

CICLO CLÍNICO

2025



V OLIMPÍADA DE MEDICINA

PROVA II FASE

01/11

CADERNO DE QUESTÕES

NOME DO CANDIDATO



OMED 2025



Prova Ciclo Clínico

Instruções para a prova:

1. Somente abra este caderno de questões mediante autorização do fiscal de aplicação;
2. A prova tem duração de 4 (quatro) horas;
3. Preencha corretamente os dados do candidato na capa deste caderno de questões;
4. Findadas as 4 (quatro) horas de prova, os fiscais recolherão os cadernos de questões junto dos gabaritos. **Não será dado tempo adicional para preenchimento do gabarito;**
5. É expressamente proibido deixar a sala de prova com gabaritos pessoais, rascunhos com respostas ou o caderno de questões;
6. Apenas 1 (um) gabarito, 1 (uma) prova e 1 (um) banco de imagens deverá ser entregue por candidato;
7. O gabarito provisório da primeira fase será liberado no site **www.omed.online em 03/11/2025;**
8. A submissão de recursos será aceita entre os dias **03/11 e 05/11** por meio do envio de pedidos estruturados e justificados no e-mail: **faq.omed@gmail.com;**
9. Verifique se o seu caderno de questão é composto por 25 (vinte e cinco) questões objetivas e 5 (cinco) questões dissertativas; ao se deparar com qualquer dissonância, avise imediatamente o fiscal de aplicação;
10. O uso de dispositivos eletrônicos (celulares, fones de ouvido, relógios, etc) é expressamente proibido durante a prova. Tentativas de uso implicarão em desclassificação imediata da dupla/grupo da OMED;
11. A adulteração da folha de resposta em qualquer esfera será passível de anulação da prova e desclassificação do candidato;
12. O preenchimento do gabarito deve, obrigatoriamente, ser realizado como ilustrado ao final das orientações, usando caneta esferográfica de tinta azul ou preta;
13. Atente-se ao preenchimento do gabarito oficial. EM caso de rasuras, erros ou danos, não haverá substituições;
14. Os candidatos que não assinarem o gabarito e a lista de presença serão considerados ausentes da prova.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de resposta, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA DO CANDIDATO

Correto:

1. (A) ☒ (B) (C) (D)

Errado:

2. (A) ☐ (B) ☒ (C) (D)

3. (A) ☐ (B) ☒ (C) (D)

4. (A) ☒ (B) ☒ (C) (D)

Questões Dissertativas

Questão 1: C.Z.L, 30 anos, sexo feminino, portadora do vírus HIV em uso irregular de TARV, comparece à consulta na UBS queixando-se de nódulos e verrugas indolores pelo corpo há 2 meses. Nega febre, adenomegalia generalizada, cefaléia e dispneia, bem como qualquer outro sintoma. No exame físico, há hepatomegalia de 2 cm do rebordo costal direito e lesões cutâneas palpáveis no antebraço direito (A) e coxa esquerda (B) (Figura 1), sem linfonodomegalia. A paciente nega viagens recentes e possui contato regular com animais (cães, gatos, vacas e galinhas), pois habita em uma chácara.

Na última consulta com a infectologista, 6 meses atrás, os linfócitos CD4 eram $34/\text{mm}^3$ e a carga viral, superior a 100.000 cópias/ mm^3 .

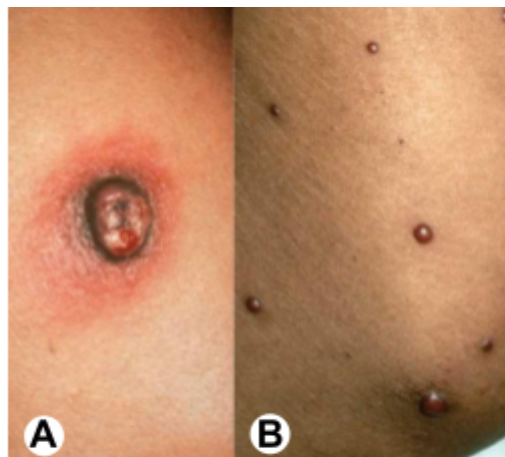


Figura 1 - Fonte: Harrison's Principles of Internal Medicine 21^{ed} 2022

Na investigação, a paciente realiza uma tomografia de abdome (Figura 2), com observação da fase arterial (A) e fase portal (B), e a biópsia das lesões cutâneas. Estas últimas demonstraram proliferação lobular de capilares com vasos ectásicos revestidos por células endoteliais proeminentes em estroma edematoso associado a infiltrado inflamatório. Também foi possível a identificação de bacilos gram negativos perto dos neutrófilos. A cultura ainda está em andamento.

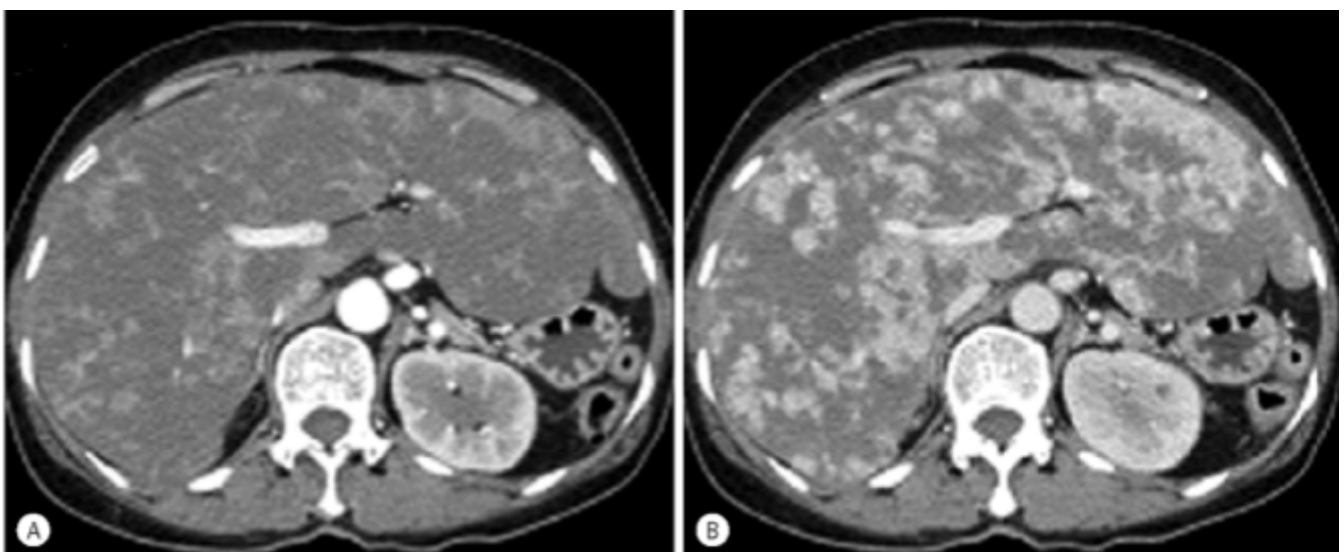


Figura 2 - Fonte: www.semanticscholar.org/paper

Considerando a principal suspeita diagnóstica do caso, responda:

- Qual a espécie do provável patógeno envolvido neste caso?
- Qual doença do espectro desta infecção mais provavelmente seria manifestada em um paciente imunocompetente.
- Cite duas medidas de prevenção da doença do paciente.
- Cite um diagnóstico diferencial para as lesões cutâneas relevantes no contexto do paciente.

