

EDITAL 05/2026 – PROPESP/NUPG/PAMV/UNICENTRO
PUBLICAÇÃO DO GABARITO DA PROVA TEÓRICA DO PROCESSO SELETIVO DE
ALUNOS PARA O PROGRAMA DE APRIMORAMENTO EM MEDICINA
VETERINÁRIA

A Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação em conjunto com o Núcleo de Pós-Graduação e a coordenação do Programa de Aprimoramento em Medicina Veterinária no uso de suas atribuições legais conforme legislação vigente

TORNAM PÚBLICO

1. A divulgação do gabarito da prova teórica do processo seletivo de alunos para o Programa de Aprimoramento em Medicina Veterinária (PAMV), junto ao curso de pós-graduação *Lato Sensu* – Especialização, ofertado na modalidade presencial, pela Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná, UNICENTRO, para o ano de 2026, vinculado ao Edital nº 133/2025-PROPESP/NUPG/PAMV/UNICENTRO.

1.1 GABARITO DA PROVA DE ANESTESIOLOGIA VETERINÁRIA

Questão 1	C
Questão 2	A
Questão 3	B
Questão 4	A
Questão 5	E
Questão 6	D
Questão 7	C
Questão 8	C
Questão 9	A
Questão 10	D

Questão 11	B
Questão 12	C
Questão 13	B
Questão 14	C
Questão 15	B
Questão 16	C
Questão 17	C
Questão 18	B OU C
Questão 19	B
Questão 20	D

1.2 GABARITO DA PROVA DE CLÍNICA CIRÚRGICA DE PEQUENOS ANIMAIS

Questão 1	Realizar a abordagem emergencial do paciente inicialmente com a triagem (gravidade, risco de morte, por exame físico rápido), utilizando um dos esquemas de triagem e definir se paciente em emergência, com risco de PCR, ou se em emergência relativa ou urgência. Nesta triagem avaliar se trauma gerou comprometimento de função respiratória, se há comprometimento vascular e local(is) do trauma. Em caso de parada cardiorrespiratória iniciar manobras de emergência com massagem cardíaca (massagens 100 a 120 compressões /min, ventilação 1 a cada 5 segundos, se necessário adrenalina (dose: 0,01 mg/kg) a cada 3 a 5 minutos, atropina (se assistolia, atividade elétrica sem pulso, ou excesso de atividade vagal), uso de desfibrilador (se fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular). Controle com oximetria, dosagem de lactato e glicemia. Em história clínica inicial buscar informações quanto ao agente causal, intensidade do trauma e seguir com informações quanto ao evento traumático (ou o que aconteceu), se paciente tem alergias, se há doenças anteriores ou prenhez, quando foi última refeição e se faz uso de fármacos. Realizar o exame físico inicial seguindo protocolo ABCD, avaliando padrão respiratório, se vias aéreas abertas ou ocluídas (se ocluídas aspirar ou liberar), ausculta cardiorrespiratória,
-----------	---

