

PLANTÃO SES-PE

ANDRÉ LAFAYETTE



CLÍNICA MÉDICA



CLÍNICA MÉDICA



PERFIL DA PROVA

SES-PE

Diabetes

Hipercalcemia

**Hipertensão
arterial**

Arboviroses

Sepse

**Ventilação
mecânica**

Artrites

Glomerulopatias

Anemias

**Animais
peçonhentos**



DIABETES



CLÍNICA MÉDICA



Farmacológico

- **aGLP-1 ou AR GLP-1**

Liraglutida; dulaglutida; **semaglutida**; exenatida e lixisenatida; Mais potentes que o IDPP4 → maior redução da HbA1c

Recomendados se **sobrepeso/ obesidade e/ou alto/muito alto risco CV**; Útil na DHGM com esteato-hepatite e/ou fibrose + DM

Efeitos colaterais

Perda de peso, plenitude gástrica, náuseas, vômitos, **PANCREATITE** e CMT em ratos, aumento de FC, ↓ Tg e PAS

Semaglutida é opção na doença renal do diabetes (DRD) + iSGLT2 se ClCr > 25ml/min e RAC ≥ 100

Benefício cardiovascular com semaglutida VO; benefício da semaglutida na ICPEP + obesidade

Contraindicações

Clearance de creatinina < 15 ml/min, **gastroparesia, doença do refluxo gastroesofágico grave, pancreatite, CMT, uso com iDDP4**



Farmacológico

- **AR GLP-1/GIP**

Tirzepatida

Mais potentes que AR GLP-1 →
maior redução de peso e de HbA1c

Já há evidência consistente de benefício
cardiovascular (SURPASS-CVOT)

Recomendados se **sobrepeso/ obesidade**,
SAOS, baixo/intermediário risco CV e sem
doença renal ou IC

Benefício na ICFEP + obesidade

Efeitos colaterais

Perda de peso, náuseas, vômitos, diarreia,
fadiga, reação no local de aplicação e
hipersensibilidade, aumento de FC

Contraindicações

Clearance de creatinina < 25 ml/min,
gastroparesia, doença do refluxo
gastroesofágico grave, história pessoal ou
familiar de CMT ou NEM2



Farmacológico

- **iSGLT-2 (GLIFLOZINAS)**

Representantes:

DapaGLIFLOZINA; EmpaGLIFLOZINA;
CanaGLIFLOZINA; ErtuGLIFLOZINA e
SotaGLIFLOZINA

Inibem o co-transportador de sódio e glicose no túbulo contorcido proximal

Contraindicações/ precauções

ClCr < 20-25ml/min, DM1, história de cetoacidose, infecções geniturinárias de repetição, hipovolemia/desidratação; alto risco de amputação

Glicosúria → ↓ peso, infecção
geniturinária, cetoacidose euglicêmica

Natriurese → induz hipovolemia e desidratação, gerando efeito hipotensor

Efeito independente da insulina (não causa hipoglicemia)

Melhora desfechos
renais e CV/IC

Recomendados se alto/muito alto risco CV e/ou IC e/ou DRD



(SES-PE 2024 ACESSO DIRETO) - Sobre o uso dos análogos de GLP1 no tratamento do diabetes mellitus, assinale a alternativa CORRETA.

- a) São uma excelente opção no tratamento do diabetes mellitus tipo 1 de difícil controle.
- b) O uso combinado com os inibidores da DPP4 é uma das opções que oferece melhores taxas de controle glicêmico.
- c) É uma excelente opção para o tratamento do diabetes secundário à pancreatite crônica.
- d) É um dos esquemas preferidos para os pacientes diabéticos que apresentam doença coronariana aterosclerótica.
- e) Devem ser usados com cautela em pacientes com gastroparesia devido ao risco elevado de induzir hipoglicemia.



HIPERCALCEMIA



CLÍNICA MÉDICA



Fluxograma de investigação da hipercalcemia

Qual é o valor do PTH?

PTH ↑ → Hiperparatireoidismo primário altamente provável

PTH normal-alto ou minimamente elevado → HPT primário provável / Considerar FHH

PTH ↓
Hipercalcemia não mediada por PTH

Se não houver malignidade clinicamente evidente, dosar:
PTHrP, 1,25(OH)2D, 25(OH)D

PTHrP ↑?

SIM

Hipercalcemia humoral da malignidade

NÃO

1,25-di-hidroxivitamina D elevada?

SIM

Linfoma, sarcoidose, tuberculose

NÃO

25-hidroxivitamina D elevada?

SIM

Intoxicação por vitamina D

NÃO

Solicitar: SPEP, UPEP
Cadeias leves livres



Crise hipercalcêmica

1

HIDRATAÇÃO
(200-300ml/h)

↑ calcemia = vômitos +
poliúria → desidratação

2

BISFOSFONATOS
Inibem reabsorção óssea
(ácido zoledrônico e pamidronato)

3

CALCITONINA (IM ou SC)
Antagonista do PTH Início de ação
mais rápido (2-6h), porém transitório

4

DENOSUMABE (anti RANKL)
(Cinacalcete)

5

CORTICÓIDES
Linfomas e doenças granulomatosas

6

FUROSEMIDA
Apenas após hidratação estabelecida!
Aumenta calciúria

7

DIÁLISE
Hipercalcemia grave +
insuficiência renal/cardíaca

**Cálcio
corrigido:**
> 14mg/dl ou
> 12mg/dL +
sintomas



(SES-PE 2025 ACESSO DIRETO) - Um paciente de 60 anos com histórico de câncer de pulmão de células escamosas procura o pronto-socorro com confusão mental, fraqueza e dor abdominal. Exames laboratoriais mostram: Cálcio sérico: 13,8 mg/dL (referência: 8,5 - 10,5 mg/dL). PTH: suprimido (<5 pg/mL; referência 15 - 65 pg/mL). Fósforo: normal. Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta mais indicada?

- a) Hipercalcemia maligna; iniciar hidratação venosa e considerar bisfosfonatos.
- b) Hiperparatireoidismo primário; indicar paratireoidectomia.
- c) Hipercalcemia por excesso de vitamina D; suspender suplementos e iniciar corticosteroides.
- d) Hiperparatireoidismo secundário; iniciar vitamina D e fósforo.
- e) Hipercalcemia idiopática; observar e repetir exames após 48 horas.



