

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

EDITAL N.º 05/2026.

PROVA OBJETIVA.

ESPECIALIDADE: MÉDICO CLÍNICA MÉDICA.

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.

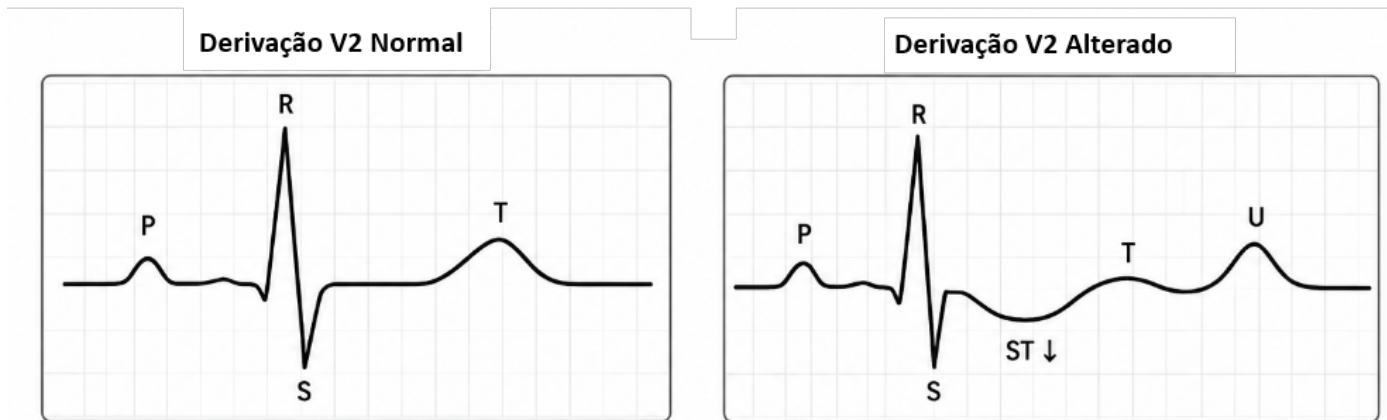
16. Um paciente de 68 anos, internado em clínica médica por insuficiência cardíaca, está em uso de Furosemida, apresenta fraqueza muscular e palpitações. Ao exame, encontra-se hemodinamicamente estável.

Exames laboratoriais:

- K^+ = 2,4 mEq/L
- Mg^{2+} = 1,7 mg/dL
- Creatinina = 1,1 mg/dL

O ECG apresenta onda T de baixa amplitude, depressão do segmento ST e presença de onda U proeminente, especialmente nas derivações precordiais.

Esquemáticamente:



Sendo assim, qual a melhor conduta inicial para o caso?

- Administrar Bicarbonato de Sódio intravenoso para corrigir as alterações eletrocardiográficas provocadas pela hipocalemia.
- Administrar Furosemida em dose adicional para promover maior eliminação de potássio e corrigir a sobrecarga volêmica, mantendo monitorização cardíaca.
- Iniciar reposição de potássio, avaliar e corrigir hipomagnesemia associada, manter monitorização cardíaca e investigar a causa da perda de potássio.
- Suspender a monitorização cardíaca porque o paciente está hemodinamicamente estável e iniciar apenas reposição oral de potássio, sem necessidade de investigação adicional.

17. Um homem de 64 anos, hipertenso e tabagista, chega ao pronto-socorro com dor torácica opressiva há 70 minutos, associada a sudorese fria e náuseas.

PA: 86/58 mmHg.

FC: 54 bpm.

SpO₂: 94% em ar ambiente.

ECG inicial:

- Supradesnívelamento de ST de 3 mm em V1-V4.
- Supradesnívelamento de ST em DI e aVL.
- Infradesnívelamento de ST em DII, DIII e aVF.
- Ondas T hiperagudas nas derivações anteriores.

O paciente recebe AAS e um segundo antiagregante, além de anticoagulação conforme protocolo institucional. Durante a avaliação, permanece hipotenso e apresenta estertores pulmonares bibasais.

A angiografia coronariana demonstra oclusão trombótica proximal da artéria descendente anterior, (DA).

Considerando-se o quadro clínico, o ECG e a anatomia coronariana, qual alternativa apresenta a interpretação e a conduta mais adequada?

