CICLO CLÍNICO

2025

V OLIMPÍADA DE MEDICINA

PROVA I FASE

13/09

CADERNO DE QUESTÕES

NOME DOS INTEGRANTES

-
-
-

OMED 2025

ALBERT EINSTEIN
INSTITUTO ISRAELITA DE ENSINO E PESQUISA
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE ABRAM SZAJMAN

Prova Ciclo Clínico

Instrucões 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 da equipe 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 equipe;
7. O gabarito provisório da primeira fase será liberado no site **www.omed.online em 15/09/2025;**
8. A submissão de recursos será aceita entre os dias **15/09 e 17/09** por meio do envio de pedidos estruturados e justificados no e-mail: **faq.omedegmail.com**. A janela de submissão de recursos também poderá ser acessada pelo site www.omed.online;
9. Verifique se o seu caderno de questão é composto por 50 (cinquenta) questões objetivas e legíveis; 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 qualqujer esfera será possível de anulação da prova e desclasificação do grupo;
12. O preenchimento do gabarito deve, obrigatoriamente, ser realizado como ilustrado ao final das orientaçãoes, 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 a capa da prova 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 DE UM DOS MEMBROS DO GRUPOS

Questão 1: Paciente de 62 anos, obeso, ex-tabagista, no 4° dia de pós-operatório de artroplastia de quadril, é admitido com dispneia moderada súbita e dor torácica ventilatório dependente. Ao exame físico, paciente se apresentava taquidispneico, saturando 89% em ar ambiente, com discreto estertor na ausculta à direita e refluxo hepato-jugular presente. Considerando o quadro, optou-se por realizar uma angiotomografia. Qual dos exames abaixo é mais compatível com o quadro:

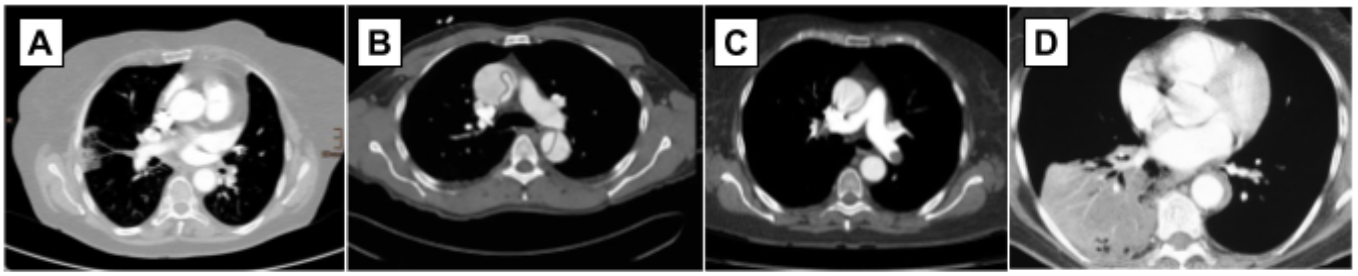

Figura 1 - FONTES: Dinato et al., 2018 -Socesp; Radiopaedia.org; Radiologykey.com

Questão 2: Homem de 55 anos retorna em consulta de seguimento na UBS, queixando-se de tosse seca progressiva, persistente, não produtiva, que o incomoda especialmente à noite. Nega qualquer outra queixa. Possui hipertensão e diabetes, com manutenção de microalbuminúria e razão albuminúria/creatininúria 40g/g. Faz uso regular de metformina 850 mg 2x/dia e maleato de enalapril 10 mg 2x/dia nos últimos 4 meses, após ajuste recente da medicação. Encontra-se com pressão arterial de 120/70 mmHg e sem alterações ao exame físico. Diante do quadro clínico e da avaliação terapêutica, qual a conduta mais apropriada?

A. Complementar investigação com laboratoriais e radiografia.
B. Substituir o enalapril por olmesartana ou outro da classe.
C. Suspender o enalapril e iniciar hidroclorotiazida isolada para controle da PA.
D. Introduzir codeína para alívio da tosse seca e acompanhamento ambulatorial.

Questão 3: Homem de 28 anos, previamente hígido, procura a unidade de saúde referindo febre alta (39,5 °C) há 4 dias, associada a cefaleia intensa, dor retro-orbital, mialgia e artralgia. Porém, informa que, desde ontem à tarde, apresentou queda da febre, concomitantemente com piora significativa da prostração, além de início de dor abdominal difusa e vômitos nas últimas horas. Ao exame físico, paciente se apresenta em regular estado geral, desidratado 2+/4+, com pressão arterial de 100 × 70 mmHg, frequência cardíaca 110 bpm, respiratória 19 ipm, saturação 97%, sem alterações na ausculta cardiopulmonar. Extremidades se encontram frias, com tempo de enchimento capilar de 4 segundos, dor à palpação do hipocôndrio direito e petéquias em membros inferiores. Solicitado hemograma, com Hb de 16,9, Ht de 55%, leucócitos 17.094 e plaquetas de 45.000/mm³. Qual é a conduta mais adequada neste momento?

A. Iniciar hidratação oral intensiva em serviço de saúde, com observação clínica e alta após queda do hematócrito.
B. Prescrever sintomáticos e hidratação oral volumosa em regime ambulatorial, com reavaliação em 24 horas.
C. Internar para expansão volêmica parenteral rápida e observação clínica, seguida de reavaliação de hematócrito.
D. Solicitar investigação infecciosa de foco abdominal, iniciar expansão volêmica e antibioticoterapia empírica.

Questão 4: Letícia, 36 anos, engenheira química, comparece ao ambulatório de pneumologia com queixa de tosse seca por 5 a 6 dias na semana há 9 meses associada a episódios de chiado no peito e dispneia. Inicialmente, o quadro aparecia apenas durante exposição a agentes químicos no trabalho (solventes e vapores), mas posteriormente evoluiu para sintomas também aos esforços físicos moderados. Refere piora dos sintomas no período noturno e desperta frequentemente com tosse seca e sensação de peso no peito. Nega febre, emagrecimento ou sudorese noturna. Relata histórico pessoal de dermatite atópica na infância e rinite alérgica. Nunca fumou, mas trabalha há 10 anos em indústria de tintas. Ao exame físico, está corada, eupneica em repouso, saturando 98% em ar ambiente, com FC 82 bpm, FR 18 irpm e PA 122/78 mmHg. A ausculta pulmonar revela sibilos difusos bilateralmente, principalmente na expiração forçada. Sem outras alterações. Foi realizado um teste espirométrico com broncodilatador - BD), que mostrou:

- **CVF:** 95% do previsto;
- **VEF1 (pré-BD):** 1,96 L (70% do previsto);
- **VEF1/CVF:** 0,65;
- **VEF1 (pós-BD):** 2,35 L (84% do previsto).

A partir desses dados, considerando-se a hipótese diagnóstica mais provável, assinale a conduta inicial correta.

A. Afastamento da exposição ocupacional e início de formoterol e corticosteróide inalatório em baixa dose.
B. Prescrição de beta-agonista de curta duração apenas sob demanda, sem necessidade de afastamento laboral.
C. Realização de curso de corticóide oral seguido de manutenção de formoterol e corticóide inalatório e afastamento laboral.
D. Indicação de complementação investigativa com realização de biópsia pulmonar para confirmação diagnóstica.

Questão 5: Paciente do sexo feminino, 18 meses de idade, previamente hígida e com desenvolvimento neuropsicomotor adequado para a idade, é trazida à UPA pelos pais. Ela apresentou um episódio de febre (39,8°C em casa) associado a sintomas de resfriado (coriza clara e tosse discreta) há cerca de 6 horas. Há 5 minutos, a criança teve uma crise convulsiva tônico-clônica generalizada, com duração aproximada de 2 minutos, que cessou espontaneamente. No momento, encontra-se sonolenta, mas responsiva a estímulos verbais. Este é o primeiro episódio convulsivo da criança. Não há histórico familiar de epilepsia ou convulsão febril. Ao exame físico na UPA, após a resolução da crise, a criança está afebril (temperatura axilar 37,0°C) devido à administração de antitérmico pelos pais, normotensa e com ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Não apresenta sinais de irritação meníngea. Diante deste quadro, qual a alternativa que contém o diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais adequada na sala de emergência, após a resolução da crise convulsiva?

A. Iniciar prontamente fenobarbital oral e solicitar eletroencefalograma (EEG) de urgência para investigação de etiologia do quadro.
B. Realizar punção lombar e hemocultura urgentes, e iniciar imediatamente antibioticoterapia intravenosa empírica com ceftriaxona.
C. Realizar investigação da febre, controle térmico e observação, considerando alta hospitalar após recuperação e orientações aos pais.
D. Solicitar tomografia computadorizada (TC) de crânio com contraste e iniciar terapêutica de manutenção com ácido valproico.

Questão 6: Paciente dá entrada no PS com dor retroesternal em queimação há 1 hora. Realizado eletrocardiograma com o achado a seguir. Considerando o exame, qual a coronariana mais provavelmente ocluída?

