29 mmol/L); BE = -4 mmol/L (valor de referência: -2,0 a +2,0 mmol/L); SaO₂ = 98% (valor de referência: 95 a 99%); pesquisa de cetonemia positiva (valor de referência: negativa); Na⁺ = 130 mEq/L (valor de referência 135 a 145 mEq/L); K⁺ = 2,9 mEq/L (valor de referência 3,5 a 5,5 mEq/L); Cl⁻ = 95 mEq/L (valor de referência 96 a 109 mEq/L); amilase sérica = 120 U/L (valor de referência < 90 U/L). Diante do quadro clínico descrito, quais são o diagnóstico mais provável e o tratamento inicial adequado para esse paciente?

- A Cetoacidose diabética; hidratação com solução fisiológica e cloreto de potássio por via intravenosa.
- B Cetoacidose diabética; administração imediata de insulina por via endovenosa.
- C Cetoacidose secundária a pancreatite aguda; hidratação com solução fisiológica e antibioticoterapia por via intravenosa.
- D Cetoacidose alcoólica; hidratação com solução fisiológica e tiamina por via intravenosa.

Essa questão possui comentário do professor no site 4000127920

Questão 21 Antipsicóticos Diabetes induzido por drogas Antipsicóticos

Um homem com 33 anos de idade, com diagnóstico de esquizofrenia há 8 anos, em tratamento regular no Centro de Atenção Psicossocial, faz uso de quetiapina 600 mg/dia e encontra-se estável em relação aos sintomas psiquiátricos. Ele comparece à Unidade de Saúde da Família para reavaliação periódica; refere ganho de peso de 1,5 kg em 3 semanas, polifagia e polidipsia sem outros sintomas. Em face desse caso, qual deve ser a conduta adotada?

- A Referenciar o caso à atenção especializada para investigação adicional e manejo adequado do quadro clínico atual.
- B Encaminhar o paciente para internação, considerada recurso terapêutico e instrumento do Projeto Terapêutico Singular.
- C Aumentar a dose de quetiapina para 800 mg/dia, considerando-se interações medicamentosas, para otimização do tratamento.
- D Avaliar glicemia em virtude do risco de complicações metabólicas decorrentes do controle do quadro glicêmico em função do tratamento medicamentoso para esquizofrenia.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000127890](#)

Questão 22 Hipotireoidismo na gestação

Uma mulher com 30 anos de idade, primigesta, com gestação a termo, internada em um hospital, apresenta pré-eclâmpsia com sinais de sofrimento fetal, tendo-se optado por interrupção da gestação. Em seu prontuário, registra-se que, no segundo trimestre da gestação, a paciente havia apresentado dosagens de TSH = 5,0 mU/L (valor de referência 0,3 a 4,0 mU/L) e de T4 livre = 0,7 ng/L (valor de referência: 0,9 a 1,7 ng/L), tendo sido aumentada a dose da levotiroxina que a paciente usava algum tempo antes de iniciada a gravidez, de 50 mcg para 100 mcg. No puerpério imediato, ainda durante a sua internação hospitalar, qual deve ser a indicação adequada para a paciente quanto à dose diária de levotiroxina?

- A Manter a dose de 100 mcg até o 28º dia de puerpério.
- B Retornar o uso regular para a dose pré-gestacional de 50 mcg.
- C Aumentar para 125 mcg e manter durante o período de lactação.
- D Suspender o uso dessa medicação e avaliar, em 40 dias, a necessidade de reintroduzir o medicamento.