Questão 1	avaliação de pressão periférica e central e de capacidade neurológica. Se necessário fornecer oxigênio por cateter nasal, máscara, intubar ou executar traqueostomia (de acordo com a gravidade ou presença de comprometimento/lesão/obstrução de via aérea). Em ausculta avaliar sons respiratórios e cardíacos (nos casos mais graves acompanhar saturação de oxigênio e capnografia). Avaliar cor de mucosa, frequência cardíaca, TPC, pulso, temperatura (central e periférica). Na identificação de hemorragia, pulso alterado (baixo), hipotensão (PAM < 65 mmHg ou PS < 90 mmHg em são consideradas ameaçadoras), executar manobras de controle de hemorragia (compressão, esponjas hemostáticas, pinçamento de vasos ou cirurgia de emergência), realizar acesso venosos e fluido terapia (soluções isotônicas em 10 a 22 mL/kg/15 min, soluções hipertônicas ou soluções coloides sintéticos ou naturais), se necessário de acordo com a avaliação da função cardiovascular. Aquecer paciente se necessário. Avaliar grandes órgãos (se há alteração da forma e contorno abdominal, ausculta de movimentos intestinais, percussão e balotamento), tecidos moles (presença de hematomas, equimoses, lacerações, deformidades ou anormalidades) e grau de consciência. Realizar terapia analgésica com fármacos opioides não depressores cardiorrespiratórios como butorfanol. Administrar antimicrobianos de amplo espectro e bactericidas. Conectar monitores no paciente e aferir pressão arterial, traçado de eletrocardiograma e monitorar a FC. Avaliar adequadamente a gravidade das lesões torácicas, abdominais e em membros e se necessário realizar exames complementares com TFAST e AFAST, radiografias torácicas de coluna ou membros, toracocentese/abdominocentese, exames hematológicos (hemograma, bioquímicos específicos de acordo com suspeita clínica, glicose e lactato, função de coagulação e gasometria). Sondagem uretral e verificação de integridade de vesícula urinária além de controle de produção de urina. Avaliação localização e extensão de trauma, se é possível estabilização antes de intervenção cirúrgica, se intervenção necessária, e, se intervenção cirúrgica é emergencial. Caso o dano ou reconstrução cirúrgica seja emergencial ou graves preparar paciente para procedimento de controle de hemorragia, reconstrução de parede torácica, ou correção de qualquer dano que o trauma possa ter causado.
Questão 2	Com o paciente em decúbito dorsal a técnica inicia-se com a celiotomia mediana, retro-umbilical caudal de aproximadamente três centímetros de comprimento, podendo ser ampliada de acordo com o tamanho dos cálculos vesicais. Realizada com incisão de pele e subcutâneo com bisturi, se necessário incisão ou divulsão de tecido adiposo e identificação de linha alba. Tração de parede abdominal ventralmente com uso de pinças Allis e incisão puntiforme da linha alba bom bisturi e ampliação da incisão com tesoura Mayo ou Metzenbaum (dependendo do tamanho do animal). Identificação de vesícula urinária, sua exposição e exteriorização para fora da cavidade, proteção da bexiga com compressas cirúrgicas, feitas suturas de ancoragem com fio poliamida 3.0 ou 4.0 em região de fundo de bexiga. Acesso à vesícula urinária com incisão parede da bexiga em região ventral de corpo de bexiga, utilizando-se bisturi e ampliação de incisão com tesoura Iris ou Metzenbaum. Inspeção interior de vesícula urinária, identificação de cálculos e remoção de cálculos. Com auxílio de cureta, remover pequenos fragmentos ou pequenos cálculos. Lavar interior de vesícula urinária com solução fisiológica, realizar a lavagem retrógrada de uretra de bexiga com remoção de cálculos remanescentes em uretra ou trígono vesical. Feita lavagem de vesícula urinária com solução fisiológica e iniciada sua oclusão com duas linhas de sutura, simples contínuo envolvendo submucosa, muscular e serosa e Cushing envolvendo mesmas camadas e invaginado sutura anterior. Ambas suturas feitas com fio absorvível monofilamentar (polidioxanona) 3.0 ou 4.0. Realizado teste de sutura aplicando-se solução fisiológica em luz de bexiga. Na ausência de extravasamento realizar nova lavagem de bexiga, trocado de luvas e instrumentais; vesícula urinária colocada em cavidade e feita a celiorrafia com sutura simples continua ou simples interrompida de fáscia e musculatura abdominal com fio absorvível monofilamentar ou multifilamentar (poilglactina ou polidioxanona) 0.0, 2.0 ou 3.0, sutura de subcutâneo com fio absorvível sintético e sutura de pele com sutura intradérmica ou simples interrompido e fio poliamida ou poliglecaprone.
Questão 3	Em atendimento inicial coletar informações sobre raça, idade, status reprodutivo. Em anamnese questionar o responsável quanto a: tempo de evolução, velocidade de crescimento de nódulos ou massas, se lesões ulceradas, se foram feitas tentativas de tratamento (sejam clínicos ou cirúrgicos), se feito uso de progestágenos, se paciente já passou por cirurgias previamente, histórico de cios (frequência e sinais de disfunções hormonais), histórico de gestações, se foi feito algum exame complementar previamente a consulta. Sobre estado geral, questionar sobre:

