

Instituto De Saúde Hospital São Vicente De Paulo de Juiz de Fora/MG
Processo Seletivo de Residência Médica - 2026

Nome: _____

Data: 22/02/2026

ORIENTAÇÕES GERAIS

- 1- ESTE CADERNO DE PROVA É COMPOSTO DE 25 (VINTE E CINCO) QUESTÕES DE MÚLTIPLA ESCOLHA, CONTENDO 4 (QUATRO) ALTERNATIVAS, SENDO SOMENTE UMA CORRETA.
- 2- O CADERNO DE PROVAS ESTÁ ACOMPANHADO DE UMA FOLHA DE RESPOSTAS PARA PREENCHIMENTO APÓS REALIZAÇÃO DAS QUESTÕES. SERÃO CONSIDERADAS PARA CORREÇÕES AS RESPOSTAS ASSINALADAS APENAS NA FOLHA DE RESPOSTA.
- 3- PREECHA A FOLHA DE RESPOSTAS COM CANETA PRETA OU AZUL E EVITE RASURAS.
- 4- ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA PARA CADA QUESTÃO NO CARTÃO DE RESPOSTAS DEACORDO COM O MODELO: (X) OU (). OUTRAS FORMAS DE MARCAÇÃO OU RASURAS ANULARÃO A QUESTÃO.
- 5- NÃO SERÁ DISPONIBILIZADO OUTRO CARTÃO DE RESPOSTAS.
- 6- DE ACORDO COM O EDITAL A PROVA TERÁ DURAÇÃO DE 04 (QUATRO) HORAS.
- 7- LEIA COM ATENÇÃO TODAS AS INSTRUÇÕES E AS QUESTÕES.
- 8- PREECHA O CABEÇALHO CORRETAMENTE ANTES DE INICIAR A PROVA.
- 9- VERIFIQUE SE SEU EXEMPLAR ESTÁ COMPLETO. NENHUMA FOLHA PODERÁ SER DESTACADA OU SUBSTITUÍDA.
- 10- VERIFIQUE, APÓS AUTORIZAÇÃO PARA INÍCIO DA PROVA, SE EXISTEM FALHAS OU IMPERFEIÇÕES GRÁFICAS QUE LHE CAUSEM DÚVIDAS.
- 11- A INTERPRETAÇÃO FAZ PARTE DA AVALIAÇÃO, EM CASO DE DÚVIDA, ESTA DEVE SER FEITA DE FORMA VERBAL E ABERTA, REFERINDO-SE APENAS A PARTE GRÁFICA DA PROVA.
- 12- NÃO É PERMITIDA COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL OU CONSULTA A QUALQUER MATERIAL DIDÁTICO.
- 13- TODOS EQUIPAMENTOS ELETRÔNICOS DEVEM SER DESLIGADOS.
- 14- QUALQUER INFRAÇÃO SERÁ PUNIDA COM RECOLHIMENTO DA AVALIAÇÃO SEM AVISO PRÉVIO.
- 15- DEVE-SE ASSINAR SEU NOME EM TODAS AS PÁGINAS DE SUA AVALIAÇÃO.
- 16- NENHUM CANDIDATO PODERÁ DEIXAR A SALA DE PROVAS ANTES DE 60 (SESSENTA) MINUTOS DO INÍCIO DA PROVA.
- 17- NÃO SERÁ PERMITIDO A PERMANÊNCIA DE MENOS DE 3 (TRÊS) CANDIDATOS NO RECINTO DE PROVAS. PORTANTO OS 03 (TRÊS) ÚLTIMOS CANDIDATOS SÓ PODERÃO DEIXAR A SALA DE PROVAS SIMULTANEAMENTE.

1 de 6

Uso exclusivo do Processo Seletivo de Residência Médica 2026 - HSVP.
Proibida a reprodução, divulgação ou compartilhamento, total ou parcial, inclusive em redes sociais, nos termos da Lei nº 9.610/1998.

1. Paciente séptico com foco pulmonar recebeu 30 mL/kg de cristalóide. Mantém PAM 62 mmHg e lactato 4,2 mmol/L. Qual o próximo passo segundo diretrizes atuais?

- A) Iniciar dopamina como vasopressor inicial
- B) Iniciar noradrenalina
- C) Administrar bicarbonato de rotina
- D) Suspender fluidos e observar

2. Paciente em ventilação mecânica apresenta Pplat 34 cmH₂O e driving pressure elevada. Qual estratégia é mais adequada?

- A) Aumentar volume corrente
- B) Reduzir PEEP para diminuir pressão média
- C) Reduzir volume corrente e reavaliar complacência
- D) Desligar sedação imediatamente

3. Homem com IAM com supra evolui com choque cardiogênico. Qual droga vasoativa é preferencial?

- A) Noradrenalina
- B) Dobutamina isolada
- C) Vasopressina isolada
- D) Nitroprussiato

4. Paciente com SDRA moderada, PaO₂/FiO₂ = 120. Melhor conduta ventilatória inicial:

- A) Volume corrente 8–10 mL/kg
- B) Ventilação protetora com 6 mL/kg peso predito
- C) PEEP mínima para evitar barotrauma
- D) Ventilação espontânea precoce

