

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

EDITAL N.º 05/2026.

PROVA OBJETIVA.

ESPECIALIDADE: MÉDICO ANGIOLOGISTA.

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 adesão 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 infradesnívelamento difuso do segmento ST e ondas U proeminentes nas derivações precordiais, com aparente prolongamento do intervalo QT. Exames laboratoriais: $K^+ = 2,3 \text{ mEq/L}$, $Mg^{2+} = 1,4 \text{ mg/dL}$, $Na^+ = 137 \text{ mEq/L}$ e creatinina = $1,4 \text{ mg/dL}$. 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 arritmico desse paciente?

- a) A hipocalcemia, 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 hipocalcemia produz, predominantemente, atraso da condução intraventricular, justificando o infradesnívelamento 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 movimentava 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. Homem, 62 anos, tabagista, hipertenso e dislipidêmico, em acompanhamento ambulatorial por aneurisma de artéria poplítea direita com 2,5 cm de diâmetro, assintomático. Ao exame físico, apresenta pulsos periféricos palpáveis e ausência de sinais de isquemia aguda. O paciente relata diagnóstico, há 1 ano, de Aneurisma de Aorta Abdominal, (AAA), de 4,8 cm, em acompanhamento em outro serviço. Considerando-se esse quadro e os princípios atuais de avaliação dos aneurismas arteriais periféricos, determine a alternativa correta.

a) O acompanhamento de pacientes com aneurisma poplíteo deve priorizar a evolução do diâmetro arterial, enquanto a presença de trombo intraluminal apresenta menor relevância na estimativa do risco de eventos tromboembólicos

b) O controle dos fatores de risco cardiovasculares constitui a principal intervenção para aneurismas poplíteos, com tratamento invasivo reservado para lesões sintomáticas ou com diâmetro superior a 4,0 cm.

c) A presença de aneurisma poplíteo deve ser considerada na avaliação global do paciente, com investigação de aneurismas em outros territórios arteriais, especialmente na aorta abdominal.

d) O aneurisma poplíteo assintomático com 2,5 cm de diâmetro apresenta indicação de tratamento eletivo devido ao risco de eventos tromboembólicos durante sua evolução.

17. A hemostasia resulta da interação entre mecanismos pró-coagulantes, anticoagulantes e fibrinolíticos, mantendo o equilíbrio necessário à preservação da integridade vascular. Sobre a hemostasia e a coagulação sanguínea, assinale a alternativa incorreta.

- a) A Proteína C é um anticoagulante natural que, quando ativada, promove a inativação dos fatores Va e VIIIa, reduzindo a geração de trombina.
- b) O Celecoxibe apresenta potencial efeito pró-trombótico, devendo a relação risco-benefício ser considerada em pacientes com doença cardiovascular.
- c) A Antitrombina é um anticoagulante natural produzido principalmente pelo fígado, capaz de inibir a atividade da trombina, (IIa) e dos fatores IXa e Xa, com sua ação potencializada pela Heparina.
- d) A Proteína S, cofator da Proteína C ativada, participa da inativação dos fatores Va e VIIIa e atua diretamente na conversão do plasminogênio em plasmina, contribuindo para a fibrinólise.

18. Sobre a hemostasia primária, indique a alternativa incorreta.

- a) O Fator de Von Willebrand (FVW), originado da lesão endotelial, ocasiona adesão plaquetária ao endotélio.
- b) As plaquetas apresentam morfologia discoide na circulação e esférica durante a hemostasia, com 1 a 3 micrômetros de diâmetro e tempo de vida que varia de 5 a 10 dias.
- c) Trombina, PAF e tromboxano A₂ são considerados agonistas plaquetários clássicos.
- d) Produzido por plaquetas ativadas, o tromboxano A₂ aumenta a agregação e a ativação plaquetária e possui propriedades pró-trombóticas.

19. Tendo em vista os principais fatores associados ao desenvolvimento de tromboembolismo venoso, (TEV), assinale a alternativa que reúne condições que não são reconhecidas como fatores de risco estabelecidos para tromboembolismo venoso.

- a) Neoplasia ativa, cirurgia de grande porte e antecedente pessoal de tromboembolismo venoso.
- b) Presença de cateter venoso central, imobilização prolongada e hospitalização recente.
- c) Hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e diabetes mellitus.
- d) Uso de tamoxifeno, terapia hormonal contendo estrogênio e exposição a agentes imunomoduladores, como lenalidomida e talidomida.