4000127616

Questão 23 Tratamento do hipotireoidismo clínico

Uma mulher com 38 anos de idade procurou atendimento em Unidade Básica de Saúde (UBS) por apresentar, há 4 meses, ganho de peso, fadiga, sonolência excessiva e irritabilidade. A paciente relata sentir-se muito triste, desanimada e com baixa autoestima. Ao exame físico apresentou frequência cardíaca = 58 bpm, pele seca e áspera e edema palpebral bilateral. Os demais aspectos do exame físico estavam inalterados. Os resultados dos exames solicitados indicaram dosagem sérica do hormônio estimulante da tireoide (TSH) = 34 mUI/L (valor de referência: 0,45 a 4,5 mUI/L), tendo sido repetidos e confirmado o resultado, tiroxina sérica (T4 livre) = 0,3 ng/dL (valor de referência: 0,7 a 1,8 ng/dL). Diante desse quadro, foi iniciado tratamento com levotiroxina 100 mcg/dia. Após 6 semanas, foi solicitada a repetição dos exames com os seguintes resultados: TSH = 2,5 mUI/L e T4 livre = 1,2 ng/dL. Nessa ocasião a paciente referiu melhora quase completa dos sintomas apresentados. Cinco meses depois, essa paciente volta à UBS para consulta expondo a suposição de que a tireoide piorou de novo. Afirmar estar tomando corretamente sua medicação. Novos exames realizados nessa ocasião indicam TSH = 2,3 mUI/L e T4 livre = 1,2 ng/dL. Questionada, a paciente informa apresentar muita tristeza, desânimo, falta de concentração e fadiga. Ao exame físico, constata-se que não houve ganho de peso e que não há alteração na tireoide da paciente. Nessa situação, a conduta adequada é

- A informar à paciente que o seu quadro clínico é compatível com tireotoxicose e que a dosagem do seu medicamento deverá ser reduzida; agendar retorno em 6 meses para reavaliação de TSH.
- B informar à paciente a necessidade de aumentar a dose de levotiroxina até a resolução completa dos sintomas, independentemente dos valores de TSH e T4 livre; agendar retorno em 6 meses para reavaliação de TSH.
- C fazer a avaliação para transtorno depressivo como diagnóstico diferencial e, caso confirmado, discutir o início de tratamento para essa nova comorbidade; manter acompanhamento dos níveis séricos de TSH.
- D informar à paciente que, mediante os indícios de que a terapia com levotiroxina não está sendo efetiva, faz-se necessário estender a investigação, procedendo-se à realização de biópsia da tireoide com agulha fina.

4000127571

Questão 24 Diagnóstico e investigação adicional

Uma adolescente com 15 anos de idade, diagnosticada com diabetes melito tipo 1 há 6 anos, é atendida em ambulatório de Atenção Secundária com queixa de adinamia e sonolência excessiva, que vem comprometendo suas atividades escolares. Devido à palpação de tumoração na parte anterior do pescoço, surgida há 2 meses, o médico solicitou ultrassonografia de tireoide, que evidenciou hipoecogenicidade e bócio heterogêneo com micronódulos distribuídos pelo parênquima. Com base nessa situação, assinale a alternativa em que são apresentados os achados laboratoriais que confirmam o diagnóstico.

- A TSH aumentado, com T4 diminuído e anticorpo antiperoxidase negativo.
- B TSH aumentado, com T4 diminuído e anticorpo antiperoxidase positivo.
- C TSH diminuído, com diminuição concomitante de T4 e T3.
- D TSH diminuído, com aumento concomitante de T4 e T3.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000126919](#)

Questão 25 Manifestações clínicas de tireotoxicose Conceitos

Uma mulher com 35 anos de idade é admitida na Unidade de Emergência em razão de uma situação de estresse. Desde o divórcio, há 2 anos, mora com os pais, os quais referem que a paciente tem estado inquieta há alguns meses, apresentando irritabilidade contínua e "crises nervosas" com muitos tremores e irritação, situações que vêm se agravando. A paciente admite sua irritabilidade, mas, por sua vez, refere que os pais a tratam "como criança" e que a insistência em levá-la ao médico é um dos motivos de sua irritação. Ao exame, a paciente apresenta agitação mental sem perda da autocrítica, tremores finos nos membros superiores, reflexos patelares e bicipitais exarcebados, com aumento de área reflexógena bilateralmente. A palpação da tireoide não revela bócio ou nodulação. Nesse caso, deve ser solicitada

- A Avaliação psiquiátrica para descartar psicose reativa breve.
- B Dosagem de T4 livre e de TSH, para descartar hipertireoidismo.
- C Avaliação psicológica, para descartar transtorno de ansiedade com crises de pânico.
- D Dosagem de catecolaminas plasmáticas, metanefrinas e ácido vanil-mandélico urinários, para descartar feocromocitoma.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000126910](#)