Questão 2: Você faz o acompanhamento pré-natal de uma gestante de 29 anos, secundigesta com um parto normal anterior, em acompanhamento do pré-natal de alto risco devido a obesidade e Diabetes Mellitus tipo 1. Está atualmente com 30 semanas gestacional pela DUM e desde a última consulta, realizou dois ultrassons obstétricos por receio do desenvolvimento do bebê (laudos evidenciados abaixo).

USG OBSTÉTRICO 02/10/2025	- IG pela DUM: 28 semanas e 3 dias - Feto único vivo tônus adequado Movimentação fetal presente BCF 145 Maior bolsão vertical de 6cm - Placenta posterior sem alterações - Peso fetal: 1025g (P6) - Índices de pulsatilidade no doppler: A. umbilical 1.47 (p88) A. uterina 1.1 (p92) A. Cerebral Média 2.07 (p50)
USG OBSTÉTRICO 12/10/2025	- IG pela DUM: 29 semanas e 2 dias - Feto único vivo tônus adequado Movimentação fetal presente BCF 140 Maior bolsão vertical de 6cm - Placenta posterior sem alterações - Peso fetal: 1130g (P5) - Índices de pulsatilidade no doppler: A. umbilical 1.69 (p98) A. uterina 1.25 (p98) A. Cerebral Média 1.85 (p29)

- Considerando as diretrizes mais atualizadas, compare os dois resultados de ultrassonografia e classifique o feto em termos de crescimento intra uterino em cada um dos exames.
- Com 31 semanas gestacional, a gestante repetiu o ultrassom, com peso estimado em percentil 3 e com os achados de doppler abaixo:

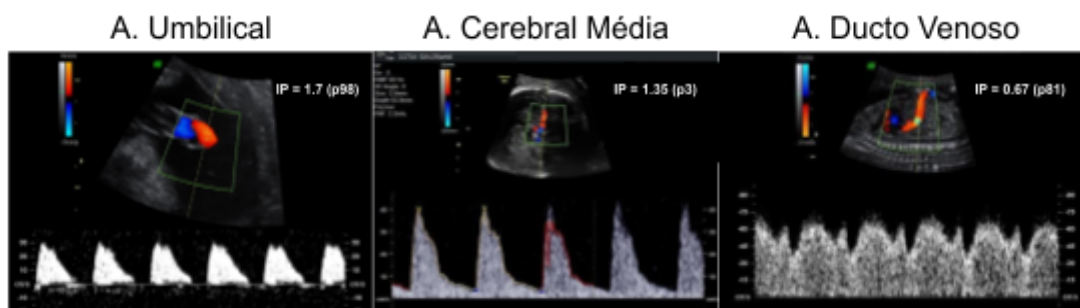


Figura 3 - Fonte: Interpretação do doppler obstétrico na avaliação da vitalidade fetal. Dr.Pixel. Campinas: Dr Pixel, 2016.

Identifique a alteração presente no ultrassom e a cite para quando deve ser idealmente programada a resolução dessa gestação.

- Considerando os novos resultados do ultrassom, qual seria a via de parto mais indicada?



- D. Quando a paciente iniciou trabalho de parto, evoluiu para um parto vaginal com 3 horas de fase ativa e 1 hora de expulsiva. Durante o parto, qual medida universal e de maior impacto para a profilaxia hemorragia pós-parto e o momento onde ela é realizada?

Questão 3: Você participa de uma equipe de cirurgiões gastrointestinais e está escalado para atender no ambulatório, com pacientes no pré e pós operatório, e passar visita nos pacientes internados. Abaixo, você atenderá diferentes pacientes. Interprete os casos com atenção e responda aos comandos.

- A. Os primeiros pacientes do ambulatório são um casal, em avaliação para cirurgia bariátrica. Bernardo tem 35 anos, faz tratamento de diabetes mellitus tipo 2, insulino-dependente de difícil controle, em acompanhamento há 2 anos, com ganho de 4 kg nesse período, com um IMC de 34,4 kg/m². Kátia tem 37 anos, não possui outras comorbidade e apresenta um IMC de 38,2, já em acompanhamento há 3 anos, perdendo 5kg nesse intervalo. Segundo a resolução mais recente do CFM, cite qual/ quais do(s) pacientes têm indicação para realização da cirurgia bariátrica?
- B. Em seguida, você atende um paciente em acompanhamento pós-cirúrgico, com Y-de-roux há 2 anos, com perda de 25kg. O paciente traz alguns exames, solicitados pela médica da UBS e dentre eles um hemograma completo. Considerando o caso e o diagnóstico mais provável, cite duas principais justificativas anatômicas/fisiológicas para o distúrbio apresentado?

Série Vermelha	• Hemoglobina: 9,5g/dL (VR: 13,5-17,5); • Hematócrito: 31% (VR 36,1-44,3%) • VCM: 120 fL (VR: 80-100); • HCM: 33 pg (VR: 26-34); • RDW: 14,5% (VR 11-15%) • Reticulócitos: 0,4% (VR: 0,5-2,5);
Série Branca	• Leucócitos Totais: 5.123 /μL (4000-11000) • Neutrófilos Segmentados 3.951 /μL • Linfócitos: 879 /μL
Plaquetas	• Valor: 250.000 /μL

- C. O último paciente, no 2° mês de pós-operatório de um Y-de-Roux, vem com uma queixa de mal estar pós-prandial. Refere que, após poucos minutos ou horas de algumas refeições, sente-se estufado, com náuseas e com dor abdominal. A intensidade dos sintomas variam, porém em chega a suar, ter tontura, visão escurecida algumas vezes, que passam sozinhas após um período em repouso. Qual o diagnóstico mais provável? E mencione uma medida comportamental para o manejo terapêutico inicial do distúrbio?

Finalizado o ambulatório, você segue para a enfermaria cirúrgica para avaliar um paciente.

- D. Carlos, 58 anos, é um paciente no 7° pós-operatório de uma gastrectomia com derivação Billroth II (IMAGEM Y), que refere dores epigástricas pós prandial progressivas nos últimos 2 dias. O sintoma é acompanhado de distensão abdominal e náuseas, com episódios de vômito bilioso em jato que melhoram os sintomas. Realizou uma tomografia com contraste, com achado de alça intestinal distendida com conteúdo líquido em quadrante superior do abdome. Qual é a provável alteração responsável pelo quadro?

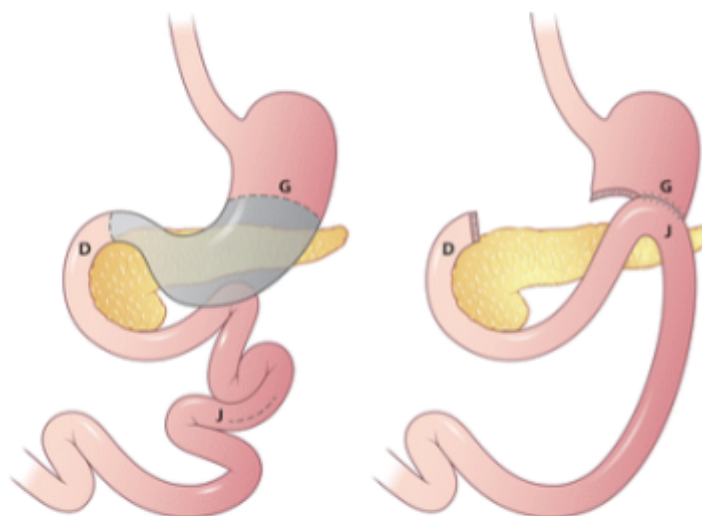


Figura 4 - Fonte: Patel, N.A. Gastroduodenal and pancreatic surgeries: indications, surgical techniques, and imaging features. *Abdom Radiol* (2017)

Questão 4: A. L. L., 64 anos, encontra-se internado há cinco dias devido a uma pneumonia lobar complicada. Durante a visita de rotina, há cerca de 45 minutos, estava bem, conversando normalmente e sem qualquer queixa. Na reavaliação atual, a equipe de enfermagem relata que o paciente passou a apresentar dificuldade para movimentar o lado direito do corpo e fala arrastada. O paciente possui hipertensão arterial sistêmica há 15 anos, com controle irregular, diabetes mellitus tipo 2 em uso de metformina e tabagismo de longa data (30 maços/ano), sem internações prévias. Na internação, está recebendo antibioticoterapia endovenosa, sintomáticos, antihipertensivos orais e insulina regular.

