

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

**EDITAL N.º 02/2026.**

**PROVA OBJETIVA.**

**ESPECIALIDADE: MÉDICO PLANTONISTA 24 HORAS - 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. 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, SatO<sub>2</sub> 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/mm<sup>3</sup> (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/1,73m<sup>2</sup>). 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 PLANTONISTA 24 HORAS - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.**

**16. Um paciente masculino de 68 anos, hipertenso, com histórico de cardiopatia isquêmica, apresentando ritmo sinusal em ECG prévio, chega ao pronto-socorro com precordialgia, palpitações intensas e dispneia súbita. PA 78X46mmHg, FC 167bpm. ECG: ritmo irregular, ausência de ondas P, QRS estreito. Diante da principal hipótese diagnóstica, qual é a melhor conduta imediata?**

- a) Administrar Adenosina 6 mg IV em bolus rápido.
- b) Administrar Amiodarona IV em bolus.
- c) Administrar Metoprolol IV.
- d) Realizar cardioversão elétrica sincronizada imediata.

**17. Um homem de 29 anos é trazido ao pronto-socorro após colisão motociclística de alta energia. Encontra-se agitado, taquipneico e refere intensa dor torácica à direita. Durante a**

**avaliação primária, apresenta: FC 142bpm, PA 82/48 mmHg, FR 30irpm. Ao exame físico: ingurgitamento de veia jugular, desvio traqueal à esquerda, murmúrio vesicular abolido em hemitórax direito e hipertimpanismo à percussão no lado direito. Qual é o diagnóstico mais provável?**

- a) Tromboembolismo pulmonar maciço.
- b) Tamponamento cardíaco traumático.
- c) Pneumotórax hipertensivo.
- d) Pneumotórax simples.

**18. Um homem de 64 anos, com histórico de insuficiência cardíaca e doença renal crônica, sofre colapso súbito durante internação hospitalar. A equipe de resposta rápida inicia atendimento imediatamente. Na avaliação: paciente inconsciente, sem responsividade; ausência de pulso carotídeo. Monitor cardíaco demonstra ritmo organizado com complexos QRS largos a 40 bpm. Não há pulso palpável correspondente ao ritmo no monitor. Após confirmação do ritmo, qual é a conduta mais adequada?**

- a) Realizar cardioversão sincronizada imediata e administrar Amiodarona 300 mg IV.
- b) Realizar desfibrilação imediata em 200 J e reiniciar RCP após choque.
- c) Administrar Atropina 1 mg IV e aguardar reversão espontânea do ritmo.
- d) Iniciar RCP de alta qualidade, administrar Epinefrina 1 mg IV/IO a cada 3-5 minutos e investigar causas reversíveis.

**19. Uma mulher de 63 anos, previamente independente, é levada ao pronto-socorro após início súbito de dificuldade para falar e fraqueza em hemicorpo direito enquanto tomava café com a família. Segundo o acompanhante, os sintomas começaram há, aproximadamente, 2 hora e 20 minutos. Na admissão: PA: 168/94 mmHg; FC: 88 bpm, FR: 18 irpm, saturação: 97% em ar ambiente, glicemia capilar: 108 mg/dL. Ao exame neurológico: desvio de rima labial à esquerda; força grau 2/5 em membro superior e inferior direitos; afasia motora. Tomografia de crânio sem contraste realizada, imediatamente, não demonstra sinais de hemorragia intracraniana. Qual é a conduta mais apropriada neste momento?**

- a) Iniciar Heparina intravenosa contínua para reduzir risco de progressão trombótica.
- b) Administrar Alteplase na dose de 0,9 mg/kg IV, (máximo de 90 mg), sendo 20% em bolus inicial e o restante infundido em 40 minutos.
- c) Administrar Alteplase na dose de 0,9 mg/kg IV, (máximo 90 mg), sendo 10% em bolus inicial e o restante infundido em 60 minutos, após confirmação de elegibilidade.
- d) Administrar Ácido Acetilsalicílico imediatamente e observar evolução clínica nas próximas 24 horas.