Questão 26 Tratamento no paciente adulto

Um homem de 25 anos de idade é trazido ao pronto-socorro com rebaixamento do nível de consciência há 30 minutos. Um familiar relata que o paciente perdeu cerca de 10 kg no último mês, apesar do aumento do apetite e do aumento da ingesta

de líquidos. Ao exame, o paciente apresenta-se sonolento, desidratado, anictérico e afebril. Apresenta também pressão arterial = 120 x 80 mmHg, frequência cardíaca = 120 bpm e frequência respiratória = 37 irpm. As ausculta cardíaca e pulmonar estão dentro da normalidade. O paciente refere leve dor abdominal à palpação superficial, sem dor à descompressão brusca; flapping não presente. A gasometria arterial revelou pH = 7,0 (valor de referência: 7,35 a 7,45); bicarbonato sérico = 9 mEq/L (valor de referência: 22 a 26 mEq/L); ânion gap- 17. Outros exames apresentaram os seguintes resultados: glicemia de jejum = 560 mg/dL (valor de referência: 70 a 99 mg/dL); k+ sérico = 2,3 mEq/L (valor de referência: 3,5 a 5,5 mEq/L); Na+ sérico = 129 mEq/L (valor de referência: 132 a 146 mEq/L). Com base no quadro clínico apresentado, o tratamento imediato indicado é:

- A Hidratação, reposição de potássio e administração de insulina regular por via endovenosa, simultaneamente.
- B Hidratação e reposição de potássio por via endovenosa, administração imediata de insulina NPH por via endovenosa.
- C Hidratação e reposição de potássio por via endovenosa, administração de insulina regular por via endovenosa após a normalização do potássio sérico.
- D Hidratação e reposição de potássio por via endovenosa; administração imediata de insulina regular por via endovenosa e de insulina NPH por via subcutânea, simultaneamente.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000126873](#)

Questão 27 **Metas de controle glicêmico** **Metas de controle pressórico** **Metas de controle lipídico**

Um homem com 55 anos de idade, hipertenso, dislipidêmico e diabético de longa data, com controle glicêmico razoável, comparece à consulta na Unidade Básica de Saúde para mostrar exames de rotina. Mostra-se assintomático. A avaliação cardiológica não detectou doença cardiovascular estabelecida. Tem feito uso de metformina, amlodipina, sinvastatina e Ácido Acetilsalicílico (AAS). Pressão arterial = 135 x 85 mmHg. Exame físico sem alterações. Exames complementares revelaram os seguintes resultados; albuminúria 24 h = 45 mg (valor de referência: inferior a 30 mg); colesterol total = 189 mg/dL (valor de referência limítrofe: 200 a 239 mg/dL); colesterol LDL = 90 mg/dL (valor de referência limítrofe: 130 a 159 mg/dL); triglicerídeos = 165 mg/dL (valor de referência limítrofe: 150 a 199 mg/dL); glicemia de jejum = 189 mg/dL (valor de referência: 70 a 99 mg/dL); hemoglobina glicada – HbA1c = 7,2% (valor de referência: 4 a 6%). Após orientações dietéticas e gerais sobre a doença, foi prescrito losartana. Considerando o quadro clínico apresentado, qual é a intervenção de maior impacto recomendada, com evidência clínica nível A?

- A Controle glicêmico (alvo: HbA1c menor ou igual a 7,0%).
- B Restrição de proteínas na dieta (recomendado: 1,0 g/kg/dia).
- C Controle da pressão arterial (alvo: menor ou igual a 140 x 80 mmHg).
- D Redução do LDL-c (alvo: menor que 70 mg/dL) e de triglicerídeos (alvo: menor que 150 mg/dL).

4000126862

Questão 28 **Complicações** **Meningites bacterianas** **Crise adrenal**

A falência aguda das suprarrenais, classicamente conhecida como síndrome de Waterhouse-Friderichsen, é observada na

- A Meningococcemia.
- B Tuberculose miliar.
- C Paracoccidiodomicose disseminada.
- D Endocardite bacteriana subaguda.

Questão 29 Tireoidite granulomatosa subaguda TGSA Doença de Graves Apresentação clínica

Mulher de 28 anos, refere três episódios de dor cervical nos últimos dois anos, com sinais flogísticos e aumento do volume do pescoço, tratada com sintomáticos. Atualmente apresenta aumento da tireoide, de consistência endurecida e algo lobulada, referindo sintomas de hipofunção glandular nos últimos meses. Qual o diagnóstico provável?

- A Doença de Graves.
- B Tireoidite de De Quervain.
- C Bócio multinodular atóxico.
- D Tireoidite de Hashimoto.