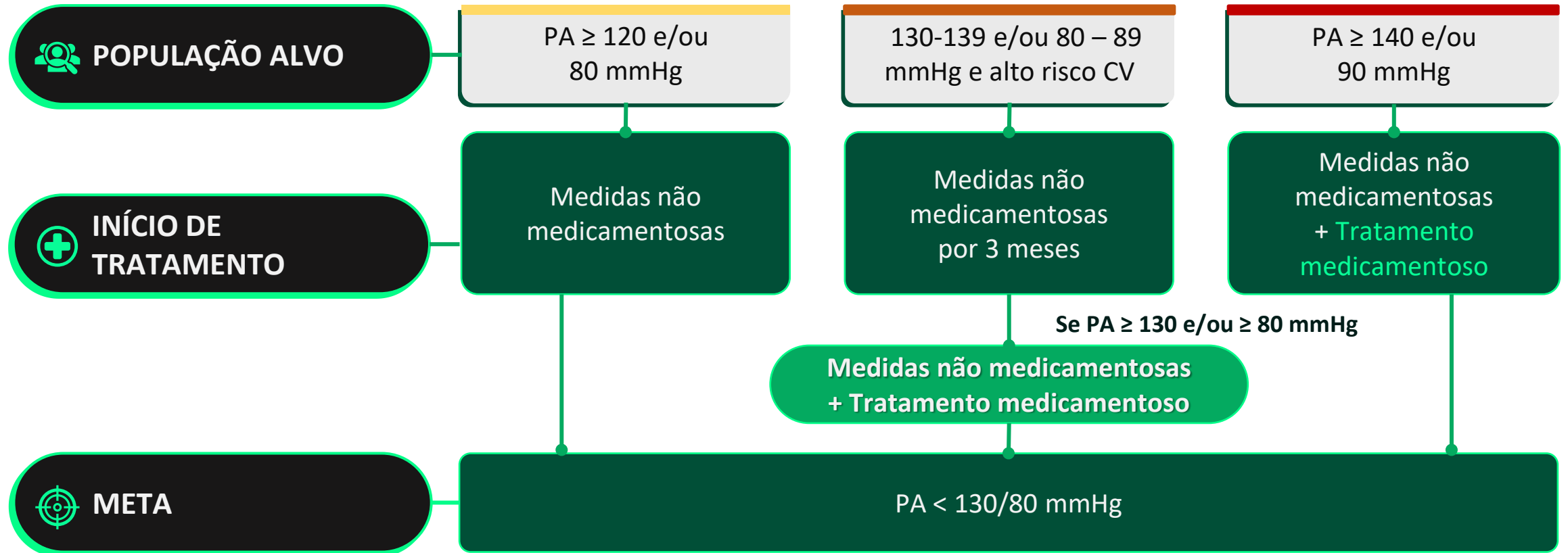
HIPERTENSÃO ARTERIAL



CLÍNICA MÉDICA



Tratamento e meta de PA



Preferência por iniciar com 2 anti-hipertensivos (IECA/BRA+...)



Quando fazer monoterapia?



PA 130-139 e/ou 80-89 mmHg com alto risco cardiovascular



Idosos ≥ 80 anos



Indivíduos frágeis



Hipertensão estágio 1 e risco cardiovascular baixo, a critério médico



Hipotensão ortostática sintomática



(SES-PE 2026 ACESSO DIRETO) - De acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025, elaborada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) As medidas não farmacológicas incluem redução do consumo de sal, perda de peso, prática regular de atividade física e moderação no uso de álcool.
- b) O escore PREVENT é recomendado para estimar o risco de eventos cardiovasculares em 10 anos.
- c) A presença de doença renal crônica, diabetes ou lesão de órgão-alvo define alto risco cardiovascular.
- d) A diretriz sugere considerar biomarcadores como escore de cálcio coronariano, BNP, troponina ultrasensível e lipoproteína(a) em situações selecionadas.
- e) A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025 não recomenda estratificação de risco na pré-hipertensão, apenas na hipertensão estabelecida.



ARBOVIROSES



CLÍNICA MÉDICA



Diferenciando nas provas...

	GÊNERO	TRANSMISSÃO	QUADRO CLÍNICO	TTO	NOTIFICAÇÃO
Dengue	Flavivírus	<i>Aedes aegypti</i>	Febre ALTA dor retroorbitária Plaquetopenia, Leucopenia	S U P O R T E	SIM Imediata SE: Óbito
Febre amarela (Silvestre)	Flavivírus	<i>Haemagogus</i> <i>Sabethes</i>	Curso bifásico , mialgia intensa; Icterícia, sinal de Faget , macacos		SIM Imediata Sempre
Zika	Flavivírus	<i>Aedes aegypti</i> Vertical	Febre BAIXA Rash pruriginoso Conjuntivite		SIM Imediata SE: Óbito e gestante
Chikungunya	Alphavírus	<i>Aedes aegypti</i>	Febre ALTA Dor articular Linfopenia		SIM Imediata SE: Óbito e áreas não endêmicas
Febre de Oropouche	Orthobunyavírus	<i>Culicoides</i> <i>paraensis</i> Vertical	Febre, cefaleia, mialgia, artralgia Curso bifásico		SIM Imediata Sempre

**Evitar AINE, Salicilatos e
Corticoides na fase AGUDA!**



(SES-PE 2024.2 ACESSO DIRETO) - Sobre os sinais e sintomas no diagnóstico diferencial dengue versus Zika versus Chikungunya, assinale a alternativa CORRETA.

- a) A artralgia é mais frequente e mais intensa nos casos de Dengue.
- b) O edema nas articulações é mais raro nos casos de Chikungunya.
- c) A linfopenia é mais frequente nos casos de Chikungunya.
- d) O exantema surge do 2º ao 5º dia nos casos de Zika.
- e) A trombocitopenia é mais frequente nos casos de Zika.



SEPSE



CLÍNICA MÉDICA



Tratamento da Sepses

• *SURVIVING SEPSIS CAMPAGIN (2026)*

Medir lactato.
Repetir se $> 2\text{mmol/l}$
(valorizar TEC)

Iniciar antibiótico de
amplo espectro (até 1 ou 3h)

Obter hemoculturas antes
de iniciar antibiótico

Se hipotensão ou
lactato $> 2\text{-}4\text{mmol/l}$...
Ressuscitação volêmica 30ml/Kg
de cristalóide balanceado em 3h



Tratamento da Sepses

Norepinefrina
(corticoide?)



Vasopressina



Epinefrina

Se hipotensão durante ou após
ressuscitação volêmica...



Iniciar noradrenalina para
(Pode usar veia periférica)
Manter PAM ≥ 65 mmHg
(60-65 e ≥ 65 anos)

Controle do foco infeccioso em até 6h!



Tempo do antibiótico

	Choque presente	Choque ausente
Sepse confirmada ou provável	Administre antibióticos imediatamente , idealmente dentro de 1 hora após reconhecimento	Administre antibióticos imediatamente , idealmente dentro de 1h após o reconhecimento
Sepse possível		Avaliação rápida de causas infecciosas e não infecciosas de doença aguda Administre antibióticos dentro de 3 horas, se a preocupação com a infecção persistir



(SES-PE 2026 ACESSO DIRETO) - Homem de 74 anos, diabético e hipertenso, chega após 48 horas de febre alta, calafrios, prostração intensa e redução acentuada da diurese, após dois dias de mal-estar progressivo em casa. Na admissão: PA 82/48 mmHg mesmo após 1,5 L de cristalóide, FC 128 bpm, lactato 6,1 mmol/L, diurese 0,3 mL/kg/h, creatinina 2,1 mg/dL (prévia 1,0). Temperatura 38,9 C, extremidades frias, SatO₂ 90% em 4 L/min. Hemoculturas já colhidas, e urina turva sugere foco urinário. Qual é o próximo passo imediato?

- a) Administrar somente mais volume até normalização da pressão.
- b) Iniciar norepinefrina imediatamente para atingir PAM $\geq$ 65 mmHg e estabilizar perfusão.
- c) Começar dopamina pela menor taxa de arritmia.
- d) Aguardar antibioticoterapia antes de vasopressor.
- e) Transferir para enfermaria após estabilização inicial.