Ao exame físico, o paciente encontrava-se alerta e orientado, com pressão arterial de 165/95 mmHg, frequência cardíaca de 84 bpm e saturação de oxigênio de 97% em ar ambiente. O exame neurológico revelou fala levemente disártrica, sem afasia evidente, e paralisia facial completa à direita. Observou-se hemiparesia direita proporcional, com força 2/5 em membro superior e inferior direitos, tônus discretamente aumentado e sinal de Babinski presente à direita. A sensibilidade estava preservada bilateralmente, assim como a cognição ou visão.

Exames laboratoriais mais recentes apresentam: Hb 14,5 Ht 40,6 Pla de 150000 || Creat 1,1 | Uréia 38 || Na 135 | K 3,6 || RNI 1,5 | TTPA 31,2s

Considerando o quadro hipotético, leia atentamente e responda as questões abaixo, tendo em mente os protocolos mais atualizados da doença representada.

- Qual o exame complementar de imagem mais indicado para investigação do quadro.
- O paciente, então, realizou o exame de imagem adequado, que evidenciou uma lesão isquêmica no parênquima cerebral. Considerando o caso, qual a região mais provavelmente acometida e os ramos vasculares ocluídos?
- Paciente retornou da tomografia com 1h30 de sintomas. Mantinha sinais vitais estáveis, porém a enfermagem sinaliza uma pressão arterial de 170/100. Qual a conduta imediata que deve ser tomada para normalização da pressão?
- Considerando o quadro, cite a conduta terapêutica definitiva mais indicada para o paciente no momento.

Questão 5: Um menino de 5 anos é trazido ao ambulatório pelos pais devido a queixa de hipoacusia e dificuldade para compreender a fala na escola, iniciadas há cerca de 3 semanas. Nega febre, otalgia ou otorreia. Pais refere histórico de asma, com uso de salbutamol apenas em crises e negam alergias. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, afebril, com otoscopia evidenciada na IMAGEM Y, com restante do exame normal.

A. Qual o diagnóstico mais provável e o tratamento inicial mais indicado para este paciente?



Figura 5 - Fonte: www.johorentspecialist.com

Duas semanas depois, o paciente retorna ao pronto atendimento com febre alta (39°C), otalgia intensa à direita, irritabilidade e diminuição do apetite. Os pais relatam que nas últimas horas ele passou a apresentar otorreia purulenta espontânea pelo mesmo ouvido, com melhora da dor. Ao exame físico, paciente em bom estado geral, sinais vitais estáveis, porém irritado, e à otoscopia, nota-se hiperemia e abaulamento da membrana timpânica, com área de perfuração central e saída de secreção purulenta.

B. Qual o diagnóstico mais provável neste momento? E qual o tratamento mais indicado e sua via de administração?

Apesar do tratamento instituído, após 10 dias o paciente retorna com febre persistente, dor retroauricular, que se apresenta eritematosa e com sensibilidade à palpação. Ao exame físico, paciente febril, em regular estado geral, febril e prostrado, com alteração periauricular evidenciada na Figura 6.



Figura 6 - Fonte: http://openmimic.wikimedia.org/wiki/Bi_Wiki/Ear

- C. Diante do quadro descrito, qual exame de imagem deve ser solicitado para investigação diagnóstica e qual alteração é esperada nesse exame?
- D. Qual o tratamento adequado para essa complicação e o ambiente em que deve ser realizado?

Questões Múltipla - escolha

Questão 1: Homem de 45 anos dá entrada no serviço com queixa de dor pré-cordial há 48 horas. Refere que sentiu uma dor súbita, intensa e mantida nesse tempo, com piora ao deitar e melhora quando se inclina para frente. Nega episódios anteriores, nega falta de ar importante, palpitações ou síncope. Nega comorbidades e medicações de uso contínuo, com uso recente de dipirona por quadro gripal. No exame físico, o paciente está em bom estado geral, 37,5°C, com pressão arterial de 120/80 mmHg, frequência cardíaca de 88 bpm e saturação de oxigênio de 98% em ar ambiente. Realizado ECG (IMAGEM Q), e solicitados exames laboratoriais ainda pendentes. Considerando o quadro do paciente, fez parte do manejo da doença mais provavelmente evidenciada:

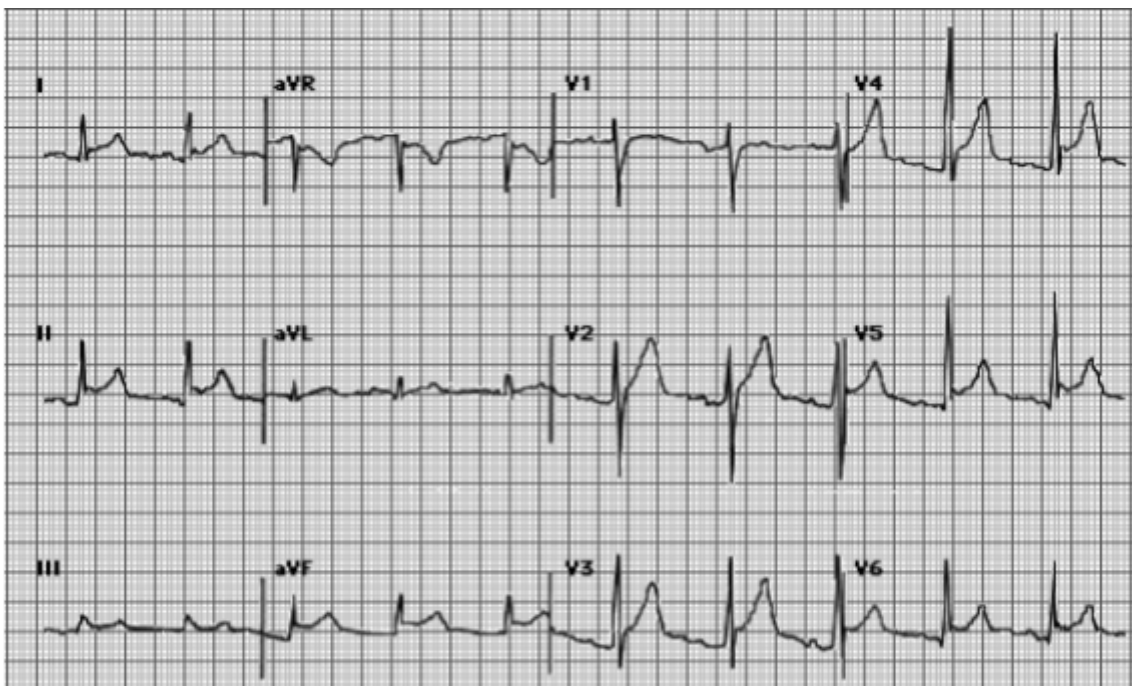


Figura 7 - Fonte: © 2025 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

- A. Administração de AAS, clopidogrel, enoxaparina e estatina.
- B. Complementação diagnóstica com angiotomografia de tórax.
- C. Infusão de gluconato de cálcio e insulina regular com glicose.
- D. Analgesia com anti-inflamatório não esteroidal e colchicina.

