



## PROCESSO SELETIVO 2026

### EDITAL: NORMATIZAÇÕES DOS SERVIÇOS DE ESTÁGIOS E ESPECIALIZAÇÕES MÉDICAS

#### GABARITO OFICIAL DA PROVA OBJETIVA - PROVA GERAL

A Faculdade asgard - AGD, no uso de suas atribuições, torna público o gabarito oficial das questões de múltipla escolha da Prova Geral realizada para o processo seletivo de 2026 para os estágios médicos do Hospital São Francisco.

Enunciado da Questão (Texto Integral)	Alternativas	Resposta Correta
Um homem de 72 anos, hipertenso e tabagista, é trazido à Unidade de Emergência com quadro de tontura e mal-estar iniciado há 30 minutos. Ao exame físico, apresenta-se pálido, sudoreico e com tempo de enchimento capilar de 4 segundos. Sinais vitais: PA = 78/44 mmHg; FC = 165 bpm; FR = 22 irpm; SatO <sub>2</sub> = 92% em ar ambiente. O monitor cardíaco revela um ritmo de taquicardia com complexo QRS estreito e intervalos R-R regulares. Diante da instabilidade hemodinâmica e do achado eletrocardiográfico, a conduta imediata preconizada pelo protocolo ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support) é:	A) Manobra de Valsalva modificada.  B) Adenosina 6 mg em bolus endovenoso rápido.  C) Amiodarona 150 mg diluída em 100 ml de soro glicosado.	<b>D</b>



	<p>D) Cardioversão elétrica sincronizada com 50 a 100 Joules.</p> <p>E) Desfibrilação com 200 Joules (bifásico).</p>	
<p>Paciente de 54 anos, séptico, em uso de noradrenalina 0,4 µg/kg/min, PAM persistente em 58 mmHg após reposição volêmica adequada. Lactato 4,5 mmol/L. Próxima conduta recomendada segundo diretrizes atuais:</p>	<p>A) Dobutamina</p> <p>B) Vasopressina</p> <p>C) Hidrocortisona</p> <p>D) Fenilefrina</p> <p>E) Albumina hipertônica</p>	<b>B</b>



<p>Um homem de 68 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e hiperplasia prostática benigna, é admitido na Unidade de Emergência com quadro de febre, calafrios e prostração há 2 dias. Nas últimas 12 horas, evoluiu com desorientação têmporo-espaçial e redução do débito urinário. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, desidratado (2+/4+), taquipneico e sonolento. Dados vitais: PA = 82/46 mmHg; FC = 118 bpm; FR = 26 irpm; Tax = 38,4°C; Saturação de O<sub>2</sub> = 93% em ar ambiente. Após a administração imediata de 30 mL/kg de cristalóide, a pressão arterial mantém-se em 84/48 mmHg, sendo iniciada infusão de noradrenalina em bomba de infusão contínua. Considerando as recomendações vigentes do Surviving Sepsis Campaign (Campanha de Sobrevivência à Sepse) para o manejo hemodinâmico desse paciente, o alvo inicial de Pressão Arterial Média (PAM) a ser atingido com a titulação do vasopressor é:</p>	<p>A) ≥ 55 mmHg</p> <p>B) ≥ 60 mmHg</p> <p>C) ≥ 65 mmHg</p> <p>D) ≥ 70 mmHg</p> <p>E) ≥ 75 mmHg</p>	<p><b>C</b></p>
--	---	-----------------



