

**Questão 1**    **Acidose metabólica**    **Cetoacidose diabética**

Homem de 18 anos de idade é admitido na unidade de emergência com queixa de dor abdominal de intensidade moderada, náuseas, sede intensa, aumento da ingesta hídrica, perda ponderal involuntária e poliúria, que se iniciou há algumas horas. Ao exame físico, está em regular estado geral, desidratado (2+/4+), taquipneico, taquicárdico e normotenso. O seu exame abdominal evidenciou dor difusa, sem sinais de irritação peritoneal. Os exames laboratoriais coletados na admissão evidenciaram: glicose: 450mg/dL (VR < 99mg/dL); sódio: 125mEq/L (VR: 136 - 145mEq/L); cloro: 107mEq/L (VR: 98 - 107mEq/L); pH: 7,20 (VR: 7,35 - 7,45); pO<sub>2</sub>: 150mmHg (VR: 80 - 100mmHg); pCO<sub>2</sub>: 30mmHg (VR: 35 - 45mmHg); bicarbonato (HCO<sub>3</sub>): 12mmol/L (VR: 22 a 26); base excess (BE): -10 (VR: -3 a +3); cálcio total: 8,4mg/dL (VR: 8,6 - 10,3mg/dL); albumina: 2,5g/dL (VR: 3,5 - 5,2g/dL); cetonemia: positiva (VR: negativa). Qual é o diagnóstico gasométrico?

- A Acidose metabólica com alcalose respiratória.
- B Acidose metabólica com acidose respiratória.
- C Acidose respiratória com alcalose metabólica.
- D Acidose respiratória com acidose metabólica.
- E Acidose metabólica compensada.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000182348](#)

**Questão 2**    **Cirurgia Bariátrica e Metabólica**    **Pacientes candidatos à cirurgia bariátrica**    **Cirurgia**

Uma paciente de 24 anos, com IMC de 32kg/m<sup>2</sup> e sem comorbidades, procura um médico cirurgião com o desejo de realizar cirurgia bariátrica. Refere que já procurou outros cirurgiões que não quiseram realizar o procedimento. Qual seria a melhor conduta do médico diante dessa situação?

- A Indicar a cirurgia bariátrica, já que a paciente possui critérios para realizar o procedimento, após realização de pré-operatório completo.
- B Orientar a paciente que ela não possui critérios para indicação da cirurgia e que deve iniciar medidas clínicas para a perda de peso.
- C Orientar a paciente que ela deve realizar exames laboratoriais e que, se estes revelarem que ela é portadora de diabetes, terá indicação de realizar a cirurgia.
- D Orientar a paciente sobre os riscos da cirurgia e que esta deve ser indicada somente para pacientes com IMC maior que 45kg/m<sup>2</sup>.
- E Orientar a paciente que ela não possui critérios para indicação da cirurgia, porém, caso a paciente insista em seu desejo, o médico deve realizar o procedimento, respeitando a vontade dela.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000181586](#)

**Questão 3**    **Nervosas**

Um paciente será submetido a uma tireoidectomia total. Qual das alternativas a seguir apresenta uma complicação que pode ocorrer em consequência desse tipo de cirurgia e sua justificativa?

- A Hiperparatireoidismo por lesão das paratireoides.
- B Paralisia de prega vocal por lesão do nervo laríngeo recorrente.
- C Hipertireoidismo por liberação de grande quantidade de hormônios tireoideanos.
- D Rouquidão por lesão do nervo glossofaríngeo.
- E Hipercalcemia por paratireoidectomia acidental.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000181583](#)

#### Questão 4 Características Ultrassonográficas dos Nódulos Indicações de PAAF

Em atendimento em unidade de saúde da família, você atende pela primeira vez uma mulher, com 32 anos, parda, mãe de dois filhos. Ela se encontra assintomática e realizou exames laboratoriais de hemograma colesterol total e frações, glicemia e perfil hormonal tireoidiano, que resultaram normais. Mostrou, ainda, um ultrassom cervical recente, que evidencia um nódulo sólido, no 1/3 superior do lobo direito da tireoide, com 1 cm, espongiforme, sem calcificações, mais largo que alto e de limites precisos. Seu exame físico confirmou os achados ultrassonográficos.

