CONCURSO PÚBLICO PARA MÉDICO E MÉDICO PLANTONISTA - PREFEITURA DE SANTANA DE PARNAÍBA, SP.

EDITAL N.º 05/2026.

PROVA OBJETIVA.

ESPECIALIDADE: MÉDICO PLANTONISTA 24H - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

Leia atentamente as INSTRUÇÕES:

1. Não será permitido ao candidato realizar as provas usando óculos escuros, (exceto para correção visual, ou fotofobia, desde que informe no ato da inscrição), ou portando aparelhos eletrônicos, (mesmo desligados), celular, qualquer tipo de relógio, chaves, carteira, bolsa, acessórios que cubram o rosto, a cabeça, ou parte desta.

2. Será eliminado deste Concurso Público, o candidato que fizer uso do celular e/ou aparelho eletrônico, no local onde está ocorrendo o mesmo; o candidato cujo celular e/ou aparelho(s) eletrônico(s), mesmo desligado(s), emitir(em) qualquer som, durante a realização das provas. No decorrer de todo o tempo em que permanecer no local, onde ocorre o Concurso Público, o candidato deverá manter o celular desligado, sendo permitido ativá-lo, somente após ultrapassar o portão de saída do prédio.

3. Sob pena de ser eliminado deste Concurso Público, o candidato poderá manter em cima da sua carteira apenas lápis, borracha, caneta, um documento de identificação, lanche, (exceto líquido). **Outros pertences**, antes do início das provas, o candidato deverá acomodá-los **embaixo de sua cadeira**, sob sua guarda e responsabilidade.

4. Confira se sua prova tem **30 questões**, cada qual com **04 alternativas.**

5. Verifique seus dados no cartão-resposta, (nome, número de inscrição e o cargo para o qual se inscreveu), **ASSINE** o mesmo.

6. Preencha toda a área do cartão-resposta correspondente à alternativa de sua escolha, com caneta esferográfica, (tinta azul, ou preta), sem ultrapassar as bordas. As marcações duplas, rasuradas, ou marcadas diferentemente, do modelo estabelecido no cartão-resposta, serão anuladas.

7. Observe as orientações apresentadas no cartão-resposta. O mesmo não será substituído, salvo se contiver erro de impressão.

8. Aguarde a autorização do fiscal para abrir o caderno de provas. Ao receber a ordem, confira-o com muita atenção. Nenhuma reclamação sobre o total de questões, ou falha de impressão, será aceita depois de iniciada a prova. Caberá apenas ao candidato a interpretação das questões, o fiscal não poderá fazer nenhuma interferência.

9. A Prova Objetiva terá duração máxima de **3h, (três horas)**, incluso o tempo destinado ao preenchimento do cartão-resposta.

10. O candidato poderá retirar-se do local da prova somente **1h, (uma hora),** após seu início, levando o caderno de prova.

11. Ao terminar sua prova, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o cartão-resposta preenchido, assinado e retirar-se do recinto, onde está ocorrendo a mesma, não lhe sendo mais permitido o uso do banheiro e bebedouro.

12. Os **3, (três),** candidatos que terminarem a prova por último, deverão permanecer na sala, só poderão sair juntos, após o fechamento do envelope, contendo os cartões-respostas dos candidatos presentes e ausentes, assinarem no referido envelope, atestando que este foi devidamente lacrado.

BOA PROVA!

POLÍTICAS DE SAÚDE.

1. Uma mulher de 58 anos, com hipertensão e diabetes, procura uma Unidade Básica de Saúde por perda de peso, tosse persistente e sudorese noturna há 3 semanas. O médico considera tuberculose pulmonar, neoplasia pulmonar e infecção bacteriana como diagnósticos diferenciais. Sobre a atuação do SUS nesse caso, assinale a alternativa correta.

a) A universalidade determina que pacientes com maior risco epidemiológico tenham prioridade absoluta, independentemente, da gravidade clínica apresentada.

b) A universalidade restringe o acesso aos serviços especializados aos pacientes, previamente, acompanhados pela Atenção Primária.

c) A equidade estabelece que todos os pacientes devem receber exatamente os mesmos recursos diagnósticos e terapêuticos, independentemente de suas necessidades.

d) A integralidade permite articular ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento, considerando-se as necessidades individuais da paciente e os diferentes níveis de atenção.

2. Uma equipe de Saúde da Família identifica aumento de internações por descompensação de insuficiência cardíaca em seu território. Ao analisar os prontuários, percebe baixa adesão ao tratamento, dificuldade de acesso aos medicamentos e ausência de acompanhamento após as altas hospitalares. A equipe decide reorganizar seu processo de trabalho.

Qual conduta melhor caracteriza a lógica da Estratégia Saúde da Família?

a) Realizar campanhas educativas gerais sobre insuficiência cardíaca, sem necessidade de estratificação de risco, pois ações coletivas devem ser priorizadas pela Estratégia Saúde da Família.

b) Priorizar consultas individuais para os pacientes com maior número de internações, mantendo o encaminhamento para a atenção especializada como principal estratégia de redução das hospitalizações.

c) Utilizar dados do território para identificar vulnerabilidades, organizar busca ativa e acompanhamento longitudinal dos pacientes, articulando o cuidado com outros pontos da rede de atenção.

d) Concentrar as ações nos pacientes já cadastrados pela equipe, pois a adscrição territorial limita o atendimento de pessoas pertencentes a outras áreas.