**20. Uma mulher de 30 anos, gestante de 35 semanas, previamente hígida, é admitida no departamento de emergência, após episódio súbito de dispneia intensa seguido de colapso circulatório. Ao exame inicial, apresenta-se inconsciente, sem movimentos respiratórios espontâneos e sem pulso palpável em grandes artérias. O monitor cardíaco demonstra atividade elétrica organizada sem débito circulatório detectável. São iniciadas, imediatamente, compressões torácicas de alta qualidade, ventilação com dispositivo bolsa-válvula-máscara, deslocamento manual uterino para a esquerda e administração de Adrenalina conforme protocolo. Durante o atendimento, observa-se que a altura uterina encontra-se, claramente, acima da cicatriz umbilical. Após breve reavaliação do cenário, a equipe assistente considera baixa probabilidade de reversão imediata da causa da parada cardiorrespiratória. À luz das recomendações atuais de suporte avançado de vida cardiovascular, qual é a conduta mais apropriada?**

- a) Prosseguir, exclusivamente, com manobras de ressuscitação por quatro minutos completos antes de qualquer consideração sobre intervenção obstétrica, uma vez que este é o tempo mínimo obrigatório

para tentativa de retorno circulatório espontâneo materno.

b) Considerar de forma imediata a realização de cesariana de ressuscitação no próprio local do atendimento, sem aguardar, passivamente, intervalo temporal predeterminado, diante da ausência de retorno circulatório precoce e da baixa expectativa de reversão imediata.

c) Aguardar confirmação ultrassonográfica de viabilidade fetal antes de indicar procedimento obstétrico invasivo, visto que o principal objetivo da cesariana perimortem é a preservação fetal.

d) Transferir, imediatamente, a paciente ao centro cirúrgico para eventual procedimento obstétrico, pois a cesariana de ressuscitação somente deve ocorrer em ambiente cirúrgico adequado.

**21. Um homem de 58 anos é admitido no departamento de emergência, após apresentar movimentos tônico-clônicos generalizados iniciados há aproximadamente oito minutos, sem recuperação do nível de consciência desde o início do quadro. Familiares negam história prévia de epilepsia, mas relatam etilismo crônico e suspensão abrupta do consumo alcoólico há dois dias. Ao exame físico, o paciente permanece em atividade convulsiva, com mordedura de língua, sialorreia intensa e respiração irregular. Após instituição de oxigenoterapia suplementar, monitorização contínua, proteção de vias aéreas e obtenção de acesso venoso periférico, foi administrado Diazepam intravenoso, sem resolução da crise convulsiva após dose adequada. Qual deve ser a próxima conduta mais apropriada?**

a) Aguardar dez minutos de atividade convulsiva contínua antes de iniciar tratamento medicamentoso, para caracterização formal de estado de mal epiléptico.

b) Administrar droga antiepiléptica de segunda linha intravenosa, como Fenitoína, Fosfenitoína, Levetiracetam ou Valproato, por tratar-se de crise convulsiva refratária à terapia inicial.

c) Suspender, momentaneamente, o tratamento farmacológico e solicitar tomografia computadorizada de crânio antes de novas intervenções, para investigação etiológica.

d) Repetir sucessivas doses de Benzodiazepínico, indefinidamente, até cessação completa da atividade convulsiva, devido ao seu melhor perfil de segurança hemodinâmica.