4000126520

Questão 30 Endocrinologia Obesidade e síndrome metabólica

Um homem com 55 anos de idade, interessado em fazer exames "de rotina", procura ambulatório de Clínica Médica por estar preocupado com sua saúde, pois acha que "tem relaxado" nos últimos anos. Está assintomático e relata ganho ponderal, em parte explicado pelo seu sedentarismo. Ele nega tabagismo, mas diz que bebe regularmente cerveja, especialmente nos finais de semana. Refere que "come de tudo", sem restrições. Sua mãe é portadora de diabetes melito do tipo 2 e seu pai tem histórico de infarto agudo do miocárdio. Ao exame físico, o paciente apresenta-se normocorado, hidratado e eupneico, com índice de massa corporal = 35 kg/m^2 ; pressão arterial = $140 \times 90 \text{ mmHg}$; frequência cardíaca = 88 bpm. Não se observam alterações significativas na ausculta pulmonar e cardíaca do paciente, constatando-se, ainda, fígado palpável a 2 cm do rebordo costal direito e ausência de edemas ou alterações neurológicas significativas. Com base na história clínica e nos achados do exame físico do paciente, faça o que se pede no item a seguir. Explícite os esclarecimentos que devem ser fornecidos ao paciente sobre possíveis riscos à sua saúde, uma vez confirmado o diagnóstico.

4000126430

Questão 31 Tratamento não medicamentoso Endocrinologia

Um homem com 55 anos de idade, interessado em fazer exames "de rotina", procura ambulatório de Clínica Médica por estar preocupado com sua saúde, pois acha que "tem relaxado" nos últimos anos. Está assintomático e relata ganho ponderal, em parte explicado pelo seu sedentarismo. Ele nega tabagismo, mas diz que bebe regularmente cerveja, especialmente nos finais de semana. Refere que "come de tudo", sem restrições. Sua mãe é portadora de diabetes melito do tipo 2 e seu pai tem histórico de infarto agudo do miocárdio. Ao exame físico, o paciente apresenta-se normocorado, hidratado e eupneico, com índice de massa corporal = 35 kg/m^2 ; pressão arterial = $140 \times 90 \text{ mmHg}$; frequência cardíaca = 88 bpm. Não se observam alterações significativas na ausculta pulmonar e cardíaca do paciente, constatando-se, ainda, fígado palpável a 2 cm do rebordo costal direito e ausência de edemas ou alterações neurológicas significativas. Com base na história clínica e nos achados do exame físico do paciente, faça o que se pede no item a seguir. Descreva cinco orientações e recomendações que devem ser fornecidas ao paciente já no primeiro atendimento.

4000126429

Questão 32 Endocrinologia Critérios diagnósticos de síndrome metabólica

Um homem com 55 anos de idade, interessado em fazer exames "de rotina", procura ambulatório de Clínica Médica por estar preocupado com sua saúde, pois acha que "tem relaxado" nos últimos anos. Está assintomático e relata ganho ponderal, em parte explicado pelo seu sedentarismo. Ele nega tabagismo, mas diz que bebe regularmente cerveja, especialmente nos finais de semana. Refere que "come de tudo", sem restrições. Sua mãe é portadora de diabetes melito do tipo 2 e seu pai tem histórico de infarto agudo do miocárdio. Ao exame físico, o paciente apresenta-se normocorado,

hidratado e eupneico, com índice de massa corporal = 35 kg/m^2 ; pressão arterial = $140 \times 90 \text{ mmHg}$; frequência cardíaca = 88 bpm. Não se observam alterações significativas na ausculta pulmonar e cardíaca do paciente, constatando-se, ainda, fígado palpável a 2 cm do rebordo costal direito e ausência de edemas ou alterações neurológicas significativas. Com base na história clínica e nos achados do exame físico do paciente, faça o que se pede no item a seguir. Cite três exames complementares laboratoriais a serem solicitados para confirmar o diagnóstico.