3. Uma mulher de 52 anos, assintomática, apresenta história familiar de câncer colorretal em um irmão diagnosticado aos 48 anos. Após avaliação individualizada de risco, a equipe orienta a realização periódica de colonoscopia, antes da idade habitualmente indicada para a população geral.

Essa intervenção corresponde à:

a) Prevenção primária, por reduzir a probabilidade de desenvolvimento futuro de câncer colorretal.

b) Prevenção secundária, por buscar identificar precocemente uma doença em fase inicial, antes do surgimento de manifestações clínicas.

c) Prevenção quaternária, por evitar complicações relacionadas ao diagnóstico tardio de neoplasias.

d) Prevenção terciária, por reduzir a mortalidade associada ao câncer colorretal em indivíduos de maior risco.

4. Um município de pequeno porte apresenta dificuldade para ofertar determinados procedimentos ambulatoriais especializados à sua população. Em discussão regional, os gestores definem que parte desses serviços será disponibilizada em um município de referência, mantendo-se a responsabilidade local pelas ações de atenção básica e pelo acompanhamento dos usuários.

Considerando-se a NOAS-SUS 01/02, essa organização está relacionada, principalmente, ao

princípio de:
a) Municipalização integral da assistência, pela qual cada município deve assegurar diretamente todos os serviços necessários à sua população, independentemente, de sua capacidade instalada.
b) Regionalização da assistência, com organização de redes hierarquizadas e estabelecimento de referências intermunicipais para garantir acesso aos diferentes níveis de atenção.
c) Autonomia municipal plena, segundo a qual a definição dos fluxos assistenciais deve ocorrer, exclusivamente, dentro dos limites territoriais de cada município.
d) Descentralização administrativa, que determina a transferência da totalidade dos serviços especializados para os municípios de maior porte.

5. Em determinado município, a equipe de saúde identifica aumento de casos de diarreia em diferentes bairros. A análise demonstra concentração dos casos em áreas com abastecimento irregular de água. A gestão decide integrar informações epidemiológicas, ações de saneamento, educação em saúde e acompanhamento da ocorrência dos casos. Essa abordagem representa uma característica central do modelo de Vigilância em Saúde por quê?
a) Concentra a atuação sobre doenças transmissíveis mediante identificação dos casos e adoção de medidas específicas após a confirmação diagnóstica.
b) Prioriza a assistência individual aos indivíduos sintomáticos, utilizando os atendimentos realizados nos serviços de saúde como principal fonte para organização das ações.
c) Fundamenta-se na oferta programada de consultas e procedimentos segundo a demanda espontânea identificada nos estabelecimentos assistenciais.
d) Articula diferentes ações e setores a partir da análise do território e dos determinantes do processo saúde-doença, buscando intervir sobre riscos, danos e condições de vida.

CLÍNICA MÉDICA - COMUM A TODOS OS CARGOS.

6. Um homem de 58 anos, com hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e fração de ejeção reduzida, é internado por descompensação volêmica. Faz uso de Furosemida, Espironolactona e Carvedilol. Após 4 dias de tratamento, apresenta palpitações e episódio de pré-síncope. Ao exame, está consciente, PA 104/68 mmHg e FC 54 bpm. O ECG demonstra ritmo sinusal, ondas T de baixa amplitude, discreto infradesnivelamento difuso do segmento ST e ondas U proeminentes nas derivações precordiais, com aparente prolongamento do intervalo QT. Exames laboratoriais: K^+ = 2,3 mEq/L, Mg^{2+} = 1,4 mg/dL, Na^+ = 137 mEq/L e creatinina = 1,4 mg/dL. O paciente não apresenta diarreia ou vômitos. Tendo em vista o conjunto clínico-eletrocardiográfico, qual das alternativas melhor explica o achado do ECG e o risco arrítmico desse paciente?
a) A hipocalemia, potencializada pela hipomagnesemia, promove alterações da repolarização com ondas U proeminentes e pode produzir aparente prolongamento do QT; nesse contexto, há risco aumentado de extrassístoles ventriculares, taquicardia ventricular e torsades de pointes.
b) O aparente prolongamento do QT, praticamente, exclui distúrbio relacionado ao potássio, devendo-se considerar como hipótese principal síndrome do QT longo congênito, precipitada pelo uso de betabloqueador.
c) A hipocalemia produz, predominantemente, atraso da condução intraventricular, justificando o infradesnivelamento do ST e o prolongamento verdadeiro do QT, sendo a bradicardia o principal marcador de risco de fibrilação ventricular.
d) A presença de ondas U proeminentes associada à bradicardia é mais característica de hipercalemia moderada, enquanto o valor reduzido do potássio representa, provavelmente, uma alteração laboratorial sem relação causal com o ECG.