VENTILAÇÃO MECÂNICA



CLÍNICA MÉDICA



Ventilação protetora

- PARÂMETROS

Volume corrente 4-6 mL/Kg
de PESO IDEAL

Hipercapnia permissiva
FR: 20-35irpm

PEEP inicial de 5 cmH₂O
Pressão de platô ≤ 30 cmH₂O

Pressão de pico < 40 cmH₂O
Driving Pressure ≤ 15 cmH₂O

FiO₂ suficiente para gerar uma SaO₂ entre 88 e 95% ou PaO₂ 55-80mmHg



PaCO₂ elevada
(hipoventilação)

Ventilação minuto insuficiente

FR ou VC baixos

Gasometria com hipercapnia

- Aumentar FR
- Aumentar VC (mantendo estratégia protetora ≤ 6 mL/kg)

PaO₂ baixa
(hipoxemia)

Relação ventilação/perfusão inadequada

Atelectasia, FiO₂ baixa, PEEP insuficiente

PaO₂ < 60 mmHg

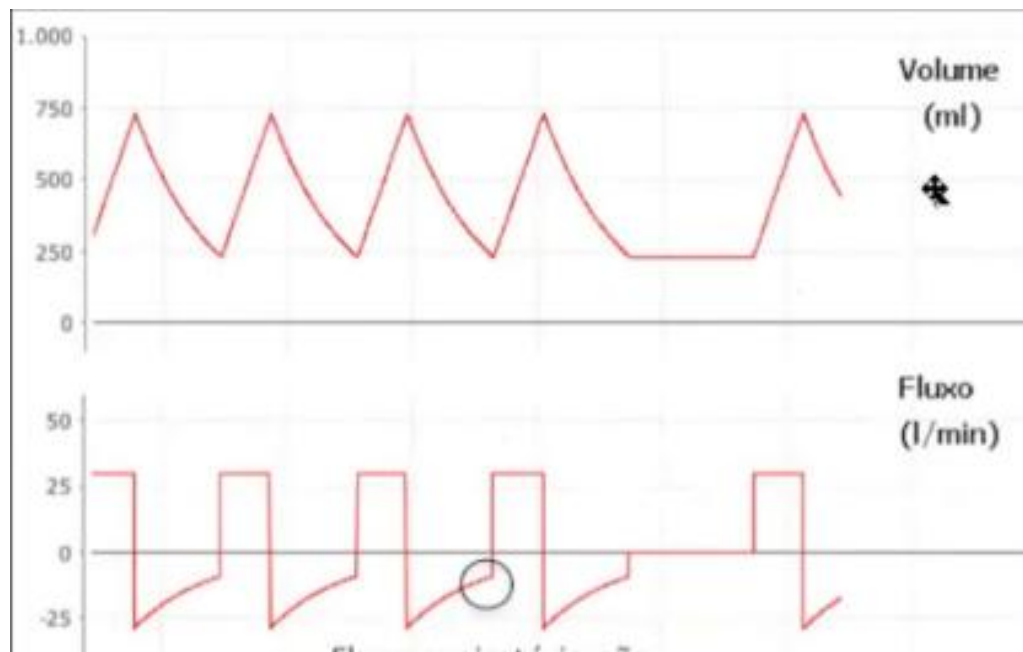
- Aumentar FiO₂
- Aumentar PEEP
- Recrutar alvéolos



Assincronias

- AUTO PEEP

DPOC, ASMA, FR alta, I:E curto



Fluxo expiratório não chega a zero; dificuldade para disparar ciclo; esforço ineficaz

- Aumentar tempo expiratório (reduzir FR)
- Reduzir volume corrente
- Aplicar PEEP extrínseca 70- 80% da auto-PEEP



(SES-PE 2026 ACESSO DIRETO) - Mulher de 71 anos, portadora de DPOC muito avançado e hiperinsuflação dinâmica conhecida, está intubada por acidose hipercápnica aguda. No ventilador: auto-PEEP estimada em 8 cmH₂O, frequência respiratória 24 irpm, volume corrente 6 mL/kg, PEEP 5 cmH₂O, pressão de platô 22 cmH₂O e fluxo expiratório desacelerado, com evidente encurtamento do tempo expiratório. Observa-se assincronia com esforços ineficazes e queda transitória da pressão arterial durante a inspiração, sugerindo aprisionamento aéreo significativo. Qual é a intervenção inicial mais apropriada?

- a) Aumentar o volume corrente para melhorar recrutamento de áreas colapsadas.
- b) Elevar a PEEP até igualar totalmente a auto-PEEP medida.
- c) Reduzir a frequência respiratória para prolongar o tempo expiratório e diminuir o aprisionamento aéreo.
- d) Aumentar a fração inspirada de oxigênio para reduzir hipercapnia.
- e) Realizar manobra de recrutamento alveolar com pressões elevadas.



ARTRITES



CLÍNICA MÉDICA



Artrite reumatoide

- Sexo feminino
- 25-55 anos
- FR presente em 70-80% dos casos
- **Anti-CCP** é muito específico



EPIDEMIOLOGIA

Poliartrite simétrica, crônica, que acomete preferencialmente **mãos, punhos e pés**



QUADRO

- Tende a cursar com deformidade articular irreversível
- **Não costuma acometer interfalângicas distais**



MANIFESTAÇÕES ARTICULARES





Artrite reumatoide

- Nódulos reumatoides
- Vasculite cutânea
- Derrame pleural
- Fibrose intersticial
- Síndrome de Sjögren
- Doença cardiovascular
- Síndrome de Felty



MANIFESTAÇÕES EXTRA-ARTICULARES

Intervir de forma precoce e agressiva

- Controle **sintomático**: AINES ou **corticoide**
- DARMDs: drogas antirreumatológicas modificadoras doença



TRATAMENTO



1

Metotrexato

1ª escolha;
associar ao ácido fólico

2

Biológicos

Para casos refratários;
excluir TB latente



(SES-PE 2025 ACESSO DIRETO) - Um homem de 55 anos apresenta dor e rigidez nas articulações das mãos e pés, com piora matinal. No exame físico, há inchaço nas articulações metacarpofalângicas, metatarsofalângicas e joelhos, com deformidades nas mãos em "padrão de cisne" e "botonê". Relata fadiga e perda de peso recente. Exames laboratoriais mostram Fator Reumatoide (FR) positivo, Anti-CCP positivo, VHS elevado e radiografia das mãos com erosões marginais e diminuição do espaço articular. Considerando esses achados, qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Esclerodermia.
- b) Artrite reativa.
- c) Artrite gotosa.
- d) Artrite reumatoide.
- e) Lúpus eritematoso sistêmico.



GLOMERULOPATIAS



CLÍNICA MÉDICA



Síndrome nefrítica

Hematúria glomerular



Edema



Hipertensão



Oligúria

Hemácias dismórficas

Cilindro hemático

Crise hipertensiva
Congestão cardiocirculatória

- GNPE
- Doença de Alport
- Nefropatia por IgA (Berger)
- Nefrite lúpica
- GN pós infecciosa



Definição da síndrome nefrótica

- **PROTEINÚRIA NEFRÓTICA**

Adultos
> 3-3,5g/dia

ou

Crianças



RPCU > 2,0
> 50mg/kg/dia
> 40mg/m²/h

Hipoalbuminemia (< 2,5-3,0g/dL)

Hiperlipidemia / lipidúria (cilindros graxos)

Edema

Infecções (↓ Ig e complemento) IVAS,
pele e PBE → Pneumococo

Tromboses (↓ ATIII) | Trombose de veia renal

Geralmente NÃO tem:

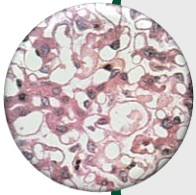
- HAS
- Insuficiência renal
- Hematúria
- Oligúria



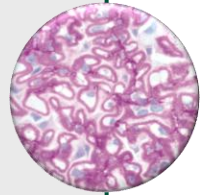
Causas de Síndrome Nefrótica

Sd. Nefrótica = Biópsia Renal!

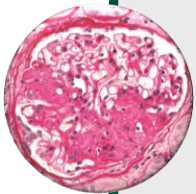
Exceto na DM com
Síndrome nefrótica PURA



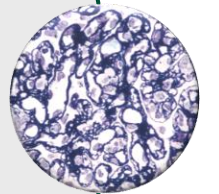
Lesões mínimas
(primária, LH, AINE, CRIANÇAS!!)