Questão 2: Homem de 58 anos é trazido pela esposa ao pronto atendimento com quadro de confusão mental iniciado há cerca de 12 horas. A esposa relata que o paciente apresentava, desde o dia anterior, cefaleia holocraniana intensa, náusea, vômitos e visão turva. Nega traumas, picos febris ou sintomas respiratórios. É diabético e hipertenso conhecido, mal aderente, etilista (1 dose/dia há 5 anos) e nega episódios pregressos. Ao exame físico, encontra-se confuso e desorientado, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits motores ou sensitivos focais e sem rigidez nuchal. Realizada oftalmoscopia com visualização de papiledema. Apresenta-se afebril, com pressão arterial de 220/120 mmHg, com frequência cardíaca de 92 bpm, respiratória de 18 irpm, saturação de 97% em ar ambiente. Considerando o quadro, assinale a melhor conduta para o paciente:

- A. Reposição de tiamina e glicose endovenosa por provável encefalopatia de Wernicke.
- B. Abertura de protocolo sepse, com investigação de infecção de meningoencefalite.
- C. Início de nitroprussiato de sódio endovenoso, para redução lenta da pressão arterial.
- D. Realização de tomografia sem contraste na urgência e de glicemia capilar.

Questão 3: Homem, 68 anos, apresenta claudicação intermitente bilateral, principalmente em região de panturrilhas, após andar 300 metros, há cerca de 7 meses. É obeso grau I, hipertenso em uso de hidroclorotiazida 25mg e tabagista (30 anos-maço). No exame físico, apresenta pulsos femorais palpáveis e simétricos e pulsos poplíteos e distais dos membros inferiores não palpáveis. Apresentava veias reticulares e telangiectasias bilateralmente, com varizes de pequeno calibre na face medial das pernas. Índice tornozelo-braquial de 0,60 à esquerda e 0,63 à direita. Considerando a patologia prioritária no caso, qual a conduta mais adequada?

- A. Introdução de cilostazol, exercício físico e ultrassonografia Doppler para classificar a doença.
- B. Realizar angiografia de membros inferiores para programação cirúrgica de revascularização.
- C. Iniciar tratamento clínico com ácido acetil salicílico (AAS) e estímulo à deambulação orientada.
- D. Controle de fatores de risco cardiovascular, uso de meia elástica e orientação de atividade física.

Questão 4: Homem de 45 anos da entrada na emergência apresentando quadro de fezes muito escurecidas há 2 dias e episódio isolado de vômito com pequena quantidade de sangue há 1 hora. Refere ser etilista de longa data, mas não faz nenhum acompanhamento médico. Apresenta-se descorado 2+/4+, PA = 110x65, FC = 93, SatO₂ = 95% em ar ambiente. Ao exame físico, sem alterações no exame cardiopulmonar, porém abdome globoso, indolor a palpação, sem palpação de visceromegalias ou massas, com macicez móvel e vasos dilatados e tortuosos em região periumbilical. Considerando o quadro, é solicitado uma Endoscopia Digestiva Alta (Imagem F). Considerando o diagnóstico do paciente, faz parte do manejo agudo de seu quadro:



Figura 8 - Fonte: En.wikipedia

- A. Betabloqueadores não seletivos, que além de reduzir o fluxo venoso portal, reduzirão taxas de ressangramento.
- B. Ceftriaxona endovenosa, objetificando prevenção de infecções bacterianas, apesar de não agir no manejo do sangramento.
- C. Escleroterapia de vasos em endoscopia digestiva alta, preferível no contexto do caso, em relação a ligadura elástica.
- D. Uso de Terlipressina endovenosa, um análogo da vasopressina, que age promovendo vasoconstrição esplâncnica.

Questão 5: Gestante primigesta de 24 anos, com 21 semanas gestacionais, compareceu a 5ª consulta de pré-natal de baixo risco. Traz consigo o resultado de um ultrassom transvaginal realizado há 5 dias, evidenciando gestação de 19 semanas e 4 dias, com placenta posterior, feto vivo, único, batimentos cardíacos fetais 144 e colo do útero impérvio, medindo 21mm. Paciente não apresenta comorbidades ou queixas. Considerando o caso, qual a conduta mais indicada:

- A. Indicar cerclagem terapêutica, por risco de perda gestacional e parto prematuro.
- B. Seguimento habitual em pré-natal de baixo risco, sem condutas adicionais.
- C. Indicação de uso de progesterona por via vaginal até a 36ª semana gestacional.
- D. Investigação de infecção de trato urinário/genital e introdução de pessário.

Questão 6: G.B.S, 25 anos, gestante com 10 semanas, comparece à consulta com queixa de corrimento há 1 semana. Refere que o corrimento com odor fétido. Nega dor, febre ou prurido intenso na região. Refere boa movimentação fetal, sem dinâmica uterina ou perda de líquido ou sangue. Ao exame ginecológico, presença de moderada quantidade de corrimento acinzentado, com pH de 4,8 e teste das aminas positivo. Para complementação da investigação, realizou-se o exame a fresco (Figura 9). Considerando o provável diagnóstico, qual o tratamento?

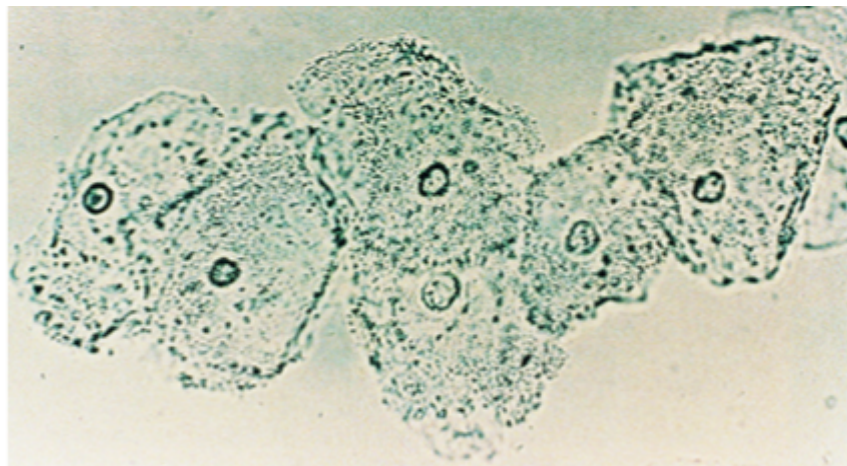


Figura 9 - Fonte: Sweet RL, Gibbs RS. Atlas of Infectious Diseases of the Female Genital Tract. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

- A. Aplicação de nistatina via vaginal por 14 dias.
- B. Monoterapia com Clindamicina VO por 7 dias.
- C. Dose única de ceftriaxona IM e Azitromicina VO.
- D. Ducha vaginal de bicarbonato de sódio semanal.