<p>Uma mulher de 54 anos, com diagnóstico de pneumonia comunitária grave evoluindo para insuficiência respiratória aguda, foi submetida a intubação orotraqueal e iniciou ventilação mecânica invasiva no modo assisto-controlado por volume (VCV). O peso predito da paciente é de 60 kg. Os parâmetros iniciais do ventilador são: Volume Corrente ( <math>V_t</math> ): 360 mL (6 mL/kg) ; Frequência Respiratória ( <math>f</math> ): 12 irpm ; Fluxo: 60 L/min ; PEEP: 8cmH<sub>2</sub>O; FiO<sub>2</sub> : 40% . Após 30 minutos de estabilização, é coletada uma gasometria arterial que revela: pH 7,28 ; PaCO<sub>2</sub> 60 mmHg ; <math>P_{aO_2}</math> 75 mmHg ; HCO<sub>3</sub> 24 mEq/L ; Saturação de O<sub>2</sub> 94% . Considerando a análise da gasometria e a necessidade de ajuste da ventilação minuto para normalizar o equilíbrio ácido-base, a conduta mais adequada no momento é:</p>	<p>A) Aumentar FiO<sub>2</sub></p> <p>B) Aumentar PEEP</p> <p>C) Aumentar frequência respiratória</p> <p>D) Reduzir volume corrente</p> <p>E) Reduzir PEEP</p>	<p><b>C</b></p>
---	--	-----------------



<p>Um homem de 45 anos, com histórico de etilismo crônico pesado e desnutrição, é trazido ao pronto-socorro por familiares devido a um quadro de desorientação e "andar cambaleante" com início há 24 horas. Ao exame físico, o paciente apresenta-se confuso e desatento. Na avaliação neurológica, observa-se nistagmo horizontal bilateral, paralisia do nervo abducente e ataxia de marcha, com instabilidade postural acentuada. Devido ao estado de agitação e desnutrição, a equipe de enfermagem questiona sobre a infusão de soro glicosado para reposição energética. Diante da principal hipótese diagnóstica, qual é a conduta imediata e a sequência correta de administração para evitar o agravamento do quadro neurológico?</p>	<p>A) Glicose EV</p> <p>B) Soro fisiológico</p> <p>C) Tiamina EV antes da glicose</p> <p>D) Haloperidol</p> <p>E) Benzodiazepínico</p>	<p><b>C</b></p>
---	--	-----------------



<p>Uma paciente de 22 anos, com diagnóstico prévio de Diabetes Mellitus Tipo 1, é levada ao Serviço de Urgência com quadro de dor abdominal difusa, náuseas e vômitos persistentes há 12 horas. Ao exame físico, apresenta-se desidratada (3+/4+), com hálito cetônico e padrão respiratório de Kussmaul. Seus sinais vitais revelam: PA 100/60 mmHg, FC 115 bpm, Tax 36,8°C. Os exames laboratoriais de entrada mostram: Glicemia capilar: 512 mg/dL. Gasometria arterial: pH 7,12; HCO<sub>3</sub> 10 mEq/L; PaCO<sub>2</sub> 22 mmHg. Eletrólitos: Sódio 136 mEq/L; Potássio 5,8 mEq/L; Cloro 102 mEq/L. Sumário de urina: Cetonúria (4+). O eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações realizado na admissão é normal, sem sinais de instabilidade de membrana miocárdica. Após o início da expansão volêmica vigorosa com cristalóide, a conduta mais adequada em relação à terapia específica é:</p>	<p>A) Iniciar insulina imediatamente</p> <p>B) Administrar gluconato de cálcio</p> <p>C) Iniciar reposição de potássio</p> <p>D) Aguardar correção do pH</p> <p>E) Realizar hemodiálise</p>	<p><b>A</b></p>
--	---	-----------------



<p>Um homem de 72 anos, em tratamento de pneumonia nosocomial em unidade de terapia intensiva, apresenta-se no 5º dia de antibioticoterapia de amplo espectro. Clinicamente, o paciente apresenta melhora da estabilidade hemodinâmica e redução do suporte ventilatório. No entanto, o Leucograma ainda mantém desvio à esquerda e a Proteína C-Reativa (PCR), que era de 180 mg/L na admissão, encontra-se em 150 mg/L (valor de referência &lt; 5 mg/L). O médico assistente deseja utilizar um biomarcador para auxiliar na decisão de interrupção precoce ou escalonamento da antibioticoterapia, buscando um marcador que apresente maior especificidade para infecção bacteriana e cuja redução correlacione-se mais fidedignamente com o sucesso do tratamento antimicrobiano. De acordo com as evidências atuais sobre manejo de sepse e uso de biomarcadores, o marcador mais útil para essa finalidade específica é a:</p>	<p>A) PCR</p> <p>B) Procalcitonina</p> <p>C) Leucograma</p> <p>D) VHS</p> <p>E) Dímero-D</p>	<p><b>B</b></p>
---	--	-----------------