- O infradesnívelamento de ST em DII, DIII e aVF indicam IAMCSST inferior associado, portanto a principal artéria culpada deve ser a coronária direita. A angiografia demonstra uma oclusão incidental da DA, sem relação com o quadro.
- Trata-se de IAMCSST de parede inferior com provável acometimento do ventrículo direito. Deve-se administrar volume agressivamente e evitar nitratos, pois a hipotensão provavelmente decorre de redução da pré-carga.
- Trata-se de IAMCSST extenso de parede anterior, com provável acometimento de grande território miocárdico pela oclusão proximal da DA. A hipotensão associada a estertores sugere choque cardiogênico por falência predominante do ventrículo esquerdo, sendo necessária reperfusão imediata e suporte hemodinâmico conforme avaliação clínica.

d) O supradesnivelamento em V1-V4 associado à hipotensão indica principalmente infarto de ventrículo direito. A presença de estertores confirma que a hipotensão é causada por hipovolemia pulmonar, devendo-se priorizar expansão volêmica antes da reperfusão.

18. Durante a avaliação eletrocardiográfica, é importante compreender que o ECG de 12 derivações não representa 12 regiões independentes do coração. As diferentes derivações funcionam como pontos de observação da atividade elétrica cardíaca, permitindo analisar o coração em diferentes planos e identificar quais regiões estão sendo, predominantemente, observadas. As derivações dos membros analisam a atividade elétrica no plano frontal, enquanto as derivações precordiais permitem avaliar o coração no plano horizontal.

Com base na organização das 12 derivações e nas regiões cardíacas, predominantemente, avaliadas por cada uma delas, assinale a alternativa verdadeira.

a) DII, DIII e aVF estão relacionadas à parede inferior; DI e aVL à parede lateral; V1 e V2 à região septal; V3 e V4 à região anterior; e V5 e V6 à região lateral do ventrículo esquerdo.

b) aVR, aVL e aVF são derivações bipolares, enquanto DI, DII e DIII são derivações unipolares, sendo que todas apresentam o mesmo eixo elétrico.

c) DI, DII e DIII pertencem ao plano horizontal e avaliam principalmente as regiões anterior, septal e lateral do coração, enquanto V1 a V6 pertencem ao plano frontal e são utilizadas, principalmente, para determinar o eixo elétrico cardíaco.

d) V1 a V6 possuem os mesmos eixos elétricos das derivações dos membros, diferenciando-se apenas pela posição dos eletrodos e pela amplitude dos complexos registrados.

19. Na abordagem das micoses invasivas, a identificação de hifas fúngicas em material obtido durante um procedimento cirúrgico possui importância diagnóstica e terapêutica. Tendo em vista o papel da Anfotericina B Lipossomal no tratamento de infecções fúngicas invasivas, indique a alternativa certa.

a) A presença de hifas durante o procedimento cirúrgico indica, necessariamente, contaminação do material, não justificando terapia antifúngica sistêmica.

b) A Anfotericina B Lipossomal é uma formulação utilizada no tratamento de infecções fúngicas invasivas graves, sendo, particularmente, relevante diante da suspeita ou confirmação de determinados fungos filamentosos, enquanto a identificação microbiológica deve orientar a definição e o ajuste do tratamento.

c) A formulação lipossomal apresenta maior toxicidade renal que a Anfotericina B Convencional, sendo utilizada, principalmente, para aumentar a concentração do fármaco nos rins.

d) A Anfotericina B Lipossomal atua inibindo a síntese de ergosterol por bloqueio direto da enzima lanosterol 14-alfa-desmetilase, mecanismo semelhante ao dos azólicos.

20. Durante a internação de um paciente com mucormicose invasiva, foi identificada a presença de hifas em material obtido durante procedimento cirúrgico. A equipe médica iniciou Anfotericina B Lipossomal e solicitou à farmácia orientação quanto ao preparo da medicação. O hospital dispõe de SF 0,9% e SG 5% para administração intravenosa.

Tendo em vista o tratamento das infecções fúngicas invasivas e o preparo da Anfotericina B Lipossomal, assinale a alternativa correta.

a) A Anfotericina B Lipossomal é utilizada para tratar, exclusivamente, candidíase superficial e deve ser administrada diretamente após a reconstituição, sem necessidade de diluição.

b) A Anfotericina B Lipossomal é utilizada, principalmente, no tratamento de infecções bacterianas graves e deve ser diluída em SF 0,9%, por ser a solução padrão para administração intravenosa.

c) A Anfotericina B Lipossomal é uma opção terapêutica importante para infecções fúngicas invasivas, como a mucormicose, e deve ser diluída em SG 5%, pois é incompatível com soluções contendo eletrólitos, como o SF 0,9%.

d) A Anfotericina B Lipossomal não é um antibacteriano; é um antifúngico. Além disso, o SF 0,9% não é adequado para sua diluição devido à presença de eletrólitos.

21. Um paciente chega ao Pronto Atendimento com dor torácica intensa. O ECG apresenta supradesnivelamento do segmento ST em DII, DIII e aVF, acompanhado de infradesnivelamento recíproco em DI e aVL. Tomando por base os principais padrões eletrocardiográficos patológicos, qual é a interpretação mais adequada?