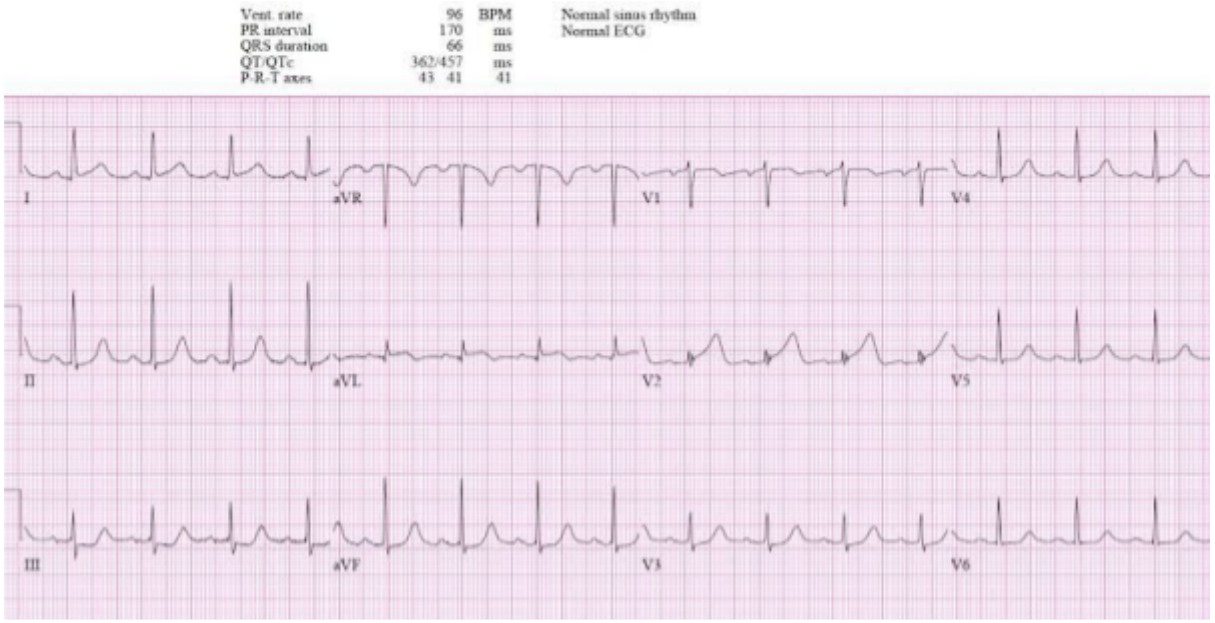

Figura 2 - Fonte: https://emergencymedicinecases.com

A. Artéria coronária direita.
B. Tronco da artéria descendente anterior.
C. Artéria Circunflexa esquerda.
D. Ramo diagonal da descendente anterior.

Questão 7: Paciente masculino, 72 anos, fototipo II, morador de área rural com histórico de exposição solar intensa e cumulativa sem proteção desde a juventude, apresenta uma lesão pigmentada em região supraclavicular direita, notada há aproximadamente 1 ano. Refere prurido ocasional e discreta mudança de coloração nos últimos meses.

Ao exame físico: placa pigmentada de contornos geográficos irregulares, medindo 1,5 x 1,1 cm, com áreas de pigmentação que variam do marrom claro ao preto e focos de eritema periférico. A superfície apresenta descamação fina em alguns pontos e áreas focais de ulceração superficial crostosa. À dermatoscopia, observam-se múltiplos componentes, incluindo rede pigmentar atípica, glóbulos irregulares, áreas de hiperpigmentação em padrão anular-granular e vasos polimorfos puntiformes. Não se palpam linfonodos regionais.

Qual a conduta mais apropriada para o diagnóstico e manejo inicial deste paciente?

A. Biópsia excisional da lesão com margens de 2 mm, seguida de análise histopatológica e ampliação das margens, se necessário.
B. Biópsia incisional da área mais pigmentada e da área ulcerada da lesão, com posterior planejamento terapêutico conforme o resultado histopatológico.
C. Aplicação de terapia tópica com imiquimode 5% por 6 semanas, considerando a possibilidade de carcinoma basocelular superficial pigmentado.
D. Criocirurgia da lesão, visando a destruição tecidual, seguida de acompanhamento clínico para avaliar a resposta e recorrência.

Questão 8: Um paciente de 52 anos consulta para avaliação de rotina. Nega doenças prévias conhecidas, mas relata transfusão sanguínea após um acidente automobilístico há cerca de 40 anos. Refere episódios recentes de astenia e edema em membros inferiores. Ao exame físico, apresenta circulação colateral abdominal, hepatoesplenomegalia e edema em membros inferiores (+++/4+). Não há icterícia ou encefalopatia. Foram coletados exames laboratoriais. Com base no quadro clínico e nos dados laboratoriais, qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

TGO: 68 U/L (VR: até 30 U/L) // **TGP:** 63 U/L (VR: até 32 U/L) // **INR:** 1,4 // **Albúmina:** 2,9 g/dL // **Plaquetas:** 90.000/mm³
AgHBs: NR // **Anti-HBc total:** NR // **Anti-HBs:** REAGENTE // **Anti-VHC:** REAGENTE // **HCV-RNA (PCR):** detectável

A. Hepatite autoimune.
B. Coinfecção oculta por hepatite B e C.
C. Esteatohepatite não alcoólica (NASH).
D. Hepatite crônica por hepatite C.

Questão 9: Paciente masculino, 45 anos, previamente hígido, procura o pronto-socorro com história de cefaleia intensa e progressiva há 3 dias, associada a febre não aferida, náuseas, vômitos em jato e rigidez de nuca. Ao exame físico, apresenta temperatura axilar de 38,5°C, FC de 105 bpm, FR de 22 irpm e PA de 130/80 mmHg. Ao exame neurológico, abre os olhos ao estímulo verbal, responde de forma confusa e localiza a dor à estimulação, rigidez de nuca presente, sinal de Kernig e Brudzinski positivos. Foi realizada punção lombar e os resultados preliminares do líquor cefalorraquidiano (LCR) são os seguintes:

Parâmetro avaliado	Resultado	Valor de referência
Aspecto	Turvo	Límpido
Celularidade	1200 células/mm³	0-5 células/mm³
Proteínas	180 mg/dL	15-45 mg/dL
Glicose	25 mg/dL	40-70 mg/dL
Glicose capilar concomitante	90 mg/dL	> 50% da glicemia capilar concomitante
Gram do LCR	Presença de diplococos gram-positivos resistentes a penicilina (MIC 2.2mcg/mL)	Ausência de microrganismo

Considerando o quadro clínico e os resultados preliminares do líquor cefalorraquidiano (LCR) deste paciente, qual das seguintes condutas terapêuticas empíricas iniciais é a mais apropriada?

A. Ciprofloxacino e vancomicina.
B. Ceftriaxona e vancomicina.
C. Amoxicilina e cefotaxima.
D. Ampicilina e gentamicina.

Questão 10: C.V.S, sexo feminino, 58 anos, comparece ao PS com queixa de dor progressiva em orelha esquerda há 5 dias associada a vertigem leve e assimetria de face há 1 dia. Nega febre, cefaleia ou outros sintomas. Refere ser diabética insulino dependente, hipertensa, em uso de hidroclorotiazida e enalapril, e portadora de lúpus eritematoso sistêmico. Ao exame físico, bom estado geral, presença de lesões vesiculares eritematosas em pavilhão auricular e conduto auditivo externo e desvio de rima esquerda, sem outras alterações. Otoscopia não realizada por dor. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual o tratamento mais adequado para a paciente?

Figura 3 - Fonte: Rev Assoc Med Bras 2017; 63(4):301-302

A. Aciclovir + Prednisolona.
B. Prednisolona isolada.
C. Ciprofloxacina oral.
D. Aciclovir isolado.

Questão 11: Mulher de 32 anos comparece ao consultório com queixa de disfagia leve e intermitente com comidas sólidas associada a discreta dor torácica e abdominal há 4 anos, com piora há 7 meses, principalmente ao consumir laticínios e ovos. Nega outros sintomas e medicações de uso contínuo. Em investigação, realizou uma endoscopia, com biópsia pendente, que descartou doença do refluxo gastroesofágico (Figura 4). Considerando o diagnóstico mais provável, assinale a alternativa que contém interleucinas/citocinas centrais para o tipo de resposta imunológica que caracteriza essa doença:

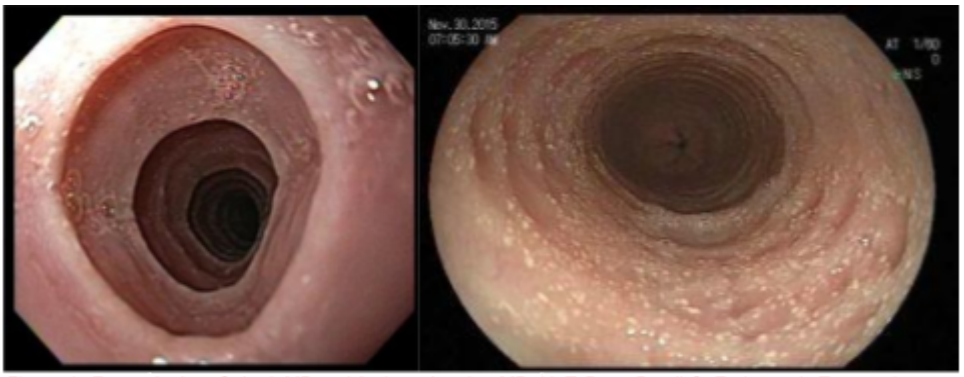

Figura 4 - Fonte: Andres Gelrud, MD and Anthony Lembo, MD -UpToDate; Brasil G. Endoscopia Terapeutica; 2022.

A. IL-4, IL-13, IL-5.
B. IL-12 e IFN-gama.
C. IL-6, TGF-beta e IL-17.
D. TGF-beta e IL-10.

Questão 12: Marcos, 59 anos, comparece ao PS com queixa de dispneia progressiva associada a piora importante e progressiva de sua tosse produtiva há 3 dias. É diabético insulinodependente e com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada sem tratamento, tabagista (40 maço-ano) e etilista. Ao exame, paciente em regular estado geral, estável hemodinamicamente, frequência cardíaca de 105, frequência respiratória de 26, tórax em barril, tiragem de fúrcula, sibilos e roncos difusos bilaterais e estertor em base direita e saturação de 86% em cateter nasal de O2 com 2L. Exames laboratoriais foram coletados e eletrocardiograma realizado. Considerando o diagnóstico mais provável, faz parte do manejo inicial na internação?