<p>Um homem de 74 anos está internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) há 14 dias para tratamento de uma pneumonia hospitalar grave. Durante o período, fez uso de Piperacilina-Tazobactam e, posteriormente, escalonamento para Meropenem e Vancomicina. Há dois dias, o paciente apresenta distensão abdominal, dor tipo cólica e o início de diarreia aquosa profusa (cerca de 8 a 10 episódios/dia), sem presença de sangue ou muco macroscópicos. Ao exame físico: encontra-se desidratado, afebril, com abdome distendido e ruídos hidroaéreos aumentados. Exames laboratoriais revelam leucocitose e aumento recente da creatinina basal. Foi realizada uma sigmoidoscopia à beira do leito que evidenciou placas amareladas aderentes à mucosa do cólon, com aspecto de "pseudomembranas". Considerando o histórico de exposição antimicrobiana e os achados endoscópicos, a principal hipótese diagnóstica e o agente etiológico envolvido são:</p>	<p>A) Colite isquêmica</p> <p>B) Amebíase</p> <p>C) Clostridioides difficile</p> <p>D) Salmonelose</p> <p>E) Giardíase</p>	<p><b>C</b></p>
---	--	-----------------



<p>Uma paciente de 62 anos, com história de infecção odontológica grave (abscesso periapical), foi tratada ambulatorialmente com antibioticoterapia de amplo espectro por 10 dias. Sete dias após o término do tratamento, ela procura a Unidade de Pronto Atendimento apresentando dor abdominal em cólica, febre baixa (37,9°C) e episódios frequentes de diarreia aquosa com muco, mas sem sangue. Ao ser questionada, a paciente relata que o antibiótico utilizado foi prescrito especificamente para cobrir germes anaeróbios da cavidade oral. O exame de fezes confirma a presença de toxinas A e B. Considerando o quadro de Colite Pseudomembranosa, qual dos antimicrobianos abaixo é historicamente reconhecido por apresentar a associação mais forte e clássica com o desenvolvimento desta patologia, mesmo após curtos períodos de exposição?</p>	<p>A) Ceftriaxona</p> <p>B) Ciprofloxacino</p> <p>C) Clindamicina</p> <p>D) Vancomicina</p> <p>E) Meropenem</p>	<p><b>C</b></p>
---	---	-----------------



<p>Uma paciente de 72 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, comparece à consulta de rotina na Unidade Básica de Saúde. Ela é tabagista ativa e possui histórico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada. Durante o exame físico, o médico nota um ritmo cardíaco irregular e solicita um eletrocardiograma (ECG), que confirma o diagnóstico de Fibrilação Atrial (FA) com resposta ventricular controlada. A paciente nega episódios prévios de síncope, palpitações sustentadas ou sinais de acidente vascular cerebral (AVC). Ao aplicar o escore <math>CHA_2DS_2-VASc</math>, o médico obtém uma pontuação de 4 pontos. Considerando as diretrizes atuais da Sociedade Brasileira de Cardiologia e o objetivo de prevenir eventos tromboembólicos, a conduta terapêutica mais adequada para esta paciente é:</p>	<p>A) AAS</p> <p>B) Clopidogrel</p> <p>C) Anticoagulação oral</p> <p>D) Nenhuma terapia</p> <p>E) Cardioversão elétrica</p>	<p><b>C</b></p>
--	---	-----------------