**22. Um homem de 42 anos é levado ao pronto-socorro após ser encontrado confuso em casa, ao lado de frascos vazios de um inseticida agrícola. Na admissão, apresenta sudorese intensa, miose puntiforme, sialorreia, broncorreia, bradicardia, (FC 48 bpm), hipotensão e fasciculações musculares difusas. Evolui com rebaixamento do nível de consciência e insuficiência respiratória. Gasometria arterial: pH 7,28 / pCO<sub>2</sub> 52 mmHg / HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 24 mEq/L. Colinesterase plasmática: significativamente reduzida. Após medidas iniciais de suporte, é administrado antídoto específico. Com base no quadro clínico e na fisiopatologia da intoxicação, assinale a alternativa certa.**

a) A Atropina deve ser titulada até reversão da miose, sendo este o principal parâmetro de eficácia terapêutica.

b) O uso de Benzodiazepínicos está contraindicado, devido ao risco de depressão respiratória adicional.

c) Pralidoxima é mais eficaz quando administrada precocemente, antes do “envelhecimento, (ligação irreversível),” da enzima acetilcolinesterase.

d) A bradicardia é mediada predominantemente por receptores nicotínicos, justificando o uso prioritário de bloqueadores neuromusculares.

**23. Um homem de 34 anos é admitido no pronto-socorro após acidente automobilístico de alta energia. Na avaliação inicial: FC: 108 bpm; PAS: 110 mmHg; Saturação: 98% em ar ambiente; Glasgow: 15. Sem sinais evidentes de sangramento externo. Após 20 minutos, mantém-se consciente, porém, com discreta palidez cutânea. Novo conjunto de sinais vitais: FC: 112 bpm e PAS: 108 mmHg. É calculado o Shock Index, (SI = FC/PAS). Com base nas evidências atuais sobre o uso do Shock Index na identificação precoce de choque hipovolêmico, aponte a**

**alternativa correta.**

- a) Valores de SI  $\geq 0,9-1,0$  estão associados a maior risco de necessidade de intervenção hemostática e pior prognóstico, mesmo na ausência de hipotensão.
- b) Um SI  $< 1,0$  descarta de forma confiável choque hipovolêmico em pacientes jovens.
- c) O SI é pouco útil na fase inicial do trauma, pois só se altera após queda significativa da pressão arterial.
- d) O SI tem menor sensibilidade que a pressão arterial isolada para detectar choque compensado.

**24. Um homem de 45 anos é admitido após atropelamento. Na avaliação inicial: FC: 122 bpm, PAS: 88 mmHg, FR: 26 irpm, Lactato: 6,0 mmol/L, Temperatura: 35,2°C e FAST, (Focused Assessment with Sonography for Trauma), positivo para líquido livre abdominal. Durante a abordagem, são iniciadas medidas de ressuscitação com hemocomponentes e controle de via aérea. Após 30 minutos, o paciente mantém instabilidade hemodinâmica e evolui com sangramento difuso em acessos venosos e sítios de punção. Considerando-se as evidências atuais do manejo do choque hemorrágico, marque a alternativa correta.**

- a) A coagulopatia no trauma é, exclusivamente, dilucional, decorrente da reposição volêmica.
- b) A acidose metabólica melhora espontaneamente com reposição volêmica, não sendo necessária intervenção específica.
- c) A hipotermia leve, (35–36°C), não tem impacto clínico na coagulação.
- d) O controle precoce da hemorragia associado à correção simultânea de hipotermia, acidose e coagulopatia é fundamental para reduzir mortalidade.

**25. Um homem de 64 anos, hipertenso e diabético, dá entrada no pronto-socorro com dor torácica típica, há 1 hora. O eletrocardiograma evidencia supra de ST em parede inferior. É encaminhado imediatamente para angioplastia primária. Durante o atendimento inicial, recebe AAS, anticoagulação e um inibidor de P2Y12. A cineangiocoronariografia evidencia oclusão de artéria coronária direita, sendo realizada angioplastia com implante de stent. No pós-procedimento imediato, encontra-se estável, sem dor, Killip I. Tendo em vista as recomendações atuais sobre o manejo do infarto agudo do miocárdio, assinale a alternativa correta.**

- a) A dupla antiagregação plaquetária deve ser mantida por pelo menos 12 meses, salvo contraindicações.
- b) O uso de Morfina é recomendado, rotineiramente, para todos os pacientes com IAM, devido ao seu efeito anti-isquêmico.
- c) O uso rotineiro de oxigênio suplementar está indicado, independentemente da saturação de oxigênio.
- d) Betabloqueadores intravenosos devem ser administrados, rotineiramente, a todos os pacientes na admissão, independentemente do estado hemodinâmico.

