

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

EDITAL N.º 02/2026.

PROVA OBJETIVA.

ESPECIALIDADE: MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA.

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 seps. 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) Linfocitoma 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 GASTROENTEROLOGISTA.

16. Paciente de 45 anos, com disfagia progressiva para sólidos e líquidos há 6 meses, associada à regurgitação de alimentos não digeridos e perda ponderal de 8 kg. Esofagograma mostra dilatação do corpo esofágico com afilamento em "bico de pássaro" na junção esofagogástrica. Qual o diagnóstico e o tratamento inicial de escolha?

- a) Esclerodermia esofagiana – inibidor de bomba de prótons.
- b) Espasmo esofágico difuso – inibidores da fosfodiesterase.
- c) Estenose péptica – dilatação por balão.
- d) Acalasia – dilatação pneumática endoscópica.

17. Homem de 58 anos, etilista pesado, com dor epigástrica, náuseas e vômitos. Exame físico: icterícia, dor à palpação profunda de hipocôndrio direito, febre 38,5°C. Laboratório: bilirrubina total 4,2 mg/dL, (direta 3,1 mg/dL), FA 380 U/L, GGT 520 U/L, TGO/TGP 80/75 U/L. USG: via biliar extra-hepática dilatada, (colédoco 12 mm), com cálculo impactado na papila. Qual é o melhor

tratamento inicial?

- a) Colecistostomia percutânea.
- b) Antibioticoterapia por 7 dias e depois colecistectomia.
- c) Colectomia laparoscópica imediata.
- d) Endoscopia retrógrada colangiopancreatografia, (CPRE), com esfínterectomia.

18. Mulher de 35 anos, com diarreia líquida aquosa, há 4 semanas, sem sangue ou muco, 6-8 evacuações/dia, com piora após refeições. Reflete perda de 5 kg. Negou uso de antibióticos recentes. Exame físico normal. Colonoscopia com biópsias: lâmina própria com aumento de linfócitos intraepiteliais, (>25/100 enterócitos), sem arquitetura distorcida. Sorologia anti-transglutaminase IgA muito elevada. Qual a hipótese e conduta?

- a) Enteropatia por AINE – suspender medicamento suspeito.
- b) Giardíase – Metronidazol.
- c) Doença de Crohn – iniciar corticosteroide.
- d) Doença celíaca – dieta isenta de glúten.

19. Paciente de 62 anos com cirrose hepática Child-Pugh B, (albumina 2,8 g/dL, bilirrubina 2,5 mg/dL, ascite moderada, sem encefalopatia, RNI 1,6). Apresenta hematótese volumosa. EDA: varizes esofágicas grau III com red spot ativo. Qual a primeira conduta?

- a) Terlipressina + antibioticoprofilaxia.
- b) TIPS, (shunt portossistêmico intra-hepático transjugular).
- c) Ligadura elástica endoscópica.
- d) Balão de Sengstaken-Blakemore.

20. Mulher de 28 anos, com dor abdominal em cólica, distensão, constipação alternando com diarreia, sem perda de peso ou sinais de alarme, há 9 meses. Exame físico normal. Sorologias normais. Colonoscopia normal. Qual o procedimento mais adequado?

- a) Diagnóstico de síndrome do intestino irritável. (SII); tratar sintomas.
- b) Biópsias de delgado para Doença Celíaca.
- c) Videocápsula endoscópica.
- d) Ressonância de intestino delgado para Doença de Crohn.

21. Homem de 55 anos, com Pancreatite Aguda Biliar grave, internado na UTI. Na evolução, após 10 dias, apresenta piora da dor abdominal, distensão, febre alta, (39°C), leucocitose com desvio. TC com contraste: coleção líquida peripancreática mal definida, contendo bolhas de gás. Qual a conduta?

- a) Suporte clínico apenas, com nutrição parenteral.
- b) Colectomia direita.
- c) Antibioticoterapia e drenagem percutânea guiada por TC.
- d) Pancreatoduodenectomia.

22. Paciente de 68 anos, dispepsia não investigada há 3 meses, sem sinais de alarme. Fez teste não invasivo para H. pylori positivo. Tratamento erradicado com amoxicilina, claritromicina e IBP por 14 dias. Persiste com queimação epigástrica. Qual o procedimento correto?