<p>Um paciente de 82 anos, com diagnóstico de Neoplasia de Pâncreas metastática e insuficiência renal estágio V, é levado à emergência por dispneia grave e rebaixamento do nível de consciência. A família apresenta uma diretiva antecipada de vontade (testamento vital) lavrada pelo paciente há um ano, expressando o desejo de "não ser submetido a medidas invasivas de suporte à vida em caso de terminalidade". A equipe médica decide pela prescrição de opioides para alívio do sofrimento respiratório, mesmo sabendo que a dose necessária pode, teoricamente, abreviar as horas restantes de vida do paciente. De acordo com o Código de Ética Médica e os princípios bioéticos, a conduta da equipe fundamenta-se no:</p>	<p>A) Princípio da Autonomia, configurando prática de Eutanásia passiva.</p> <p>B) Princípio do Duplo Efeito, caracterizando a Ortotanásia.</p> <p>C) Princípio da Beneficência, configurando Distanásia necessária.</p> <p>D) Princípio da Justiça, visando a alocação de recursos em pacientes críticos.</p> <p>E) Imperativo Categórico, caracterizando a Mistanásia.</p>	<p><b>B</b></p>
--	--	-----------------



<p>Durante a monitorização invasiva de um paciente em choque circulatório com cateter de Swan-Ganz, observa-se o seguinte perfil: Pressão de Oclusão da Artéria Pulmonar (POAP) aumentada, Índice Cardíaco (IC) reduzido e Resistência Vascular Sistêmica (RVS) aumentada. Este perfil hemodinâmico é compatível com qual estado de choque e qual seria a intervenção farmacológica inicial mais adequada?</p>	<p>A) Choque Séptico; Noradrenalina.</p> <p>B) Choque Hipovolêmico; Cristaloides.</p> <p>C) Choque Cardiogênico; Dobutamina.</p> <p>D) Choque Neurogênico; Atropina.</p> <p>E) Choque Anafilático; Adrenalina.</p>	<p><b>C</b></p>
<p>Paciente adulto evolui com insuficiência renal aguda oligúrica, apresentando acidose metabólica grave refratária ao tratamento clínico e hipercalemia persistente, com risco iminente de instabilidade cardíaca. Diante desse cenário, qual é a conduta definitiva indicada?</p>	<p>A) Diurético de alça</p> <p>B) Bicarbonato EV contínuo</p>	<p><b>D</b></p>

	<p>C) Restrição hídrica</p> <p>D) Hemodiálise</p> <p>E) Troca plasmática</p>	
<p>Em pacientes com sepse grave ou choque séptico internados em unidade de terapia intensiva, apesar do tratamento antimicrobiano adequado e do suporte hemodinâmico precoce, a evolução clínica pode ser desfavorável. Nesses casos, qual é a principal causa de morte associada à sepse?</p>	<p>A) Falência renal</p> <p>B) Arritmias</p> <p>C) Disfunção múltipla de órgãos</p> <p>D) Hipoglicemia</p>	<p><b>C</b></p>



	E) Sangramento digestivo	
Um novo teste diagnóstico para detecção precoce de Doença de Alzheimer foi avaliado em uma coorte de idosos. O teste apresentou uma Sensibilidade de 95% e uma Especificidade de 60%. Sabe-se que a prevalência da doença na população testada é baixa (5%). Diante desses valores, é correto afirmar que:	<p>A) Um resultado positivo confirma o diagnóstico na maioria dos casos.</p> <p>B) O Valor Preditivo Positivo (VPP) será baixo devido à baixa prevalência.</p> <p>C) A Razão de Verossimilhança Negativa será alta, não ajudando a excluir a doença.</p> <p>D) O Valor Preditivo Negativo (VPN) será baixo, dificultando o rastreio.</p> <p>E) A Sensibilidade do teste varia de acordo</p>	<b>B</b>

