

**Questão 1** **Crise adrenal** **Tratamento do hipotireoidismo clínico**

Uma mulher de 38 anos de idade, em acompanhamento ambulatorial por diagnóstico de tuberculose, comparece em consulta, referindo muita fraqueza e sonolência, além de apresentar manchas em pele. Em exames de rastreio: glicemia em jejum 60 mg/dL; sódio 120 mEq/L (VR = 135 – 145); potássio 4,4 mEq/L (VR = 3,5 – 5,1); e ACTH  $\geq$  50 pg/mL, com cortisol < 5 mcg/dL. Cerca de quinze dias antes de a paciente se apresentar com o quadro atual, ela iniciou o tratamento com L-tiroxina (200 mcg/dia), uma vez que a avaliação laboratorial prévia mostrou níveis baixos de TSH e T4 livre.

Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que a terapêutica mais apropriada para a paciente no momento é

- A metimazol 100 mg, dose única.
- B aumentar a levotiroxina para 300 mcg/dia.
- C aumentar a levotiroxina para 300 mcg/dia e associar prednisona 50 mg.
- D introduzir prednisona: 5 mg, pela manhã; e 2,5 mg, à noite.
- E introduzir prednisona: 40 mg, pela manhã; e 20 mg, à noite.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000170567](#)

**Questão 2** **Marcadores de autoimunidade tireoidiana** **Tratamento do hipotireoidismo subclínico****Diagnóstico e investigação adicional**

Paciente de 35 anos, feminino, procura atendimento ambulatorial após realizar exames de rotina com resultado de TSH=7,5 mUi/L (VR:0,5 a 4,5). Encontra-se assintomática no momento da consulta. Ao exame físico cervical não há sinais de bócio. Qual a melhor conduta?

- A Solicitar TSH em 3 meses.
- B Solicitar T4 livre e T3 livre.
- C Solicitar ultrassonografia de tireoide.
- D Solicitar auto anticorpos (anti-TPO e anti-tireoglobulina).

4000169307

**Questão 3** **Tratamento do hipotireoidismo subclínico** **Diagnóstico e investigação adicional**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 25 anos, do sexo feminino, refere ganho de peso excessivo nos últimos anos e acredita ser por alteração em tireoide. Refere indisposição, fraqueza, queda de cabelo e unhas quebradiças. Faz uso de anticoncepcional oral. Ao exame físico: PA: 130/85 mmHg, FC 85 BPM, peso 85 kg, altura 1,55 m. Exames laboratoriais: TSH - 5,6 (VR 0,3 a 4,5), T4 livre - 0,96 ng/dl (VR 0,85 a 1,5ng/dl), Hb 11,7 g/dl (VR 12 a 16 g/dl) VCM 75 fl (VR 80 a 100 fl), HCM 26 pg (VR 26 a 32 pg), leucócitos 6800 (VR 4000 a 11000), plaquetas 275000, CT 210, LDL 150, HDL 35, TGL 180.

Nesse caso, em relação ao diagnóstico, sabe-se que:

- A a presença de sintomas compatíveis com hipotireoidismo associada a um exame de TSH acima do valor referencial confirma o diagnóstico e indica a reposição imediata de levotiroxina para evitar piora do quadro clínico.
- B seria necessário repetir a dosagem de TSH e, caso o valor seja confirmado, o tratamento com levotiroxina deve ser iniciado, já que a paciente está sintomática.
- C não podemos confirmar o diagnóstico de hipotireoidismo pois, os sintomas relatados pela paciente podem ter outras causas e é possível que a alteração do TSH seja secundária à própria obesidade.
- D antes de iniciar o tratamento é necessário dosar o selênio e o iodo, pois pode ser necessário tratamento prévio com lugol e selênio em caso de deficiências confirmadas.

4000166365

#### Questão 4 Tratamento

As seguintes recomendações devem constar no receituário ao se prescrever levotiroxina:

- A tomar, em jejum, com leite e omeprazol 20 mg.
- B tomar, em jejum, com água, meia hora antes do café da manhã.
- C tomar após o café da manhã, com suco de laranja e bromoprida.
- D tomar, meia hora antes do almoço, com leite e omeprazol 20 mg.
- E tomar, após o almoço ou o jantar, com água e bromoprida.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000166201](#)

#### Questão 5 Hipotireoidismo na gestação

Primigesta, 21 anos, com idade gestacional de 12 semanas, retorna trazendo os exames complementares solicitados em consulta pré-natal anterior. Nega outras queixas clínicas e obstétricas. Antecedentes pessoais: história pregressa de quadro clínico de tireotoxicose há aproximadamente oito meses, evoluindo com adequado controle após prescrição de metimazol. Ao engravidar, a paciente suspendeu o uso de metimazol por conta própria.