Nesse caso, a conduta mais apropriada é

- A supressão hormonal.
- B tratamento cirúrgico.
- C controle clínico/imaginológico.
- D punção aspirativa por agulha fina.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000178553](#)

#### Questão 5 Hipoglicemia

Um homem com 65 anos de idade, diabético, chega com familiares para consulta no serviço de pronto atendimento devido a confusão mental. Os familiares informam que ele é diabético há 20 anos e faz acompanhamento com o endocrinologista, em uso de insulina há 2 meses (não sabem a dose, mas que faz uso 2 vezes ao dia), além de acompanhamento com o nefrologista há 1 mês, por uma alteração renal que não sabem especificar qual é. Relatam que, no dia anterior, o paciente havia começado a realizar caminhadas para tentar melhor controle do diabetes e que ele vem reduzindo sua quantidade de alimentos com essa mesma intenção. Contam que hoje pela manhã, começou a queixar-se de suor frio e tontura e que, em poucos minutos, tornou-se confuso, apresentando dificuldade para articular as palavras. Ao exame físico apresenta-se normal, sem sinais focais, mas confuso, sem conseguir manter uma conversa ou contato visual. Apresenta pressão arterial de 130 x 90 mmHg e frequência cardíaca de 110 batimentos por minuto, com tremores de extremidades.

Considerando que, na abordagem inicial do paciente, foram realizadas monitorização, suplementação de oxigênio e punção de acesso venoso periférico, faça o que se pede nos itens a seguir.

- a) Cite a principal hipótese diagnóstica a ser considerada. Justifique sua resposta.
- b) Indique o exame complementar a ser solicitado imediatamente nesse caso.
- c) Descreva a conduta medicamentosa imediata.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000176686](#)

**Questão 6**   **Indicações de PAAF**   **Endocrinologia**   **Sintomas e Características Gerais**

Uma paciente com 19 anos de idade apresenta-se no ambulatório com queixa de "caroço no pescoço". Nega comorbidades ou uso de medicações. Ao exame, há nódulo palpável em lobo esquerdo da tireoide, medindo aproximadamente 2,5 x 2 cm, endurecido, não pulsátil, sem frêmito indolor, aderido à musculatura infra-hioídea. Há ainda, alguns linfonodos cervicais palpáveis à esquerda. Sem outras queixas.

Diante desse quadro clínico, qual é o diagnóstico mais provável e o exame inicial a ser solicitado?

- ☐ A   Bócio; tomografia computadorizada de pescoço, com contraste.
- ☐ B   Tireoidite de Hashimoto; ressonância nuclear magnética de pescoço.
- ☐ C   Cisto de conduto tireoglosso; cintilografia da tireoide com iodo radioativo.
- ☐ D   Câncer de tireoide; ultrassonografia de pescoço com Doppler da tireoide e punção aspirativa por agulha fina.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000176652](#)

**Questão 7**   **Complicações da cetoacidose diabética**

Uma criança com 4 anos de idade, do sexo masculino, é atendida no serviço de emergência pública de sua cidade em decorrência de quadro de náuseas, vômitos e dor abdominal há cerca de 2 horas. A mãe refere que a criança vem perdendo peso há aproximadamente 2 meses e apresentando aumento de apetite e diurese nesse período. O desenvolvimento da criança é adequado para a idade. Ao exame físico, o paciente mostra-se acordado e colaborativo, apresentando hálito cetônico, hipocorado 1+/4+, desidratado 3+/4+ e taquipneico, abdome difusamente doloroso, mas sem sinais de irritação peritoneal. A ausculta respiratória e a cardiovascular apresentam-se sem anormalidades. Exames laboratoriais evidenciam glicemia = 350 mg/dL, gasometria com pH = 7,20; pCO<sub>2</sub> = 25 mmHg; pO<sub>2</sub> = 80 mmHg; Bicarbonato = 10 mEq/L. O resultado do exame de urina revela cetonúria. Cerca de 4 horas após início de tratamento com reposição hídrica e insulina 0,1 UI/kg/h, o paciente passa a apresentar redução do nível de consciência associada a bradicardia.