7. Homem, 69 anos, previamente independente, é levado pela esposa por apresentar, há aproximadamente 2 anos, dificuldade progressiva para administrar as próprias finanças, esquecer compromissos e repetir perguntas. Nos últimos 8 meses, passou a apresentar episódios nos quais permanece aparentemente "desligado", alternando momentos de maior lucidez com períodos de importante desatenção. A esposa relata ainda alucinações visuais bem formadas, nas quais o paciente descreve pessoas e animais dentro de casa, além de sonhos muito vívidos nos quais ele grita e movimenta intensamente os braços e as pernas. Ao exame neurológico, apresenta bradicinesia e rigidez, sem tremor de repouso significativo. Não há história de acidente vascular cerebral prévio, déficits neurológicos focais ou início abrupto dos sintomas. A ressonância magnética evidencia apenas alterações involutivas discretas.

Com base na apresentação clínica, qual é o diagnóstico mais provável?

a) Demência frontotemporal, variante comportamental.
b) Doença de Alzheimer.
c) Demência vascular.
d) Demência com corpos de Lewy.

8. Mulher de 74 anos, hipertensa e independente para as atividades diárias, é internada para correção eletiva de fratura de colo de fêmur. Na avaliação pré-operatória, encontra-se afebril, hemodinamicamente estável e sem queixas urinárias. Nega disúria, urgência, polaciúria, dor suprapúbica ou lombar. O exame de urina revela leucocitúria e bacteriúria. A urocultura, coletada, posteriormente, apresenta crescimento de Escherichia coli em concentração significativa. A equipe solicita avaliação para definir a necessidade de antibioticoterapia antes da cirurgia. Sobre esse caso, assinale a conduta mais adequada.

a) Adiar, obrigatoriamente, a cirurgia até que a urocultura se torne negativa, pois a bacteriúria assintomática aumenta, substancialmente, o risco de infecção da prótese ortopédica.
b) Não tratar a bacteriúria com antimicrobianos, pois a paciente não apresenta sintomas urinários e será submetida a uma cirurgia ortopédica que não envolve manipulação do trato urinário.
c) Iniciar antimicrobiano empírico para cistite, pois a leucocitúria na ausência de sintomas urinários é suficiente para estabelecer o diagnóstico de infecção urinária.
d) Iniciar antimicrobiano direcionado à Escherichia coli, pois a presença de bacteriúria significativa associada à leucocitúria em uma paciente idosa indica infecção urinária e aumenta o risco de complicações pós-operatórias.

9. Homem de 64 anos, com hipertensão arterial e doença renal crônica estágio 3, procura atendimento por dor intensa e edema no joelho direito, iniciados, subitamente, durante a madrugada. Relata que, aproximadamente há 2 anos, apresentou episódio semelhante no primeiro pododáctilo direito, com resolução espontânea após alguns dias. Faz uso de Hidroclorotiazida há 8 anos. Ao exame, apresenta joelho intensamente edemaciado, quente e eritematoso, com importante limitação da mobilidade. Temperatura axilar de 36,8 °C, sem alterações do estado geral. A artrocentese demonstra líquido sinovial inflamatório, com predomínio de neutrófilos. Na microscopia sob luz polarizada, são identificados cristais intracelulares alongados, que apresentam birrefringência negativa. Considerando-se o quadro clínico, os achados da análise do líquido sinovial e as opções terapêuticas disponíveis, assinale a alternativa correta.

a) O diagnóstico mais provável é artrite séptica; a intensidade do processo inflamatório articular justifica tratamento antimicrobiano empírico e investigação complementar para identificação do agente etiológico.
b) O diagnóstico mais provável é artrite por deposição de urato monossódico; para o episódio agudo, deve-se escolher tratamento anti-inflamatório levando em consideração a função renal, após o controle da crise avaliar a indicação de terapia para redução sustentada da concentração sérica de ácido úrico.

c) O diagnóstico mais provável é artrite reumatoide; após o controle da manifestação articular, deve-se iniciar tratamento modificador da doença para prevenir novas manifestações articulares.
d) O diagnóstico mais provável é artrite por deposição de pirofosfato de cálcio; para o episódio agudo, deve-se instituir tratamento anti-inflamatório e, após a resolução da crise, investigar condições associadas à deposição desses cristais.

10. Homem de 67 anos, com hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, apresenta insuficiência cardíaca com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 28%. Após tratamento da congestão, encontra-se em classe funcional II, sem dispneia em repouso, sem edema e com pressão arterial de 112/70 mmHg. Frequência cardíaca de 68 bpm, em ritmo sinusal. Exames laboratoriais mostram creatinina de 1,4 mg/dL, taxa de filtração glomerular estimada de 48 mL/min/1,73 m² e potássio de 4,6 mEq/L.