5. Paciente com TCE grave (Glasgow 6), PIC 28 mmHg. Primeira medida:

- A) Hiperventilação prolongada profilática
- B) Elevar cabeceira e otimizar sedação
- C) Manitol de rotina sem avaliação

D) Suspender sedação para reavaliar exame neurológico

6. Paciente com FA rápida instável hemodinamicamente. Conduta imediata:

- A) Amiodarona em infusão
- B) Betabloqueador IV
- C) Cardioversão elétrica sincronizada
- D) Anticoagulação isolada

7. Paciente com IRA oligúrica, K 6,5 mEq/L e acidose metabólica refratária.

Indicação formal:

- A) Diurético de alça em altas doses
- B) Terapia renal substitutiva
- C) Restrição hídrica isolada
- D) Expansão volêmica vigorosa

8. Paciente ventilado apresenta queda súbita de saturação e hipotensão após punção central. Ausência de MV à direita. Conduta:

- A) RX antes de qualquer medida
- B) PEEP elevada
- C) Punção descompressiva imediata
- D) Antibiótico empírico

9. Paciente séptico com lactato persistente elevado apesar de PAM adequada.

Próximo passo:

- A) Suspender vasopressor
- B) Avaliar responsividade volêmica
- C) Iniciar vasodilatador
- D) Reduzir sedação

10. Paciente com DPOC em VM, pH 7,28 e pCO₂ 70 mmHg. Estratégia aceitável:

- A) Corrigir CO₂ rapidamente para 40 mmHg
- B) Permitir hipercapnia permissiva controlada
- C) Aumentar volume corrente agressivamente

D) Desligar PEEP

11. Choque distributivo refratário à noradrenalina alta dose. Próximo passo:

- A) Vasopressina associada
- B) Dobutamina isolada
- C) Nitroprussiato
- D) Suspender sedação

12. Paciente com suspeita de TEP maciço instável. Conduta:

- A) Anticoagulação e observar
- B) Trombólise sistêmica
- C) Tomografia antes de qualquer medida
- D) Apenas suporte ventilatório

13. Paciente em VM com assincronia frequente. Conduta inicial:

- A) Bloqueador neuromuscular imediato
- B) Ajustar parâmetros ventilatórios e sedação
- C) Reduzir FiO₂
- D) Retirar ventilador

14. Paciente com sepse abdominal evolui com oligúria e PAM 55. Melhor abordagem inicial:

- A) Furosemida imediata
- B) Expansão volêmica guiada por parâmetros dinâmicos
- C) Restrição hídrica
- D) Diálise imediata

15. Paciente pós-PCR, comatoso, hemodinamicamente estável. Estratégia recomendada:

- A) Normotermia ativa ou controle direcionado de temperatura
- B) Aquecimento agressivo
- C) Suspender sedação imediata

D) Alta precoce da UTI

16. Paciente ventilado com pressão de platô 30 e boa complacência. Conduta:

- A) Manter estratégia protetora
- B) Aumentar volume corrente
- C) Reduzir sedação obrigatoriamente
- D) Retirar PEEP

17. Paciente com hemorragia digestiva maciça em ventilação. Medida prioritária:

- A) Endoscopia antes de estabilizar
- B) Reposição volêmica e proteção de via aérea
- C) Anticoagulação profilática
- D) Sedação profunda isolada

18. Paciente com choque séptico e disfunção miocárdica associada. Droga útil:

- A) Noradrenalina isolada
- B) Dobutamina associada
- C) Vasopressina isolada
- D) Fenilefrina

19. Paciente com delirium hiperativo em UTI. Conduta:

- A) Benzodiazepínico de rotina
- B) Restrição física isolada
- C) Avaliar causas reversíveis e manejo não farmacológico prioritário
- D) Alta da UTI

20. Paciente com $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 100$. Estratégia adicional comprovada:

- A) Ventilação espontânea precoce
- B) Decúbito ventral
- C) Reduzir PEEP

D) Suspender sedação

21. Paciente com hiponatremia grave sintomática (Na 112). Conduta inicial:

- A) Correção rápida para normalidade em 6h
- B) Soro hipertônico com correção controlada
- C) Restrição hídrica isolada
- D) Diurético de alça

22. Paciente com acidose metabólica grave (pH 7,05) secundária a choque séptico.

Bicarbonato:

- A) Indicado rotineiramente
- B) Nunca indicado
- C) Considerar apenas se pH muito baixo e instabilidade
- D) Substitui vasopressor

23. Paciente com PCR testemunhada, ritmo FV. Conduta:

- A) Amiodarona antes de desfibrilar
- B) Desfibrilação imediata
- C) Intubação antes de qualquer choque
- D) Bicarbonato imediato

24. Paciente com síndrome compartimental abdominal suspeita. Conduta:

- A) Sedação isolada
- B) Monitorização da pressão intra-abdominal
- C) Aguardar tomografia
- D) Alta hospitalar

25. Paciente em VM com PEEP alta apresenta hipotensão e queda de retorno venoso.

Conduta:

- A) Aumentar PEEP
- B) Reduzir PEEP e reavaliar hemodinâmica
- C) Suspender sedação
- D) Iniciar diurético