Considerando o caso clínico descrito, o tratamento mais adequado para a complicação apresentada por esse paciente deve ser feito com

- ☐ A   bicarbonato, 1 mEq/kg, intravenoso.
- ☐ B   *flush* de 200 mg/kg de glicose, intravenoso.
- ☐ C   manitol, na dose de 0,5 a 1,0 g/kg, intravenoso.
- ☐ D   40 mEq de potássio por litro de solução, intravenoso.

4000176643

**Questão 8**   **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 9 Tratamento no paciente adulto

Uma mulher de 21 anos de idade, previamente com diabetes mellitus, foi levada ao pronto-atendimento por familiares, por confusão mental, associada à dor abdominal, há dois dias, após briga importante com namorado. Ao exame físico: torporosa; desidratada  $\frac{3}{4}+$ ; e taquidispneica, em respiração acidótica (Kussmaul). Exames laboratoriais: glicemia capilar (dextro) 500 mg/dL; gasometria arterial – pH 7,13;  $\text{HCO}_3^-$  5 mEq/L; Na 131 mEq/L; K 2,6 mEq/L; e hemograma com leucocitose. Iniciou-se hidratação endovenosa com soro fisiológico conforme o protocolo de cetoacidose, com 20 mL/kg na 1ª hora.

Com base nesse caso hipotético, a conduta subsequente será

- A corrigir a importante acidose metabólica da paciente com infusão de bicarbonato de sódio.
- B prescrever solução salina hipotônica de NaCl 0,45%, em média, de 10 a 14 mL/kg/h.
- C iniciar insulino terapia endovenosa de “ação lenta” (NPH).
- D iniciar insulino terapia subcutânea de “ação rápida” (regular).
- E iniciar reposição endovenosa de potássio antes da insulino terapia, devido ao risco de arritmias, associadas à hipopotassemia.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000170554](#)

#### Questão 10 Critérios diagnósticos de síndrome metabólica

Segundo os critérios brasileiros, a Síndrome Metabólica ocorre quando estão presentes três dos cinco critérios a seguir:

- I. Obesidade central – circunferência da cintura superior a 100 cm nas mulheres e nos homens;
- II. Hipertensão arterial – pressão arterial sistólica  $\geq 130$  e/ou pressão arterial diastólica 85 mmHg;
- III. Glicemia alterada (glicemia  $\geq 110$  mg/dL) ou diagnóstico de diabetes;
- IV. Triglicerídeos  $\geq 140$  mg/dL;
- V. HDL colesterol  $< 40$  mg/dL em homens e  $< 50$  mg/dL em mulheres.

Estão corretos:

- A I, II e III.
- B II, III e V.
- C II, IV e V.
- D I, IV e V.
- E II, III e IV.

4000169906

### Questão 11 Manejo dos Nódulos Tireoidianos

Acerca dos nódulos de tireoide, assinalar a alternativa INCORRETA:

- A Os seguintes achados de exame físico são sugestivos de malignidade: crescimento rápido, paralisia de prega vocal ipsilateral ao nódulo, fixação do nódulo aos tecidos vizinhos, nódulo muito endurecido, linfonodomegalia regional ipsilateral.
- B Se o nódulo tem na citologia atípias de significado indeterminado (Bethesda III) o risco de malignidade associado é de 30-45%.
- C A punção aspirativa com agulha fina deve ser recomendada para nódulos maiores ou iguais a 1cm, no seu maior diâmetro, com características ultrassonográficas altamente suspeitas.
- D Aumento da vascularização intranodular, limites imprecisos, margens irregulares e presença de microcalcificações são alguns dos achados ultrassonográficos que sugerem malignidade.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000169538](#)

### Questão 12 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 13** 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 14** 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, hipoeicoico, 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 15** 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<sub>2</sub> (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 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/m<sup>2</sup> (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 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/m<sup>2</sup> (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 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); PaO<sub>2</sub> = 100 mmHg (valor de referência: 83 a 108 mmHg); PaCO<sub>2</sub> = 40 mmHg (valor de referência: 35 a 45 mmHg); HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> = 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); SaO<sub>2</sub> = 98% (valor de referência: 95 a 99%); pesquisa de cetonemia positiva (valor de referência: negativa); Na<sup>+</sup> = 130 mEq/L (valor de referência 135 a 145 mEq/L); K<sup>+</sup> = 2,9 mEq/L (valor de referência 3,5 a 5,5 mEq/L); Cl<sup>-</sup> = 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 19 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 T<sub>4</sub> 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 20** 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 21** 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 hipoeogenicidade 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.