- a) Infarto agudo do miocárdio de parede anterior, caracterizado por supradesnivelamento em V1-V4.
- b) Bloqueio de ramo esquerdo, caracterizado principalmente por supradesnivelamento de ST em DII, DIII e aVF.
- c) Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do ST, (IAMCSST), de parede inferior.
- d) Pericardite aguda, caracterizada por supradesnivelamento difuso do segmento ST.

22. Na avaliação das infecções do trato respiratório inferior, a semiologia pulmonar pode fornecer pistas importantes sobre o agente etiológico. Considerando-se a associação entre achados clínicos e microbiologia, qual dos seguintes microrganismos está classicamente relacionado à pneumonia lobar, que pode apresentar crepitações, sopro tubário e aumento do frêmito tóraco-vocal no exame físico?

- a) *Streptococcus pneumoniae*.
- b) *Legionella pneumophila*.
- c) *Pneumocystis jirovecii*.
- d) *Mycoplasma pneumoniae*.

23. Em ambiente hospitalar, especialmente em unidades de terapia intensiva, o uso frequente de antimicrobianos e a presença de pacientes com internações prolongadas favorecem a seleção de bactérias multirresistentes. O *acinetobacter baumannii* destaca-se como importante agente de infecções nosocomiais, podendo apresentar resistência a diversos antimicrobianos e exigindo que a escolha terapêutica considere o perfil de sensibilidade da cepa e a gravidade da infecção.

Diante desse contexto, assinale a alternativa que apresente uma opção terapêutica adequada para infecções graves por *acinetobacter baumannii*, quando demonstrada sensibilidade.

- a) Ceftriaxona, independentemente do resultado do antibiograma, por possuir amplo espectro de ação.
- b) Vancomicina, por apresentar ampla atividade contra bactérias Gram-negativas hospitalares.
- c) Azitromicina, por ser um antimicrobiano de escolha para infecções hospitalares por *acinetobacter baumannii*.
- d) Ampicilina + Sulbactam, utilizando dose elevada de Sulbactam, conforme protocolo institucional, função renal e perfil de sensibilidade do microrganismo.

24. A Doença de Chagas, causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, pode apresentar diferentes manifestações clínicas ao longo de sua evolução. Na fase crônica, o acometimento cardíaco pode provocar alterações no sistema de condução e no miocárdio, tornando o eletrocardiograma, (ECG), uma ferramenta importante na avaliação desses pacientes. Considerando-se as alterações eletrocardiográficas características da cardiopatia chagásica, assinale a alternativa correta.

- a) Bloqueio de ramo direito, frequentemente, associado a hemibloqueio anterior esquerdo, além de outras alterações de condução, são achados clássicos no ECG da cardiopatia chagásica.
- b) o ECG permanece, habitualmente, normal na fase crônica da doença de chagas, mesmo nos pacientes que desenvolvem comprometimento cardíaco.
- c) Supradesnivelamento persistente do segmento ST em derivações precordiais é o principal padrão eletrocardiográfico da Doença de Chagas Crônica.

d) Fibrilação atrial isolada é o achado mais característico e específico da Cardiopatia Chagásica, sendo suficiente para confirmar o diagnóstico.

25. A listese vertebral corresponde ao escorregamento de uma vértebra sobre outra e pode ocorrer por diferentes causas, como degeneração, trauma, alterações congênitas e espondilolistese. Considerando-se a listese em I5-s1 e sua classificação pela escala de meyerding, assinale a alternativa correta.

- a) A listese I5-s1 grau I corresponde a um deslizamento entre 50% e 75%, sendo classificada como grau III pela escala de meyerding.
- b) A listese I5-s1 ocorre, exclusivamente, por trauma e caracteriza-se sempre por compressão das raízes nervosas.
- c) A listese I5-s1 grau I corresponde a um deslizamento de menos de 25% da vértebra I5 sobre s1, geralmente apresentando menor grau de comprometimento e podendo ser assintomática.
- d) A listese I5-s1 grau IV corresponde a um deslizamento inferior a 25%, sendo considerada a forma mais leve da doença.

26. Um recém-nascido masculino, a termo e pequeno para a idade gestacional, apresenta baixo ganho ponderal, taquipneia, sudorese às mamadas e episódios de dessaturação. Ao exame físico, observa-se sopro holossistólico em borda esternal inferior esquerda e hepatomegalia discreta. O paciente apresenta algumas características fenotípicas sugestivas de Síndrome de Edwards, (trisomia do 18), ainda em investigação.

O ecocardiograma evidencia comunicação interventricular, (CIV), ampla, com importante fluxo da esquerda para a direita, associada a persistência do canal arterial, (PCA). Há dilatação de átrio e ventrículo esquerdos, aumento do fluxo pulmonar e sinais de sobrecarga volêmica, com função sistólica ventricular preservada.