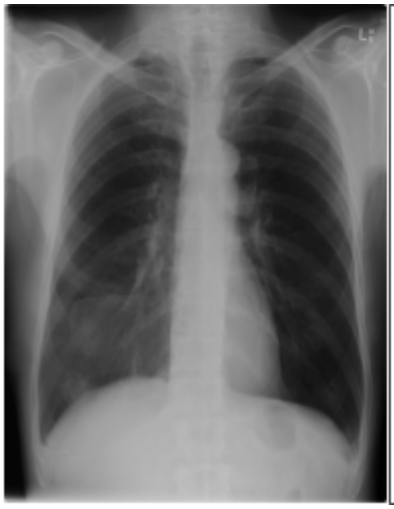

Figura 5 - Fonte: Radiopedia.org/cases

EXAMES LABORATORIAIS

- Hb 13,7 / Ht 41,3 / Leuco 12,398 / Plaq 249000
- NT pró-BNP 70 (<125g/mL) / PCR 35 (<5mg/L)
- Gasometria Arterial: pH 7,32, PaC02 47 mmHg
  PaO2 60 mmHg
- Cr 1,1 (0,6-1,3mg/dl) / U 39 (10-50mg/dL)
- Na 139 (135-145mmol/L) / K 4,3 (3,5-5mmol/L)
- Eletrocardiograma: Taquicardia Sinusal

A. Broncodilatador de curta duração + Corticóide endovenoso.
B. Diurético de alça em alta dose + Ventilação não invasiva.
C. Antagonista muscarínico de curta duração + Sulfato de magnésio.
D. Antibioticoterapia + aumento do fluxo de O2 para saturação ≥ 95%.

Questão 13: Paciente do sexo feminino, 47 anos, dá entrada no pronto-socorro com queixa de cefaleia holocraniana súbita e intensa, descrita como “a pior dor de sua vida”, acompanhada de náuseas e rigidez de nuca. Nega comorbidades, medicações de uso contínuo ou história de trauma. Ao exame físico, paciente se apresenta taquicárdica e com uma pressão arterial de 160/90. O exame neurológico revela rigidez de nuca, sem déficits motores ou sensitivos focais. Com base neste quadro clínico e sua principal hipótese diagnóstica, qual a tomografia esperada para essa paciente?

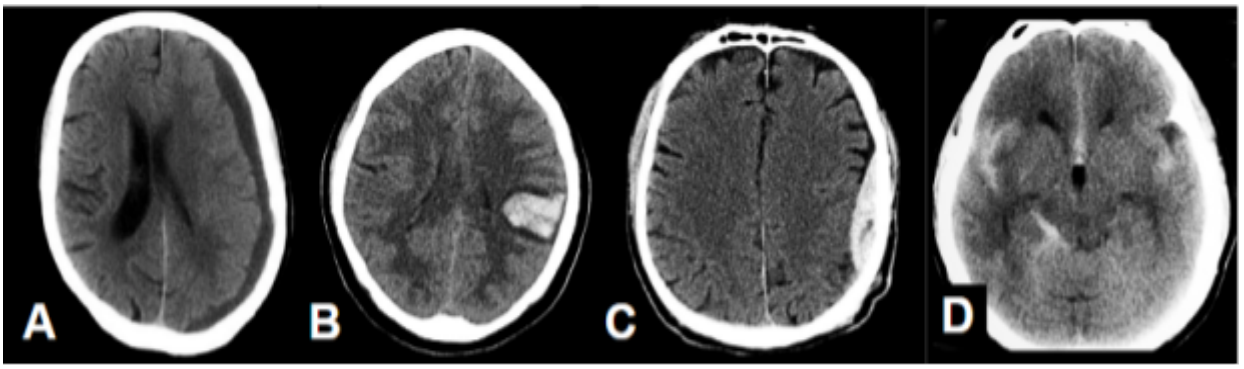

Figura 6 - Fonte: Radiopedia.org/cases

Questão 14: Recém-nascido prematuro de 32 semanas de gestação, nascido por cesárea devido a trabalho de parto prematuro, apresenta-se com dificuldade respiratória nas primeiras horas de vida. Não foi feito nenhum seguimento pré-natal ao longo da gestação, sem resultado de teste de estreptococo, com realização de 2g de ampicilina seguidas de duas doses de 1g durante parto. Ao exame físico, observa-se taquipneia, cianose e retração intercostal. Realizado o raio-X evidenciado abaixo. Não há histórico de aspiração meconial.

Figura 7 - Fonte: Radiopedia.org/cases

Qual é a fisiopatologia da principal hipótese diagnóstica do quadro respiratório observado neste recém-nascido prematuro?

A. Imaturidade pulmonar com produção reduzida de surfactante.
B. Reabsorção inadequada de líquido intra-alveolar do neonato.
C. Infecção precoce por ascensão polimicrobiana para o âmnio.
D. Lesão orgânica devido à oxigenação inadequada do periparto.

Questão 15: Homem de 38 anos comparece ao consultório para avaliação de exames de check-up e com queixa de queimação retroesternal há 5 anos, pior após refeições e ao se deitar. Porém, há 7 meses, apresentou agravo do sintoma com episódios de regurgitação e sensação de que a comida fica entalada, com aumento dos episódios de engasgo. Refere também tosse seca ao longo do dia. Diz ser tabagista (10 maço/ano) e faz uso de insulina regular e NPH e semaglutida por obesidade grau II. Sem alterações ao exame físico e com alguns dos exames laboratoriais abaixo. Quanto à queixa do paciente, qual a conduta mais adequada?

HEMOGRAMA: Hb = 11.2 / Ht= 32% / VCM = 78 / CHCM 28,1 / RDW = 17,2 // Plaquetas = 325.000 // Leucócitos 5.352
ELETRÓLITOS/RENAL: Creatinina 0,8 / Na 138 / K 4,1 / Mg 2,0
COLESTEROL TOTAL 180mg/dL // **LDL** 120mg/dL // **HDL** 55mg/dL // **HbAc1** = 6,8%

A. Iniciar uso de inibidor de bomba de próton com reavaliação após 8 semanas.
B. Realizar Endoscopia Digestiva alta e posterior início de inibidor de bomba de próton.
C. Realizar pHmetria transnasal e posterior uso de inibidor de bomba de próton.
D. Iniciar uso de vonoprazan e reavaliação precoce após 4 semanas de tratamento.

Questão 16: Durante cesariana eletiva, neonato de 38 semanas nasce hipotônico, com cianose central e sem choro. Após estimulação dorsal vigorosa e clampeamento imediato do cordão, o mesmo é transportado ao berço aquecido, onde se inicia a ressuscitação. Devido à frequência cardíaca de 78 bpm, inicia-se ventilação com pressão positiva (VPP) com 21% de oxigênio e monitorização. Após dois ciclos de VPP, revisão de técnica com máscara facial e elevação da oferta de O2, RN evolui com uma frequência de 48 bpm. A máscara laríngea está indisponível no serviço. Considerando a Sociedade Brasileira de Pediatria, qual a conduta ideal imediata a ser feita?

A. Sucção de vias aéreas superiores e aumento da oferta de O2 para 100%.
B. Aquisição de acesso umbilical para administração de adrenalina 0,2mL/Kg.
C. Intubação orotraqueal imediata com aumento da oferta de O2 para 100%.
D. Iniciar compressões cardíacas com 3 compressões a cada 1 insuflação.

Questão 17: S.F.P., sexo feminino, 2 anos e 3 meses, é levada ao ambulatório de puericultura por sua mãe para uma consulta de rotina. A mãe relata que a filha tem boa saúde, mas está preocupada, porque a menina “não come direito” e “parece pequena para a idade” em comparação com outras crianças da família. Paciente está alerta, ativa, hidratada, sem sinais de sofrimento, sem alterações ao exame físico. Na antropometria, apresenta-se com 10,5 kg (p3-p15) e 85 cm (p15). A curva antropométrica de até 2 anos da criança pode ser observada abaixo.

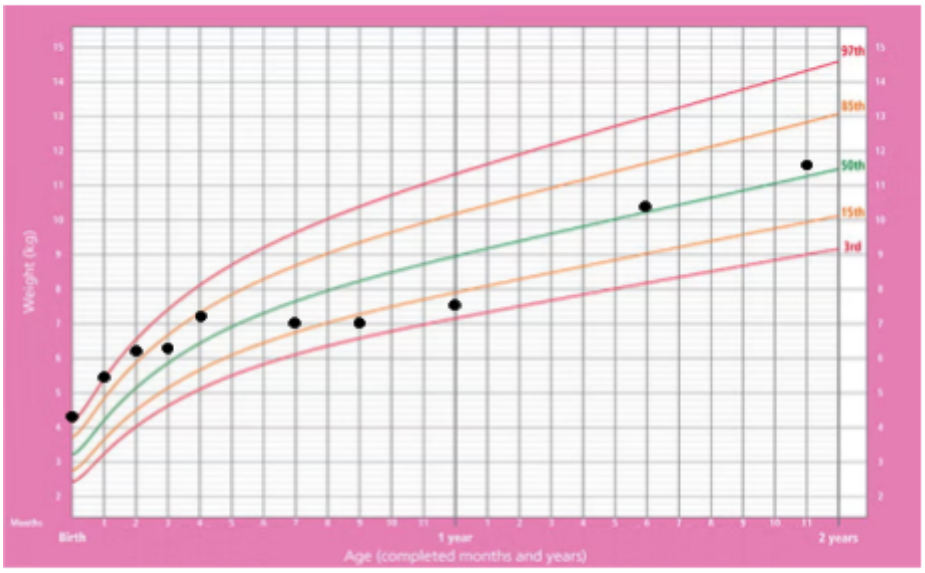

Figura 8 - Fonte: Organização Mundial da Saúde

Considerando os dados fornecidos e a preocupação da mãe com a alimentação, qual deve ser a principal abordagem inicial?