Atualmente, utiliza Enalapril e Carvedilol em doses baixas. Não apresenta hipotensão sintomática, hipercalemia ou outras contraindicações relevantes ao tratamento farmacológico. Tendo em conta as terapias capazes de modificar o prognóstico na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, qual é a estratégia mais adequada?
a) Manter o tratamento atual e acrescentar Digoxina como principal medida para redução da mortalidade, deixando os demais medicamentos para uma etapa posterior, caso persistam sintomas.
b) Manter o betabloqueador, introduzir um antagonista do receptor mineralocorticoide e um inibidor do cotransportador de sódio-glicose tipo 2 e, quando possível, substituir o inibidor da enzima conversora da angiotensina por Sacubitril/Valsartana, com monitorização da função renal, pressão arterial e potássio.
c) Priorizar a elevação do Enalapril até a dose máxima tolerada antes da introdução das demais terapias, pois a otimização de uma classe deve ser concluída antes do início de outra.
d) Suspender o Carvedilol e manter apenas o Enalapril associado ao diurético de alça, pois a utilização simultânea de múltiplas classes capazes de reduzir a pressão arterial aumenta o risco de descompensação.

11. Um homem de 62 anos, com hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2, apresenta Taxa de Filtração Glomerular estimada, (TFGe), de 38 mL/min/1,73 m², mantida em duas avaliações realizadas com intervalo de 4 meses. A relação albumina/creatinina urinária é de 180 mg/g, também persistente nesse período. Considerando-se os critérios atuais para classificação da Doença Renal Crônica, (DRC), aponte a alternativa correta.
a) O paciente apresenta DRC G4 A2, pois uma TFGe inferior a 60 mL/min/1,73 m² caracteriza doença renal crônica avançada.
b) O paciente apresenta DRC G3a A2, pois valores de TFGe entre 30 e 59 mL/min/1,73 m² são classificados como G3a.
c) O paciente apresenta DRC G3b A2, caracterizada por redução moderada a importante da TFGe e albuminúria moderadamente aumentada.
d) O paciente apresenta DRC G2 A2, pois a classificação da DRC é determinada, principalmente, pela presença de albuminúria, independentemente da TFGe.

12. Um homem de 64 anos procura atendimento por cansaço progressivo, língua dolorosa e sensação de formigamento nos pés, com evolução de aproximadamente 7 meses. Refere que passou a apresentar dificuldade para caminhar em ambientes escuros e episódios de desequilíbrio. Nega perda de sangue, etilismo e uso de medicamentos. Ao exame, apresenta palidez cutaneomucosa, glossite e redução da sensibilidade vibratória nos membros inferiores. O hemograma mostra hemoglobina de 8,7 g/dL, hematócrito de 26%, VCM de 116 fL, leucócitos de 3.400/mm³ e plaquetas de 118.000/mm³. No esfregaço periférico, observam-se hemácias aumentadas de tamanho e neutrófilos com cinco ou mais segmentos. A contagem de reticulócitos está reduzida. Bilirrubina indireta e LDH estão elevadas. TSH, creatinina e provas

hepáticas são normais. Diante desse quadro, qual é a melhor abordagem diagnóstica?
a) Solicitar apenas dosagem de folato, pois alterações hematológicas semelhantes são mais, frequentemente, provocadas pela deficiência dessa vitamina.
b) Solicitar dosagem de vitamina B12 e folato, considerando, especialmente, a possibilidade de deficiência de vitamina B12 diante da associação entre alterações hematológicas e manifestações neurológicas.
c) Solicitar ferritina e saturação de transferrina como investigação inicial, pois a deficiência de ferro é a principal causa nutricional de anemia.
d) Solicitar, imediatamente, mielograma e biópsia de medula óssea, pois a presença simultânea de anemia, leucopenia e plaquetopenia indica doença primária da medula óssea.

13. Puérpera de 24 anos, no terceiro dia após parto vaginal, relata dor intensa nos mamilos durante as mamadas e refere que o recém-nascido permanece longos períodos ao seio, mas parece insatisfeito após algumas mamadas. Durante a observação de uma mamada, o bebê encontra-se voltado para a mãe, porém, mantém o pescoço discretamente rodado. A boca está parcialmente aberta, com pequena porção da aréola visível acima e abaixo dos lábios. O lábio inferior encontra-se evertido, mas o queixo não toca a mama. Durante a sucção, são observados movimentos rápidos e superficiais, com estalos ocasionais. Tendo em vista as recomendações para avaliação da técnica de amamentação, assinale a alternativa correta.
a) A mamada deve ser interrompida e a pega refeita, buscando posicionar o bebê de frente para a mãe, com cabeça e tronco alinhados, corpo próximo ao materno, boca bem aberta e maior parte da aréola dentro da boca, especialmente sua porção inferior, permitindo que o queixo se aproxime da mama.
b) A mãe deve oferecer, inicialmente, apenas o mamilo, aguardando que o bebê realize movimentos de sucção para, posteriormente, introduzir a aréola, pois a entrada precoce de grande quantidade de tecido mamário pode dificultar a sucção.
c) A mãe deve manter a posição atual e realizar ordenha manual da mama antes de cada mamada, pois a dor inicial e a sucção superficial são esperadas durante os primeiros dias após o parto.
d) A mãe deve comprimir a mama com os dedos formando um formato semelhante a um "C" próximo ao mamilo durante toda a mamada, pois essa manobra facilita a entrada do mamilo e da aréola na boca do bebê.