Questão 7: J.P.A., 6 anos, é trazido pelo pai, pois iniciou com quadro de picos febris de 38° há 2 dias com aparecimento de manchas vermelhas no rosto, pelos braços e pernas, que pioraram desde ontem ao retornar da aula de futebol (IMAGEM X). Pai refere que o filho havia acabado de melhorar de uma gripe recente e, atualmente, não trata nenhuma doença. Ao exame físico, nenhuma alteração além das lesões de pele. Considerando o diagnóstico mais provável do paciente, assinale a alternativa que contém uma complicação clássica dessa doença:



Figura 10 - Fonte: DermNet Nova Zelândia - <https://dermnetnz.org/images>

- A. Crise Aplásica.
- B. Convulsão febril.
- C. Meningite asséptica.
- D. Encefalite Infecciosa.

Questão 8: J.J.J., 3 anos e 6 meses, hígida, sem queixas, comparece para consulta de puericultura. Na revisão da carteira de vacinação, observa-se que a paciente não recebeu nenhuma vacina após os seus 7 meses, além de não ter recebido a 2ª dose da vacina de rotavírus. Considerando o calendário nacional de vacinação de 2025, assinale a alternativa que contém apenas vacinas indicadas e pendentes para realização na criança?

- A. Rotavírus, Tríplice-viral e Febre Amarela.
- B. Pneumocócica 10V, Varicela e VIP.
- C. Hepatite A, Meningo ACWY, DTP.
- D. Tetra-viral, VOP e Febre Amarela.

Questão 9: Paciente de 78 anos, internado com exacerbação de DPOC devido a uma pneumonia adquirida na comunidade, evoluiu com desconforto respiratório importante e necessidade de sedação e intubação orotraqueal. Inicia-se ventilação controlada por pressão, porém evolui com uma assincronia paciente-ventilador (Figura 11). Considerando a assincronia demonstrada, qual a melhor conduta para sua correção?

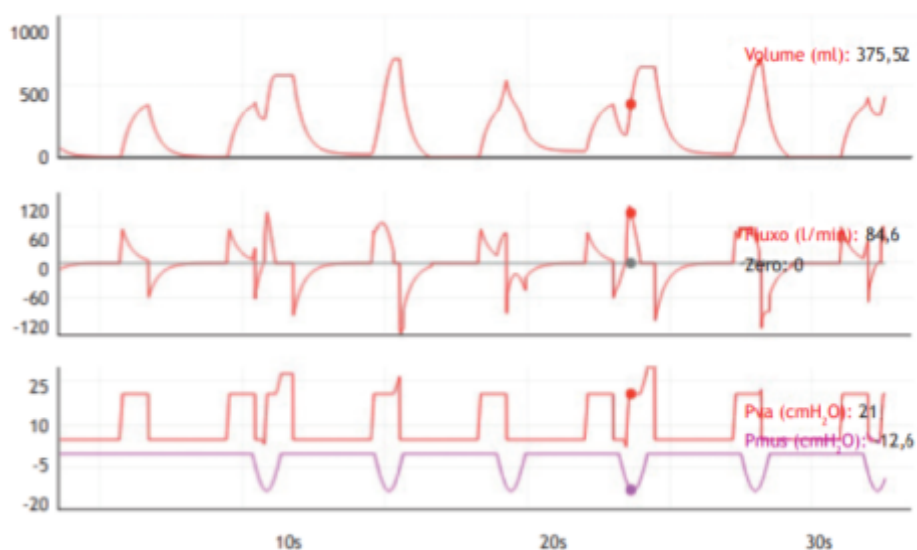


Figura 11

Legenda: Pva: pressão nas vias aéreas; e Pmus: pressão muscular

Fonte: Plataforma Xlung® - Holanda MA. Patient-ventilator asynchrony. J bras pneumol.



- A. Reduzir a sedação do paciente.
- B. Reduzir a sensibilidade do ventilador.
- C. Avaliar obstrução/vazamentos no circuito.
- D. Aumentar o tempo inspiratório no ciclo.

Questão 10: Durante a compra de insumos para um hospital, o gestor é apresentado para escolher entre a compra de dois testes para rastreio de leptospirose. Abaixo, observa-se a tabela de resultados de cada um dos testes.

TESTE A		
	LEPTOSPIROSE	NÃO LEPTOSPIROSE
POSITIVO	100	500
NEGATIVO	900	500

TESTE B		
	LEPTOSPIROSE	NÃO LEPTOSPIROSE
POSITIVO	800	100
NEGATIVO	200	900

Considerando ambos os testes, pode-se afirmar que:

- A. Com o teste A, apresenta-se ideal como ferramenta de rastreamento, demonstrando uma sensibilidade elevada para o diagnóstico.
- B. No teste B, um paciente com leptospirose tem 4 vezes mais probabilidade de ser positivo do que um paciente sadio.
- C. No teste A, um paciente com leptospirose tem 4,5 vezes mais probabilidade de ser negativo do que um paciente sem a doença.
- D. No teste B, um paciente que recebe um resultado negativo possui 90% de chance de não ser portador de leptospirose.

Questão 11: Paciente 38 anos internado por tosse produtiva persistente há 15 dias, com piora do padrão respiratório nas últimas 72h. Relata que apresentava febre alta no final do dia e vem perdendo peso nas últimas semanas, apresentando teste do escarro positivo para Tuberculose (TB). Ademais, durante investigação, paciente recebe também o diagnóstico de HIV, com contagem viral de 22.000 cópias e CD4 de 178 células por mm³. Considerando o caso, qual deve ser a conduta em relação à ordem de início da terapia para TB e terapias anti-retrovirais (TARV)?

- A. Iniciar ambos os tratamentos para TB e TARV simultaneamente.
- B. Iniciar tratamento de TB, porém adiar início da TARV por 2 semanas.
- C. Iniciar TARV, porém iniciar tratamento de TB após aumento de CD4.
- D. Iniciar tratamento de TB e adiar início da TARV até seu término.

Questão 12: João, 70 anos, procura a unidade de saúde com queixas de jato urinário fraco, esforço para urinar, noctúria (acorda 3 a 4 vezes à noite para urinar) e sensação de esvaziamento incompleto da bexiga há 6 meses. Nega dor, febre ou sangue na urina. Ao exame, está em bom estado geral, afebril, com toque retal revelando próstata aumentada, de superfície lisa, bordas regulares e indolor. O PSA foi solicitado e veio com valor de 2,1 ng/mL. O exame de urina é normal. Com base nesse quadro, qual a melhor conduta inicial?

- A. Solicitar ultrassonografia de rins e vias urinárias e iniciar antibiótico empírico.
- B. Encaminhar o paciente para avaliação urológica com biópsia prostática por risco de neoplasia.
- C. Iniciar tratamento com alfa-bloqueador e realizar acompanhamento dos sintomas.
- D. Indicar prostatectomia total e suspender o acompanhamento com PSA.

Questão 13: Paciente masculino, 58 anos, com histórico de fadiga progressiva, sudorese noturna e plenitude pós-prandial há 2 anos. Em exames prévios, apresentava leucocitose e esplenomegalia. Evoluiu com piora clínica nas últimas semanas, apresentando aumento acentuado do baço e surgimento de petéquias esparsas. Hemograma atual mostra leucocitose de $150.000/\text{mm}^3$, com presença de 30% de blastos, anemia normocítica normocrômica e com plaquetas normais. Exames laboratoriais revelam elevação da desidrogenase láctica (DHL) e aumento do ácido úrico. O aspirado de medula óssea demonstra hiperplasia celular intensa, com predomínio de blastos e marcada redução da série granulocítica madura. Teste molecular confirma a presença do gene BCR-ABL1.