	com a prevalência da doença.	
<p>Um homem de 65 anos em uso de Varfarina para Fibrilação Atrial apresenta uma infecção urinária e inicia tratamento com Sulfametoxazol-Trimetoprima. Após 4 dias, ele retorna com hematúria e equimoses espontâneas. O RNI, que era de 2,5, agora encontra-se em 9,0. O mecanismo farmacológico que explica essa interação é:</p>	<p>A) Indução enzimática do citocromo P450 pelo antibiótico.</p> <p>B) Inibição enzimática do citocromo P450 e deslocamento da varfarina das proteínas plasmáticas.</p> <p>C) Redução da absorção intestinal de Vitamina K pelo efeito bactericida.</p> <p>D) Antagonismo direto nos receptores de Vitamina K-epóxido redutase.</p>	<p><b>B</b></p>



	E) Aumento da excreção renal da varfarina.	
Uma paciente de 24 anos apresenta anemia (Hb 9,0), VCM 70, HCM 22 e RDW 13% (normal). O ferro sérico e a ferritina estão normais. O pai da paciente também possui histórico de anemia leve desde a infância, sem resposta ao uso de sulfato ferroso. A hipótese diagnóstica mais provável e o exame confirmatório são:	A) Anemia Ferropriva; Prova terapêutica com ferro.  B) Anemia de Doença Crônica; Proteína C-Reativa.  C) Beta-Talassemia Menor; Eletroforese de Hemoglobina.  D) Anemia Sideroblástica; Mielograma.  E) Anemia Falciforme; Teste do pezinho.	<b>C</b>



<p>Uma paciente adulta procura atendimento médico após vários dias de vômitos persistentes e repetidos, associados à intolerância alimentar e sinais clínicos de desidratação. Não há relato de diarreia. Exames laboratoriais iniciais evidenciam hipocloremia e contração do volume extracelular, sem alterações pulmonares associadas. Com base na fisiopatologia envolvida na perda gástrica crônica e no impacto sobre o equilíbrio ácido-base, qual distúrbio ácido-base é mais esperado nesse contexto clínico?</p>	<p>A) Acidose metabólica</p> <p>B) Acidose respiratória</p> <p>C) Alcalose metabólica</p> <p>D) Alcalose respiratória</p> <p>E) Acidose mista</p>	<p><b>C</b></p>
<p>Um paciente com cirrose hepática descompensada, em acompanhamento ambulatorial, dá entrada no serviço de emergência apresentando ascite volumosa associada a febre, mal-estar geral e piora recente do estado clínico. Ao exame físico, observa-se abdome distendido, com macicez móvel, sem sinais evidentes de peritonite. Exames laboratoriais iniciais revelam disfunção hepática conhecida, sem foco infeccioso aparente à admissão. Diante da suspeita de peritonite bacteriana espontânea (PBE), qual é a conduta inicial</p>	<p>A) TC de abdome</p> <p>B) Antibioticoterapia empírica</p> <p>C) Paracentese diagnóstica</p>	<p><b>C</b></p>



<p>obrigatória a ser realizada antes da definição terapêutica definitiva?</p>	<p>D) Restrição hídrica</p> <p>E) Diurético</p>	
<p>Um paciente em uso de Anti-inflamatório Não Esteroidal (AINE) desenvolve insuficiência renal aguda pré-renal. O mecanismo hemodinâmico renal responsável por essa queda na Taxa de Filtração Glomerular (TFG) é:</p>	<p>A) Vasoconstrição da arteríola eferente mediada por prostaglandinas.</p> <p>B) Vasoconstrição da arteríola aferente por inibição das prostaglandinas vasodilatadoras.</p> <p>C) Vasodilatação da arteríola aferente mediada por angiotensina II.</p> <p>D) Inibição do feedback tubuloglomerular no</p>	<p><b>B</b></p>