14. Uma menina de 2 anos e 6 meses é levada ao pronto-socorro por recusa em apoiar o membro inferior esquerdo. A responsável informa que a criança havia caído de um sofá, aproximadamente 24 horas antes e que, desde então, passou a mancar. Ao exame, observa-se equimose discreta em região lateral da coxa e dor à mobilização do membro. A radiografia evidencia fratura diafisária do fêmur esquerdo. Durante a avaliação, a criança permanece retraída e evita contato físico com a responsável. Ao revisar os registros anteriores, o médico identifica três atendimentos nos últimos 10 meses: no primeiro, por traumatismo craniano sem perda de consciência; no segundo, por fratura de rádio; no terceiro, por queimadura superficial no dorso da mão. As circunstâncias descritas pelos acompanhantes foram distintas em cada episódio. Não há história conhecida de doença óssea, alteração do desenvolvimento ou uso prolongado de medicamentos. Após estabilização clínica, a equipe discute a necessidade de investigação complementar e de medidas de proteção. Dentre as alternativas escolha a melhor conduta para o caso.
a) Realizar exame físico direcionado, exclusivamente, ao membro acometido e documentar as lesões relacionadas ao episódio atual, evitando registrar informações referentes a atendimentos anteriores que não tenham sido, previamente, classificados como casos de violência.
b) Manter a investigação de causas médicas de fragilidade óssea quando clinicamente indicada, mas, paralelamente, considerar a possibilidade de violência, realizar exame físico completo em busca de outras lesões, registrar objetivamente os achados, relatos obtidos e proceder à notificação compulsória

diante da suspeita, independentemente de confirmação definitiva da autoria ou do mecanismo.
c) Priorizar a investigação de doenças associadas à fragilidade óssea, antes de qualquer comunicação aos órgãos de proteção, uma vez que fraturas na primeira infância apresentam amplo diagnóstico diferencial e a notificação precoce pode resultar em intervenção familiar indevida.
d) Realizar a notificação apenas após confirmação de que a queda relatada não seria, biomecanicamente, suficiente para produzir a fratura, pois a discrepância entre o mecanismo informado e a lesão constitui o principal critério objetivo para caracterização de violência física.

15. Uma mulher de 42 anos apresenta, há aproximadamente 10 meses, episódios recorrentes de prurido, ardor e descamação nas mãos. As manifestações inicialmente eram discretas, mas passaram a ocorrer com maior frequência nos últimos meses. Refere piora durante os dias de trabalho e melhora parcial em períodos prolongados afastada de suas atividades habituais. Ao exame, observam-se áreas eritematosas e descamativas, com fissuras superficiais e algumas pequenas vesículas, predominando nas regiões laterais dos dedos e no dorso das mãos. Não há lesões semelhantes nos pés, couro cabeludo, cotovelos ou joelhos. A paciente relata também episódios ocasionais de eczema nas pálpebras, sem alterações sistêmicas. Usa regularmente sabonete líquido, creme hidratante e luvas durante o trabalho. Já utilizou corticosteroide tópico de média potência em períodos de piora, com melhora transitória e posterior recorrência. Baseado no quadro clínico, qual o melhor diagnóstico dentre as alternativas?
a) Considerar dermatite de contato como hipótese principal e realizar investigação dirigida dos possíveis agentes de exposição com teste de contato, quando houver suspeita de sensibilização relevante.
b) Considerar dermatofitose como hipótese principal e iniciar antifúngico sistêmico, mesmo sem acometimento dos pés ou evidência micológica, devido à recorrência após corticosteroide tópico.
c) Considerar dermatite atópica como hipótese principal e solicitar dosagem sérica de IgE total para confirmar o diagnóstico, antes de modificar o tratamento tópico.
d) Considerar psoríase palmoplantar como hipótese principal e realizar biópsia cutânea, pois a presença de vesículas e fissuras é característica dessa apresentação.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS.

16. Um homem de 64 anos, com doença renal crônica, apresenta fraqueza muscular de início súbito. O potássio sérico é de 7,2 mEq/L e o eletrocardiograma mostra ondas T apiculadas, prolongamento do intervalo PR e alargamento do complexo QRS. Está hemodinamicamente estável e apresenta glicemia de 110 mg/dL. Qual é a conduta inicial mais pertinente?
a) Cálcio intravenoso, seguido de insulina com glicose.
b) Furosemida intravenosa, seguida de insulina com glicose.
c) Bicarbonato intravenoso, seguido de insulina com glicose.
d) Insulina com glicose, seguida de reposição intravenosa de cálcio.