Com base nesse quadro, qual a abordagem inicial principal e mais indicada para o caso:

- A. Controle da doença com uso crônico de hidroxiureia.
- B. Tratamento definitivo por quimioterapia mieloablativa.
- C. Tratamento com inibidor de tirosina quinase de 2º geração.
- D. Realização urgente de Transplante de Medula Óssea alogênico.

Questão 14: P.F.S, 63 anos, apresenta-se ao hospital terciário por encaminhamento do posto. Queixa-se de lesões cutâneas (Figura 12), urina espumosa e fadiga progressiva, com episódios de “batedeira no peito” há 2 anos. Relata ainda perda parcial da sensibilidade das mãos e dos pés há um ano, com alteração do hábito intestinal (alternância de diarreia e constipação). Nega diabetes mellitus. Possui hipertensão arterial sistêmica com bom controle pressórico. Ao exame físico, você observa hepatomegalia e lesões cutâneas nos olhos (Figura 12).

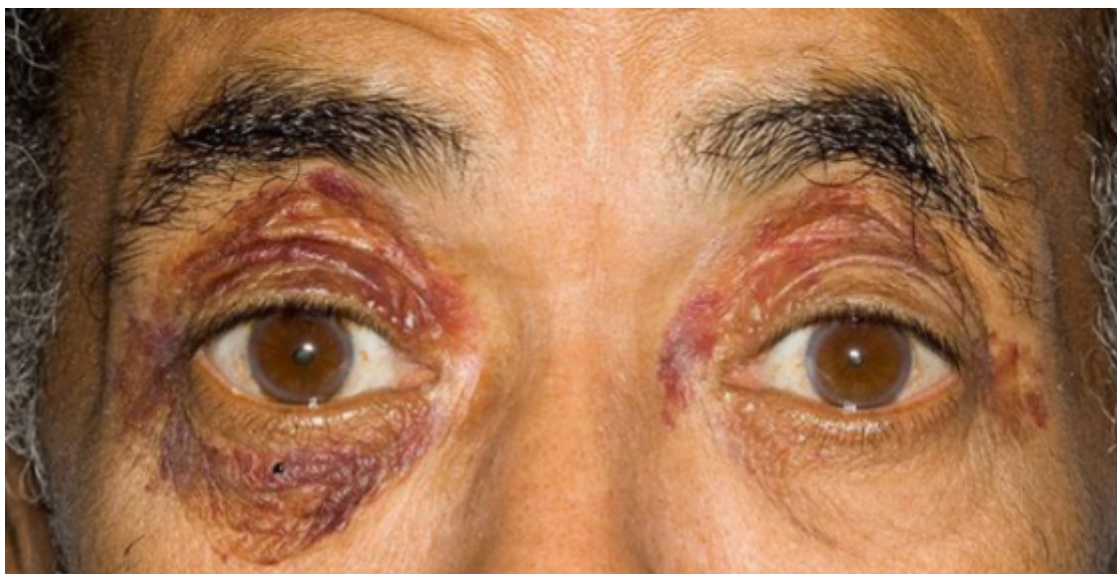


Figura 12 - Fonte: Mayo foundation for medical education and research. All rights reserved.

Paciente também traz consigo um eletrocardiograma (Figura 13), e resultados de alguns exames laboratoriais solicitados para investigação de sua doença.

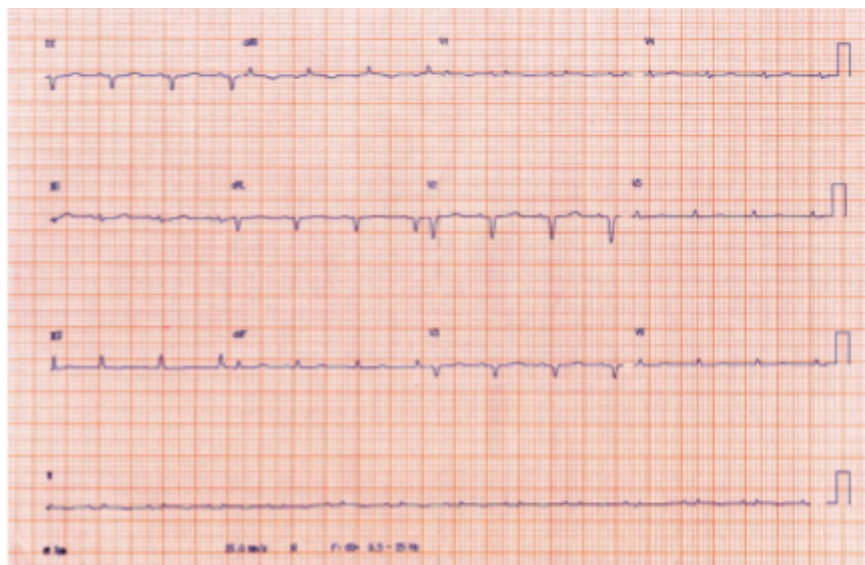


Figura 13 - Fonte: <https://papers.afya.com.br/blog>

EXAMES LABORATORIAIS

- **Hemograma:** Hb 10,7 (13,5-17,5 g/dL) | **Hematócrito** 30% (40-50%)
- **Ureia:** 90 (20-50,mg/dL) | **Creatinina:** 6 (0,7-1,3 mg/dL)
- **Proteínas totais:** 9 (6-8 g/dL) | **Albumina sérica:** 2 (3,5-5,2 g/dL)
- **EAS/Urina 1:** Proteinúria 3+ | Presença de cilindros celulares

Imunofixação de proteínas SÉRICAS:

Presença de um componente monoclonal de cadeia leve lambda.

Razão das cadeias livres kappa e lambda SÉRICAS

Cadeia leve kappa livre - 3,5 mg/L (VR: 3,3 – 19,4)

Cadeia leve lambda livre - 125 mg/L (VR: 5,7 – 26,3)

Razão kappa/lambda - 0,028 (VR: 0,26 – 1,65)

Imunofixação de proteínas URINÁRIAS:

Excreção urinária de cadeias leves lambda livres (proteinúria de Bence Jones).

Considerando a sua principal suspeita diagnóstica, qual pode ser a próxima etapa da investigação?

- Ressonância do abdômen e eletroforese de hemoglobina.
- Biópsia de gordura com análise imuno-histoquímica.
- Ecografia do parênquima renal e holter de 24 horas.
- Proteinúria de 24h e Ecocardiograma transtorácico.



Questão 15: Marina, 32 anos, comparece em consulta de seguimento psiquiátrico acompanhada pela amiga. Está em acompanhamento há 1 ano por Depressão Maior com uso de bupropiona desde então. Hoje, a paciente apresenta-se mais expansiva, hipervigilante, hipotenaz e com uma pressão de fala perceptível, perdendo sua linha de raciocínio constantemente durante a consulta. Refere que nunca se sentiu tão bem, pois há 2 semanas vem sentindo-se com muita energia constantemente, dormindo no máximo 1 hora por dia, porém sem cansaço. Refere que está sendo muito produtivo e criativo em seu trabalho de design. Na vida pessoal, refere estar se sentindo muito mais bonita, comprando muitas roupas novas coloridas, e que, após quase um ano sem ter relações íntimas, está relacionando-se diariamente com colegas diferentes do trabalho. Mantém boa relação com a família e amigos, porém sua acompanhante refere que Marina em geral é quieta e reclusa, e está preocupada. Considerando as definições diagnósticas do DSM-V, pode-se afirmar que Marina está apresentando um:

- A. Episódio Maníaco.
- B. Episódio Hipomaníaco.
- C. Transtorno psicótico breve.
- D. Transtorno ciclotímico.