Membranosa
(primária—anti PLA2R, CA, LES,
captopril, Hep. B, sífilis, hanseníase,
esquistossomose, malária)



GESF
(primária, viral, obesidade,
falciforme, pamidronato)



Membranoproliferativa
(primária, Hep. C, crioglobulinemia,
gamopatias)

Doença por lesão mínima

BIÓPSIA:

- < 1 ano ou > 10anos
- Corticoresistentes (8 sem)

- Hematúria macroscópica
- ↓ complemento
- IRA progressiva
- HAS grave



Complemento nas doenças glomerulares

- DOENÇAS QUE CONSOMEM COMPLEMENTO

GN pós-infecciosa (GNPE, endocardite)

Nefrite Lúpica

GN membranoproliferativa

Crioglobulinemia

Doença de Depósito Denso ou Glomerulopatia por C3



(SES-PE 2024 ACESSO DIRETO) - Um adolescente de 14 anos foi admitido ao hospital, com queixas de edema generalizado e cefalia há uma semana. Ele referia um episódio de impetigo cerca de um mês atrás, que foi tratado com cefalexina. À admissão, a PA era 200 x 140 mmHg. Qual dos achados laboratoriais abaixo seria mais provavelmente encontrado neste caso?

- a) Proteinúria de 10 g/24 horas.
- b) C3 normal.
- c) Hemácias dismórficas na urina.
- d) Cilindros céreos na sedimentoscopia urinária.
- e) Títulos elevados de antiestreptolisina O.



ANEMIAS



CLÍNICA MÉDICA



Anemia ferropriva

Exame	Anemia ferropriva	Anemia da inflamação	Anemia da DRC
VCM	↓	Normal ou ↓	Normal
Ferro sérico	↓	↓	Normal ou ↓
TIBC	↑	↓	Normal
Saturação	↓	↓	Normal
Ferritina	↓	Normal ou ↑	Normal
sTFR	↑	↓	Normal

Tratamento - Ferro VO

100-200mg Fe/dia
3-6mg/Kg/dia – crianças

FERRITINA

< 15-30ng/ml → Ferropriva
> 100ng/ml → NÃO ferropriva

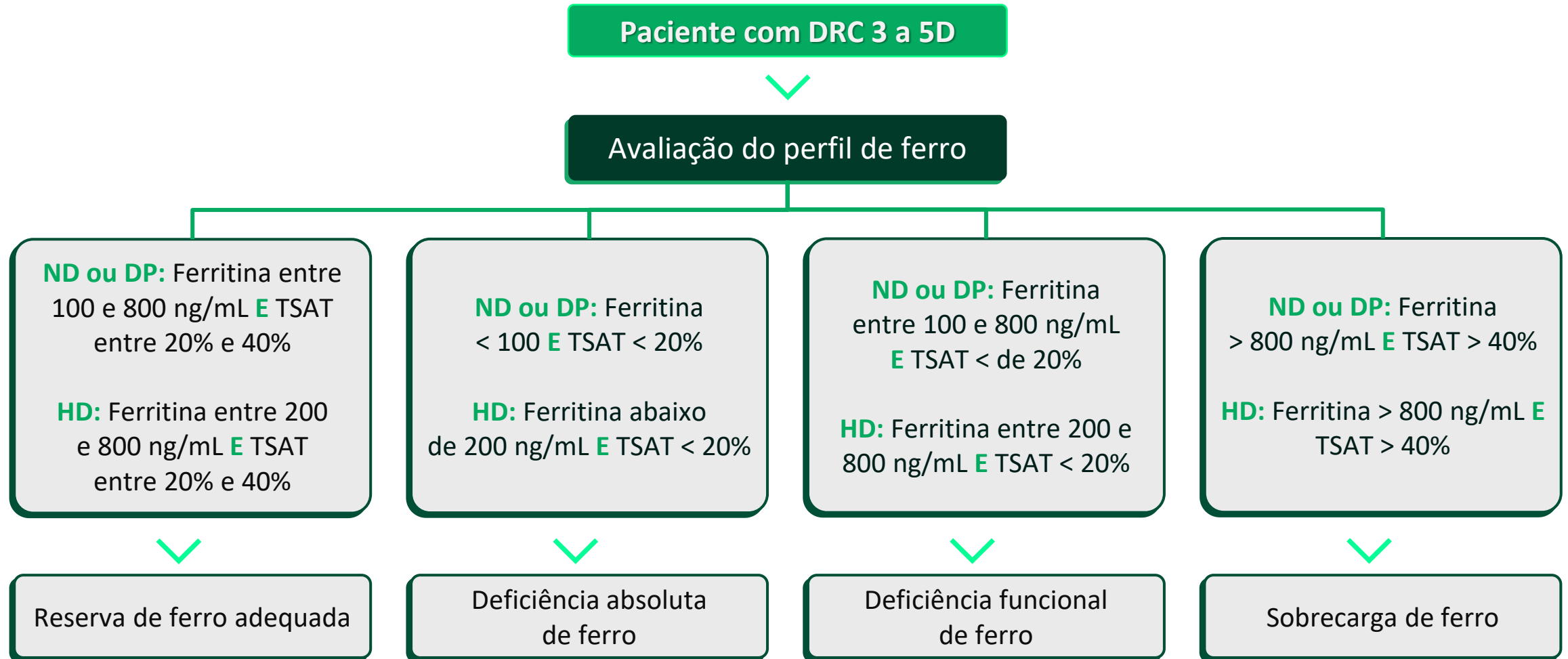
VCM < 70-72fL

Anemia ferropriva
ou talassemia



Anemia da DRC

• PCDT - MS





Anemia na DRC

KDIGO 2026!

Verificar sempre antes de iniciar Eritropoietina

Conservador ou diálise peritoneal

Ferritina < 100 ng/mL E IST < 40%

Ferritina entre 100-300 E IST < 25%

Hemodiálise

Ferritina $\leq$ 500 ng/mL E IST $\leq$ 30%



(SES-PE 2025 ACESSO DIRETO) - Um homem de 55 anos apresenta cansaço intenso e dispneia aos esforços, sintomas que começaram há três meses. Relata perda de peso involuntária de 5 kg no último mês e leve desconforto abdominal, sem outros sintomas gastrointestinais. No exame físico, apresenta palidez cutânea e mucosa, sem icterícia ou linfadenopatia. O abdome é flácido, com leve dor à palpação no quadrante superior esquerdo, sem massas ou hepatoesplenomegalia. Exames laboratoriais iniciais mostram hemoglobina de 9 g/dL (Referência: 13,5 - 17,5 g/dL), VCM de 75 fL (Referência: 80 - 100 fL), ferritina de 8 ng/mL (Referência: 30 - 400 ng/mL), ferro sérico de 20 µg/dL (Referência: 60 - 170 µg/dL), TIBC de 400 µg/dL (Referência: 250 - 450 µg/dL) e saturação de transferrina de 5% (Referência: 20 - 50%). Diante desses achados laboratoriais e do quadro clínico, qual seria a conduta mais apropriada para investigação da etiologia da anemia?

- a) Iniciar reposição de ferro oral e acompanhar evolução.
- b) Solicitar endoscopia e colonoscopia para investigação de perda de sangue oculta.
- c) Iniciar transfusão sanguínea imediata.
- d) Avaliar função renal antes de qualquer intervenção.
- e) Realizar biópsia de medula óssea para investigação de neoplasia.



