

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

EDITAL N.º 02/2026.

PROVA OBJETIVA.

ESPECIALIDADE: MÉDICO CARDIOLOGISTA.

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. Certo médico de Atenção Primária acompanha um homem de 46 anos com diagnóstico confirmado de tuberculose pulmonar bacilífera, em acompanhamento irregular e baixa adesão ao tratamento. Em consulta recente, o paciente afirma que não pretende seguir o tratamento e continua frequentando ambientes fechados com outras pessoas, recusando-se também a informar contatos próximos. Diante desse cenário, qual é a conduta mais adequada do ponto de vista ético-profissional?

- a) Suspender o acompanhamento devido à baixa adesão e risco coletivo envolvido.
- b) Manter sigilo absoluto, respeitando a autonomia do paciente, sem comunicação a autoridades.
- c) Informar diretamente os contatos do paciente, independentemente de medidas institucionais.
- d) Realizar notificação compulsória e adotar medidas sanitárias previstas, mesmo sem consentimento do paciente.

2. Determinado município implementa um programa voltado à redução de complicações de certa doença crônica prevalente. As ações incluem rastreamento sistemático de indivíduos assintomáticos com teste específico, tratamento dos casos identificados precocemente e acompanhamento regular para evitar progressão e sequelas. Em paralelo, há incentivo a mudanças de estilo de vida na população geral. Considerando-se os conceitos de história natural da doença e níveis de prevenção, qual alternativa classifica, corretamente, as principais ações descritas?

- a) Rastreamento e tratamento precoce correspondem à prevenção primária, enquanto mudanças de estilo de vida são prevenção secundária.
- b) O rastreamento corresponde à prevenção terciária, pois reduz incapacidades futuras.
- c) Todas as medidas descritas correspondem à prevenção primária, pois atuam antes do surgimento de sintomas.
- d) Rastreamento corresponde à prevenção secundária, enquanto o acompanhamento para evitar complicações caracteriza prevenção terciária.

3. Durante a reestruturação de sua rede assistencial, um estado institui regiões de saúde com definição de responsabilidades sanitárias entre municípios, estabelece fluxos assistenciais pactuados, cria instrumentos formais de governança interfederativa e organiza a oferta de serviços de média e alta complexidade de forma compartilhada. Além disso, adota mecanismos de regulação do acesso e planejamento integrado. Tendo em vista as diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde, qual alternativa melhor expressa o fundamento central dessas ações?

- a) Descentralização entendida como transferência plena de autonomia aos municípios, sem necessidade de pactuação interfederativa.
- b) Integralidade caracterizada pela oferta de todos os serviços de saúde em cada município.
- c) Regionalização e hierarquização como base para integração dos serviços e garantia de continuidade do cuidado.
- d) Equidade operacionalizada, exclusivamente, por meio da ampliação uniforme da oferta de serviços.

4. Durante plantão em hospital geral, o médico atende um paciente com quadro de febre alta, exantema maculopapular, conjuntivite e tosse, com história recente de viagem internacional. Diante da suspeita clínica de Sarampo, o profissional opta por iniciar medidas de isolamento, coleta de exames e programar a notificação no sistema ao final do plantão, junto com os demais casos do dia. Tendo em vista as normas vigentes no Brasil, qual é a conduta mais adequada em relação à notificação?

- a) Notificar apenas se houver confirmação de surto ou múltiplos casos relacionados.
- b) Realizar notificação imediata às autoridades de saúde, por meio dos canais estabelecidos, sem

aguardar o término do plantão.

c) Aguardar confirmação laboratorial antes de notificar, devido à possibilidade de diagnóstico diferencial com outras viroses exantemáticas.

d) Inserir a notificação posteriormente no sistema, desde que realizada dentro do prazo de 7 dias.

5. Um homem de 64 anos, com histórico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2, é admitido com quadro de dor torácica súbita, evoluindo com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Após 48 horas de internação, apresenta choque cardiogênico e evolui a óbito. Ao preencher a Declaração de Óbito, o médico deve registrar, corretamente, a sequência causal na Parte I do documento. Qual é a forma mais adequada de preenchimento?

a) Diabetes mellitus → hipertensão arterial → infarto agudo do miocárdio.

b) Parada cardiorrespiratória → infarto agudo do miocárdio.

c) Infarto agudo do miocárdio → choque cardiogênico.

d) Choque cardiogênico → infarto agudo do miocárdio.