	<p>túbulo contorcido distal.</p> <p>E) Aumento da pressão hidrostática no espaço de Bowman.</p>	
<p>Pais de um menino de 10 anos levam a criança para avaliação médica em Unidade Básica de Saúde (UBS). Relatam que seu filho se dá bem com a família até que não lhe seja permitido fazer algo que deseja. Quando isso ocorre, ele fica irritado, impulsivamente agressivo e agitado por várias horas. Assim que se acalma ou consegue o que quer, fica feliz e agradável novamente. Os pais entendem que o filho parece agir deliberadamente para aborrecer os outros e nunca assume a culpa por seus próprios erros ou mau comportamento. Relatam ainda que ele discute com adultos ou figuras de autoridade e em várias situações não aceita as regras de boa convivência com os familiares. Considerando o caso descrito, qual é o diagnóstico mais provável?</p>	<p>(A) Transtorno afetivo bipolar.</p> <p>(B) Transtorno de oposição desafiante.</p> <p>(C) Transtorno disruptivo da desregulação do humor.</p> <p>(D) Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.</p>	<p><b>B</b></p>



	(E) Transtorno de Ansiedade Generalizada	
<p>Paciente de 16 anos comparece ao ambulatório para mostrar os resultados dos exames complementares solicitados na consulta anterior. Está preocupada porque todas as colegas da mesma idade já menstruaram e ela não. O fenótipo é feminino, com pelos pubianos e axilares esparsos. Os exames complementares evidenciam ausência do útero à ultrassonografia pélvica, dosagem sérica do hormônio folículo estimulante (FSH) normal, dosagem de testosterona sérica compatível com níveis do sexo masculino e cariótipo 46 XY. Com base no quadro clínico e nos dados apresentados, a principal hipótese diagnóstica dessa paciente é:</p>	<p>(A) disgenesia gonadal.</p> <p>(B) malformação Mulleriana.</p> <p>(C) obstrução do trato genital.</p> <p>(D) insensibilidade androgênica.</p> <p>(E) Deficiência da 5-alfa-redutase.</p>	<b>D</b>



<p>Menina de 11 anos foi trazida à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de queda do estado geral, náuseas e dor abdominal, desidratação e hálito cetônico. Exames realizados: glicemia de 410 mg/dL; gasometria venosa de pH 7,15 e bicarbonato de 13 mEq/L; exame de urina indica cetonúria. Além da fluidoterapia, o próximo passo é:</p>	<p>(A) reposição de potássio.</p> <p>(B) correção imediata da glicemia.</p> <p>(C) reposição de bicarbonato de sódio.</p> <p>(D) administração imediata de manitol.</p> <p>(E) Início de antibiótico de amplo espectro.</p>	<p><b>A</b></p>
---	---	-----------------



<p>Um homem de 28 anos apresenta dor abdominal de início súbito, há 4 horas, inicialmente em região epigástrica, que se tornou difusa. Ao exame: encontra-se em posição antálgica, com abdome "em tábua" e sinal de Jobert positivo (percussão hipertimpânica em região de maciez hepática). Estável hemodinamicamente. A conduta imediata e a hipótese diagnóstica são:</p>	<p>A) Tomografia de abdome com contraste; Apendicite aguda perforada.</p> <p>B) Rotina de abdome agudo (raio-x); Úlcera péptica perforada.</p> <p>C) Laparoscopia diagnóstica; Isquemia mesentérica.</p> <p>D) Ultrassonografia de abdome; Colecistite aguda.</p> <p>E) Colonoscopia de urgência; Volvulo de sigmoide.</p>	<p><b>B</b></p>
--	--	-----------------

<p>Um homem de 35 anos apresenta dor abdominal iniciada há 12 horas, inicialmente na região periumbilical, que migrou para a fossa ilíaca direita. Relata náuseas e um episódio de vômito. Ao exame físico, apresenta sinal de Blumberg positivo. Qual o diagnóstico mais provável e qual o exame de imagem inicial recomendado em adultos com apresentação típica?</p>	<p>A) Colecistite aguda; Ultrassonografia de abdómen superior.</p> <p>B) Diverticulite aguda; Colonoscopia de urgência.</p> <p>C) Urolitíase; Radiografia simples de abdómen.</p> <p>D) Apendicite aguda; Tomografia Computorizada (TC) de abdómen.</p> <p>E) Hérnia Inguinal Direta; Tomografia Computorizada (TC) de abdómen.</p>	<p><b>D</b></p>
---	---	-----------------