17. Um homem de 57 anos, hipertenso há 12 anos, procura a unidade de pronto atendimento após aferir pressão arterial de 218/126 mmHg em casa. Relata cefaleia leve e ansiedade, mas nega dor torácica, dispneia, déficit neurológico, alteração visual ou confusão mental. Ao exame, encontra-se consciente, orientado, com exame neurológico normal, sem estertores pulmonares e sem sinais de insuficiência cardíaca. A pressão arterial permanece em 212/124 mmHg após repouso e nova aferição adequada. O eletrocardiograma não apresenta alterações agudas. Qual é a conduta mais apropriada?
a) Administrar anti-hipertensivo intravenoso, buscando redução da pressão arterial em cerca de 25% na

primeira hora e níveis inferiores a 160/100 mmHg nas horas seguintes.
b) Administrar anti-hipertensivo intravenoso, buscando atingir pressão arterial inferior a 140/90 mmHg nas primeiras horas.
c) Iniciar tratamento anti-hipertensivo por via oral, buscando atingir pressão arterial inferior a 140/90 mmHg, ainda durante o atendimento.
d) Iniciar ou ajustar anti-hipertensivo por via oral, buscando redução gradual da pressão arterial em horas a dias, sem necessidade de normalização imediata.

18. Homem de 31 anos, vítima de colisão automobilística em alta velocidade, é admitido com dispneia intensa e dor torácica. Apresenta FC 132 bpm, PA 78/50 mmHg e SpO_2 84% apesar de oxigênio suplementar. Está agitado, com extremidades frias e turgência jugular. O hemitórax esquerdo apresenta menor expansibilidade, redução acentuada do murmúrio vesicular e hipertimpanismo à percussão. Durante a preparação para o manejo da via aérea, ocorre piora abrupta da hipotensão e da hipoxemia.Qual das condições melhor explica o quadro e deve ser tratada imediatamente?
a) Tamponamento cardíaco.
b) Hemotórax maciço.
c) Contusão miocárdica com disfunção ventricular aguda.
d) Pneumotórax hipertensivo.

19. Tendo em vista a frequência de lesões viscerais nos diferentes mecanismos de trauma abdominal, assinale a associação correta.
a) Trauma abdominal fechado: baço; trauma abdominal penetrante: fígado.
b) Trauma abdominal fechado: fígado; trauma abdominal penetrante: intestino delgado.
c) Trauma abdominal fechado: baço; trauma abdominal penetrante: intestino delgado.
d) Trauma abdominal fechado: intestino delgado; trauma abdominal penetrante: fígado.

20. Homem de 48 anos, com consumo diário e elevado de bebidas alcoólicas, é levado à emergência após interrupção abrupta do consumo. Apresenta agitação intensa, tremores, sudorese, taquicardia, hipertensão, desorientação e alucinações visuais. Glicemia e eletrólitos estão normais.

Qual é a conduta farmacológica mais conveniente na emergência?
a) Administrar Fenitoína para prevenção de convulsões, associada à Tiamina e tratamento sintomático da hiperatividade autonômica.
b) Administrar Clonidina como tratamento inicial, associada a Haloperidol para controle dos sintomas perceptivos.
c) Administrar Benzodiazepínico em doses tituladas conforme a resposta clínica, associado à Tiamina e suporte hidroeletrolítico conforme necessidade.
d) Administrar Benzodiazepínico em doses tituladas, associado a Propranolol para controle da taquicardia e hipertensão.

21. Um homem de 68 anos, com pielonefrite obstrutiva, apresenta-se com hipotensão, extremidades frias, confusão mental e lactato de 5,1 mmol/L. Após antibioticoterapia empírica, controle inicial das vias urinárias e reposição com cristaloide balanceado, permanece com PAM de 58 mmHg. Inicia-se Noradrenalina, com progressiva necessidade de aumento da dose. Apesar de PAM mantida em torno de 65 mmHg, o paciente continua com oligúria, tempo de enchimento capilar prolongado e sinais de hipoperfusão. Qual é a conduta mais apropriada neste momento?
a) Administrar novos bolus de Cristaloide até a normalização do lactato, independentemente da resposta hemodinâmica observada.
b) Administrar Hidrocortisona em dose elevada e por curto período, como estratégia inicial para reduzir

rapidamente a necessidade de vasopressor.
c) Associar Vasopressina à Noradrenalina e reavaliar a perfusão, utilizando medidas dinâmicas para evitar expansão volêmica excessiva.
d) Suspender a Noradrenalina e iniciar Dopamina, pois a persistência da hipoperfusão indica necessidade de maior estímulo beta-adrenérgico.

22. Um paciente de 41 anos procura o pronto-socorro 18 horas após ingestão voluntária de dois pequenos ímãs cilíndricos e uma moeda. Está assintomático, sem dor abdominal, vômitos ou febre. Radiografia abdominal mostra duas imagens metálicas justapostas projetadas sobre o andar superior do abdome, sem sinais de pneumoperitônio. Conforme relato, qual é a melhor conduta?
a) Manter dieta livre e realizar radiografias seriadas a cada 24 horas, pois a ausência de sintomas e a localização aparentemente gástrica tornam improvável a ocorrência de complicações.
b) Realizar endoscopia digestiva alta para tentativa de remoção dos corpos estranhos, pois a presença de múltiplos ímãs ou de ímã associado a objeto metálico apresenta risco de atração através da parede intestinal, podendo causar necrose, fístula ou perfuração.
c) Indicar laparotomia exploradora imediata, uma vez que a presença de mais de um ímã constitui indicação absoluta de tratamento cirúrgico, independentemente da localização.
d) Realizar apenas endoscopia se houver confirmação tomográfica de que os ímãs permanecem no estômago, pois corpos magnéticos que já tenham ultrapassado o piloro devem ser exclusivamente acompanhados clinicamente.