Exame físico: dentro dos padrões de normalidade para o período gestacional.

Exames complementares atuais: hormônio estimulador da tireoide (TSH): 6,33 UI/ml, tiroxina livre: 0,96 ng/dL e anticorpo antitireoperoxidase (anti-TPO) positivo.

Além da monitorização periódica da função tireoidiana, qual a conduta mais adequada nesse caso?

- A Prescrever propiltiouracil.
- B Reiniciar metimazol.
- C Manter sem medicação.
- D Iniciar levotiroxina.

4000164271

#### Questão 6 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/m<sup>2</sup>, 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 7 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 8 Tratamento do hipotireoidismo clínico

Mulher de 61 anos foi à consulta com queixa de desânimo, apatia, constipação intestinal e cansaço aos esforços. Quadro de poucos meses de evolução. Negava tabagismo e etilismo. Sem antecedentes morbidos relevantes. Sem alterações dignas de nota ao exame físico. Exames laboratoriais revelaram como única alteração TSH 10mUI/mL e T4 livre 0,5ng/dl, o que motivou a prescrição de levotiroxina 50mcg/dia, pelas manhãs em jejum. Paciente retorna ao consultório após 6 semanas, informando regressão completa dos sintomas e nova dosagem mostrou TSH de 7,2 mUI/mL. É CORRETO afirmar que:

- A A dose deverá ser aumentada em 12,5mcg/dia, com nova avaliação após intervalo de 6 meses
- B A dose deverá ser aumentada em 25mcg/dia, com nova avaliação no intervalo de 6 semanas
- C Não há necessidade de ajuste da dose da levotiroxina já que a paciente relata melhora clínica significativa
- D Para ajuste adequado da dose da levotiroxina, é necessário avaliar também nova dosagem de T4 livre

Essa questão possui comentário do professor no site [4000145469](#)

**Questão 9** Hipotireoidismo na gestação Obstetrícia

Primigesta, 36 anos de idade, 6 semanas de idade gestacional, apresenta hipotireoidismo há 5 anos, em uso regular de levotiroxina 75 mcg/dia. Últimos exames realizados há 2 meses: TSH = 2,1 mUI/L (normal 0,45 - 4,5 mUI/L); T4 livre = 0,8 ng/dL (normal de 0,6 a 1,3 ng/dL); anticorpo anti-tireoperoxidase positivo. Qual é a orientação em relação à reposição do hormônio tireoidiano?

- A A dose deve ser aumentada.
- B A dose deve ser mantida.
- C A dose deve ser reduzida.
- D Suspender e reintroduzir após o primeiro trimestre.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000144691](#)

**Questão 10** Hipotireoidismo na gestação Síntese secreção e transporte dos hormônios tireoidianos  
Avaliação funcional e ultrassonográfica da glândula tireoide

Sobre a gravidez e a função tireoidiana, assinale a opção correta.

- A O aumento da iodúria pode ocasionar deficiência na produção hormonal fetal.
- B A reposição de iodo é contraindicada na gestação.
- C O intervalo de T4 total é menor nas gestantes que em mulheres não grávidas.
- D O rastreamento com TSH no primeiro trimestre deve ser solicitado apenas para pacientes acima dos 30 anos de idade.
- E O feto depende dos hormônios tireoidianos maternos até próximo ao termo.

4000142512

**Questão 11** Hipotireoidismo na gestação

Quanto ao hipotireoidismo na gestação, a FEBRASGO recomenda que

- A é necessária a suplementação de iodo para mulheres que recebem levotiroxina.
- B o tratamento do hipotireoidismo clínico é contraindicado na gravidez com TSH acima de 4,0 mU/L.
- C as gestantes com TSH > 2,5 mU/L devem ser avaliadas quanto à presença do anti-TPO.
- D o hipotireoidismo subclínico não deve ser tratado se o anti-TPO for positivo e o TSH estiver acima de 2,5 mU/L.
- E para o ajuste do tratamento do hipotireoidismo, o TSH deve ser mantido entre 4,0 – 6,0 mU/L.

4 000141031

**Questão 12** Tratamento do hipotireoidismo clínico

Paciente do sexo feminino, 28 anos, nulípara, em uso de anticoncepcional oral, realiza exames laboratoriais para investigação de queda de cabelo e apresenta os seguintes resultados: TSH de 12 mcg/mL (normal: 0,4 a 2,5 mcg/mL) e T4 livre de 0,4 ng/mL (normal: 0,8 a 2,0 ng/mL), testosterona livre 22 ng/dL (normal: 12 a 60 ng/dL) e progesterona 6 ng/mL (5 a 20 ng/mL).