CLÍNICA MÉDICA - COMUM A TODOS OS CARGOS.

6. Uma mulher de 62 anos, com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, (DPOC), GOLD III e uso recente de antibiótico por exacerbação há 20 dias, procura atendimento por febre, dispneia progressiva e tosse produtiva. Ao exame: FR 30 irpm, PA 92/58 mmHg, FC 118 bpm, SatO₂ 88% em ar ambiente. Apresenta confusão leve. Radiografia de tórax mostra infiltrado multilobar. Foi internada em enfermaria nas últimas 3 semanas por exacerbação da DPOC. A partir do quadro clínico e fatores de risco, qual é a melhor conduta inicial em relação à antibioticoterapia empírica?

a) Iniciar esquema empírico com cobertura para patógenos típicos e atípicos, incluindo cobertura para *Pseudomonas aeruginosa*.

b) Aguardar culturas respiratórias antes de definir cobertura para germes multirresistentes.

c) Iniciar monoterapia com macrolídeo, considerando provável etiologia atípica em paciente com DPOC.

d) Iniciar betalactâmico isolado sem cobertura ampliada, pois não há critérios formais de pneumonia hospitalar.

7. Um homem de 68 anos, com diagnóstico de Doença de Parkinson há 6 anos, em uso de levodopa/carbidopa em doses fracionadas, refere piora progressiva da mobilidade ao longo do dia, com períodos de boa resposta intercalados com episódios de rigidez e bradicinesia, ("wearing-off"). Relata, ainda, surgimento recente de movimentos involuntários coreiformes nos períodos de melhor resposta à medicação. Nega sintomas psicóticos. Ao exame, apresenta discinesias de pico de dose e flutuações motoras previsíveis. Qual é a melhor estratégia terapêutica inicial para manejo desse quadro?

a) Iniciar Antipsicótico atípico para controle dos movimentos involuntários.

b) Reduzir a dose individual de Levodopa e aumentar a frequência das administrações, podendo associar inibidor da Catecol-O-Metiltransferase, (COMT).

c) Introduzir Anticolinérgico visando controle das discinesias e flutuações motoras.

d) Suspende Levodopa e iniciar Agonista Dopaminérgico em Monoterapia.

8. Um homem de 57 anos, etilista crônico, dá entrada com febre, cefaleia intensa e rebaixamento do nível de consciência há 12 horas. Ao exame: Glasgow 12, rigidez de nuca, sem déficits focais evidentes. São coletadas hemoculturas e iniciada antibioticoterapia empírica. A análise do líquido, obtido após tomografia de crânio sem contraindicações, revela: 1.800 leucócitos/mm³ (90% neutrófilos), glicose 28 mg/dL, (glicemia sérica 110 mg/dL), proteína 220 mg/dL.

Considerando-se o agente etiológico mais provável nesse contexto clínico, qual é o esquema antimicrobiano empírico mais adequado?

- a) Meropenem em Monoterapia como cobertura universal inicial.
- b) Ceftriaxona associada à Vancomicina e Ampicilina.
- c) Cefepime associado à Vancomicina, sem necessidade de outros agentes.
- d) Ceftriaxona isolada em dose plena.

9. Uma mulher de 36 anos procura atendimento por cefaleia de início há 5 dias, progressiva, de forte intensidade, holocraniana, associada a náuseas e piora ao deitar. Refere episódio recente de uso de anticoncepcional oral combinado e viagem longa há cerca de 10 dias. Nega história prévia de enxaqueca. Ao exame: papiledema bilateral, sem déficits neurológicos focais. Temperatura normal. Qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Hemorragia subaracnoide.
- b) Hipertensão intracraniana idiopática.
- c) Trombose venosa cerebral.
- d) Enxaqueca sem aura.

10. Uma puérpera de 29 anos, no 5º dia pós-parto, procura atendimento por dor mamária intensa à esquerda, associada à área endurecida e hiperemiada. Refere febre, (38,5 °C) e mal-estar nas últimas 24 horas. O recém-nascido está em aleitamento materno exclusivo, com boa pega segundo relato. Ao exame: área dolorosa, quente e mal delimitada na mama esquerda, sem flutuação. Não há sinais de sepse. Qual é a conduta mais adequada?