**26. Um homem de 63 anos é levado ao pronto-socorro com queixa de dispneia progressiva, piora importante nas últimas 48 horas e sensação de “fraqueza extrema”. Nega dor torácica típica. Histórico de neoplasia pulmonar avançada em tratamento paliativo. Ao exame físico: PA: 84/56 mmHg, FC: 128 bpm, FR: 30 irpm, SpO<sub>2</sub>: 94% em ar ambiente, turgência jugular importante em repouso, bulhas cardíacas hipofonéticas, extremidades frias e sudoreicas. Observa-se queda da pressão sistólica de 13 mmHg durante a inspiração espontânea. Eletrocardiograma: baixa voltagem difusa e discreta alternância do complexo QRS. Ecografia à beira-leito demonstra coleção líquida ao redor do coração associada a colapso diastólico intermitente de câmaras direitas. Considerando-se as evidências atuais sobre a fisiopatologia e o diagnóstico por imagem dessas condições, marque a alternativa correta.**

- a) O pulso paradoxal reflete variações respiratórias da interação coração–pulmão e pode ocorrer antes de colapso circulatório completo.

- b) A presença de derrame pericárdico volumoso é suficiente para explicar o quadro clínico, independentemente de repercussão hemodinâmica.
- c) O colapso diastólico de câmaras direitas ao ecocardiograma é um achado tardio e ocorre apenas após parada circulatória iminente.
- d) A baixa voltagem no ECG é o achado mais específico e definitivo para diagnóstico etiológico do quadro.

**27. Um homem de 69 anos, portador de DPOC GOLD III e tabagista de longa data, procura o pronto-socorro com piora progressiva da dispneia há cerca de 48 horas, associada a aumento da tosse e expectoração purulenta. Ao exame, encontra-se com frequência respiratória de 32 irpm, frequência cardíaca de 108 bpm, pressão arterial de 138/82 mmHg, saturação de oxigênio de 84% em ar ambiente, uso de musculatura acessória leve a moderado, sibilância difusa, está consciente, orientado, colaborativo e sem rebaixamento do nível de consciência. Gasometria arterial em oxigênio por máscara de Venturi a 28% evidencia pH de 7,28, PaCO<sub>2</sub> de 62 mmHg, PaO<sub>2</sub> de 60 mmHg e bicarbonato de 30 mEq/L. Após início de broncodilatadores inalatórios de curta ação, corticosteroide sistêmico e antibiótico, o paciente mantém-se hemodinamicamente estável, sem sinais de piora clínica imediata. Tendo em conta as recomendações atuais do Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, (GOLD), para exacerbação aguda de DPOC, assinale a alternativa correta.**

- a) A intubação orotraqueal deve ser realizada imediatamente, pois qualquer grau de acidose respiratória em paciente com DPOC caracteriza falência ventilatória.
- b) A ventilação não invasiva está contraindicada na presença de hipercapnia, sendo indicada intubação orotraqueal imediata como primeira escolha.
- c) A ventilação não invasiva só está indicada em casos com pH inferior a 7,25, independentemente do estado clínico do paciente.
- d) Deve-se iniciar ventilação não invasiva como primeira linha, pois há acidose respiratória moderada associada à hipercapnia, com paciente cooperativo e sem contraindicações, situação em que há evidência de redução de necessidade de intubação e de mortalidade.