A. Solicitação de radiografia de mão e punho para avaliação de idade óssea;
B. Orientação nutricional com seguimento de parâmetros antropométricos;
C. Prescrição de suplementação nutricional para ganho de peso da criança;
D. Encaminhamento ao endocrinologista para investigação complementar;

Questão 18: M.F.S., sexo feminino, 8 anos, comparece à UBS perto de sua casa trazida pela avó em uma consulta de retorno. A acompanhante relata que a criança vem apresentando dificuldade escolar devido à sonolência excessiva. Ela relata ainda que a menina não dorme bem, sempre baba no travesseiro ao dormir e que se engasga com alimentos mais secos. A avó se preocupa que a neta tenha algum tipo de "retardo mental". De antecedentes pessoais, a paciente apresentou, nos últimos três anos, seis episódios de otites médias agudas. Ao exame físico, paciente eutrófica, antropometria adequada, rinoscopia anterior normal e voz com hiponasalidade. O colega que avaliou a paciente na consulta anterior solicitou uma telerradiografia bem como o parecer da equipe odontológica da sua UBS e você teve acesso ao exame:

Figura 9 - Fonte: Felix, B. F. (2022) Brazilian Journal of Development.

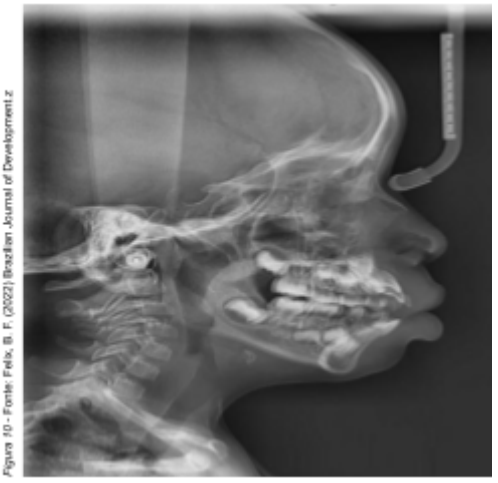

Figura 10 - Fonte: Felix, B. F. (2022) Brazilian Journal of Development.z

Com base no caso acima, qual deve ser o exame a ser solicitado que definiria a etiologia dos sintomas da menina?

A. Polissonografia.
B. Nasofibroscopia flexível.
C. Tomografia de crânio.
D. Endoscopia digestiva alta.

Questão 19: Paciente de 3 anos dá entrada ao serviço acompanhado do pai, que relata uma maior prostração do filho, dificuldade em se alimentar, dor leve na garganta e picos febris altos há 3 dias (38,2 - 38,9°C). Nega queixa de tosse ou dificuldade de respirar. Refere que outros colegas da classe do filho parecem apresentar quadro similar. Ao exame físico, paciente em bom estado geral, desidratado 1+/4+, eupneico, febril (37,8°C), sem alterações no exame cardiopulmonar ou abdominal. À oroscopia, apresenta orofaringe hiperemiada com lesões pequenas em diferentes estágios (máculas, vesículas e úlceras), sem exsudato. Considerando o diagnóstico mais provável, qual a conduta principal mais adequada?

A. Iniciar antibioticoterapia com amoxicilina com clavulanato dose alta.
B. Iniciar terapia ambulatorial com aciclovir e reavaliação diária.
C. Prescrever sintomáticos, orientar hidratação oral e sinais de alarme.
D. Prescrever corticóide oral de baixa dose por uso de curto período.

Questão 20: Paciente de 5 anos e 5 meses compareceu à consulta com o pai. Este refere que a criança convive em casa com a avó, portadora de hanseníase, indagando sobre a necessidade de algum reforço vacinal. A criança apresenta carteira de vacinação completa, exceto por ausência de vacinas dos 4 anos. Paciente assintomático e sem alterações no exame físico. Quais vacinas são indicadas pelo Ministério da Saúde ao paciente?

A. DTP, Febre amarela e varicela e BCG.
B. DTP, Febre amarela e varicela.
C. DTP, Febre amarela e tetraviral e BCG.
D. DTP, Febre amarela e tetraviral.

Questão 21: Homem de 54 anos, dá entrada no centro de trauma após colisão de sua moto com um poste. Apresentava-se consciente, porém com intensa dor no membro inferior direito, sem conseguir movimentá-lo. Realizada radiografia da perna e identificada fratura aberta metafisária do fêmur direito de orientação oblíqua com cisalhamento. Como o paciente estava estável hemodinamicamente, realizou-se limpeza cirúrgica com debridamento e fixação interna. Iniciou-se, no mesmo dia, cefazolina e gentamicina por via intravenosa. No pós-operatório imediato, evoluiu com sinais vitais estáveis e bom controle álgico. Três dias após o procedimento, o paciente acordou desorientado em tempo e espaço e evoluiu em poucas horas com taquicardia (130 bpm), taquipneia (35 ipm), saturação 89% e com a ectoscopia de mucosa conjuntival e petéquias corporais abaixo:

Figura 11 - Fonte: Fenire, M. (2013). The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles

Por progressão da insuficiência respiratória aguda, foi indicada intubação orotraqueal. Paciente manteve sinais de desconforto respiratório mesmo em ventilação mecânica, apresentando assincronias ventilatórias. Evoluiu com febre de 38,5ºC e hipotensão. Os exames laboratoriais evidenciaram plaquetopenia, hemoglobina de 7,3 g/dL e PCR elevada. Considerando o diagnóstico clínico mais provável, assinale a alternativa que seria um achado provável neste paciente:

A. Lesões puntiformes hiperdensas na ressonância cerebral.
B. Opacificação dos seios costofrênicos em radiografia de tórax.
C. Petéquias subungueais em ambas as mãos.
D. Alcalose respiratória crônica compensada.

Questão 22: Paciente, 10 anos, dá entrada no PS referindo ter sido picado por uma cobra há poucas horas, com ferida em panturrilha direita com edema discreto e leve parestesia local. Apresenta náuseas, dor no corpo e visão turva. Ao exame físico, o paciente apresenta uma ptose palpebral e fraqueza da musculatura facial. Solicitados laboratórios, com alargamento do TP e queda do fibrinogênio. Considerando o gênero de cobra mais provavelmente envolvida, assinale a alternativa com uma complicação clássica, apesar de não frequente, e relativamente específica de seu veneno:

A. Insuficiência renal aguda por toxicidade direta.
B. Síndrome compartimental na região da picada.
C. Insuficiência renal aguda por acúmulo de mioglobina.
D. Anemia por hemólise intravascular.

Questão 23: Paciente do sexo masculino, 58 anos, portador de doença pulmonar obstrutiva crônica em uso irregular de broncodilatadores, dá entrada no pronto atendimento com queixa de piora do quadro de dispneia há 3 dias, associada a tosse produtiva e sibilância. Ao exame físico, apresenta-se com confusão mental, taquipneia, uso de musculatura acessória e sibilos difusos. A gasometria arterial revelou: pH 7,28 // pCO2: 65 mmHg // pO2: 58 mmHg (ar ambiente) // HCO3-: 30 mEq/L // BE: +6.

Assinale a alternativa que explica corretamente o distúrbio ácido-básico encontrado no paciente:

A. Alcalose respiratória aguda.
B. Acidose respiratória aguda.
C. Acidose respiratória crônica.
D. Acidose metabólica com ânion gap aumentado.

Questão 24: Paciente masculino, 63 anos, com histórico de Diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticado há 3 anos, com controle glicêmico irregular e errático, comparece à emergência queixando-se de astenia intensa, náuseas, vômitos persistentes e dor abdominal difusa de início há 2 dias. Durante a anamnese, relata poliúria e polidipsia intensificadas, que precederam a redução da diurese nos últimos dias. Também relata que urinou pela última vez há 14 horas. Solicitaram-se exames laboratoriais e um eletrocardiograma na admissão.

Ao exame físico: paciente em regular estado geral, desorientado em tempo e espaço, com hálito cetônico e sinais de desidratação mucocutânea. PA: 140/90 mmHg; FC: 110 bpm; FR: 28 irpm (profunda e rápida); T: 36,5°C; Saturação O2: 94% em ar ambiente. Exame pulmonar: murmúrio vesicular presente bilateralmente, com estertores crepitantes finos em bases. Descompressão brusca negativa no abdome. Membros inferiores: edema com cacifo 1+/4+ bilateralmente.