- a) Suspender o aleitamento materno na mama afetada até resolução completa do quadro infeccioso.
- b) Indicar drenagem cirúrgica imediata, mesmo na ausência de coleção evidente.
- c) Manter o aleitamento materno e iniciar antibioticoterapia, além de medidas de esvaziamento eficaz da mama.
- d) Utilizar apenas medidas não farmacológicas, como compressas mornas e ordenha, sem necessidade de antibiótico.

11. Um homem de 41 anos, previamente hígido, residente em área rural, procura atendimento por dor abdominal intermitente e episódios de diarreia há cerca de 2 semanas. Evolui com tosse seca e sibilância nos últimos dias. Nega febre. Ao exame: abdome discretamente doloroso difusamente e sibilos esparsos à ausculta pulmonar. Hemograma mostra leucocitose com eosinofilia significativa. Parasitológico de fezes ainda não disponível. Tendo em vista o diagnóstico mais provável, qual é a melhor conduta inicial?

- a) Iniciar Metronidazol, visando protozoários intestinais.
- b) Aguardar resultado do exame parasitológico antes de tratar.
- c) Iniciar tratamento empírico com Ivermectina.
- d) Prescrever Albendazol em dose única, sem necessidade de repetição.

12. Uma mulher de 34 anos procura atendimento por desconforto epigástrico recorrente há 4 meses, descrito como sensação de plenitude pós-prandial e saciedade precoce. Nega pirose ou regurgitação. Sem perda ponderal, anemia, vômitos persistentes ou disfagia. Não faz uso de anti-inflamatórios. Exame físico sem alterações. Considerando-se a melhor abordagem inicial para esse quadro, qual é a conduta mais adequada?

- a) Prescrever Procinético como Monoterapia inicial.
- b) Iniciar tratamento empírico com antibióticos para erradicação de *Helicobacter pylori*, sem confirmação diagnóstica.
- c) Realizar teste não invasivo para *Helicobacter pylori* e tratar se positivo.
- d) Solicitar endoscopia digestiva alta como exame inicial.

13. Um homem de 58 anos, com Diabetes Mellitus tipo 2 há 10 anos, em uso de metformina 2.000 mg/dia e glibenclamida, procura atendimento por controle glicêmico inadequado. Apresenta HbA1c de 9,2%. Refere ganho ponderal recente e episódios ocasionais de hipoglicemia leve. Tem história de infarto prévio há 3 anos e doença renal crônica estágio 3, (TFG estimada: 48 mL/min/1,73m²). PA controlada. Levando-se em conta as diretrizes mais recentes, qual é a melhor estratégia terapêutica para intensificação do tratamento?

- a) Manter o esquema atual e reforçar apenas mudanças no estilo de vida por mais 6 meses.
- b) Aumentar a dose da Sulfonilureia até o máximo tolerado, antes de considerar outras classes.
- c) Substituir Metformina por Insulina Basal como primeira medida de intensificação.
- d) Introduzir um Inibidor de SGLT2 ou Agonista do receptor de GLP-1, independentemente da HbA1c-alvo, visando benefício cardiovascular e renal.

14. Um homem de 31 anos procura atendimento por lesão genital há cerca de 10 dias. Refere que iniciou como pequena pápula indolor, evoluindo para úlcera única. Nega dor local significativa. Nas últimas 48 horas, passou a apresentar aumento doloroso em região inguinal direita. Ao exame: úlcera genital única, de bordas bem delimitadas, base limpa e endurecida. Presença de linfonodo inguinal aumentado, doloroso, com sinais inflamatórios locais. Nega febre. A partir do diagnóstico mais provável, qual é a hipótese principal?

- a) Sífilis primária com linfadenite reacional.
- b) Herpes genital.
- c) Linfgranuloma venéreo.
- d) Cancro mole.

15. Uma mulher de 42 anos procura atendimento por dor articular há 4 meses, acometendo mãos e punhos de forma bilateral, associada a rigidez matinal com duração aproximada de 90 minutos. Refere melhora parcial ao longo do dia. Nega febre. Ao exame, apresenta sinovite em articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais. Exames laboratoriais mostram fator reumatoide negativo, PCR discretamente elevada e hemograma sem alterações. Qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Artrite reumatoide soronegativa.
- b) Osteoartrite.
- c) Artrite psoriásica.
- d) Lúpus eritematoso sistêmico.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS - MÉDICO CARDIOLOGISTA.