**Questão 22** 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 ingestão 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<sup>+</sup> sérico = 2,3 mEq/L (valor de referência: 3,5 a 5,5 mEq/L); Na<sup>+</sup> 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 23** 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<sup>2</sup>; pressão arterial = 140 x 90 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. Explique os esclarecimentos que devem ser fornecidos ao paciente sobre possíveis riscos à sua saúde, uma vez confirmado o diagnóstico.

4000126430

**Questão 24** 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<sup>2</sup>; pressão arterial = 140 x 90 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

**Questão 25** 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 =  $35 \text{ kg/m}^2$ ; 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 26** 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 =  $35 \text{ kg/m}^2$ ; 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 27** 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 tireoideano e exame histopatológico.
- D Ultrassonografias sequenciais da tireoide para acompanhamento.

4000126584

**Questão 28** Tratamento nas crianças e adolescentes

Uma paciente de 11 anos de idade dá entrada no Pronto Socorro com história de dor abdominal e oito episódios de vômitos nas últimas quatro horas. A mãe dela relata que a criança perdeu 4 kg no último mês e está urinando excessivamente. A menina passou por vários exames, com os seguintes resultados: frequência cardíaca = 150 bpm; frequência respiratória = 60 irpm. Mostrou-se sonolenta, olhos fundos, boca seca, com enchimento capilar de cinco segundos, murmúrio vesicular bem distribuído, bulhas rítmicas normofonéticas, abdome flácido e indolor, sem visceromegalias. Não foram evidenciados sinais de irritação meníngea. Os resultados dos exames laboratoriais estão apresentados a seguir, denotando-se por VR os valores de referência. Hemogasometria arterial: pH = 7,1 (VR = 7,35 - 7,45) ;  $\text{HCO}_3^-$  = 8 mEq/L (VR = 21 - 28 mEq/L);  $\text{PCO}_2$  = 22 mmHg (VR = 35 - 48 mmHg);  $\text{PO}_2$  = 89 mmHg (VR = 83 - 108 mm Hg); glicemia = 450 mg/dL (VR = 65- 99mg/dL); sumário de urina: cetonúria; K = 3,8 mEq/L (VR = 3,5 - 5 mEq/L); Na = 140 mEq/L (VR = 135 - 145 mEq/L); fósforo = 3,5 mg/dL (VR = 3,5 - 5,5 md/dL); ureia = 35 mg/dL (VR = 15 - 40 mg/dL); creatinina = 1 mg/dL (VR = 0,6 - 1,3 mg/dL). Hemograma: Hb = 15 g/dL (VR = 11,5 - 15,5 g/dL); Ht = 45% ( VR = 35 - 45%); leucócitos = 4.800/mm<sup>3</sup> (VR = 5.500 - 15.500/mm<sup>3</sup>). Qual deveria ser a conduta imediata nesse caso?

- A Iniciar insulina subcutânea após controle da desidratação, com expansão volumétrica com soro fisiológico a 0,45%.
- B Iniciar insulina endovenosa contínua em bomba de infusão de Y e a expansão volumétrica com soro fisiológico a 0,45%.
- C Iniciar solução de manutenção com potássio após controle da desidratação, com expansão volumétrica com soro fisiológico a 0,9%.
- D Iniciar reposição em Y de bicarbonato endovenoso e a expansão volumétrica com soro fisiológico a 0,9% para controle da desidratação.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000126567](#)

**Questão 29** 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 hipoeicoico; 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 30** Indicações de PAAF Endocrinologia

Uma senhora com 47 anos de idade é atendida na Unidade Básica de Saúde com queixa de "caroço" no pescoço há quatro

meses. À palpação da região cervical, o médico encontrou um nódulo de mais ou menos 4 cm, de consistência endurecida e aderido aos planos profundos. Foi solicitada ultrassonografia cervical, que evidenciou nódulo tireoidiano de 4,3 cm, com hipoeogenicidade, microcalcificações, ausência de halo periférico, bordas irregulares e fluxo intranodular. As dosagens séricas de T3, T4 e TSH foram normais. A principal hipótese diagnóstica e a investigação inicial são:

- A bócio nodular tóxico; cintilografia tireoidiana.
- B cisto do conduto tireoglosso; biópsia excisional.
- C tireoidite de Hashimoto; dosagem de anticorpos antitireoidianos.
- D carcinoma de tireoide; biópsia por agulha fina guiada por ultrassom.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000126745](https://www.4000126745.com.br)

**Questão 31** Diagnóstico de obesidade Tratamento medicamentoso  
Critérios diagnósticos de síndrome metabólica

Uma mulher com 35 anos de idade procura atendimento na Unidade Básica de Saúde para tratamento de obesidade. Manifesta desejo de usar medicações para diminuir a sensação de fome, pois refere que uma vizinha está tendo bons resultados com o uso de medicamentos há vários meses. A paciente é casada, tem três filhos - o mais novo com dois anos - e atualmente não está trabalhando. Relata que ganhou muito peso durante a última gestação e que não conseguiu retornar ao peso anterior. Nega hipertensão ou diabetes. Não consegue fazer atividade física regular, pois tem dores na coluna e nos joelhos e diz que tem dificuldade em seguir dietas. O exame físico revela: peso = 78 kg; altura = 1,62 m; Índice de massa corporal - IMC = 29,7 kg/m<sup>2</sup>; pressão arterial = 130 x 80 mmHg; circunferência abdominal = 90 cm. O restante do exame físico não apresenta alterações significativas. Com base nessas informações, é correto afirmar que:

- A existe indicação para tratamento farmacológico e a droga de escolha é a sibutramina na dose de 15 mg ao dia.
- B os valores de circunferência abdominal e IMC colocam a paciente em situação de aumento de risco cardiovascular.
- C pelo cálculo do IMC, a paciente é classificada como de peso adequado, não necessitando intervenção medicamentosa.
- D existe indicação para uso de inibidor da enzima de conversão, pelo risco de progressão para hipertensão arterial sistêmica.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000126742](https://www.4000126742.com.br)

**Questão 32** Tratamento no paciente adulto Insulinoterapia no tratamento do diabetes mellitus tipo 1

Paciente com 20 anos de idade, antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 desde os 8 anos de idade, foi trazido ao Serviço de Emergência pela ocorrência de náuseas e vômitos há cerca de 24 horas, e dor abdominal nas últimas 12h, além de rebaixamento progressivo do nível de consciência nas últimas horas. Ao exame se encontrava com estado geral comprometido, descorado (+/4+), desidratado (3+/4+), taquipneico em repouso (respiração de grande amplitude), acianótico e afebril. Ao exame neurológico estava torporoso, escala de coma de Glasgow = 9 (abertura ocular = 2, resposta motora = 5, resposta verbal = 2), com pupilas simétricas e fotorreagentes, sem rigidez nuchal, temperatura axilar = 36,4 °C, pressão arterial = 90 x 50 mmHg, frequência cardíaca = 116 bpm, frequência respiratória = 24 irpm e glicemia capilar = HI (High, elevada). Aparelhos cardiovascular e respiratório sem anormalidades ao exame físico. Havia dor à palpação difusa do abdome, sem massas, visceromegalias ou sinais de irritação peritoneal. Ruídos hidroaéreos presentes. Foi prescrita solução salina a 0,9% - 1.000 ml e, após 1 hora de atendimento, verificou-se:

glicemia capilar = 584 mg/dL  
pressão arterial = 110 x 65 mmHg



glicemia = 566 mg/dL (VR = 70 - 99)  
gasometria venosa: pH = 6,9  
HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> = 8 mEq/L (Vr = 22-25)  
K<sup>+</sup> = 2,9 mEq/L (VR = 3,5-5,0)  
Cl<sup>-</sup> = 115 mEq/L  
ânion gap = 27  
Na<sup>+</sup> = 150 mEq/L (VR = 135-145mEq/L )  
ureia = 35 mg/dL (Vr < 35)  
creatinina = 1,3 mg/dL (VR = 0,7-1,3)  
Urina I (EAS): glicosúria 3+ e cetonúria 2+.  
Eletrocardiograma = normal.