ANIMAIS PEÇONHENTOS



CLÍNICA MÉDICA

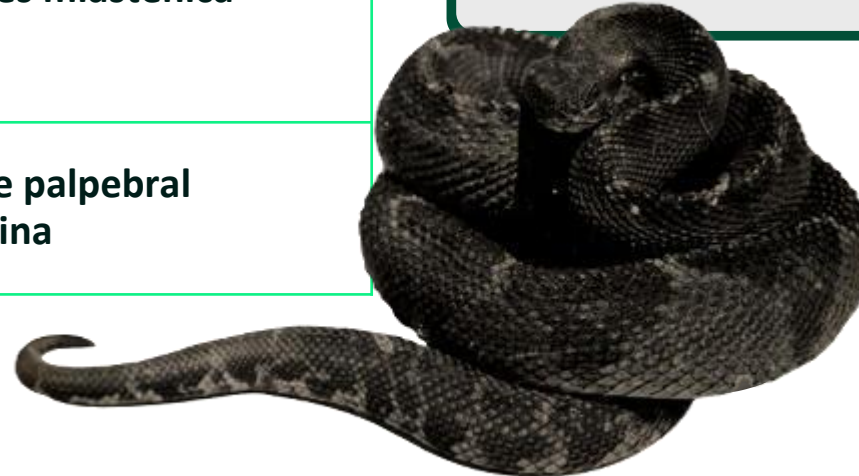


Acidentes ofídicos (ofidismo)

	CARACTERÍSTICAS
B <u>R</u> OTRÓPICO (Jararaca)	Inflamação aguda LOCAL Quadro sistêmico: coagulopatia Tratamento: SAB
LA <u>Q</u> UÉTIC <u>U</u> (Surucucu)	Inflamação aguda LOCAL Manifestações VAGOTÔNICAS Tratamento: SAL
C <u>H</u> OTÁLICO (Cascavel)	Ação NEUROTÓXICA → fâscies miastênica Ação MIOTÓXICA Tratamento: SAC
ELAPÍDICO (Coral)	Ação NEUROTÓXICA → Ptose palpebral Tratamento: SAE + neostigmina

CUIDADOS GERAIS

- Limpar local do acidente
- EVITAR torniquete
- Tratar dor (AAS não)
- Jejum até soroterapia
- Evitar medicações IM
- Monitorizar sinais vitais





Vamos resumir!

Alterações locais

Laquético

Botrópico

Alterações vagais

Ação neurotóxica

Crotálico

Elapídico

Miotoxicidade



Acidente por escorpião

CLASSIFICAÇÃO

Leve
(só Local)

Moderado
(local + sinal sistêmico leve)

Grave
(local + sinal sistêmico grave)

TRATAMENTO

Só local - Analgésicos e bloqueio com anestésico local

SINTOMAS SISTÊMICOS

- Soro Antiescorpiônico (SAEsc) ou Soro antiaracnídico (SAA) IV:
 - Formas moderadas (3 ampolas)
 - Formas graves (6 ampolas)





Loxosceles (aranha-marrom)

• QUADRO CLÍNICO

FORMAS

Cutânea (99%)

- Locais:
 - **Dor inicial leve**, edema endurecido e eritema
 - **Placa marmórea** (lesão em 3 cores)
 - **Necrose, bolha serossanguinolenta**
- Sistêmicos:
 - Astenia, cefaleia, mialgia, rash, febre, diarreia, etc.

Cutâneo-visceral ou hemolítica (1%)

Hemólise intravascular
Causa principal de morte:
CIVD



Loxosceles (aranha-marrom)

- TRATAMENTO

SALox

(Quadros moderados e graves)





(SES-PE 2024 ACESSO DIRETO) - Paciente do sexo masculino, 25 anos de idade, residente na Ilha-do-Marajó no Estado do Pará, foi picado por uma cobra na face lateral da perna esquerda, quando caminhava em área de campo aberto. Inicialmente não apresentou nenhuma sintomatologia; relatava apenas parestesia no local da picada, sem edema, eritema ou dor. Procurou atendimento médico após 12 horas do acidente no Hospital do Município e apresentava ptose bipalpebral e mandibular, oftalmoplegia, mialgias, oligúria e urina escura. Sobre o caso apresentado, é CORRETO afirmar que:

- a) A serpente do acidente em questão tem como principal representante no Brasil a cobra coral verdadeira (*Micrurus lemniscatus*).
- b) O paciente pode apresentar como complicações gengivorragia, sangramento maciço, síndrome compartimental e insuficiência renal aguda.
- c) Se o acidente for classificado como grave, devem ser administradas 10 ampolas do soro antiofídico indicado para o caso.
- d) O soro ou antiveneno deve ser administrado o mais rapidamente possível por via intramuscular.
- e) Se fosse vista, a cobra do caso seria de fácil identificação, pois teria fosseta loreal e na cauda um chocalho ou guizo.





TROMBOEMBOLISMO VENOSO



CLÍNICA MÉDICA



Anticoagulação

HBPM

Gestantes (manter por ≥ 6 semanas pós-parto)
Câncer (≥ 6 meses)

HNF

Instabilidade hemodinâmica?, insuficiência renal severa ($\text{ClCr} \leq 30\text{ml/min}$),
obesidade severa

ACD/DOAC

Trombocitopenia induzida por heparina, Câncer
NÃO gestação/lactação, $\text{ClCr} < 15\text{ml/min}$ e Child C

WARFARIN

Insuficiência renal G4-5 (apixabana?) e SAAF
NÃO $\rightarrow$ gestação

FVCI

Contraindicação à anticoagulação
ou necessidade de suspensão para cirurgia

TROMBOLÍTICO

TEP MACIÇO
(Estágios D1 e D2?)



(SES-PE 2026 ACESSO DIRETO) - Homem de 38 anos, previamente hígido, apresenta trombose venosa profunda proximal em membro inferior direito após longa viagem aérea. Não faz uso de hormônios ou anabolizantes. A investigação laboratorial, realizada no momento adequado e sem interferência da anticoagulação ou do evento agudo, mostrou Fator V Leiden heterozigoto positivo, com proteína C, proteína S e antitrombina normais. Qual é a conduta mais adequada?

- a) Anticoagulação por 2 meses e suspensão definitiva.
- b) Anticoagulação indefinida e rastreamento genético familiar obrigatório.
- c) Anticoagulação por 3 a 6 meses e orientação preventiva em situações de risco.
- d) Uso de antiagregantes plaquetários crônicos.
- e) Evitar exercícios físicos e desidratação, sem anticoagulação.



HEPATOESPLENOMEGALIA FEBRIL



CLÍNICA MÉDICA



Leishmaniose visceral na prova



FEBRE + perda ponderal



Esplenomegalia de grande monta



Pancitopenia



Hipoalbuminemia + Hipergamaglobulinemia



Tratamento da leishmaniose visceral

Glucantime (Antimoniato de N-metil-glucamina)

Droga de escolha

EV ou IM por 20-30 dias
(máx. de 40 dias)

Atua apenas nas formas amastigotas

ECG em todos os casos (aumento QT,
inversão e achatamento da onda T)

Contraindicação

- Gestante
- Uso de outras drogas que prolonguem QT
- Insuficiência renal ou hepática
- QTc > 450ms

Anfotericina B

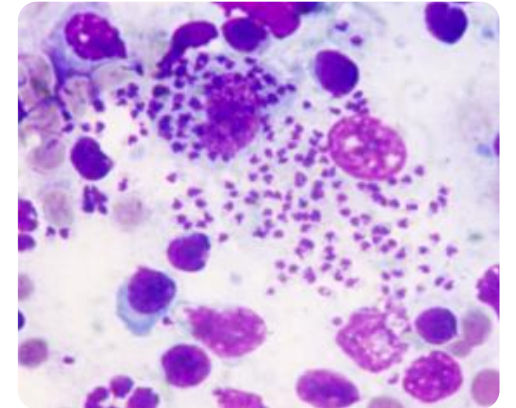
Droga mais potente e efetiva
(lipossomal 5-7 dias)

Atua nas formas amastigotas e promastigotas

Indicação

- Graves
- Refratários
- HIV
- Gestante
- Imunodeprimido
- < 1 ano
- > 50 anos
- Insuficiências
- Transplantados

Anfo B Lipossomal: menos tóxica, mais cara





(SES-PE 2025.2 ACESSO DIRETO) - A Leishmaniose Visceral (LV) possui uma alta incidência no Brasil e uma ampla distribuição, com crescente urbanização desta doença no século XXI. As apresentações graves associadas a indivíduos desnutridos possuem letalidade considerável. Sobre a LV na infância, analise as assertivas abaixo: I - Leucocitose, insuficiência hepática e hemorragia conjuntival são características comuns desta doença. II - Tipicamente, observa-se, na eletroforese de proteínas, uma hipergamaglobulinemia com hipoalbuminemia. III - Idade inferior a 12 meses, bem como insuficiência hepática e/ou renal são contraindicações ao uso da anfotericina B lipossomal. Podemos afirmar que:

- a) Todas estão corretas.
- b) Todas estão incorretas.
- c) Apenas I está correta.
- d) Apenas II está correta.
- e) Apenas III está correta.