Parâmetro laboratorial	Resultado	Valor de referência
Glicemia capilar	480 mg/dL	80-130 mg/dL
Hb1Ac	12,1%	< 5,7%
Ureia	210 mg/dL	10-50 mg/dL
Creatinina	**3,4** mg/dL	0,6-1,2 mg/dL
Potássio sérico	**6,7 mEq/L**	3,5-5,0 mEq/L
Sódio sérico	130 mEq/L	135-145 mEq/L
Gasometria arterial - pH	7,28	7,35-7,45

Gasometria arterial - pCO2	25 mmHg	35-45 mmHg
Gasometria arterial - HCO3	10 mEq/L	22-26 mEq/L
Urina - proteinúria	3+	ausente ou traços
Urina - glicosúria	4+	ausente
Urina - cetonúria	+++	ausente
Urina - cilindros	Hialinos abundantes em grande quantidade	ausente ou pequena quantidade de cilindros hialinos

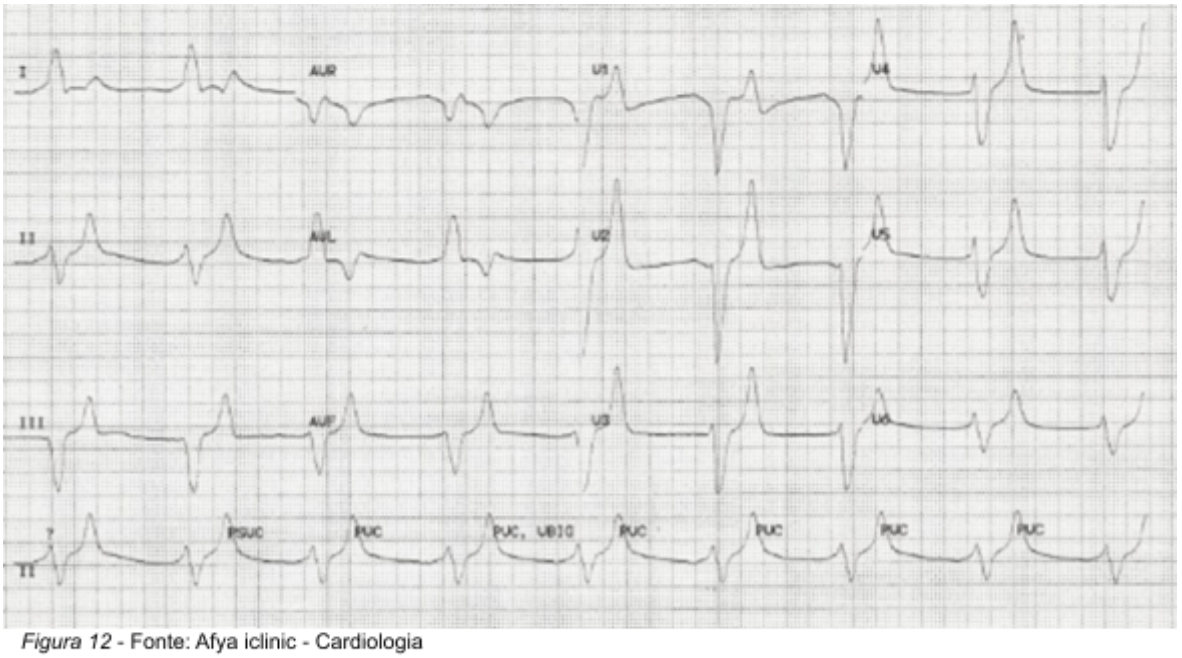

Figura 12 - Fonte: Afya iclinic - Cardiologia

Com base no quadro clínico e nos exames laboratoriais apresentados, qual das seguintes condutas imediatas é a mais adequada para iniciar o manejo da descompensação metabólica e da lesão renal aguda deste paciente?

A. Infusão de insulina regular intravenosa, hidratação com soro fisiológico 0,9% e administração cautelosa de bicarbonato de sódio.
B. Infusão de insulina regular subcutânea, restrição hídrica e monitorização do potássio sérico.
C. Administração de solução salina 0,45% intravenosa, sulfato de protamina e furosemida intravenosa.
D. Infusão de insulina regular intravenosa, hidratação com soro fisiológico 0,9% e gluconato de cálcio intravenoso.

Questão 25: Mulher de 32 anos é admitida no PS com dor lombar intensa à esquerda. Em investigação, é realizada uma tomografia computadorizada de abdome e pelve sem contraste e exames

laboratoriais, mostrados a seguir: Hb: 13.8 g/dl; Leucócitos: 8.800/mm3, sem desvio à esquerda; Creatinina: 1,1 mg/dl; Glicemia: 94 mg/dl.Urina tipo I: pH=5,0; > 1 milhão de hemácias/ml; 32 mil leucócitos/ml.

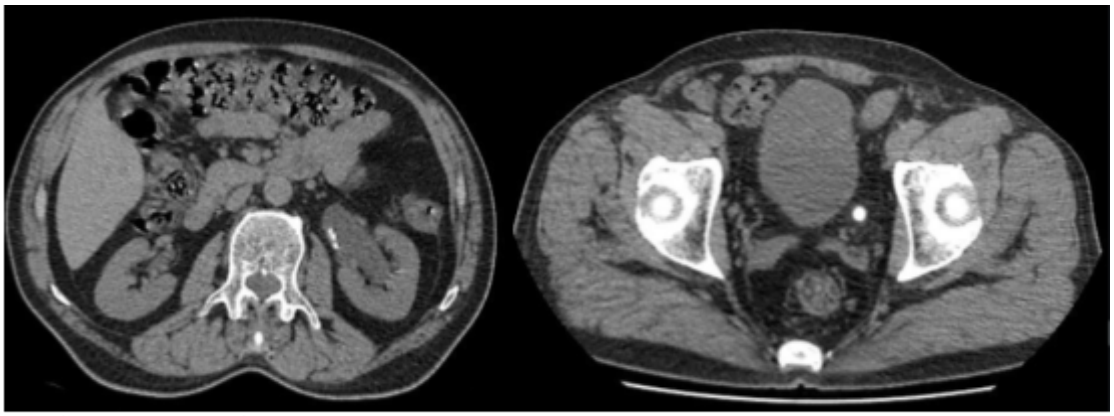

Figura 13 - Fonte: Radiopedia.org/cases

De acordo com essas informações, qual seria o possível diagnóstico que justifica a clínica dessa paciente:

A. Pielonefrite aguda.
B. Ureterolitíase distal.
C. Litíase renal.
D. Cistite hemorrágica.

Questão 26: Um homem de 56 anos, com HIV controlado há 8 anos (em uso de antirretrovirais, carga viral indetectável) procura atendimento médico por febre baixa vespertina, sudorese noturna e perda ponderal involuntária nos últimos 2 meses. Refere também nódulos indolores na região cervical e axilar. Ao exame físico, são palpados linfonodos endurecidos e móveis nessas regiões, com cerca de 3 cm. Foram solicitados exames laboratoriais e de imagem:

HEMOGRAMA: Hb 11,2 g/dL / leucócitos 6.000/mm³ / plaquetas 160.000/mm³
DHL: 820 U/L (valor de referência: até 480 U/L)
Sorologias para hepatites: Negativas /// **Ki-67:** aumentado
Biópsia linfonodal: Biópsia linfonodal: padrão difuso de proliferação linfoide com expressão de CD20+ e CD45+
Tomografia de tórax e abdome: linfonodomegalias cervicais, axilares e retroperitoneais

Com base nesses dados, qual o diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais adequada?

A. Linfoma de Hodgkin, com tratamento baseado em radioterapia localizada.
B. Linfoma não Hodgkin de padrão folicular, com conduta conservadora inicialmente.
C. Linfoma não Hodgkin de padrão difuso de grandes células B, com indicação de quimioterapia e imunoterapia.
D. Linfoma de células T periféricas, com indicação precoce de transplante de medula.

Questão 27: Paciente M.F.L, 26 anos, sexo feminino, queixa-se de cefaleia unilateral desde os 23 anos, sem melhora significativa ao longo do tempo. A paciente relata dor em caráter pulsátil na região temporal direita e normalmente se iniciam à noite, com intensidade 10/10, duram aproximadamente 13 minutos e acontecem 10 vezes ao dia. Está associada a rinorreia, sudorese em face e agitação, com períodos intercríticos de 1 a 2 meses. Nega foto ou fonofobia. Nega quaisquer outras comorbidades e uso de medicamentos. Ao exame físico, a paciente apresenta pontos de contratura muscular cervical e leve desconforto à palpação temporomandibular bilateralmente. Com base no caso apresentado, assinale a alternativa que contém o diagnóstico mais provável:

A. Cefaleia secundária à dor miofascial.
B. Hemicrania paroxística.
C. Cefaleia em salvas.
D. Síndrome SUNCT.

Questão 28: Joana, 28 anos, foi levada ao pronto atendimento pelos pais devido a comportamento progressivamente alterado nos últimos 5 dias. Relatam que ela dorme apenas 2 horas por noite, apresenta discurso acelerado, autoestima grandiosa e irritabilidade alternada com euforia. Joana afirma ser candidata à presidência do Brasil e gastou mais de R$ 10 mil em compras nos últimos dias (confirmado pelos pais). Nega uso de substâncias ilícitas e doenças clínicas relevantes. Há dois meses, foi diagnosticada com migrânea e iniciou tratamento com sumatriptana. Dois anos atrás, apresentou humor deprimido, anedonia, hipersonia e ideação de culpa, sendo tratada com sertralina por cerca de 3 meses, com melhora frustra. Ao exame, apresenta-se alerta, hiperreativa, com afeto exaltado e discurso tangencial. Nega alucinações ou ideação suicida. Considerando o histórico clínico e o quadro atual, qual é o diagnóstico mais compatível?

A. Transtorno bipolar tipo II.
B. Transtorno de personalidade Borderline.
C. Transtorno bipolar tipo I.
D. Episódio maniforme induzido por medicamento.