20. Sobre a hemostasia, marque a alternativa incorreta.

- a) A disfunção renal pode reduzir a eliminação de heparinas de baixo peso molecular, aumentando a exposição à Enoxaparina, especialmente, em pacientes com depuração de creatinina inferior a 30 mL/minuto.
- b) Pacientes com comprometimento hepático em grau elevado podem apresentar prolongamento do tempo de protrombina e elevação do INR, em decorrência da redução da síntese hepática de fatores de coagulação.
- c) A Protamina é utilizada na reversão do efeito anticoagulante da heparina não fracionada, apresentando capacidade semelhante de neutralização quando comparada à sua ação sobre as heparinas de baixo peso molecular.
- d) A presença da variante genética da protrombina G20210A está associada à elevação dos níveis plasmáticos de protrombina e ao aumento do risco de tromboembolismo venoso.

21. Um paciente de 75 anos, com 80 kg, portador de fibrilação atrial e STEMI, (ST-elevation myocardial infarction), encontra-se em uso terapêutico de Enoxaparina 80 mg por via subcutânea, a cada 12 horas. Na avaliação laboratorial, apresenta creatinina sérica de 2,0 mg/dL, com depuração de creatinina estimada em 34 mL/minuto. Levando em conta a idade, o peso corporal e a função renal do paciente, assinale a alternativa que apresente a dose mais adequada de Enoxaparina para manutenção da anticoagulação terapêutica.

- a) Reduzir a dose para 60 mg por via subcutânea a cada 12 horas, considerando a idade do paciente e

a depuração de creatinina.

b) Reduzir a dose para 40 mg por via subcutânea a cada 24 horas, considerando a idade avançada e o comprometimento da função renal.

c) Manter a dose de 80 mg a cada 12 horas, pois a depuração de creatinina acima de 30 mL/minuto não requer ajuste da dose terapêutica.

d) Reduzir a dose para 60 mg por via subcutânea a cada 24 horas, considerando a idade do paciente e a depuração de creatinina inferior a 50 mL/minuto.

22. Paciente de 68 anos, com diagnóstico de fibrilação atrial não valvar, apresenta indicação de anticoagulação terapêutica para prevenção de eventos tromboembólicos. Ele pesa 55 kg e faz uso eventual de produtos fitoterápicos. Tendo em vista os mecanismos de ação, as interações medicamentosas e os fatores associados ao risco de sangramento, assinale a alternativa incorreta.

a) O uso concomitante de Ginkgo biloba com Varfarina pode aumentar o risco de complicações hemorrágicas.

b) No caso descrito, caracterizado por alto risco tromboembólico, a heparina de baixo peso molecular pode ser associada à terapia cumarínica durante a transição para a anticoagulação oral, até que seja atingida a faixa terapêutica de INR entre 2 e 3,5.

c) A heparina de baixo peso molecular, assim como medicamentos como Rivaroxabana e Edoxabana, atuam reduzindo a atividade do fator de coagulação Xa.

d) Pacientes do sexo feminino com peso inferior a 45 kg e do sexo masculino com peso inferior a 57 kg apresentam maior risco de complicações hemorrágicas, durante o tratamento anticoagulante.

23. Um paciente de 85 kg é admitido no serviço de emergência com início súbito de hemiparesia direita, afasia e assimetria facial. Segundo familiares, os sintomas tiveram início há 2 horas e 30 minutos. A tomografia computadorizada de crânio não demonstra hemorragia intracraniana. Após avaliação dos demais critérios de elegibilidade, a equipe médica considera indicada a trombólise intravenosa com Alteplase. Considerando-se a janela terapêutica e o esquema de administração da alteplase no acidente vascular cerebral isquêmico agudo, assinale a alternativa correta.

a) O paciente está dentro da janela terapêutica para trombólise intravenosa. A dose indicada é de 0,9 mg/kg, totalizando 76,5 mg, com administração de 15,3 mg em bolus durante 1 minuto, seguida da infusão dos 61,2 mg restantes durante 120 minutos.

b) O paciente está dentro da janela terapêutica para trombólise intravenosa. A dose indicada é de 0,9 mg/kg, totalizando 76,5 mg, com administração de 7,65 mg em bolus durante 1 minuto, seguida da infusão dos 68,85 mg restantes durante 60 minutos.

c) O paciente está dentro da janela terapêutica para trombólise intravenosa. A dose indicada é de 1 mg/kg, totalizando 85 mg, com administração de 8,5 mg em bolus durante 1 minuto, seguida da infusão dos 76,5 mg restantes durante 60 minutos.

d) O paciente está dentro da janela terapêutica para trombólise intravenosa. A dose indicada é de 0,9 mg/kg, totalizando 76,5 mg, com administração de 22,95 mg em bolus durante 5 minutos, seguida da infusão dos 53,55 mg restantes durante 60 minutos.