<p>Mulher de 62 anos, tabagista (40 anos/maço), realiza TC de tórax de rastreamento que revela nódulo de 2,5 cm em lobo superior direito, com bordas espiculadas e presença de calcificação excêntrica. A conduta mais adequada perante o alto risco de malignidade é:</p>	<p>A) Repetir TC em 12 meses.</p> <p>B) Iniciar antibioticoterapia por 14 dias e reavaliar.</p> <p>C) Biópsia por agulha fina (PAAF) guiada por USG.</p> <p>D) PET-CT seguido de avaliação para ressecção cirúrgica.</p> <p>E) Dosagem de marcadores tumorais (CEA e CA-125).</p>	<p><b>D</b></p>
--	---	-----------------



<p>Paciente de 65 anos com dor em fossa ilíaca esquerda e febre há 3 dias. TC de abdome mostra espessamento de sigmoide com presença de abscesso pericólico maior que 4 cm (Hinchey Ib/II). A conduta inicial recomendada é:</p>	<p>A) Colectomia a Hartmann imediata.</p> <p>B) Antibioticoterapia IV e drenagem percutânea guiada por TC.</p> <p>C) Colonoscopia para descompressão.</p> <p>D) Sigmoidectomia com anastomose primária.</p> <p>E) Apenas dieta líquida e observação domiciliar.</p>	<p><b>B</b></p>
--	---	-----------------



<p>Mulher de 40 anos, multípara, apresenta dor em hipocôndrio direito após ingestão de alimentos gordurosos, com duração de 1 hora, acompanhada de náuseas. USG mostra cálculos móveis de 1 cm no interior da vesícula e parede de 2 mm. Ausência de febre ou icterícia. A conduta definitiva é:</p>	<p>A) Colectectomia videolaparoscópica eletiva.</p> <p>B) Tratamento com ácido ursodesoxicólico.</p> <p>C) CPRE para limpeza da via biliar.</p> <p>D) Colectostomia percutânea.</p> <p>E) Observação, pois a paciente é assintomática entre as crises.</p>	<p><b>A</b></p>
--	--	-----------------



<p>Sedação e Delirium Idoso internado em UTI por pneumonia, em desmame ventilatório, apresenta-se subitamente agitado, tentando retirar o tubo e não atendendo a comandos simples. O escore CAM-ICU é positivo. A medida não farmacológica prioritária e a droga de escolha para controle da agitação são, respectivamente:</p>	<p>A) Contenção mecânica rigorosa; Midazolam.</p> <p>B) Presença de familiares e ciclo sono-vigília; Dexmedetomidina ou Haloperidol.</p> <p>C) Manter o quarto escuro 24h; Fentanil.</p> <p>D) Sedação profunda; Propofol.</p> <p>E) Aumento da fração de oxigênio; Diazepam.</p>	<p><b>B</b></p>
---	---	-----------------



<p>Litíase Urinária Paciente com cólica nefrética à direita. TC de abdome mostra cálculo de 4 mm em ureter distal. O paciente está com dor controlada, sem febre e com função renal normal. A conduta mais adequada é:</p>	<p>A) Ureterolitotripsia a laser imediata.</p> <p>B) Nefrostomia percutânea.</p> <p>C) Terapia expulsiva medicamentosa (ex: Tansulosina) e observação.</p> <p>D) Litotripsia Extracorpórea por Ondas de Choque (LECO).</p> <p>E) Ingestão hídrica maciça acima de 5 litros/dia.</p>	<p><b>C</b></p>
--	---	-----------------