Assinale a alternativa que apresenta a condução correta desse caso.

- A Introdução de testosterona em gel tópico.
- B Troca do anticoncepcional oral por DIU.
- C Introdução de levotiroxina.
- D Solicitação de BHCG.
- E Associar coenzima Q10.

4 000141009

**Questão 13** Tratamento do hipotireoidismo subclínico Diagnóstico e investigação adicional  
Interpretação dos exames laboratoriais

Uma senhora de 71 anos apresenta quadro de fadiga leve há alguns meses. Ela traz exames que mostram um TSH de 6,9 mU/L (valor de referência: 0,4 a 4,3 mU/L) e dosagem de T4 livre normal.

Em relação ao quadro exposto, é correto afirmar:

- A Por conta do relato de fadiga, a paciente tem indicação de início imediato de tratamento com dose baixa de levotiroxina.
- B A apresentação clínica é condizente com hipotireoidismo subclínico, devendo-se repetir a dosagem de TSH e T4 livre em 2 a 3 meses, antes de definir se há indicação ou não de reposição de levotiroxina.
- C A paciente tem indicação absoluta de realização de ultrassom de tireoide para investigação de possível neoplasia de tireoide.
- D Não há indicação de pesquisa de anticorpos antitireoperoxidase, já que os resultados desse exame não influenciam a conduta.
- E A causa mais provável do achado laboratorial é síndrome do eutireoideo doente, não se indicando qualquer investigação adicional.

Essa questão possui comentário do professor no site 4000139808

**Questão 14** Etiologia

É causa de hipotireoidismo secundário:

- ☐ A deficiência de iodo.
- ☐ B tireoidite de Hashimoto.
- ☐ C tratamento com lítio.
- ☐ D cirurgia ou irradiação da hipófise.
- ☐ E tireoidectomia subtotal ou total.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000138045](#)

**Questão 15** Diagnóstico e investigação adicional Tratamento Apresentação clínica

Mulher de 78 anos de idade, portadora de cardiopatia isquêmica, queixando-se de adinamia, sonolência diurna, queda de cabelo e unhas quebradiças nos últimos meses. Exames laboratoriais evidenciam TSH 11,6 mU/L (VR 0,4 – 4,5 mU/L) e T4 livre 0,36 ng/dL (VR 0,7 – 1,8 ng/dL), repetidos e confirmados em um segundo momento.

Sobre esse quadro clínico, assinale a alternativa correta.

- ☐ A O tratamento com reposição de levotiroxina sódica deve ser iniciado de forma cautelosa devido à cardiopatia isquêmica.
- ☐ B Trata-se de um quadro de hipotireoidismo subclínico e não necessita de tratamento.
- ☐ C A deficiência nutricional de iodo é a causa mais comum dessa condição em países desenvolvidos.
- ☐ D A tireoidite de Hashimoto nunca é acompanhada de outras doenças autoimunes.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000132802](#)

**Questão 16** Tratamento do hipotireoidismo subclínico

Leia o caso clínico a seguir.

Homem de 85 anos, com hipertensão e dislipidemia, veio encaminhado por apresentar TSH: 7,5 mUI/L (0,4-4,0). Repetiu exames: TSH: 6,4 mUI/L (0,4-4,0), t4 livre: 1,2 ng/dL (VR: 0,8-1,8), anticorpos antitireoperoxidase e antitireoglobulina negativos.

Nesse caso, qual é a conduta mais apropriada?

- ☐ A Observar sem reposição de levotiroxina e repetir os exames com intervalo de seis meses.
- ☐ B Iniciar levotiroxina em dose baixa com aumento gradual até dose efetiva.
- ☐ C Iniciar dose plena de levotiroxina.
- ☐ D Prescrever Lugol a 5%; três gotas por dia durante 30 dias e repetir função tireoidiana.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000131265](#)

**Questão 17** Apresentação clínica

Em relação ao hipotireoidismo primário, é INCORRETO afirmar que:

- A A média de idade ao diagnóstico de Hipotireoidismo é de 40 anos.
- B Em mulheres, a menorragia é mais frequente que a oligomenorreia.
- C O aumento de peso é discreto e é consequência do acúmulo de líquidos no tecido mixedematoso.
- D Cansaço, dificuldade de concentração e de memória são fatores de confusão entre Hipotireoidismo e Depressão.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000129358](#)

#### Questão 18 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 19 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 mU/L (valor de referência: 0,45 a 4,5 mU/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 mU/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 mU/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 20** 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 21** Marcadores de autoimunidade tireoidiana Diagnóstico e investigação adicional