23. Homem de 58 anos, com cirrose alcoólica, é admitido por hematêmese volumosa. Após reposição inicial e transfusão conforme estratégia restritiva, inicia octreotida e ceftriaxona. A endoscopia, realizada após estabilização, demonstra varizes esofágicas com sangramento ativo, controlado por ligadura elástica. Apresenta Child-Pugh C com 10 pontos. Nas horas seguintes, permanece estável, sem novo sangramento. Qual estratégia deve ser considerada para reduzir o risco de ressangramento e mortalidade nesse paciente?
a) Realizar nova sessão de ligadura elástica em até 24 horas e iniciar betabloqueador não seletivo imediatamente, independentemente da estabilidade hemodinâmica.
b) Manter Octreotida por 5 dias e iniciar Carvedilol após sua suspensão, reservando TIPS, exclusivamente, para novo episódio de hemorragia.
c) Suspender a terapia vasoativa após a hemostasia endoscópica, pois a ausência de ressangramento nas primeiras horas indica controle definitivo da hipertensão portal.
d) Indicar TIPS precoce, (preemptivo), idealmente nas primeiras 72 horas após a endoscopia, devido ao alto risco de falha do tratamento convencional.

24. Um homem de 72 anos chega ao pronto-socorro 95 minutos após o início súbito de afasia e hemiplegia direita. NIHSS = 18. TC de crânio não demonstra hemorragia e apresenta pequenas alterações isquêmicas precoces. A angio-TC evidencia oclusão de segmento M1 da artéria cerebral média esquerda. PA: 168/94 mmHg. Glicemia: 118 mg/dL. O hospital dispõe de trombólise intravenosa e serviço de terapia endovascular. Nesse cado, qual é a conduta mais oportuna?
a) Reduzir a pressão arterial para valores inferiores a 140/90 mmHg antes da trombólise, pois a manutenção de pressão acima desse limite aumenta substancialmente o risco de transformação hemorrágica.
b) Encaminhar imediatamente o paciente para trombectomia mecânica e aguardar o resultado da angiografia para decidir, posteriormente, sobre trombólise intravenosa, pois a presença de oclusão de grande vaso torna a terapia endovenosa secundária.
c) Iniciar imediatamente a terapia de reperfusão intravenosa elegível, sem aguardar resposta clínica ou

recanalização, encaminhar, simultaneamente, para trombectomia mecânica, evitando que a administração do trombolítico retarde o procedimento endovascular.
d) Administrar trombólise intravenosa e realizar nova angio-TC após 60 minutos para confirmar recanalização antes de encaminhar o paciente para avaliação de trombectomia.

25. Um homem de 62 anos apresenta dor torácica intensa iniciada há 80 minutos. O ECG mostra supradesnivelamento de ST de 3 mm em V2-V5. Está consciente, PA 154/92 mmHg e FC 96 bpm. Refere internação há 12 dias por hemorragia digestiva alta, tratada endoscopicamente. Nega acidente vascular cerebral prévio, trauma craniano recente ou uso de anticoagulantes. O hospital não dispõe de hemodinâmica. A transferência para um centro com intervenção coronária percutânea permitiria a reperfusão mecânica em, aproximadamente, 100 minutos após o primeiro contato médico. Qual é a estratégia de reperfusão mais adequada?
a) Administrar fibrinolítico imediatamente e transferir o paciente, posteriormente, para avaliação angiográfica, independentemente da resposta clínica inicial.
b) Administrar fibrinolítico e encaminhar para intervenção coronária percutânea, apenas se houver persistência do supradesnivelamento do segmento ST, após o tratamento.
c) Transferir imediatamente para realização de intervenção coronária percutânea primária, sem administração de fibrinolítico no hospital de origem.
d) Aguardar a chegada ao centro de referência para então decidir entre fibrinólise e intervenção coronária percutânea, pois ambas apresentam eficácia semelhante quando realizadas dentro das primeiras horas.

26. Um homem de 29 anos é trazido após colisão automobilística. Apresenta Glasgow 6, respiração irregular, saturação de 89% em ar ambiente e sangue na cavidade oral. Há suspeita de lesão cervical. PA 118/74 mmHg, FC 54 bpm. Enquanto a equipe prepara a via aérea definitiva, um membro sugere hiperventilação manual para reduzir rapidamente a pressão intracraniana. Qual é a conduta mais certa neste momento?
a) Priorizar a imobilização cervical rígida e aguardar estabilização da saturação antes de manipular a via aérea, pois a intubação pode agravar uma eventual lesão medular.
b) Realizar manejo imediato da via aérea com proteção da coluna cervical, garantindo oxigenação e ventilação adequadas, evitando hiperventilação rotineira e utilizando-a apenas, temporariamente, diante de sinais de herniação cerebral iminente.
c) Realizar hiperventilação vigorosa imediatamente, mantendo a $PaCO_2$ em torno de 20–25 mmHg, pois a redução da pressão intracraniana constitui a prioridade inicial no TCE grave.
d) Administrar solução hipertônica imediatamente e aguardar melhora neurológica antes de proceder à intubação, pois a alteração do nível de consciência decorre presumivelmente da hipertensão intracraniana.