Questão 29: L.R.B., engenheiro de 27 anos, buscou terapia de casais com sua namorada, Clara, devido a conflitos constantes desde que decidiram morar juntos. Clara relatou que a busca por apartamento foi exaustiva, pois Lucas mantinha exigências rígidas e descartava opções que não atendiam a seus padrões. Quando se mudaram para o apartamento dele, recusou ajuda profissional e organizou sozinho todos os pertences, elaborando inventários e impondo regras detalhadas sobre a disposição de objetos e roupas, além de acumular itens antigos “para não correr o risco de precisar deles no futuro”. No trabalho, permanecia até tarde para concluir tarefas segundo seus critérios perfeccionistas, sendo visto como competente, mas controlador e crítico com colegas. Apresentou-se meticuloso, formal e irritável em consulta, reconhecendo sua rigidez, mas defendendo que disciplina e controle eram essenciais. Qual o diagnóstico mais compatível com o quadro de Lucas?

A. Transtorno de Personalidade Paranóide.
B. Transtorno de Personalidade Obsessiva-compulsiva.
C. Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC).
D. Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Questão 30: João, 65 anos, comparece à UBS com queixa de dor bilateral nos joelhos há 5 dias. Após anamnese e exame físico, o médico suspeita de uma lesão degenerativa e inclui o paciente no programa de exercícios em grupo da UBS, além de encaminhar à fisioterapia e solicitar seu retorno em 2 semanas. João fala desde pequeno que costuma tomar chá de manjericão e passar algumas ervas trituradas no joelho para dor, referindo melhora importante, e pergunta se pode continuar usando. Após pesquisa, mesmo sem evidência, o médico consente e inclui na receita orientações para o uso seguro de tais medidas, a pedido do paciente.

Considerando o atendimento acima, e considerando as definições propostas por Starfield, qual dos atributos derivados da Atenção Primária à Saúde pôde ser observado?

A. Orientação familiar.
B. Longitudinalidade.
C. Coordenação do cuidado.
D. Competência cultural.

Questão 31: Paciente masculino, 35 anos, vítima de politraumatismo após acidente automobilístico, encontra-se aos cuidados da UTI. À admissão, apresentava abertura ocular apenas à dor, movimentos de retirada inespecíficos à estimulação dolorosa e ausência de resposta verbal. Devido à instabilidade respiratória, foi realizado uma sequência rápida de intubação na sala de emergência. Medicações usadas na intubação: fentanil como analgésico; tiopental sódico como hipnótico; rocurônio como bloqueador neuromuscular. Minutos após a abordagem, o paciente mantém estabilidade hemodinâmica. Ao exame neurológico primário: diminuição da fotoreatividade pupilar; pupilas em midríase, simétricas. Considerando o contexto clínico e as medicações utilizadas para a intubação orotraqueal, qual a explicação mais provável para a diminuição de resposta pupilar à luz observada no exame neurológico inicial deste paciente?

A. Efeito depressor do fentanil no sistema nervoso central.
B. Efeito colateral do rocurônio no sistema nervoso central.
C. Ação do tiopental sódico no sistema nervoso central.
D. Repercussão esperada da ventilação mecânica recente.

Questão 32: Homem, 48 anos, obeso, no 6° dia de pós-operatório de laparotomia de emergência por diverticulite perfurada. Vem ao PS referindo saída de líquido em grande quantidade pela ferida operatória, além de dor no local. Ao exame físico, observa-se uma ferida operatória íntegra, abaulada, sem deiscência de pele, com débito serossanguíneo profuso. Bordas da ferida sem grande eritema ou edema. Durante a manobra de Valsalva, há uma piora importante do abaulamento da FO com aumento do débito. Ademais, paciente em bom estado geral sem alterações importantes de sinais vitais. Qual a principal hipótese diagnóstica?

A. Eventração.
B. Seroma.
C. Evisceração.
D. Infecção superficial.

Questão 33: Mulher de 24 anos, previamente saudável, comparece ao atendimento com queixa de não estar menstruando há 3 meses, apesar do uso regular de anticoncepcional oral combinado há 5 anos. Além disso, descreve aumento da sensação de cansaço após atividade física habitual. Nega episódios prévios de irregularidade menstrual antes do uso do contraceptivo. Nega outros sintomas. Refere alimentação com restrição calórica para perda de peso e hábito de correr maratonas há aproximadamente 1 ano, com progressiva intensificação dos treinos nos últimos 6 meses (corre 80 km por semana). Seu peso corporal manteve-se estável nos últimos meses (IMC 18,5 kg/m²), mas refere menor percentual de gordura. Ao exame físico: BEG // PA: 110x70 mmHg // FC: 55 bpm // Sem alterações ao exame ginecológico ou das mamas. Solicitado Beta hCG, negativo.

Dentre as hipóteses diagnósticas abaixo, qual é a mais provável?

A. Síndrome dos ovários policísticos.
B. Hipotireoidismo subclínico.
C. Amenorreia hipotalâmica funcional.
D. Hiperprolactinemia.

Questão 34: Mulher, 37 anos, com vida sexual ativa e prática de coito interrompido como método contraceptivo, procura atendimento para orientação sobre contracepção. Refere histórico de dores pélvicas frequentes (intensidade 5-9/10, mais de 4 vezes por semana), com início após a menarca e piora progressiva ao longo dos anos. A dor exacerba durante a menstruação, levando à incapacidade funcional em alguns dias. Queixa-se também de dispareunia em todas as relações sexuais. Nega comorbidades e medicações de uso contínuo e refere ser tabagista (1 maço/dia há 10 anos). Ao exame físico, apresenta dor à mobilização do colo e do útero, sem outras alterações. Considerado o caso, assinale a alternativa correta em relação às recomendações anticoncepcionais para a paciente:

A. O DIU de cobre está contraindicado para essa paciente devido à degeneração clínica que pode proporcionar à doença de base.
B. Os métodos de progesterona isolada seriam os mais indicados à paciente, na anticoncepção e no manejo da doença de base.
C. Anticoncepcionais orais combinados seriam altamente indicados por proporcionar anticoncepção e manejo da doença de base.
D. O DIU de progesterona, apesar da ação hormonal adequada, não seria indicado pelo potencial mecânico de potencializar a dispareunia.

Questão 35: Gestante, 37 anos, primigesta com 36 semanas e 4 dias de gestação, comparece ao PS com sangramento vaginal vermelho escurecido com coágulos acompanhado de dor abdominal. Refere ter feito pré-natal completo, com necessidade de tratamento de hipertensão gestacional com metildopa, e é ex-tabagista (15 ano-maço). Paciente descorada 1+/4+, com PA 120/70, 85 bpm, sem desconforto respiratório ou outro sinal/sintoma. Atualmente, com 5 contrações em 10 minutos, com duração de 1-2 minutos e 5 cm de dilatação cervical. Feto cefálico, mantendo BCF de 105 bpm com baixa variabilidade e desacelerações tardias em cardiotocografia. Qual a conduta mais indicada no momento?

A. Hidratação, decúbito lateral esquerdo e observação inicial.
B. Amniotomia e encaminhamento para cesárea de emergência.
C. Encaminhamento imediato para cesária de emergência.
D. Amniotomia e indução de trabalho de parto com ocitocina.

Questão 36: Gestante, 35 anos, tercigesta (1 parto vaginal e 1 casárea, ambos sem intercorrências), interna para assistência do trabalho de parto com 39 semanas. Ao longo da gestação, apresentou diabetes gestacional e hipertensão, ambos com tratamento errático. Durante o trabalho de parto vaginal atual, evolui com um parda sanguínea de 600mL. Após abertura do protocolo de hemorragia pós-parto, foram adquiridos dois acessos calibrosos e máscara de O2 e iniciou-se reposição volêmica e coleta de exames. Durante a progressão da contenção farmacológica do quadro, qual fármaco deverá ser evitado?

A. Ocitocina endovenosa.
B. Ácido tranexâmico endovenoso.
C. Metilergotamina intramuscular.
D. Misoprostol por via retal.

Questão 37: Manuel, 58 anos, comparece a consulta de rotina na UBS para seguimento de 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 outras doenças, cirurgias ou internações. Nega qualquer queixa, porém refere que está anotando sua pressão 3 vezes por dia em casa desde sua última consulta, em que sua 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 bilateralmente. 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 espironolactona ao tratamento.

Questão 38: Uma gestante de 28 anos, G2P1, 40 semanas, comparece à maternidade em trabalho de parto, com dilatação cervical de 6 cm, bolsa íntegra e contrações regulares. A gestação atual foi bem acompanhada, classificada como de risco habitual. Durante a ausculta intermitente, é identificada uma frequência cardíaca fetal (FCF) mantida entre 105 e 115 bpm por um período de 12 minutos. É realizada cardiotocografia, que revela linha de base de 104 bpm, variabilidade moderada, presença ocasional de acelerações e ausência de desacelerações. A paciente está hemodinamicamente estável, afebril, com líquido amniótico claro e sem sinais clínicos de complicação materna ou fetal. Diante desse quadro, a conduta mais adequada é:

A. Encaminhar para cesariana de emergência por bradicardia sustentada, evidenciando sofrimento fetal agudo por hipóxia.
B. Administrar ocitocina para intensificar as contrações, visando acelerar a progressão do trabalho de parto por via obstétrica.
C. Revisar e reverter causas reversíveis, como hidratação, mudança do decúbito e oxigenação, antes de medidas invasivas.
D. Iniciar tocolíticos para reduzir a atividade uterina, considerando o risco de taquissistolia associada à bradicardia fetal.

Questão 39: Paciente de 50 anos, no 10° dia de pós-operatório de uma hernioplastia inguinal à direita, evoluiu com dor em região inguinal associada a hipoestesia de região de escroto lateral e da face ventromedial adjacente da coxa e ausência de reflexo cremastérico ipsilateral ao reparo. O cirurgião suspeita de lesão do nervo responsável pela eferência deste reflexo. Tal suspeita refere-se a lesão do:

A. Ramo genital do N. genitofemoral.
B. Ramo femoral do N. genitofemoral.
C. Ramo posterior do N. obturatório.
D. Ramos superficiais do N. Ilioinguinal.