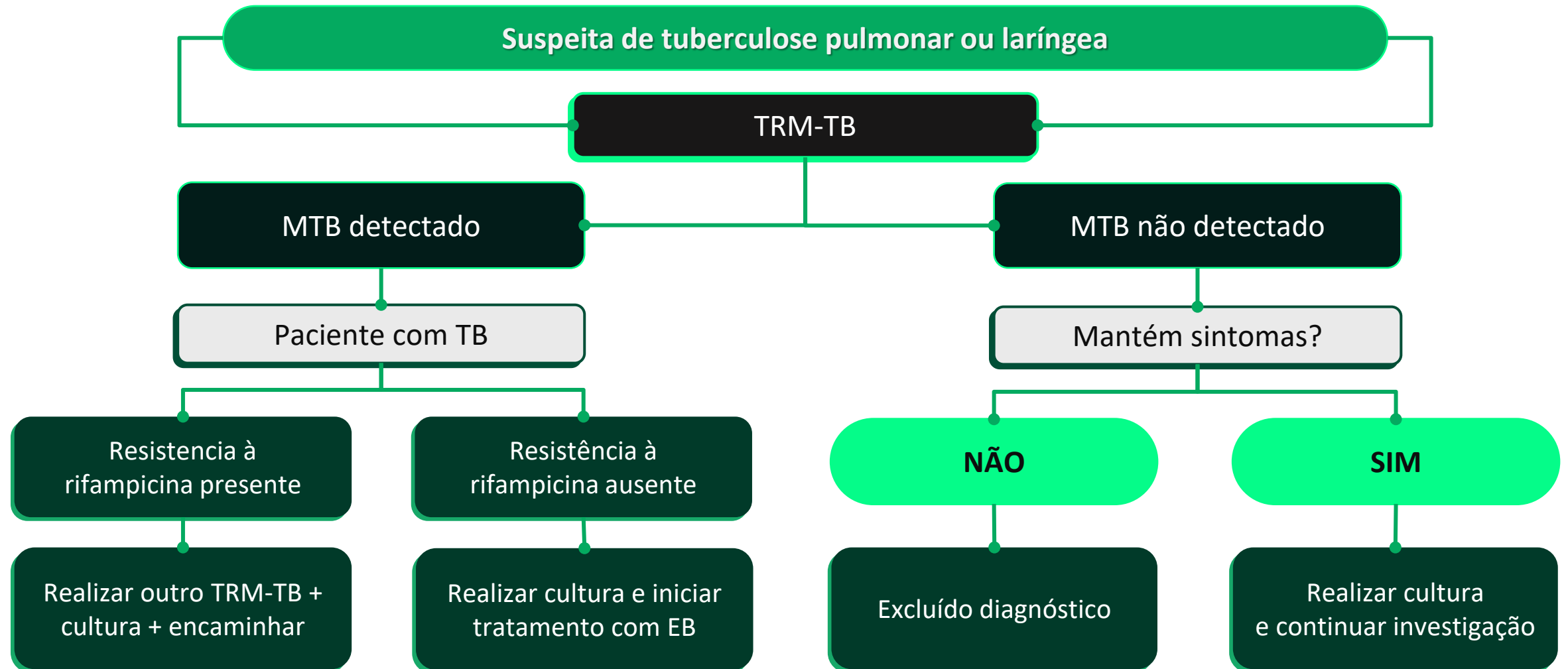
TUBERCULOSE



CLÍNICA MÉDICA



Diagnóstico





(SES-PE 2025.2 ACESSO DIRETO) - Sobre o diagnóstico e manejo da tuberculose pulmonar, está INCORRETO afirmar que:

- a) A baciloscopia do escarro positiva confirma o diagnóstico de tuberculose pulmonar bacilífera e justifica o início imediato do tratamento.
- b) O tratamento da tuberculose pulmonar sensível envolve uma fase inicial de dois meses com quatro medicamentos, seguida por uma fase de manutenção com dois medicamentos por quatro meses.
- c) Pacientes com tuberculose pulmonar devem ser internados obrigatoriamente até a negatização do exame de escarro.
- d) O exame de cultura para *Mycobacterium tuberculosis* e o teste de sensibilidade são indicados em casos de falha terapêutica ou suspeita de resistência medicamentosa.
- e) A adesão ao tratamento é essencial para evitar recidiva e o desenvolvimento de tuberculose resistente.



DERRAME PLEURAL



CLÍNICA MÉDICA



(SES-PE 2026 ACESSO DIRETO) - Homem de 65 anos, natural de Limoeiro (PE), portador de cirrose hepática alcoólica há oito anos, chega ao hospital de referência em Recife com dispneia progressiva há 10 dias e dor torácica leve à direita, sem febre, tosse ou perda de peso. Relata aumento do volume abdominal e edema em membros inferiores. Encontra-se em bom estado geral, com mucosas descoradas e icterícia discreta. Ao exame, apresenta ascite moderada, edema bilateral de pernas (2+/4+) e redução do murmúrio vesicular na base direita, com macicez até o terço médio do hemitórax. A pressão arterial é 104×68 mmHg, frequência cardíaca 88 bpm e saturação de 93% em ar ambiente. A radiografia de tórax evidencia derrame pleural volumoso à direita, sem sinais de consolidação. A toracocentese mostra proteína pleural de 1,8 g/dL, DHL 120 U/L, relação proteína pleural/sérica de 0,3, relação DHL pleural/sérica de 0,4, glicose de 95 mg/dL, pH 7,45, citologia com poucas células mesoteliais sem predomínio celular e cultura negativa. Com base no quadro clínico e laboratorial, qual o diagnóstico mais provável?

- a) Derrame exsudativo por infecção.
- b) Derrame transudativo secundário à hipertensão portal.
- c) Derrame neoplásico.
- d) Quilotórax.
- e) Empiema pleural.



Critérios de Light

Transudato

Nenhum critério

Exsudato

Pelo menos 1 critério

**Proteínas totais do líquido
pleural/sangue $> 0,5$**

DHL pleural/sangue $> 0,6$

**DHL pleural $> 2/3$ do
LSN do DHL sérico**

Se uso de diurético:
Gradiente soro-pleural de proteína
 $> 2,5\text{g/dl}$ OU de albumina $> 1,2\text{g/dl}$

- Proteína pleural $> 2.9\text{-}3.1\text{ g/dL}$
- Colesterol pleural $> 40\text{-}60\text{g/dL}$
- DHL pleural > 0.45 LSN sérico



(SES-PE 2026 ACESSO DIRETO) - Homem de 65 anos, natural de Limoeiro (PE), portador de cirrose hepática alcoólica há oito anos, chega ao hospital de referência em Recife com dispneia progressiva há 10 dias e dor torácica leve à direita, sem febre, tosse ou perda de peso. Relata aumento do volume abdominal e edema em membros inferiores. Encontra-se em bom estado geral, com mucosas descoradas e icterícia discreta. Ao exame, apresenta ascite moderada, edema bilateral de pernas (2+/4+) e redução do murmúrio vesicular na base direita, com macicez até o terço médio do hemitórax. A pressão arterial é 104×68 mmHg, frequência cardíaca 88 bpm e saturação de 93% em ar ambiente. A radiografia de tórax evidencia derrame pleural volumoso à direita, sem sinais de consolidação. A toracocentese mostra proteína pleural de 1,8 g/dL, DHL 120 U/L, relação proteína pleural/sérica de 0,3, relação DHL pleural/sérica de 0,4, glicose de 95 mg/dL, pH 7,45, citologia com poucas células mesoteliais sem predomínio celular e cultura negativa. Com base no quadro clínico e laboratorial, qual o diagnóstico mais provável?