24. Um homem de 58 anos, previamente hígido, apresenta dispneia súbita, dor torácica e síncope. Ao exame, encontra-se sudoreico, taquicárdico, (FC 128 bpm), com pressão arterial de 78/46 mmHg e saturação de O₂ de 86% em ar ambiente. A angiotomografia de tórax evidencia extensa embolia pulmonar bilateral, com sinais de sobrecarga do ventrículo direito. Após avaliação dos riscos e benefícios, a equipe indica trombólise sistêmica com Alteplase.

Considerando-se o tratamento trombolítico do tromboembolismo pulmonar agudo, determine a alternativa certa.

- a) A Alteplase deve ser administrada na dose de 100 mg por via intravenosa em bolus, seguida de anticoagulação parenteral imediatamente após o término da administração.
- b) A Alteplase deve ser administrada na dose total de 100 mg por via intravenosa, em infusão contínua durante 2 horas, com posterior instituição ou retomada da anticoagulação parenteral conforme os parâmetros de coagulação.
- c) A Alteplase deve ser administrada na dose de 50 mg por via intravenosa em bolus, podendo-se repetir a mesma dose após 60 minutos, caso persista a instabilidade hemodinâmica.
- d) A Alteplase deve ser administrada na dose de 0,9 mg/kg por via intravenosa, com dose máxima de 90 mg, sendo 10% da dose administrada em bolus e o restante em infusão durante 60 minutos.

25. Um homem de 62 anos, com Diabetes Mellitus tipo 2 e neuropatia periférica, apresenta úlcera plantar no antepé direito, com 1,5 cm de diâmetro. Ao exame, observa-se eritema de aproximadamente 1 cm ao redor da lesão, secreção purulenta e ausência de sinais sistêmicos. Não há exposição óssea evidente. Os pulsos pedioso e tibial posterior são palpáveis. Tendo em vista a abordagem inicial da úlcera infectada no pé diabético, assinale a alternativa incorreta.

- a) O tratamento da infecção leve pode ser realizado com antibiótico sistêmico por via oral, direcionado aos principais cocos Gram-positivos envolvidos nas infecções de pele e tecidos moles.
- b) A coleta de material para cultura deve ser realizada, quando possível, por curetagem ou biópsia do tecido após o desbridamento, evitando-se a utilização de swab superficial como método preferencial.
- c) A presença de secreção purulenta na úlcera indica infecção moderada, sendo necessária antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro com cobertura para Gram-negativos e anaeróbios.
- d) O desbridamento dos tecidos desvitalizados e do calo periférico, associado ao cuidado adequado da ferida e a redução da sobrecarga mecânica, integra o tratamento da úlcera neuropática.

26. Uma mulher de 58 anos procura atendimento por febre, calafrios e dor na perna esquerda, iniciados há, aproximadamente, 24 horas. Ao exame, apresenta temperatura de 38,5 °C e área de eritema, calor, edema e dor na região anterior da perna esquerda, com limites nítidos e borda discretamente elevada, estendendo-se até a região próxima ao joelho. Não há flutuação, secreção purulenta, crepitação ou sinais de isquemia distal. Os pulsos pedioso e tibial posterior estão palpáveis. Considerando-se os achados clínicos e a avaliação vascular, marque a alternativa correta.

- a) O quadro é compatível com erisipela, sendo indicada antibioticoterapia com cobertura para estreptococos, associada a medidas como elevação do membro e controle da dor.
- b) A presença de edema e dor no membro inferior torna a trombose venosa profunda o diagnóstico mais provável, o que implica no início precoce da anticoagulação terapêutica antes da antibioticoterapia.
- c) A presença de edema e dor no membro inferior torna a trombose venosa profunda o diagnóstico mais provável, sendo a anticoagulação terapêutica a conduta inicial diante desse quadro.
- d) A ausência de alteração dos pulsos distais reduz a possibilidade de erisipela, tornando a insuficiência arterial periférica a principal hipótese diagnóstica.