Questão 40: Homem, 52 anos, chega ao PS com queixa de dor abdominal intensa em hipocôndrio direito. Refere que, há alguns meses, apresentava dores nesse local após as refeições, porém há 3 dias essa dor se tornou constante e intensa, acompanhada de náuseas. Diz também vir apresentando urina escura e fezes pálidas no último dia. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, descorado 2+/4+, ictérico 2+/4+ e febril (39,2°C). Solicitaram-se exames laboratoriais e um ultrassom de abdome com evidência de dilatação importante do colédoco. Após a estabilização clínica inicial do paciente, qual a conduta mais adequada?

HEMOGRAMA: Hb = 13.5g/dL (13,3-16,5) // Ht= 42,1% (39,2-49%) // Plaquetas = 225.000/mm3 (150.000-340.000) // Leucócitos 12.582/mm3 (3.650-8.120)
ELETRÓLITOS/RENAL: Creatinina 0,9 // U 40mg/dL // Na 141 // K 4,1 // Mg 2,0
HEPATOBILIAR: TGO 54U/L // TGP 61U/L // Bilirrubina 5,4mg/dL BI 0,2mg/dL BD 5,2mg/dL // FA 182U/L // GGT 101U/L
OUTROS: PCR 88mg/L // RNI 1,2

A. Confirmação diagnóstica por meio da repetição da ultrassonografia.
B. Colecistectomia de emergência com colangiografia intraoperatória.
C. Observação com abordagem cirúrgica após resolução de quadro agudo.
D. Realizar colangiopancreatografia retrógrada endoscópica em até 48h.

Questão 41: Um paciente de 28 anos, previamente hígido, foi submetido a uma reconstrução do ligamento cruzado anterior (LCA) sob anestesia raquidiana com bupivacaína hiperbárica. Cerca de 12 horas após o procedimento, começa a se queixar de cefaleia frontal de forte intensidade, aliviada em decúbito, associada a náuseas, desconforto cervical e zumbido, com piora progressiva ao longo do dia. Ele se encontrava afebril, alerta, orientado, sem alterações motoras ou sensitivas nos membros e sem disfunções esfincterianas. Exame neurológico: sinais de Kernig e Brudzinski negativos. Diante desse quadro, qual é o diagnóstico mais provável?

A. Hematoma espinhal pós-raquianestesia.
B. Síndrome da artéria espinhal anterior.
C. Meningite asséptica.
D. Cefaleia pós-punção dural.

Questão 42: Uma mulher de 35 anos é levada ao pronto-socorro apresentando febre alta (39,5°C), taquicardia (frequência cardíaca de 140 bpm), agitação, náuseas e vômitos. A acompanhante refere que a paciente é tabagista, possui hipertensão e hipertireoidismo, porém sem medicações de uso contínuo. Ao exame físico, observa-se tremor fino das mãos, sudorese intensa e aumento da glândula tireóide à palpação. Não há sinais de infecção evidente. Tendo em vista o caso clínico, qual é a conduta inicial mais apropriada para o manejo desta paciente internada?

A. Manejo sintomático, exames pré-operatório e realização de tireoidectomia de emergência.
B. Introdução de levotiroxina e sintomáticos, observar por 24h e reavaliar ambulatorialmente.
C. Introdução de propranolol intravenoso, propiltiouracila (PTU) e iodeto de potássio.
D. Coleta de rastreio infeccioso, par de hemoculturas e iniciar antibioticoterapia de amplo espectro.

Questão 43: 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 leve aumento da prostração, porém sem outros sintomas associados. Ao exame físico geral, paciente se apresenta 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. À 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 hidroeletrolítico 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 3,1 (0,4-4,5 mU/L) // **Glicemia** 92 // **Cortisol 08H** 22 (5-25 mcg/dL)
Osmolaridade Plasmática 265 (275-295mOsm/kg) // **Osmolaridade urinária** 1.092 mOsm/kg
Na Urinário 55 mEq/L // **Ácido Úrico** 3,1 (2,4-6 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 44: Homem, 28 anos, previamente hígido, queixa-se de cefaleia persistente, "palpitações" e fadiga inexplicada há aproximadamente 3 meses. Nega história familiar de hipertensão arterial precoce. Ao exame físico: PA de 168/102 mmHg em ambas as aferições no braço direito, com ausculta cardíaca e pulmonar normais. Não são detectados sopros abdominais. Ao exame dos pulsos periféricos, observa-se pulso radial palpável, com ritmo regular, frequência de 88 bpm, amplitude normal (2+/4+) e simetria entre os membros superiores e inferiores. Os pulsos pediosos e tibiais posteriores também são palpáveis, com amplitude normal e simetria.

Parâmetro laboratorial	Resultado	Valor de referência
Creatinina	0,9 mg/dL	0,6 - 1,2 mg/dL
Sódio	142 mEq/L	135 - 145 mEq/L
Potássio	3,2 mEq/L	3,5 - 5,0 mEq/L
VHS	28 mm/1ª hora	até 15 mm/1ª hora
Aldosterona (supina)	25 ng/dL	3 - 16 ng/dL
Renina plasmática (supina)	2,8 ng/mL/h	0,5 - 1,9 ng/mL/h

Para esclarecer a etiologia da hipertensão do paciente, foi solicitada uma angiotomografia de artérias renais. Considerando a principal hipótese diagnóstica para a hipertensão secundária neste caso, segundo os princípios da Sociedade Brasileira de Reumatologia, assinale a alternativa que descreve o achado angiotomográfico mais provável de ser encontrado.

A. Artéria renal direita com estenose focal em terço médio/distal, com aspecto em "colar de contas", e artéria renal esquerda de calibre normal.
B. Estenose moderada no óstio da artéria renal direita, com fluxo pós-estenótico e redução do tamanho renal direito em comparação com o esquerdo. Artéria renal esquerda normal.
C. Múltiplas estenoses segmentares com dilatações pós-estenóticas ("aneurismas") em ambas as artérias renais, com aspecto também sugestivo de displasia fibromuscular.
D. Ausência de estenose nas artérias renais. Observa-se imagem sugestiva de massa adrenal à esquerda, hipervascularizada, sem sinais de invasão de estruturas adjacentes.

Questão 45: Homem de 63 anos comparece à consulta com queixa de episódios recorrentes de perda auditiva no ouvido esquerdo. Refere que percebeu, nos últimos 6 meses, uma flutuação grande de sua audição, com episódios de redução importante da audição unilateral, como se o ouvido estivesse “entupido” (*sic)*. Este sintoma é acompanhado por zumbido ipsilateral e leve tontura. Tais episódios tendem a durar entre 2 e 5 horas. É solicitada uma audiometria ao paciente, feita durante uma das crises. Considerando o exposto, o quadro da paciente sugere:

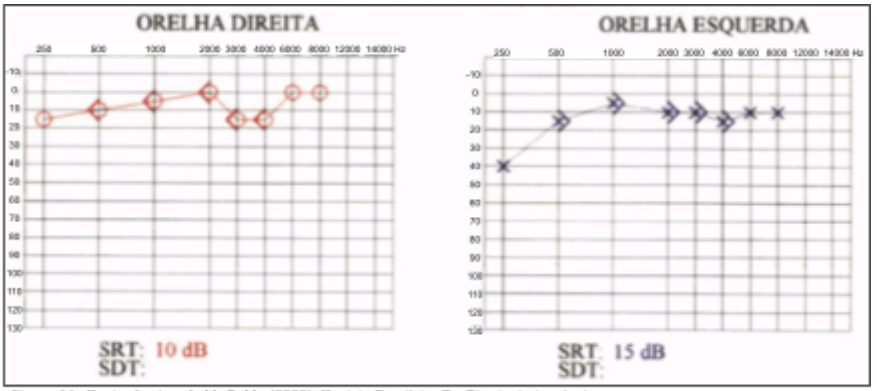

Figura 14 - Fonte: Aquino, A. M. C. M.. (2002). Revista Brasileira De Otorrinolaringologia.

A. Presbiacusia, indicando colocação de aparelho auditivo precoce para redução de impacto cognitivo.
B. Vertigem paroxística benigna, com possível resolução completa através da manobra de Epley.
C. Síndrome de Ménière, indicando manejo de comorbidades e prevenção de episódios com betaistina.
D. Migrânea vestibular, indicando manejo agudo com triptanos e prevenção de crises com betabloqueadores.

Questão 46: Um jovem de 21 anos chega ao pronto atendimento queixando-se de dor localizada na região direita do quadril, geralmente na parte interna da coxa, irradiada até a região da virilha e do joelho. O paciente relata que a dor piora com esforços em pé, movimentos ou atividades físicas e que há melhora com repouso. Relata que já apresentava essa dor há alguns anos, contudo com sintomas mais leves, e que houve uma progressão lenta dessa dor. O paciente é atleta profissional de handebol. Dessa forma, o jovem foi submetido a um raio-x da bacia.

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

De acordo com o caso clínico acima, juntamente com o exame de imagem, marque a opção do provável diagnóstico desse paciente:

A. Osteoartrite primária.
B. Osteoartrite secundária.
C. Espondilite anquilosante.
D. Artrite reumatoide.

Questão 47: Um hospital universitário realizou um estudo para investigar a associação entre tabagismo e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Para isso, foram selecionados 100 pacientes com diagnóstico confirmado de DPOC e 100 pacientes sem a doença, emparelhados por faixa etária e sexo. A exposição ao tabagismo foi avaliada retrospectivamente por meio de prontuários médicos e entrevistas estruturadas. Com base nos dados coletados, os pesquisadores optaram por uma determinada medida de associação entre o tabagismo e a DPOC.