Nas primeiras horas de vida, o quadro era menos exuberante, mas houve piora progressiva da taquipneia e dos sinais de insuficiência cardíaca após as primeiras 24-48 horas.

Tendo em vista a fisiopatologia cardiovascular desse paciente, qual mecanismo melhor explica a piora clínica após os primeiros dias de vida?

- a) Fechamento funcional do canal arterial, levando, obrigatoriamente, à interrupção do fluxo pulmonar e à instalação de insuficiência ventricular esquerda por redução da pré-carga.
- b) Aumento progressivo da resistência vascular pulmonar, promovendo inversão do fluxo pela CIV e determinando hiperfluxo pulmonar, aumento do retorno venoso ao ventrículo esquerdo.
- c) Aumento da resistência vascular sistêmica, responsável pela redução do shunt esquerda-direita e pelo desenvolvimento de hipoperfusão pulmonar progressiva.
- d) Redução progressiva da resistência vascular pulmonar, aumentando o gradiente entre a circulação sistêmica e pulmonar e, conseqüentemente, o shunt esquerda-direita pela CIV e pela PCA, levando a hiperfluxo pulmonar e sobrecarga volumétrica cardíaca.

27. Na prática clínica hospitalar, a avaliação da função renal é importante para identificar alterações na capacidade de eliminação dos rins e para garantir o uso seguro dos medicamentos em pacientes com insuficiência renal aguda, (ira), ou doença renal crônica, (drc), parâmetros como creatinina sérica, clearance de creatinina, (clcr) e ureia podem fornecer informações importantes sobre a função renal e auxiliar na tomada de decisões farmacoterapêuticas. A partir desses parâmetros, assinale a alternativa correta.

- a) A ureia é o principal parâmetro para determinar a função renal, quando elevada, confirma isoladamente a presença de insuficiência renal aguda ou crônica.
- b) Uma redução do clearance de creatinina indica necessariamente insuficiência renal crônica, pois alterações da função renal que ocorrem na insuficiência renal aguda não interferem significativamente

no clcr.

c) O clearance de creatinina, (clcr), é uma estimativa da função renal que pode auxiliar no ajuste de doses de medicamentos eliminados pelos rins, enquanto a ureia deve ser interpretada em conjunto com outros parâmetros, pois sua concentração pode ser influenciada por fatores além da função renal.

d) Pacientes com insuficiência renal não apresentam maior risco de acúmulo de medicamentos, pois a redução da filtração renal é compensada pelo aumento da eliminação hepática.

28. A Gota é uma doença inflamatória causada pela deposição de cristais de urato monossódico nas articulações, geralmente associada à hiperuricemia. Na farmacoterapia da doença, é importante diferenciar os medicamentos utilizados para controlar a inflamação durante as crises daqueles destinados à redução dos níveis de ácido úrico em longo prazo. Considerando-se os mecanismos de ação dos principais medicamentos utilizados na gota, assinale a alternativa correta.

a) A Colchicina inibe a xantina oxidase e reduz a produção de ácido úrico, sendo utilizada, principalmente, para o controle da hiperuricemia em longo prazo.

b) Os anti-inflamatórios não esteroidais reduzem diretamente a concentração de ácido úrico no sangue e, por isso, podem substituir o alopurinol no tratamento crônico da gota.

c) O Alopurinol inibe a enzima xantina oxidase, reduzindo a produção de ácido úrico, enquanto a Colchicina atua sobre a resposta inflamatória aos cristais de urato e é utilizada no tratamento da crise aguda.

d) O Alopurinol atua principalmente como anti-inflamatório, reduzindo a dor e o edema durante a crise aguda, sem interferir na produção de ácido úrico.

29. Em uma unidade hospitalar, a identificação do provável microrganismo responsável por uma infecção é fundamental para orientar a escolha da terapia antibiótica. Nas infecções do trato urinário, a frequência dos diferentes agentes etiológicos pode variar conforme o perfil do paciente e o ambiente em que a infecção foi adquirida. Levando em conta os principais microrganismos relacionados às infecções urinárias, qual é o agente mais frequentemente encontrado?

a) *Staphylococcus aureus*.

b) *Pseudomonas aeruginosa*.

c) *Streptococcus pneumoniae*.

d) *Escherichia coli*.

30. As espondiloartropatias correspondem a um grupo de doenças reumatológicas que podem apresentar inflamação da coluna vertebral e das articulações sacroilíacas. Um paciente jovem apresenta dor lombar crônica que melhora com a atividade física e rigidez matinal prolongada. Analisando essas características, qual doença está mais relacionada a esse grupo?

a) Osteoartrite.

b) Gota.

c) Artrite séptica.

d) Espondilite anquilosante.

RASCUNHO.