- a) Aumentar a dose do IBP para 2x/dia por 8 semanas.
- b) Endoscopia digestiva alta com biópsia.
- c) Teste de ureia expirada para H. pylori.
- d) Associar Procinético, (Domperidona).

23. Homem de 35 anos, com úlcera duodenal recidivada, apesar de IBP em dose plena e erradicação

do *H. pylori* comprovada por teste da ureia expirada negativo. Negou uso de AINE ou aspirina. Dosagem de gastrina sérica: 850 pg/mL (normal <100). O que deve ser feito?

- a) Cintilografia com octreotídeo para tumor neuroendócrino.
- b) Ressonância de abdome.
- c) Suspender IBP e repetir gastrina.
- d) Endoscopia com biópsia de duodeno e antro.

24. Paciente de 72 anos, com hematoquezia indolor. Colonoscopia: divertículos no cólon esquerdo, sem sangramento ativo. Qual a conduta imediata?

- a) AngioTC de abdome.
- b) Tratamento conservador e alta com orientação.
- c) Colectomia eletiva.
- d) Colonoscopia repetida com preparo otimizado.

25. Mulher de 25 anos, com diarreia sanguinolenta, muco e urgência evacuatória, associada à dor abdominal, há 2 semanas. Negou uso de antibióticos. Colonoscopia: mucosa retal contínua, eritematosa, friável, com erosões superficiais do reto ao sigmoide. Biópsia: infiltrado inflamatório crônico na lâmina própria, criptas distorcidas e abscesso de cripta. Qual o diagnóstico e tratamento inicial da doença leve?

- a) Doença de Crohn – Mesalazina oral.
- b) Doença de Behçet – Corticoide.
- c) Colite infecciosa por *Shigella* – Ciprofloxacino.
- d) Retocolite ulcerativa – Mesalazina tópica, (Supositório/Enema).

26. Paciente de 60 anos, cirrótico, (Child-Pugh C), com ascite refratária a diuréticos, (Furosemida + Espironolactona em doses máximas). Creatinina 1,8 mg/dL, sódio urinário <10 mEq/L. Qual o próximo passo mais indicado?

- a) Paracentese de alívio de repetição + Albumina.
- b) Dobrar dose de Espironolactona.
- c) Transplante hepático imediato.
- d) TIPS, (shunt portossistêmico intra-hepático transjugular).

27. Mulher de 42 anos, com epigastralgia pós-prandial, plenitude, náuseas. EDA normal. Teste de esvaziamento gástrico com cintilografia: retenção de 25% às 4 horas, (normal <10%). O diagnóstico e o tratamento de primeira linha são:

- a) Gastroparesia: dieta + Procinético, (Metoclopramida).
- b) Úlcera péptica – IBP.
- c) Gastrite eosinofílica – Corticoide.
- d) Dispepsia funcional – Procinético, (Domperidona).

28. Paciente de 70 anos com hemorragia digestiva alta varicosa tratada com ligadura há 3 meses, sem novo sangramento. Em profilaxia secundária, qual medicação deve ser associada?

- a) Octreotida subcutânea.
- b) Ácido ursodesoxicólico.
- c) Omeprazol.
- d) Propranolol.

29. Mulher de 55 anos com dor em hipocôndrio direito, febre, calafrios. USG: vesícula distendida, parede espessada, (6 mm), com sinal de Murphy ecográfico, presença de cálculo impactado no infundíbulo. A melhor conduta é:

- a) Antibioticoterapia e aguardar 6 semanas para colecistectomia.
- b) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.
- c) Colecistectomia laparoscópica eletiva.
- d) Antibioticoterapia + colecistectomia de urgência.

30. Paciente de 45 anos, com esteatorreia, (fezes claras, gordurosas, malcheirosas), perda de peso, distensão abdominal. Teste do hidrogênio expirado positivo para supercrescimento bacteriano (SIBO). Qual o tratamento de primeira linha e duração?

- a) Ciprofloxacino + Metronidazol, por 7 dias.
- b) Rifaximina 1200 mg/dia, por 14 dias.
- c) Amoxicilina + clavulanato, por 28 dias.
- d) Metronidazol isolado, por 10 dias.

RASCUNHO.