27. Paciente de 64 anos, com diagnóstico estabelecido de erisipela, apresenta febre de 38,6 °C. Pesa 72 kg, encontra-se hemodinamicamente estável e não apresenta outras alterações clínicas relevantes. Considerando-se o tratamento antimicrobiano indicado para esse quadro, assinale a alternativa correta.

- a) A Clindamicina por via oral deve ser utilizada como tratamento inicial da erisipela, priorizando a cobertura simultânea de estreptococos e *Staphylococcus aureus*.
- b) A Penicilina constitui opção de primeira linha, podendo ser administrada por via oral ou intramuscular em casos não complicados.
- c) A Cefazolina por via intravenosa deve ser utilizada como tratamento inicial da erisipela, priorizando a

cobertura simultânea de estreptococos e *Staphylococcus aureus*.

d) O Sulfametoxazol-trimetoprima por via oral é uma opção de primeira linha, considerando a cobertura contra *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina.

28. Sobre o uso da Varfarina, identifique a alternativa errada.

a) Pacientes em tratamento com Varfarina devem interromper o consumo de alimentos ricos em vitamina K, como vegetais de folhas verdes escuras, para evitar a interação entre esses alimentos e o anticoagulante.

b) O uso concomitante de Varfarina e Omeprazol pode alterar o efeito anticoagulante em alguns pacientes, sendo recomendável acompanhamento do INR quando houver introdução ou retirada do medicamento.

c) Em pacientes com elevação do INR durante o tratamento com Varfarina, a administração de Fitomenadiona pode ser utilizada em situações selecionadas, considerando o grau de elevação do INR, a presença de sangramento e o risco hemorrágico individual.

d) A dose da Varfarina deve ser individualizada de acordo com a resposta do paciente, sendo o INR utilizado para orientar os ajustes terapêuticos. Para muitas indicações, a faixa terapêutica habitual situa-se entre 2,0 e 3,0, enquanto algumas situações clínicas específicas podem requerer faixa superior.

29. Um homem de 67 anos, internado após artroplastia de quadril há 5 dias, apresenta aumento do volume e dor na panturrilha esquerda. Ao exame, observa-se edema unilateral do membro inferior esquerdo. Diante da suspeita clínica de trombose venosa profunda, é solicitado Eco Doppler venoso dos membros inferiores.

A partir do método diagnóstico empregado nesse contexto, assinale a alternativa correta.

a) A ultrassonografia com Doppler permite avaliar a presença de trombo venoso por meio, entre outros achados, da análise da compressibilidade das veias e das características do fluxo venoso.

b) A venografia contrastada permanece como exame inicial de escolha para confirmação da trombose venosa profunda, enquanto o Eco Doppler é reservado para acompanhamento após o diagnóstico.

c) A compressibilidade venosa apresenta maior utilidade para a avaliação das veias superficiais, enquanto o Doppler espectral fornece os principais critérios para confirmação da trombose no sistema venoso profundo.

d) O Doppler colorido permite identificar alterações no preenchimento do lúmen vascular, quando associado à avaliação espectral substitui a análise da compressibilidade na investigação ultrassonográfica da trombose venosa profunda.

30. Paciente de 68 anos apresenta hipertensão arterial de difícil controle, apesar do uso regular de três anti-hipertensivos, incluindo diurético. Nos últimos meses, apresentou elevação progressiva da creatinina sérica. Após a introdução de um bloqueador do sistema renina-angiotensina, houve novo aumento da creatinina. Ao exame físico, observa-se sopro abdominal em região epigástrica. Diante desse quadro, é indicada investigação vascular das artérias renais.

Tendo em vista os métodos disponíveis para essa investigação, marque a alternativa correta.

a) A arteriografia renal possibilita a avaliação detalhada da anatomia arterial e constitui método utilizado, exclusivamente, quando os demais exames não permitem caracterizar a lesão.

b) A angiotomografia das artérias renais permite avaliar a anatomia vascular e apresenta utilidade limitada na caracterização das alterações relacionadas ao fluxo arterial.

c) A ultrassonografia com Doppler das artérias renais permite avaliar características do fluxo arterial e obter parâmetros hemodinâmicos relacionados à presença de estenose.

d) A angiorressonância das artérias renais fornece avaliação anatômica dos vasos e apresenta desempenho equivalente para lesões localizadas no tronco principal e nos ramos arteriais distais.

RASCUNHO.