16. Um homem de 58 anos, hipertenso e diabético, chega ao pronto-socorro com dor torácica típica, há 2 horas. ECG mostra supradesnível de ST em parede ântero-septal. A troponina I encontra-se normal na admissão. Qual é a conduta mais adequada?

- a) Prescrever colchicina por suspeita de pericardite.
- b) Submeter à angioplastia primária com implante de stent farmacológico.
- c) Aguardar nova dosagem de troponina para decidir por fibrinólise.
- d) Realizar ecocardiograma de estresse farmacológico.

17. Paciente de 72 anos, com insuficiência cardíaca, (IC), com fração de ejeção reduzida, (ICFe), em uso de sacubitril/valsartana, bisoprolol e espironolactona. Refere tontura e pressão arterial, (PA), 90/60 mmHg, FC 55 bpm. Creatinina 1,3 mg/dL, (prévio 1,1). Qual é a melhor conduta?

- a) Suspender sacubitril/valsartana imediatamente.
- b) Aumentar fluidos intravenosos e reduzir espironolactona.

- c) Reduzir dose do betabloqueador.
- d) Reduzir dose de sacubitril/valsartana e monitorar.

18. Durante avaliação pré-operatória de paciente de 65 anos para colecistectomia laparoscópica, você identifica sopro proto-mesossistólico ejetivo em foco aórtico, com irradiação para carótidas, intensidade 3/6, sem abaulamento de pulso carotídeo. ECO prévio mostrou estenose aórtica moderada, (área valvar 1,3 cm²). O paciente é assintomático. Referente a isso, qual é o procedimento correto?

- a) Realizar angioplastia com balão da valva aórtica.
- b) Liberar para cirurgia sem profilaxia de endocardite.
- c) Adiar cirurgia e realizar troca valvar aórtica percutânea.
- d) Liberar para cirurgia com antibioticoprofilaxia para endocardite.

19. Um paciente de 68 anos, hipertenso e diabético, apresenta dor torácica típica aos esforços, há 2 meses. O ecocardiograma mostra fração de ejeção do ventrículo esquerdo, (FEVE), de 55%, sem alterações segmentares. O escore de cálcio coronariano, (Agatston), é 850. Qual é a conduta mais indicada?

- a) Iniciar apenas controle rigoroso dos fatores de risco e reavaliar em 6 meses.
- b) Realizar cineangiocoronariografia imediata, devido ao alto escore de cálcio.
- c) Indicar Cintilografia Miocárdica com estresse farmacológico, antes de qualquer terapia.
- d) Prescrever Aspirina, Estatina em alta intensidade e realizar teste ergométrico, para estratificação funcional.

20. Homem de 55 anos, com história de miocardite prévia, apresenta dispneia aos moderados esforços. ECO: fração de ejeção, (FE), 30%, cavidades esquerdas dilatadas. ECG: bloqueio de ramo esquerdo, (BRE), com duração de QRS 150 ms. A despeito de terapia medicamentosa otimizada por 6 meses, permanece em classe funcional NYHA III. Qual é o melhor próximo passo?

- a) Implante de ressincronizador cardíaco, (CRT-D).
- b) Implante de cardiodesfibrilador, (CDI), apenas.
- c) Aumento da dose de diurético de alça.
- d) Ecocardiograma de estresse com dobutamina.

21. Paciente de 68 anos, pós IAM há 3 semanas, em uso de Aspirina, Clopidogrel, Atorvastatina e Metoprolol. Refere dispneia súbita e dor torácica pleurítica. Ao exame: FC 110 bpm, PA 100/70 mmHg, atrito pericárdico audível. ECO: derrame pericárdico laminar, sem sinais de tamponamento. Qual a hipótese mais provável e a conduta?

- a) Ruptura de músculo papilar – cirurgia urgente.
- b) Tromboembolismo pulmonar – anticoagulação.
- c) Infarto agudo recorrente – cineangiocoronariografia.
- d) Pericardite de Dressler – AINE e colchicina.

22. Em uma paciente de 50 anos com dispneia, sopro diastólico em foco aórtico e pulso de Corrigan, o ecocardiograma mostra insuficiência aórtica grave, (vena contracta 7 mm, fração de regurgitação 60%). A paciente está sintomática, (NYHA II). O tratamento indicado é:

- a) Controle clínico com betabloqueador e vasodilatador.
- b) Implante valvar aórtico transcater, (TAVI).
- c) Antibioticoprofilaxia e observação.
- d) Troca valvar aórtica cirúrgica.