- a) Derrame exsudativo por infecção.
- b) Derrame transudativo secundário à hipertensão portal.
- c) Derrame neoplásico.
- d) Quilotórax.
- e) Empiema pleural.



INFECÇÕES DO SNC

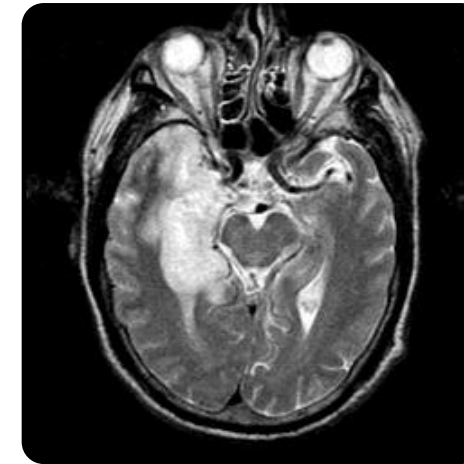


CLÍNICA MÉDICA

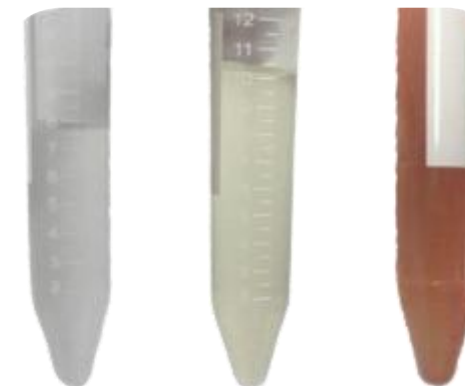


Diagnóstico

Características	Vírus	Bactéria	Fungos / TB
Pressão	Normal	Aumentada	Aumentada
Células	< 500 (Linfomono)	> 500-1.000 (PMN > 80%)	< 500 (Linfomono)
Proteínas	Normal	Aumentada (> 45-200)	Aumentada (> 45)
Glicose	Normal	Baixa (< 40 ou < 0,4)	Baixa (< 40 ou < 0,4)
Pesquisa	PCR HSV 1,2	Gram, látex*, PCR, culturas	ADA, T. china, CrAg, PCR TB



HSV:
RNM com
hipersinal T2 em
lobos temporais +
hemácias no LCR





(SES-PE 2025.2 ACESSO DIRETO) - Sobre o diagnóstico diferencial da meningite, está INCORRETO afirmar que:

- a) A meningite bacteriana aguda pode apresentar intensa pleocitose no líquido, com predomínio de neutrófilos e hipoglicorraquia.
- b) A tuberculose meníngea pode evoluir com líquido de padrão linfocitário, proteínas elevadas e glicose reduzida.
- c) A meningite fúngica, especialmente em imunossuprimidos, pode ser causada pelo *cryptococcus* e frequentemente se manifesta com glicose normal no líquido.
- d) A meningoencefalite por vírus do herpes pode ser grave e requer tratamento imediato com aciclovir.
- e) Meningites virais são autolimitadas na maioria dos casos, mas podem necessitar de suporte sintomático.



CUIDADOS PALIATIVOS



CLÍNICA MÉDICA



Comunicação de más notícias

S	<i>"Setting up the interview"</i>	Planejar a entrevista Escolher o ambiente e momento
P	<i>"Perception"</i>	Avaliar a percepção do paciente
I	<i>"Invitation"</i>	Convidar para saber
K	<i>"Knowledge"</i>	Fornecer informações Linguagem simples
E	<i>"Emotions"</i>	Lidar com as emoções e oferecer apoio
S	<i>"Strategy and summary"</i>	Plano terapêutico Perguntar ao paciente se é o momento para esta conversa



(SES-PE 2024 ACESSO DIRETO) - Em tempos nos quais a inteligência artificial promete trazer muitos ganhos para a prática clínica, a comunicação é uma das atividades inerentes ao relacionamento interpessoal. A comunicação de más notícias é, muitas vezes, desafiadora para o médico em formação, e alguns protocolos se propõem a ser um dos guias para essa atividade. Assinale a alternativa que está de acordo com o protocolo SPIKES.

- a) A comunicação do diagnóstico e prognóstico deve ser feita ao paciente na ausência de acompanhantes, pois caberá a ele contar às pessoas de sua confiança.
- b) É importante comunicar todos os detalhes técnicos da doença e do tratamento, em linguagem científica, para que não haja nenhum mal entendido.
- c) O profissional de saúde deve evitar demonstrar emoções, pois isso interferirá na sua capacidade de tomada de decisões técnicas.
- d) Antes de fornecer as informações, é importante procurar saber o que o paciente já sabe e também o que ele quer saber sobre sua doença.
- e) É importante que o médico tenha testemunhas desse encontro, para que se proteja em casos de uma futura demanda judicial; então sempre deverá estar acompanhado de um profissional administrativo, como uma secretária, por exemplo.



HIPERCALEMIA



CLÍNICA MÉDICA



Tratamento da hipercalcemia

ECG ALTERADO? $K^+ > 6,5$?

NÃO

Deslocar o K^+ para intracelular

SIM

GLICOSE + INSULINA

- Insulina R 10U
- Glicose 50g (100mL G50%)

BETA-2-AGONISTA

Fenoterol inalatório

BICARBONATO

Bic Na 8,4%
(1mEq/mL): 1mEq/kg

Gluconato de Ca^{++}
Estabilização elétrica

- GlucoCa 10%: 10-20mL
- Infundir em 5-10 min
- Repetir após 10 min



Como excretar potássio?

FUROSEMIDA

Pouco eficaz
na insuficiência renal
grave 1mg/kg
(repetir após 4h)

RESINA DE TROCA

- Ciclossilicato de Zircônio sódico (Lokelma)
- Patiromer
- Poliestireno sulfonato de cálcio (sorcal)

DIÁLISE

Hemodiálise
Diálise peritoneal



(SES-PE 2026 ACESSO DIRETO) - Homem de 72 anos, internado por sepse urinária, evolui nas últimas 12 horas com oligúria marcada, fraqueza muscular progressiva e episódios de palpitação. Exames laboratoriais mostram potássio 7,3 mEq/L, creatinina 3,8 mg/dL (prévia 1,2), bicarbonato 16 mEq/L e pH 7,25. ECG revela ondas T apiculadas, QRS alargado e redução de amplitude complexa. Pressão arterial 94/58 mmHg com baixo suporte vasopressor. Perfusão periférica diminuída. Qual é a conduta imediata?

- a) Administrar apenas resina de troca iônica.
- b) Aguardar nova gasometria para confirmar a gravidade.
- c) Gluconato de cálcio IV + insulina com glicose + considerar terapia renal substitutiva.
- d) Furosemida em altas doses como primeira escolha.
- e) Aumentar vasopressor antes de qualquer intervenção.



INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA



CLÍNICA MÉDICA



Definição e classificação de Injúria Renal Aguda pela KDIGO 2026

Gravidade da injúria renal aguda pela KDIGO 2026 - Sistema CUB

Critérios funcionais				Critérios estruturais	
Creatinina sérica		Produção de urina		Biomarcador de dano	
Estágio	Critérios	Estágio	Critérios	Estágio	Critério
C0	-	U0	-	B1	Positivo
C1	Cr $\geq$ 0,3 mg/dL ou 1,5 a 1,9 vezes o valor basal	U1	< 0,5 mL/kg/h 6-12h	B0	Negativo
				B1	Positivo
C2	Cr 2 a 2,9 vezes o valor basal	U2	< 0,5 mL/kg/h > 12h	B0	Negativo
				B1	Positivo
C3	Cr $\geq$ 3,0 vezes o valor basal ou Cr $\geq$ 4,0 mg/dL ou início de TRS	U3	< 0,3 mL/kg/h > 24h ou anúria > 12h	B0	Negativo
				B1	Positivo



Diagnóstico diferencial

- PRÉ-RENAL OU NTA?

	Pré-Renal	NTA
Na urinário	< 20 mEq/L	> 40 mEq/L
Osm urinária	> 500 mOsm/L	< 350 mOsm/L
Densidade urinária	> 1.020	< 1.015
Cilindros	Somente hialinos	Granulosos, pigmentares
Ur sérica / Cr sérica	> 40	< 20
FE (fração de excreção) Sódio $FE\ Na = \frac{Na\ urinário \times Cr\ sérica}{Na\ sérica \times Cr\ urinária} \times 100$	< 1%	> 1-2%
FE (fração de excreção) Ureia $FE\ Ur = \frac{Ur\ urinária \times Cr\ sérica}{Ur\ sérica \times Cr\ urinária} \times 100$	< 35%	> 50%



(SES-PE 2025.2 ACESSO DIRETO) - Sobre Insuficiência Renal Aguda, está INCORRETO afirmar que:

- a) A insuficiência renal aguda pré-renal pode ser causada por hipovolemia, insuficiência cardíaca ou uso de anti-inflamatórios não esteroides.
- b) O índice urinário de sódio geralmente está abaixo de 20 mEq/L na insuficiência renal aguda pré-renal, refletindo a retenção compensatória de sódio.
- c) A hipercalemia é uma complicação frequente da insuficiência renal aguda, especialmente nas formas oligoanúricas.
- d) A relação ureia/creatinina elevada pode ser um indicativo de insuficiência renal aguda de origem pré-renal.
- e) A presença de cilindros granulosos no sedimento urinário é um achado característico da insuficiência renal aguda pré-renal.



PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR



CLÍNICA MÉDICA



Metas de tratamento por categoria de risco cardiovascular

RISCO BAIXO	RISCO INTERMEDIÁRIO	RISCO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO EXTREMO
Risco estimado < 5% em 10 anos sem fator agravante de risco e com LDL-c < 160 mg/dL Ausência de DM2	Um dos seguintes critérios: - Risco estimado < 5% em 10 anos com fator agravante de risco ou LDL-C 160-189 mg/dL Risco estimado entre 5 e < 20% em 10 anos sem fator agravante de risco DM2 < 50 anos (homem) ou < 56 anos (mulher), sem EAR ou EMAR	Um dos seguintes critérios: Risco estimado > 20% em 10 anos - Risco estimado entre 5 e < 20% em 10 anos com fator agravante de risco Aterosclerose subclínica: placas ateroscleróticas em ecografia de carótidas < 50%, escore CAC > 100 a 300 UA ou percentil > 75, placas ateroscleróticas < 50% em angioTC de coronárias, aneurisma de aorta abdominal LDL-c ≥ 190 mg/dL Lp(a) > 180 mg/dL (> 390 nmol/L) DM2 > 50 anos (homem) ou > 56 anos (mulher) DM2 (qualquer idade) com 1 ou 2 EAR, sem EMAR	Um dos seguintes critérios: - Carga significativa de doença aterosclerótica, independentemente de território arterial (coronário, cerebrovascular ou vascular periférico) ou presença de eventos clínicos prévios Obstrução > 50% em qualquer território arterial Escore CAC > 300 UA - DM2 com > 3 EAR ou EMAR	Um dos seguintes critérios: 2 ou mais eventos cardiovasculares ateroscleróticos maiores 1 evento cardiovascular aterosclerótico maior com 2 ou mais condições de alto risco
ALVO < 115 mg/dL e redução > 30%	ALVO < 100 mg/dL e redução > 30%	ALVO < 70 mg/dL e redução > 50%	ALVO < 50 mg/dL e redução > 50%	ALVO < 40 mg/dL e redução > 50%



(SES-PE 2025.2 ACESSO DIRETO) - Um homem de 65 anos, com diabetes há 8 anos e com histórico de infarto do miocárdio há 4 anos, procura atendimento para avaliação de controle pressórico e otimização da prevenção cardiovascular. Ele relata pressões médias de 155/95 mmHg nas últimas medições domiciliares, mas está assintomático. Faz uso de losartana 50 mg/dia e sinvastatina 40 mg/dia, mas não faz uso de antiagregantes plaquetários. Exames laboratoriais recentes mostram: LDL-C: 138 mg/dL; HDL-C: 35 mg/dL; Triglicerídeos: 190 mg/dL; Glicemia de jejum: 98 mg/dL; Creatinina sérica: 1,1 mg/dL; Eletrocardiograma: sobrecarga ventricular esquerda sem alterações isquêmicas. Diante do perfil do paciente, qual a conduta mais adequada?

- a) Solicitar teste ergométrico antes de definir qualquer mudança terapêutica.
- b) Aumentar a dose da sinvastatina para 80 mg/dia e postergar o uso de AAS até novo evento cardiovascular.
- c) Substituir a losartana por carvedilol, pois betabloqueadores são a primeira escolha para hipertensos pós-infarto.
- d) Iniciar ômega-3 para redução do LDL-C e manter o tratamento hipertensivo inalterado.
- e) Associar anlodipino à losartana, iniciar AAS 100 mg/dia e trocar a estatina para rosuvastatina/ezetimiba 20/10 mg/dia e reavaliar LDL.



DOENÇAS DA TIROÍDE



CLÍNICA MÉDICA



Hipotireoidismo clínico

• TRATAMENTO

Pacientes **sem** doença cardíaca

- LT4 - 1,6 mcg/kg/dia



Pacientes idosos/**com** doença cardíaca

- LT4- 12,5-25mcg/dia
- Aumento gradual com 12,5-25mcg/mês



Cuidados

- Tomar pela manhã, jejum
- Alvo: TSH normal (primário)
- Dosar TSH 6-8 sem
- Atenção: hipo secundário – alvo **t4!!**





(SES-PE 2026 ACESSO DIRETO) - Mulher de 45 anos procura atendimento por fadiga progressiva, ganho de peso não explicado e constipação há seis meses. Relata pele mais ressecada, intolerância ao frio e sonolência excessiva. Menciona que a mãe teve “problema na tireoide” e usou hormônio por muitos anos. O exame mostra discreta lentificação psicomotora e pele fria. Os exames revelam TSH 12 mUI/L, T4 livre 0,6 ng/dL e anticorpo anti-TPO positivo. Qual é o diagnóstico e a conduta mais adequada?

- a) Hipotireoidismo subclínico; apenas observar.
- b) Tireoidite de Hashimoto; iniciar levotiroxina.
- c) Síndrome do eutiroideo doente; iniciar levotiroxina.
- d) Tireotoxicose induzida por amiodarona; suspender a droga.
- e) Doença de Graves; iniciar antitireoidiano.



Gabarito

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