Sobre esse cenário, é correto afirmar:

A. *Hazard ratio* é a medida de associação mais adequada, pois permite comparar diretamente a incidência da DPOC entre fumantes e não fumantes.

B. A *odds ratio* é a medida de associação mais apropriada, pois em estudos caso-controle não se conhece a proporção real de expostos na população geral.

C. A *odds ratio* é a medida de associação correta nesse tipo de estudo, pois não é possível calcular diretamente a incidência da doença nos grupos analisados.

D. O uso da *odds ratio* é adequado porque ela tende a superestimar a associação real, tornando o resultado mais sensível para identificar fatores de risco.

Questão 48: L.Z.L, 28 anos, masculino, chega ao PS com queixa de dor abdominal intensa há 2 dias. Paciente refere dor iniciada em região periumbilical, associada a náuseas e vômitos, que migrou para fossa ilíaca direita com aumento de intensidade. Apresenta-se desidratado 1+/4+, temperatura axilar de 37,9°C, pressão arterial de 140/90, frequência cardíaca 97 bpm e frequência respiratória de 19 ipm. Ao exame físico, apresenta dor à palpação abdominal, com descompressão brusca dolorosa em fossa ilíaca direita, sem sinais de peritonite. Realizou ultrassonografia de abdome com difícil avaliação e complementou com tomografia de abdome com contraste, evidenciando uma coleção em fossa ilíaca direita. Considerando o quadro, qual a melhor conduta imediata?

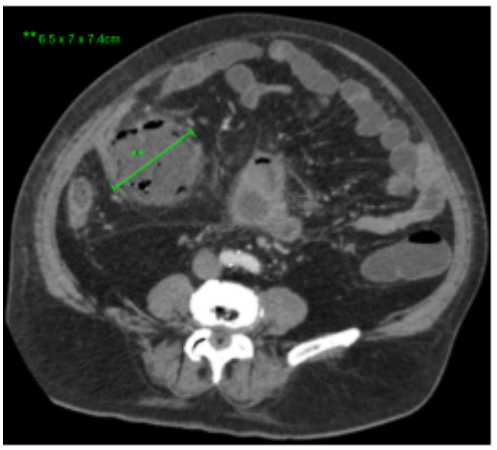

Figura 16 - Fonte: Elfeky M, Case study, Radiopaedia.org

A. Drenagem percutânea + Antibioticoterapia.
B. Antibioticoterapia + apendicectomia de intervalo.
C. Antibioticoterapia isolada.
D. Apendicectomia aberta de emergência.

Questão 49: Menino de 13 anos dá entrada no ambulatório acompanhado pela mãe. Segundo esta, o paciente está mancando há quase 5 meses com piora progressiva, acompanhada de dor no quadril esquerdo e coxa ipsilateral. Refere que está no pico de crescimento e que havia iniciado academia para perda de peso (IMC p98), porém, foi obrigado a se afastar em decorrência do incômodo. Nega quadros prévios. Ao exame físico, bom estado geral, sem alterações de sinais vitais. À avaliação ortopédica, apresenta marcha claudicante, membro direito em rotação externa e discretamente encurtado, com arco de movimento reduzido na flexão, abdução e rotação interna. Destaca-se que, à flexão passiva, o membro direito se rotaciona externamente. Considerando a epidemiologia e quadro clínico, qual radiografia representa o diagnóstico mais provável para o caso:

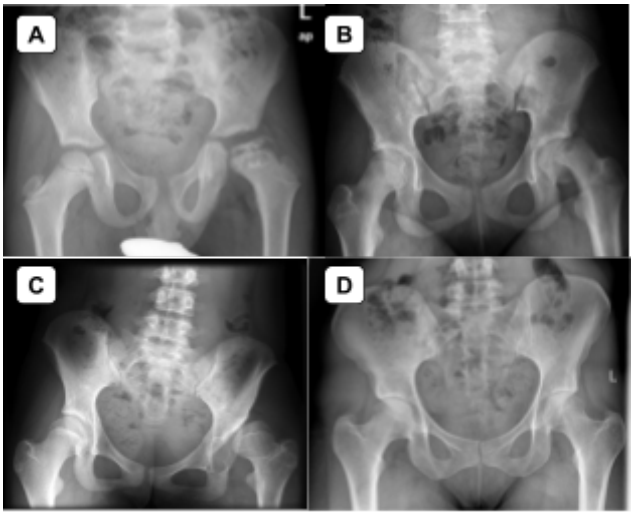

Figura 17 - Fonte: Radiopedia.org\cases

Questão 50: Um ensaio clínico randomizado do JAMA, SURMOUNT-4, foi um estudo de fase 3 que comparou o uso contínuo de Tirzepatida com placebo em relação à perda de peso sustentada. Todos os 670 pacientes utilizaram Tirzepatida por um período de 36 semanas e, ao final desse período, foram randomizados em dois grupos: um que manteve o uso da droga e outro que passou a receber placebo pelas próximas 52 semanas. Abaixo, analise a tabela de desfechos secundários do estudo e assinale a alternativa que contém corretas em relação a tabela do artigo:

	Estimate (95% CI)		
	Tirzepatide MTD (N=335)	Placebo (N=335)	Absolute difference[b] (95% CI)
Additional secondary end points[a] (week 36 to 88)			
Change in BMI	-2.1 (-2.4 to -1.8)	4.3 (4.0 to 4.6)	-6.4 (-6.8 to -6.0)
Change in hemoglobin A_{1c}, %	-0.08 (-0.11 to -0.05)	0.25 (0.22 to 0.28)	-0.33 (-0.38 to -0.28)
Change in fasting glucose, mg/dL	-0.9 (-1.9 to 0.1)	7.7 (6.6 to 8.8)	-8.6 (-10.1 to -7.2)
Percent change in fasting insulin, %[f]	-15.4 (-21.0 to -9.8)	23.3 (14.7 to 31.9)	-31.4 (-37.7 to -24.4)
Percent change in lipid levels, %[f]			
Total cholesterol	2.3 (0.6 to 4.0)	8.3 (6.5 to 10.2)	-5.5 (-7.8 to -3.3)
Non-HDL-C	-4.0 (-6.1 to -1.9)	5.5 (3.1 to 7.9)	-9.0 (-11.9 to -6.1)
HDL-C	18.3 (16.2 to 20.4)	14.6 (12.5 to 16.7)	3.2 (0.6 to 5.8)
LDL-C	-3.4 (-5.8 to -1.0)	3.4 (0.7 to 6.1)	-6.6 (-9.9 to -3.2)
VLDL-C	-7.8 (-11.3 to -4.3)	14.7 (10.2 to 19.3)	-19.7 (-24.0 to -15.1)
Triglycerides	-8.2 (-11.8 to -4.7)	15.6 (10.9 to 20.3)	-20.6 (-24.9 to -16.0)
Free fatty acids	-13.4 (-18.4 to -8.4)	-2.9 (-8.7 to 2.9)	-10.8 (-17.9 to -3.0)
Additional secondary end points[e] (week 0 to 88)			
Change in BMI	-10.0 (-10.3 to -9.7)	-3.6 (-3.9 to -3.3)	-6.4 (-6.8 to -6.0)
Change in hemoglobin A_{1c}, %	-0.57 (-0.60 to -0.54)	-0.22 (-0.26 to -0.18)	-0.34 (-0.39 to -0.29)
Change in fasting glucose, mg/dL	-10.6 (-11.6 to -9.6)	-1.7 (-2.8 to -0.6)	-8.9 (-10.4 to -7.4)
Percent change in fasting insulin, %[f]	-54.1 (-57.2 to -51.0)	-29.8 (-34.7 to -24.9)	-34.6 (-40.6 to -27.9)
Percent change in lipid levels, %[f]			
Total cholesterol	-5.0 (-6.6 to -3.4)	2.2 (0.4 to 4.0)	-7.0 (-9.3 to -4.7)
Non-HDL-C	-11.5 (-13.5 to -9.5)	-0.8 (-3.2 to 1.6)	-10.8 (-13.7 to -7.8)
HDL-C	12.3 (10.2 to 14.4)	9.4 (7.3 to 11.5)	2.6 (-0.1 to 5.4)
LDL-C	-5.2 (-7.6 to -2.8)	2.6 (-0.1 to 5.3)	-7.6 (-10.9 to -4.2)
VLDL-C	-32.6 (-35.3 to -29.9)	-15.6 (-19.2 to -12.0)	-20.1 (-24.7 to -15.3)
Triglycerides	-33.3 (-36.0 to -30.6)	-15.3 (-18.9 to -11.7)	-21.2 (-25.8 to -16.4)
Free fatty acids	-20.4 (-25.0 to -15.8)	-9.7 (-15.2 to -4.2)	-11.8 (-19.0 to -4.1)

Figura 18 - Fonte: Aronne, Louis J et al. JAMA vol. 331,1 (2024)

A. Na janela de 0-88° semana, o grupo da Tirzepatida apresentou, em média, uma redução do IMC 6.4 vezes maior do que o placebo.
B. O único desfecho que não mantém significância estatística em ambas janelas de análise temporal foi o percentual de mudança do HDL.
C. Na janela de 36-88° semana, pode-se afirmar que 95% dos pacientes do grupo da Tirzepatida apresentaram redução da glicose de jejum.
D. Tanto o grupo placebo como o da Tirzapatida apresentaram, em média, uma redução da porcentagem de HbA1c em ambas janelas temporais.