**28. Homem de 32 anos é levado ao pronto-socorro após colisão automobilística de alta energia. Segundo o resgate, houve necessidade de retirada prolongada do veículo e o paciente foi encontrado inconsciente no local. Na admissão, apresenta respiração ruidosa e superficial, frequência respiratória de 10 irpm, frequência cardíaca de 132 bpm, pressão arterial de 80/50 mmHg e saturação de oxigênio de 86% em ar ambiente. Ao exame, observa-se assimetria da expansibilidade torácica com áreas sugestivas de instabilidade da parede torácica e grande sangramento ativo em membro inferior direito. Diante desse cenário, qual deve ser a conduta inicial mais adequada e prioritária, segundo os princípios atuais do atendimento ao politraumatizado?**

- a) Considerar, inicialmente, a descompressão imediata de possível causa torácica obstrutiva, como pneumotórax hipertensivo, concomitante à avaliação da via aérea, dada a presença de assimetria ventilatória e instabilidade hemodinâmica.
- b) Realizar tomografia de corpo inteiro logo na admissão para definição das lesões e, a partir disso, direcionar as intervenções de forma mais precisa.
- c) Priorizar a estabilização da via aérea com proteção cervical, pois a respiração ruidosa associada a rebaixamento do nível de consciência sugere alto risco de perda da via aérea nos próximos minutos.
- d) Controlar primeiro o sangramento evidente do membro inferior e iniciar reposição volêmica agressiva.

**29. Um homem de 27 anos é trazido ao pronto-socorro após ser encontrado em estado de agitação intensa durante um evento social. Segundo acompanhantes, iniciou, subitamente, com**

**inquietação psicomotora, sudorese intensa e fala acelerada, evoluindo rapidamente para confusão e comportamento desorganizado. Na admissão, encontra-se extremamente agitado, com tremores difusos, frequência cardíaca de 148 bpm, pressão arterial de 172/96 mmHg, temperatura de 39,2°C e pupilas dilatadas bilateralmente. Observa-se hiperatividade neuromuscular com tremores e movimentos involuntários, além de pele quente e úmida. Considerando-se os principais quadros de intoxicação aguda e suas síndromes toxicológicas, qual é a hipótese mais provável?**

- a) Intoxicação por depressores do sistema nervoso central.
- b) Intoxicação por substância serotoninérgica.
- c) Intoxicação por bloqueador muscarínico.
- d) Intoxicação por inibidor de acetilcolinesterase.

**30. Um homem de 71 anos é levado ao pronto-socorro por familiares devido à confusão mental e prostração importante iniciadas há cerca de 18 horas. Ele é portador de doença renal crônica e Diabetes Mellitus tipo 2. Nos últimos dias, vinha apresentando tosse produtiva, porém, evoluiu com piora progressiva do estado geral e recusa alimentar. Na admissão, encontra-se sonolento, pouco responsivo, com extremidades frias, tempo de enchimento capilar de aproximadamente 5 segundos, frequência cardíaca de 118 bpm, pressão arterial de 82/48 mmHg, frequência respiratória de 30 irpm e saturação periférica de oxigênio de 92% em ar ambiente. Exames laboratoriais iniciais evidenciam lactato de 5,2 mmol/L, leucocitose de 17.800/mm<sup>3</sup> e creatinina de 2,6 mg/dL, (desconhecido valor basal). Tendo em vista o quadro clínico e as recomendações atuais para abordagem inicial da sepse, assinale a alternativa verdadeira.**

- a) A reposição volêmica deve ser guiada, exclusivamente, pela normalização da pressão arterial, independentemente do lactato ou sinais de hipoperfusão .
- b) A ressuscitação inicial deve incluir infusão precoce de Cristaloide em volume aproximado de 30 mL/kg, associada à introdução de vasopressor caso a hipotensão persista durante ou após a reposição volêmica inicial.
- c) A administração de antibiótico deve ser postergada até a completa estabilização hemodinâmica, para evitar interferência na interpretação de culturas.
- d) O uso de vasopressores deve ser evitado nas primeiras 6 horas de atendimento, mesmo em casos de hipotensão persistente, devido ao risco de vasoconstrição periférica excessiva.

**RASCUNHO.**