27. Um homem de 27 anos, vítima de trauma torácico e abdominal fechado após colisão automobilística, evolui durante o atendimento para perda súbita da consciência. No monitor, apresenta atividade elétrica organizada, porém, sem pulso central palpável. A equipe inicia compressões torácicas. Diante do quadro clínico, qual procedimento deverá ser adotado?
a) Realizar desfibrilação elétrica imediatamente, pois a presença de atividade elétrica organizada no monitor não exclui fibrilação ventricular oculta em pacientes traumatizados.
b) Administrar Epinefrina imediatamente e aguardar a resposta hemodinâmica antes de interromper a sequência convencional de ressuscitação para investigação da causa da parada.
c) Identificar e tratar, simultaneamente, as causas reversíveis relacionadas ao trauma, com ênfase no controle da hemorragia e na correção rápida das causas mecânicas potencialmente fatais, sem limitar a abordagem à administração de Epinefrina e às compressões torácicas.
d) Priorizar a obtenção de acesso intraósseo e a administração de Bicarbonato de Sódio, considerando

a acidose metabólica esperada em uma parada prolongada associada ao trauma.

28. Homem de 46 anos apresenta dor lombar direita intensa, em cólica, há 8 horas, acompanhada de náuseas. Refere calafrios desde a manhã. Ao exame: T 38,7 °C, PA 104/68 mmHg, FC 118 bpm. Creatinina: 1,8 mg/dL, (basal 0,9 mg/dL). A tomografia sem contraste demonstra cálculo ureteral distal direito de 7 mm, com hidronefrose moderada. Urina: leucocitúria e bacteriúria. A conduta mais adequada é:

a) Realizar ureteroscopia imediatamente para retirada do cálculo e, no mesmo procedimento, tratar a infecção urinária associada à obstrução.

b) Iniciar anti-inflamatório não esteroidal e Tamsulosina, com acompanhamento ambulatorial, pois cálculos ureterais distais menores que 10 mm apresentam possibilidade significativa de eliminação espontânea.

c) Administrar antibiótico e manter hidratação venosa até desaparecimento da febre, reservando a drenagem urinária para os casos em que não houver resposta clínica inicial.

d) Iniciar antibioticoterapia, obter culturas e realizar descompressão urgente da via urinária, por cateter duplo J ou nefrostomia, postergando o tratamento definitivo do cálculo até o controle da infecção.

29. Menino de 8 anos é atendido 1 hora após picada de escorpião. Apresenta dor local intensa, vômitos repetidos, sudorese, agitação e taquicardia. Durante a observação, evolui com dispneia, estertores pulmonares e queda da pressão arterial. O eletrocardiograma evidencia alterações difusas da repolarização. Nesse momento, a conduta mais adequada é:

a) Administrar soro antiescorpiônico imediatamente, associado ao suporte cardiorrespiratório e ao tratamento da insuficiência cardíaca e do edema pulmonar, com monitorização contínua.

b) Tratar inicialmente a dor e os vômitos, mantendo observação clínica, pois as manifestações cardiovasculares podem ocorrer transitoriamente após a picada.

c) Iniciar betabloqueador para controlar a hiperatividade autonômica e reduzir a demanda miocárdica, reservando o antiveneno para deterioração hemodinâmica persistente.

d) Administrar soro antiescorpiônico e realizar expansão volêmica rápida com cristaloide, mantendo reposição até normalização da pressão arterial.

30. Homem de 39 anos procura atendimento após sofrer ferimento puntiforme profundo no pé ao pisar em um prego. A lesão contém terra e apresenta tecido desvitalizado. Ele apresenta registro de duas doses de vacina contendo toxoide tetânico, sendo a última há 7 anos. Não há registro de doses adicionais. Qual é a conduta indicada para profilaxia do tétano?

a) Realizar limpeza e desbridamento adequados do ferimento e administrar apenas imunoglobulina humana antitetânica, pois a vacinação prévia impede benefício adicional da vacina no contexto do ferimento.

b) Realizar limpeza e desbridamento adequados do ferimento e administrar vacina contendo toxoide tetânico, reservando a imunoglobulina para pacientes sem nenhuma dose vacinal documentada.

c) Realizar limpeza e desbridamento adequados do ferimento e administrar apenas uma dose de vacina contendo toxoide tetânico, pois já houve vacinação prévia.

d) Realizar limpeza e desbridamento adequados do ferimento, administrar vacina contendo toxoide tetânico e imunoglobulina humana antitetânica, em locais anatômicos distintos, completar posteriormente o esquema vacinal.

RASCUNHO.