Questão 16: Paciente 65 anos internada por pneumonia lobar com derrame pleural há 5 dias. Atualmente no dia 3 de antibioticoterapia com Ceftriaxona e Azitromicina. Iniciou desde ontem um quadro de hiponatremia progressiva, com um leve aumento da prostração, porém sem outros sintomas associados. Ao exame físico geral, paciente apresenta-se em bom estado geral, corada, hidratada, afebril há 24h, com pressão arterial de 130/80 mmHg, tempo de enchimento capilar preservado e pulsos cheios e simétricos. Na avaliação pulmonar, dispneia leve, saturação de 98% em catéter nasal 1L, frequência respiratória de 18 ipm e estertores crepitantes em base esquerda. Sem outros achados relevantes. Solicitada investigação da hiponatremia. Considerando o caso, qual a causa mais provável do distúrbio hidroeletrólítico da paciente?

HEMOGRAMA: Hb = 13.2 / Ht= 43% // Plaquetas = 325.000 // Leucócitos 11.249.

ELETRÓLITOS/RENAL: Creatinina 0,9 / Na 122 / K 4,2 / Mg 2,0 / Ureia 20 mg/dL

TSH 3,1mIU/L // **Glicemia** 92 // **Cortisol 08H** 22mcg/dL //

Osmolaridade Plasmática 265 mOsm/kg // **Osmolaridade urinária** 774 mOsm/kg
Na Urinário 55 mEq/L // **Ácido Úrico** 3,1 mg/dL

PERFIL LIPÍDICO: LDL 90mg/dL / HDL 59mg/dL / TGL 151mg/dL

Hemocultura da Admissão: POSITIVA (Legionella pneumophila)

- A. Diabetes Insipidus Descompensada.
- B. Secreção Inadequada de Hormônio Antidiurético.
- C. Síndrome Cerebral Perdedora de Sal.
- D. Insuficiência Renal Aguda.

Questão 17: Manuel, 58 anos, comparece a consulta de rotina na UBS para seguimento de sua Diabetes Mellitus, hipertensão arterial sistêmica e gota. Faz uso de Enalapril, Nifedipino e Hidroclorotiazida, todos na máxima dose tolerada, usa Metformina e Insulina NPH, além de alopurinol. Nega outra doenças, cirurgias ou internações. Nega qualquer queixa, porém refere que está marcando sua pressão 3 vezes por dia em casa, desde última consulta, em que a PA deu 150/90, ficando na faixa diária de 140-160/80-100 mmHg. Na consulta, a pressão de Manuel é novamente aferida em ambos os membros com resultado 150/100 bilateral. Considerando o exposto, como podemos classificar o quadro de Manuel e qual o próximo passo para o manejo de sua hipertensão segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão:

- A. Refratária; Substituir a hidroclorotiazida por Clortalidona.
- B. Refratária; Substituir o Nifedipino por um Betabloqueador.
- C. Resistente; Trocar o Enalapril por Sacubitril-Valsartana.
- D. Resistente; Adição de uma Espironolactona ao tratamento.

Questão 18: B.Z.L., 28 anos, vem ao pronto socorro com queixa de forte dor cervical há 1 dia. Refere que quase se envolveu em um acidente de trânsito no qual freou bruscamente, levando a chicoteamento do pescoço. Desde então sente forte dor cervical crescente e constante (atualmente 9/10 em intensidade), predominantemente do lado esquerdo, acompanhada de uma cefaleia ipsilateral envolvendo a região temporo-mandibular. Paciente está vigil, orientado, com alteração isolada no exame da face e olho (Figura 14). Considerando a principal hipótese diagnóstica e a alteração manifestada, assinale qual a estrutura mais provavelmente lesada:

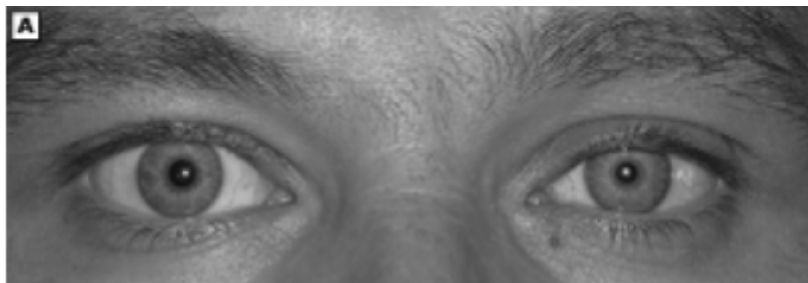


Figura 14 - Fonte: Mazzucco S, Rizzuto N. *Teaching NeuroImage. Neurology* 2006; 66:E19.

- A. Ramos temporais do N. facial.
- B. Fibras simpáticas cervicais.
- C. Fibras eferentes do bulbo e ponte.
- D. Divisão superior do N. oculomotor.

Questão 19: Mulher de 42 anos procura o ambulatório de ortopedia com queixa de dor insidiosa no quadril direito há 3 meses, com piora progressiva e irradiando para a região inguinal. Relata dificuldade para deambular longas distâncias e refere que a dor não melhora completamente com analgésicos comuns. Nega trauma recente. Refere não fazer acompanhamento médico, porém é portadora de anemia falciforme e etilista crônica (consumo diário de 5 doses há 10 anos). Ao exame físico, apresenta limitação dolorosa à rotação interna e à abdução dos quadril direito e esquerdo, sem encurtamento aparente de membros inferiores. Solicitada radiografia, com achado de sinais discretos de esclerose subcondral nas cabeças femorais, e uma ressonância magnética (Figura 15).

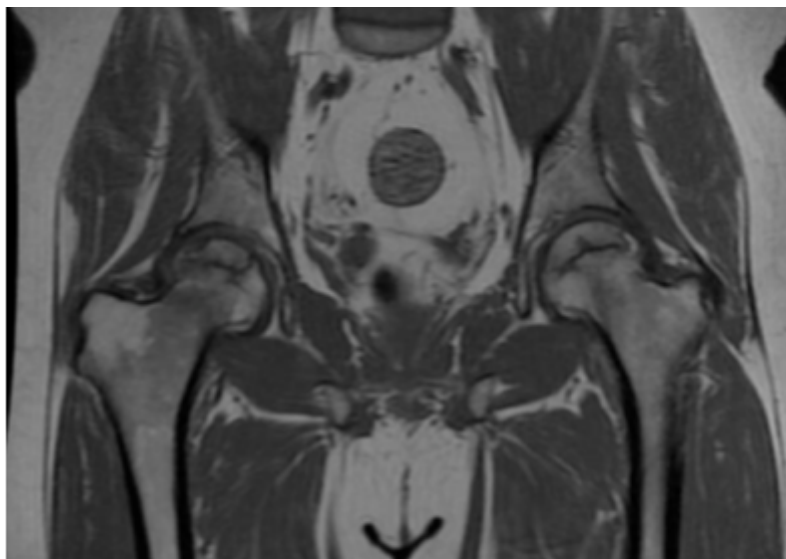


Figura 15 - Fonte: <https://radiopaedia.org/cases>

Considerando a hipótese diagnóstica mais provável para o caso, assinale a alternativa que contém o paciente mais propício para apresentação de um quadro semelhante:

- A. Mulher, 77 anos, obesa, sedentária, hipertensa e diabética tipo 2, em uso de losartana, hidroclorotiazida, metformina e insulina NPH, porém má aderente.
- B. Mulher, 34 anos, ativa, eutrófica, faz uso regular de prednisolona 20mg devido a surtos de dores articulares, fadiga e manchas avermelhadas em face, há 3 anos.
- C. Homem, 45 anos, no 15º pós-operatório de uma amputação infrapatelar direita após agudização de insuficiência arterial crônica. Tabagista ativo (30 maço-ano).
- D. Homem 40 anos, atleta amador de corrida, em fase de treinamento intenso, correndo 50 km/semana. Sem comorbidades, em uso de testosterona.