4000126428

Questão 33 **Endocrinologia** **Critérios diagnósticos de síndrome metabólica** **Obesidade e síndrome metabólica**

Um homem com 55 anos de idade, interessado em fazer exames "de rotina", procura ambulatório de Clínica Médica por estar preocupado com sua saúde, pois acha que "tem relaxado" nos últimos anos. Está assintomático e relata ganho ponderal, em parte explicado pelo seu sedentarismo. Ele nega tabagismo, mas diz que bebe regularmente cerveja, especialmente nos finais de semana. Refere que "come de tudo", sem restrições. Sua mãe é portadora de diabetes melito do tipo 2 e seu pai tem histórico de infarto agudo do miocárdio. Ao exame físico, o paciente apresenta-se normocorado, hidratado e eupneico, com índice de massa corporal = 35 kg/m^2 ; pressão arterial = $140 \times 90 \text{ mmHg}$; frequência cardíaca = 88 bpm. Não se observam alterações significativas na ausculta pulmonar e cardíaca do paciente, constatando-se, ainda, fígado palpável a 2 cm do rebordo costal direito e ausência de edemas ou alterações neurológicas significativas. Com base na história clínica e nos achados do exame físico do paciente, faça o que se pede no item a seguir. Identifique a hipótese principal de diagnóstico e cite outra avaliação, realizada no âmbito do exame físico, que pode contribuir para confirmar o diagnóstico do paciente.

4000126427

Questão 34 **Metas de controle glicêmico** **Tratamento medicamentoso** **Biguanida metformina**

Uma mulher de 45 anos de idade sedentária e tabagista (5 cigarros/dias), procura atendimento em uma Unidade de Saúde da Família por estar acima do peso e ter o diagnóstico de diabetes confirmado há cerca de 6 meses. Ela informou que, apesar da prescrição de tratamento para o diabetes, não o segue conforme recomendado. Ao exame físico, constatou-se IMC = 33 kg/m^2 (VR = $18 - 25 \text{ m}^2 / \text{Kg}$) e PA = $140 \times 80 \text{ mmHg}$. O abdome tinha aspecto globoso, indolor à palpação, sem visceromegalias. Constatou-se concentração de gordura corpórea em abdome e pescoço. A avaliação do aparelho cardiovascular evidenciou ausência de alterações. Os exames laboratoriais revelaram: Glicemia de jejum = 150 mg/dL (VR = $75 \text{ a } 99 \text{ mg/dL}$); Hemoglobina glicosilada = $7,0 \%$ (VR = $3,8 \text{ a } 6,4\%$); Colesterol total = 230 mg/dL (VR = $< 200 \text{ mg/dL}$); Triglicerídeos = 260 mg/dL (VR = $< 260 \text{ mg/dL}$). Considerando o caso, qual das seguintes recomendações é a mais adequada para o tratamento do diabetes mellitus dessa paciente?

- ☐ A Iniciar tratamento com insulionoterapia noturna.
- ☐ B Realizar restrição dietética e praticar atividade física diária.
- ☐ C Utilizar as biguanidas como drogas de primeira escolha.
- ☐ D Utilizar as glitazonas, em razão das complicações do diabetes apresentadas.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000126611](#)

Questão 35 **Indicações de PAAF**

Uma mulher de 35 anos de idade é encaminhada ao Ambulatório de Endocrinologia após a sua médica da Unidade de Saúde da Família ter detectado, em exame clínico de rotina, a presença de um nódulo tireoidiano. Na primeira avaliação da especialista, a paciente revela estar assintomática e receosa, temendo que aquela alteração represente uma neoplasia maligna. A endocrinologista descreve o nódulo como superficial, de diâmetro inferior a 1 cm, indolor, localizado no lobo direito da tireoide, com ausência de linfonodos cervicais e supraclaviculares satélites. Em seguida, solicita dosagem de TSH, T4 e T3 livres e ultrassonografia de tireoide. Os resultados evidenciaram TSH, T4 e T3 livres normais e nódulo tireoidiano de 0,7 cm de diâmetro, com margens imprecisas e microcalcificações, sem linfonodos regionais. Qual deve ser o próximo

procedimento a ser realizado no seguimento dessa paciente?

- A** Punção aspirativa do nódulo tireoidiano por agulha fina.
- B** Cintilografia da tireoide para avaliação do nódulo tireoidiano.
- C** Excisão cirúrgica do nódulo tiroideano e exame histopatológico.
- D** Ultrassonografias sequenciais da tireoide para acompanhamento.

4000126584

Respostas:

1	B	2	B	3	C	4	C	5	B	6	D	7	C	8	B	9		10		11	C
12		13		14	C	15		16		17		18	D	19	C	20	A	21	D	22	B
23	C	24	B	25	B	26	C	27	C	28	A	29	D	30		31		32		33	
34	C	35	A																		