Diante desse quadro, responda:

- Como deve ser feita a hidratação venosa do paciente? Justifique a resposta.
- Como deve ser feita a administração de insulina? Justifique a resposta.
- Como deve ser tratado o distúrbio metabólico apresentado pelo paciente? Justifique a resposta.
- Cite três critérios a serem utilizados para indicar o retorno da insulinoterapia por via subcutânea.
- Descreva um regime de insulinoterapia subcutânea, incluindo nome(s) da(s) insulina(s) e número de aplicação(ões) ao dia, para ser utilizada pelo paciente após a alta hospitalar com o objetivo de manter o controle glicêmico adequado.

4000176200

### Questão 33 **Diagnóstico e investigação adicional** **Apresentação clínica**

Mulher com 52 anos de idade, previamente hígida, há 3 meses queixa-se de astenia, sonolência e ganho de peso, constipação, além de artralgias 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 34 **Tratamento nas crianças e adolescentes**

Criança com 9 anos de idade, previamente hígida, desenvolveu quadro de astenia há dois dias. Há seis horas passou a apresentar alguns episódios de vômito, dor abdominal, poliúria e polidipsia. Foi levada pela mãe ao pronto-socorro, onde chegou com quadro de desidratação e confusão mental. O plantonista solicitou gasometria arterial, que apresentou o seguinte resultado: pH = 7,2; pO<sub>2</sub> = 75 mmHg; pCO<sub>2</sub> = 30 mmHg; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> = 12 mEq/L e Excesso de base (BE) = -18 mEq/L. Com base no quadro clínico e exames laboratoriais, o diagnóstico e a conduta imediata são, respectivamente:



- A cetoacidose diabética; corrigir desidratação pelo cálculo da depleção do espaço extracelular.
- B intoxicação exógena aguda; administrar carvão ativado e tomar medidas para estabilização do paciente.
- C obstrução intestinal; corrigir a desidratação, além de solicitar US abdominal para confirmar o diagnóstico.
- D pancreatite aguda; encaminhar para Unidade de Terapia Intensiva para monitorização e suporte.
- E gastroenterocolite aguda; corrigir desidratação de acordo com o seu grau.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000127128](#)

**Questão 35** Diabetes induzido por drogas Betabloqueadores Endocrinologia

Uma mulher de 57 anos de idade, em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde, apresenta-se com PA = 150 x 100 mmHg, circunferência abdominal de 100 cm, glicemia = 115 mg/dL (valor de referência < 99 mg/dL), triglicérides = 200 mg/dL (valor de referência < 150 mg/dL), HDL = 35 mg/dL (valor desejável > 60 mg/dL).

Na terapia medicamentosa hipotensora, a droga que potencialmente apresenta efeitos metabólicos antagônicos às medidas para redução de peso e de controle da glicemia é

- A captopril.
- B clonidina.
- C losartana.
- D amlodipina.
- E propranolol.

4000129329

**Questão 36** Tratamento nas crianças e adolescentes

Uma criança de 9 anos de idade é levada ao serviço médico de urgência com quadro de confusão mental e desidratação. Os pais relatam perda de 2 kg nos últimos 15 dias, apesar do aumento da ingestão alimentar e sede constante. Ao exame físico: paciente desidratado +++/4, com hálito cetônico. Exames laboratoriais: glicemia = 560 mg/dL (valor de referência < 100 mg/dL), gasometria: pH = 7,2 e bicarbonato = 12 mEq/L, sódio = 140 mEq/L, potássio = 5,7 mEq/L; exame de urina: glicose = ++, proteínas = ausentes, corpos cetônicos = ++, leucócitos = 2 000/mL e eritrócitos = 3 000/mL. Qual a conduta mais adequada no caso?