Questão 20: Você é médico de uma Unidade Básica de Saúde localizada na região metropolitana de São Paulo e recebe em seu consultório I.M.J., feminino, 42 anos, natural de Recife e recém chegada à sua área. Em sua anamnese inicial, você descobre que a paciente trabalha como professora, é tabagista 25 maços/ano, sedentária e possui antecedente clínico de hipotireoidismo em uso de Levotiroxina 50mcg. Desconhece demais comorbidades. No exame físico, IMC 29, PA 125x85, sem demais comemorativos. Ao ser interrogada, relata que sua mãe descobriu um câncer de mama aos 80 anos, sem demais antecedentes familiares. Paciente nunca realizou mamografia, possui Citologia Oncótica normal realizada há 1 ano em ação comunitária e diz que não “faz exames de rotina” há pelo menos 5 anos. Qual alternativa indica corretamente um rastreamento a ser solicitado a esta paciente de acordo com o Ministério da Saúde?

- A. Rastreamento de dislipidemia com perfil lipídico.
- B. Rastreamento de câncer de mama com mamografia.
- C. Rastreamento de diabetes com glicemia de jejum.
- D. Rastreamento de câncer de pulmão com radiografia de tórax.



Questão 21: Em seu plantão na sala vermelha, você recebe um paciente do sexo masculino de 35 anos trazido à emergência por amigos em veículo próprio vítima de queimadura após acidente doméstico. O paciente apresenta queimaduras de 2º e 3º graus em face e pescoço, face anterior de tórax e abdome, membro superior direito, além de queimaduras de 1º grau em membro superior esquerdo. Ele é então imediatamente monitorizado, é estabelecida via aérea definitiva e o enfermeiro te questiona qual será o esquema de reposição volêmica adotado, sabendo que seu peso é de 80kg. Pautando-se nas recomendações mais recentes do Advanced Trauma Life Support, a sua resposta será:

- A. Volume total de 11.520ml, sendo 720ml/h nas primeiras 8 horas e 360ml/h nas 16 horas subsequentes.
- B. Volume total de 11.520ml, sendo 720ml/h nas primeiras 16 horas.
- C. Volume total de 5760ml, sendo 360ml/h nas primeiras 8 horas e 180ml/h nas 16 horas subsequentes.
- D. Volume total de 5760ml, sendo 360ml/h nas primeiras 16 horas.

Questão 22: Paciente M.C., feminina, 20 anos, hígida, procura seu atendimento em ambulatório de neurologia com queixa de dores de cabeça. Relata ao menos 4 episódios por semana de dor pulsátil, unilateral, acompanhados de foto e fonofobia, muitas vezes também com náuseas e vômitos, sem melhora ao uso de analgesia simples, com duração que oscila de horas a dias. Nega alterações sensoperceptivas associadas às dores. Neste momento, encontra-se assintomática. Sabendo se tratar de um quadro de enxaqueca sem aura, qual o tratamento mais adequado à paciente para manejo do quadro?

- A. Sumatriptana de uso contínuo.
- B. Propranolol de uso contínuo.
- C. Topiramato apenas se crise.
- D. Naratriptana apenas se crise.

Questão 23: RN feminino, 38 semanas, nascida por parto vaginal, é trazida para avaliação neonatal de rotina. Ao nascimento, seu VDRL apresenta título de 1/16. O histórico materno revela sífilis tratada adequadamente durante o segundo trimestre da gestação com 3 doses de penicilina benzatina, porém sem comprovante no cartão pré-natal ou VDRL pós tratamento. À admissão, VDRL materno foi de 1/4. Ao exame físico, a recém-nascida está assintomática, sem lesões cutâneas ou hepatoesplenomegalia. Hemograma, função hepática e radiografia de ossos longos estão normais. Considerando as diretrizes atuais para manejo de recém-nascidos expostos à sífilis congênita, qual a conduta mais apropriada neste caso?

- A. Internar a recém-nascida para penicilina G cristalina endovenosa por 10 dias, devido ao título VDRL elevado (1/16), independentemente do estado clínico.
- B. Não tratar a recém-nascida, apenas repetir o VDRL seriado aos 2, 3 e 6 meses de vida, pois a mãe foi adequadamente tratada e a RN está assintomática.
- C. Administrar uma dose única de penicilina benzatina IM na dose pediátrica, com acompanhamento clínico e sorológico seriado.
- D. Avaliar a evolução do título sorológico e considerar tratamento apenas se houver aumento do título ou surgimento de sinais clínicos de sífilis congênita.



Questão 24: Um homem de 62 anos, obeso (IMC 34 kg/m²), portador de hérnia incisional mediana volumosa há 8 anos, procura atendimento ambulatorial para avaliação cirúrgica. Relata desconforto abdominal progressivo e limitação funcional, mas sem sinais de encarceramento. Ao exame físico, nota-se abaulamento volumoso em abdome médio e inferior, irreduzível, sem sinais flogísticos. A tomografia computadorizada mostra hérnia ventral contendo alças intestinais e omento, sem sinais de obstrução. O volume do saco herniário (VH) foi estimado em 5.200 cm e o volume da cavidade abdominal (VCA) em 18.000 cm³ utilizando as medidas dos eixos longitudinal, transversal e ântero-posterior conforme a metodologia descrita por Tanaka et al. Com base nesses achados, qual deve ser a conduta pré-operatória mais adequada para este paciente?

- A. Indicar correção cirúrgica imediata, uma vez que a tomografia não mostrou sinais de encarceramento.
- B. Solicitar pneumoperitônio progressivo pré-operatório, devido à relação VH/VCA $\geq 25\%$.
- C. Contraindicar cirurgia devido ao risco elevado de complicações respiratórias e compressão abdominal no pós-operatório.
- D. Prescrever antibioticoprofilaxia e aguardar redução espontânea do conteúdo herniário antes da cirurgia.

Questão 25: M.C.G, mulher de 22 anos, comparece à UBS por desejo de realizar as sorologias de infecções sexualmente transmissíveis. É sexualmente ativa e vacinada para HPV com vacina quadrivalente e solicita realizar o teste de DNA-HPV, recém introduzido pelo ministério da saúde. O médico consente e solicita o exame, que retorna positivo para HPV 16. Usando como base a nova diretriz do ministério da saúde de 2025, qual a recomendação de seguimento da paciente?

- A. Realizar uma colposcopia assim que possível.
- B. Solicitar uma citologia reflexa assim que possível.
- C. Solicitar novo teste de DNA-HPV com 25 anos.
- D. Repetir o teste de DNA-HPV em 12 meses.