23. Mulher de 45 anos, sem comorbidades, apresenta episódios recorrentes de palpitações de início e término súbitos, precedidos por polaciúria. ECG durante crise mostra taquicardia com QRS estreito, frequência cardíaca de 210 bpm, ondas P invertidas, após o QRS, com intervalo RP > PR. O ecotranstorácico é normal. Qual é o diagnóstico eletrofisiológico mais provável?

- a) Taquicardia atrial focal.
- b) Taquicardia atrioventricular reentrante, (TAVR), utilizando via acessória oculta com condução retrógrada rápida.
- c) Taquicardia por reentrada nodal atrioventricular, (TRNAV), do tipo lento-rápido.
- d) Flutter atrial típico.

24. Homem de 70 anos, com angina estável classe II, FE 60%, realizou cineangiocoronariografia que mostrou lesão de 90% na artéria descendente anterior proximal. Qual tratamento, comprovadamente, reduz mortalidade nesse cenário?

- a) Tratamento clínico otimizado, (aspirina, estatina, betabloqueador).
- b) Revascularização cirúrgica, (ponte de safena).
- c) ICP com stent convencional.
- d) Intervenção coronariana percutânea, (ICP), com stent farmacológico.

25. Recém-nascido com 12 horas de vida, cianose central, taquipneia, sem sopro. Gasometria: hipoxemia grave, sem melhora com oxigênio a 100%. ECO: ventrículo direito hipertrofiado, artéria pulmonar estreita, aorta anteriorizada e cavalgando sobre o septo. O diagnóstico e o tratamento inicial são:

- a) Transposição das grandes artérias – septostomia atrial com balão.
- b) Tetralogia de Fallot – prostaglandina E1.
- c) Atresia pulmonar – prostaglandina E1.
- d) Tronco arterioso – vasodilatadores pulmonares.

26. Paciente de 80 anos, hipertensa, com FA persistente, em uso de Varfarina com INR 2,8, sofre queda com traumatismo cranioencefálico leve, mas mantém consciente. TC de crânio sem sangramento. Qual a conduta em relação à Varfarina?

- a) Manter Varfarina, pois INR está terapêutico.
- b) Suspender Varfarina por 7 dias e reiniciar sem vitamina K.
- c) Suspender Varfarina e administrar vitamina K 10 mg IV.
- d) Trocar varfarina por apixabana.

27. Em um paciente internado com IC descompensada, hiponatremia, (Na 125 mEq/L), após 48h de furosemida venosa, qual a droga que pode ser associada para melhorar a congestão e corrigir o sódio?

- a) Hidroclorotiazida.
- b) Cloreto de sódio hipertônico isolado.
- c) Tolvaptana.
- d) Espironolactona em alta dose.

28. Homem de 60 anos com síncope durante esforço físico. ECO mostra estenose aórtica grave, (área 0,9 cm², gradiente médio 50 mmHg, velocidade máxima 4,5 m/s). FE 60%. O tratamento mais adequado é:

- a) Observação com ECO anual.
- b) Valvoplastia aórtica com balão.
- c) Troca valvar aórtica cirúrgica eletiva.
- d) Implante de CDI para prevenção de morte súbita.

29. Paciente de 48 anos, com pericardite aguda recorrente, em uso de Colchicina e Prednisona. Apesar disso, tem novo episódio de dor pleurítica e atrito pericárdico. ECO: derrame moderado. Qual o próximo passo?

- a) Drenagem percutânea do derrame.
- b) Pericardiectomia.
- c) Suspende Colchicina e iniciar AINE.
- d) Adicionar azatioprina ou metotrexato.

30. Homem de 30 anos, com morte súbita do irmão aos 25 anos, assintomático. ECG: ondas T invertidas em V1-V4, QRS normal, intervalo QT corrigido 490 ms. A hipótese mais provável e a conduta inicial são:

- a) Síndrome de Brugada - implante de CDI.
- b) Miocardiopatia arritmogênica do VD - ressonância cardíaca.
- c) Síndrome do QT longo - betabloqueador.
- d) Taquicardia ventricular catecolaminérgica - flecainida.

RASCUNHO.