Avaliação funcional e ultrassonográfica da glândula tireoide

Uma paciente com 42 anos de idade, com antecedentes de duas gestações prévias sem intercorrências e sem outras comorbidades, comparece à Unidade Básica de Saúde com queixas de aumento de volume em região cervical anterior, notado há aproximadamente 10 meses. Nega dor local ou vermelhidão. Nega quadros semelhantes na família. No exame físico encontra-se em bom estado geral, corada, sem linfomegalias cervicais. A tireoide é visível durante a deglutição e, na palpação, tem dimensões aumentadas em cerca de 2 vezes, com consistência mais fibrosa do que a normal, é móvel e indolor e sem nódulos palpáveis. As ausculta cardíaca e pulmonar são normais. A frequência cardíaca é de 72 bpm e a pressão arterial = 125 x 70 mmHg. A paciente não apresenta tremores de extremidades. A ultrassonografia da tireoide revela uma glândula com ecotextura heterogênea e com parênquima moderadamente hipoecoico; observam-se áreas de hiperecogenicidade e traves fibróticas. O volume total é de 28 ml (Valor de referência = 8 - 14 ml). Além de solicitar dosagem de TSH e de T4 livre, a conduta adequada para essa paciente é solicitar:

- A punção aspirativa da tireoide.
- B pesquisa de anticorpo antitireoperoxidase.
- C dosagem de T3 livre e cintilografia da tireoide.
- D dosagem de T3 livre e pesquisa de anticorpo antirreceptor do TSH.

4000126778

**Questão 22** Diagnóstico e investigação adicional Apresentação clínica



[illegible][illegible]

Mulher com 52 anos de idade, previamente hígida, há 3 meses queixa-se de astenia, sonolência e ganho de peso, constipação, além de artralguas e mialgias. Ao exame, nota-se pele seca e frequência cardíaca de 62 bpm, além de não apresentar sinais de artrite ou deformidades articulares. Os exames indicados e o principal diagnóstico a serem considerados são, respectivamente:

- A CPK e aldolase; fibromialgia.
- B TSH e T4 livre; hipotireoidismo primário.
- C Cálcio sérico e PTH; hiperparatireoidismo.
- D TSH e T4 livre; hipotireoidismo secundário.
- E Cortisol e potássio séricos; insuficiência adrenal.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000127237](#)

---

**Questão 23 Hipotireoidismo na gestação**

Uma gestante de 32 anos de idade, gesta = 2, para = 1, hoje com 15 semanas de gestação, comparece a sua segunda consulta de pré-natal. Encontra-se assintomática. Tem histórico de parto pré-termo há 4 anos devido a descolamento prematuro de placenta, com complicação de hemorragia pós-parto. Nega história de hipertensão, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional anterior. O filho anterior nasceu com 36 semanas, pesou 2 050 g e mediu 40 cm. A gestante nega o uso, na gravidez anterior, de quaisquer medicações, exceto sulfato ferroso e ácido fólico. Ao exame clínico apresentou: PA = 110 x 60 mmHg; FC = 80 bpm; altura uterina = 15 cm; batimentos cardíofetais = 152 bpm; toque: colo fechado, grosso e posterior. A paciente traz os resultados dos seguintes exames laboratoriais: glicemia de jejum = 65 mg/dL (valor de referência < 99 mg/dL); sorologia para toxoplasma gondii = IgM não reagente/IgG reagente; sorologia rubéola = IgG reagente/IgM não reagente; VDRL não reagente; TSH = 15 UI/ml (valor de referência = 0,4 a 5,0 UI/ml), hemograma com Hb = 12,0 g/dL (valor de referência = 11,3 a 16,3 g/dL), leucócitos e plaquetas normais.

Com base na história clínica e nos resultados dos exames acima apresentados é correto afirmar que

- A a gestante deve iniciar reposição de hormônio tireoidiano.
- B os níveis de T4 livre da gestante estão necessariamente elevados.
- C o quadro clínico apresentado não sugere risco de parto prematuro.
- D a mesma rotina laboratorial deve ser repetida após 30 dias para nova avaliação.
- E a gestante está assintomática, fato que não indica reposição de hormônio tiroidiano.

4000129242

Respostas:											
1	D	2	A	3	C	4	B	5	D	6	C
7	B	8	B	9	A	10	A	11	C	12	C
13	B	14	D	15	A	16	A	17	A	18	B
19	C	20	B	21	B	22	B	23	A		

[illegible][illegible]

- [illegible]

[illegible][illegible][illegible]