- A Sistema de infusão contínua de insulina e hidratação parenteral com potássio e bicarbonato.
- B Insulina de ação prolongada (glargina) e hidratação por via oral com soro e bicarbonato de sódio.
- C Insulina de ação rápida (regular) por via intravenosa e hidratação parenteral com soro fisiológico, sem bicarbonato.
- D Insulina de ação intermediária (NPH) por via subcutânea e hidratação parenteral com soro fisiológico, sem potássio.
- E Insulina de ação prolongada (NPH) e insulina de ação rápida (basal-bolo) e hidratação por via oral com soro glicosado, sem potássio.

4000129326

### Questão 37 Radioiodoterapia

Um mulher de 55 anos de idade procura o médico da Unidade Básica de Saúde (UBS) para realizar uma consulta. A paciente está assintomática. Durante o exame físico, o médico identificou nódulo palpável no lobo esquerdo da tireóide. Solicitou ultrassonografia, que mostrou nódulo bem circunscrito de 1,8 cm em seu maior diâmetro, localizado no pólo superior esquerdo da tireóide e ausência de linfonodomegalia. Indicou, então, punção aspirativa com agulha fina. O exame histopatológico revelou alterações celulares sugestivas de carcinoma papilífero de tireoide. A paciente foi submetida a tireoidectomia e o exame anátomo-patológico confirmou o diagnóstico de carcinoma papilífero de tireoide, de 1,8 cm, sem invasão capsular, bem diferenciado, sem extensão local ou intratireoideana.

Além da reposição hormonal, a conduta nessa paciente implica a

- A aplicação de radioterapia.
- B aplicação de quimioterapia.
- C aplicação de Iodo 131.
- D associação de radioterapia e quimioterapia.
- E associação de Iodo 131 e quimioterapia.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000129263](https://www.4000129263.com.br)

### Questão 38 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 tireoidiano.

4000129242

---

**Respostas:**

1 B	2 B	3 B	4 C	5	6 D	7 C	8 B	9 E	10 B	11 B
12 C	13 B	14 D	15	16	17	18 A	19 B	20 C	21 B	22 C
23	24	25	26	27 A	28 C	29 B	30 D	31 B	32	33 B
34 A	35 E	36 C	37 C	38 A						

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 tireoidiano.

4000129242

---

**Respostas:**

1 B	2 B	3 B	4 C	5	6 D	7 C	8 B	9 E	10 B	11 B
12 C	13 B	14 D	15	16	17	18 A	19 B	20 C	21 B	22 C
23	24	25	26	27 A	28 C	29 B	30 D	31 B	32	33 B
34 A	35 E	36 C	37 C	38 A						

- 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 tireoidiano.
- 4000129242
- 
- Respostas:**
- |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1 B  | 2 B  | 3 B  | 4 C  | 5    | 6 D  | 7 C  | 8 B  | 9 E  | 10 B | 11 B |
| 12 C | 13 B | 14 D | 15   | 16   | 17   | 18 A | 19 B | 20 C | 21 B | 22 C |
| 23   | 24   | 25   | 26   | 27 A | 28 C | 29 B | 30 D | 31 B | 32   | 33 B |
| 34 A | 35 E | 36 C | 37 C | 38 A |      |      |      |      |      |      |

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 tireoidiano.

4000129242

**Respostas:**

1 B	2 B	3 B	4 C	5	6 D	7 C	8 B	9 E	10 B	11 B
12 C	13 B	14 D	15	16	17	18 A	19 B	20 C	21 B	22 C
23	24	25	26	27 A	28 C	29 B	30 D	31 B	32	33 B
34 A	35 E	36 C	37 C	38 A						

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 tireoidiano.

4000129242

**Respostas:**

1 B	2 B	3 B	4 C	5	6 D	7 C	8 B	9 E	10 B	11 B
12 C	13 B	14 D	15	16	17	18 A	19 B	20 C	21 B	22 C
23	24	25	26	27 A	28 C	29 B	30 D	31 B	32	33 B
34 A	35 E	36 C	37 C	38 A						

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 tireoidiano.

4000129242

---

**Respostas:**

1 B	2 B	3 B	4 C	5	6 D	7 C	8 B	9 E	10 B	11 B
12 C	13 B	14 D	15	16	17	18 A	19 B	20 C	21 B	22 C
23	24	25	26	27 A	28 C	29 B	30 D	31 B	32	33 B
34 A	35 E	36 C	37 C	38 A						