Questão 3	alimentação, ingestão de água, fezes e urina, se paciente apresenta tosse, falta de ar, cansaço fácil, como é ambiente em que vive, se há contaminantes, se faz uso de pesticidas ou produtos químicos que possam ser carcinogênicos em ambiente, se há contactantes, se tem livre acesso à rua e histórico de. Doenças anteriores. Em exame físico realizar exame físico geral com avaliação de mucosas, TPC, frequência cardíaca e respiratória, ausculta pulmonar (verificar principalmente se há sinais de metástase pulmonar), temperatura e pulso. Avaliar glândulas mamárias, a há nodulações e em quais mamas, anotar o tamanho de nódulos ou massas, se ulceradas, se aderidas, se há contaminação secundária, se dolorosas ou indolores, se há edema ou inflamação associada. Avaliar linfonodos periféricos, se há aumento de linfonodos, principalmente de mamários, inguinais e axilares. Realizar palpação abdominal e exame físico geral (como de orelhas, da presença de nódulos de pele e subcutâneo e cavidade oral) buscando por alterações, ou doenças concomitantes, ou relacionadas à neoplasia mamária. Realizar exames complementares para a confirmação do diagnóstico e o estadiamento da neoplasia mamária como: citologia aspirativa por agulha fina de linfonodos suspeitos, radiografia torácica (em três posições), ultrassonografia abdominal, tomografia torácica e abdominal, PETSCAN, exames hematológicos (hemograma, bioquímicos de avaliação geral) e marcadores tumorais. Após exames complementares estadiar neoplasia em estádios de I a V (I: T1 N0 M0, II: T2 N0 M0, III: T3 N0 M0, IV: qualquer T N1 M0, V: qualquer T qualquer N M1). Após estadiamento instituir tratamento. A principal forma tratamento é a cirúrgica com mastectomia regional ou total (unilateral ou bilateral). A(s) glândula(s) mamárias removidas dependerão da localização da mama acometida da drenagem linfática. Lesões em múltiplas mamas e em M3 (mama abdominal cranial) têm a indicação e mastectomias totais; assim como na presença de lesões de crescimento rápido em nódulos acima de 3 cm. Quando há múltiplas lesões em ambas as cadeias mamárias, pode se optar pela mastectomia total bilateral ou mastectomias totais unilaterais com intervalo de quatro a seis semanas entre as cirurgias. Em lesões em mamas isoladas, a mastectomia é baseada no conceito de que algumas mamas dividem a mesma drenagem linfática e venosa, assim lesões menores de 3 cm, não aderidas, não ulceradas, sem inflamação e com crescimento mais lento podem ser removidas da forma: lesões em M1: mastectomia de glândulas M1 e M2; lesões em M2: mastectomia de glândulas M1, M2 e M3; em lesões de M4: mastectomia de glândulas M3, M4 e M5; e em lesões em M5: mastectomia de glândulas M4 e M5. Antes de mastectomia deve ser feita a marcação linfática para identificação de linfonodo sentinela e marcação linfática. Na presença de marcação, aumento de linfonodo ou citologia positiva, o linfonodo deve ser removido. Para a técnica é feita pela incisão de pele e subcutâneo ao redor de glândulas mamárias de acordo com as mamas acometidas, com margens de no mínimo 1 cm. Divulsão de tecidos moles com eletrocoagulação e tesoura Metzenbaum, cauterização de vasos, verificação de aderência ou invasão de fáscia muscular. Na presença de aderência, divulsionar e remover fáscia para garantia de ressecção de margens profundas. A divulsão de tecido mamário preferencialmente é em direção cranial a caudal (de M1 à M5). Caudalmente, é feita a identificação de artéria e veia epigástrica superficial caudal direita, feita dupla ligadura de artéria e veia com fio absorvível sintético, secção desses vasos e remoção de cadeia mamária juntamente com linfonodo inguinal esquerdo. Feita a lavagem de área operada com soro fisiológico aquecido, feita troca de compressas, de luvas cirúrgicas e instrumentais cirúrgicos. Realizada a sutura de aproximação e de subcutâneo com fio absorvível sintético, e dermatorrafia com ponto intradérmico ou simples interrompido e fio poliamida. No pós-operatório deve ser instituída analgesia, bandagens ou curativos para proteção da ferida e se evitar formação de seroma e hemorragia, solicitar repouso e restrição de movimentação. Agendar remoção de pontos com 10 a 15 dias de pós-operatório. Encaminhar material biológico para exame histopatológico e imunohistoquímica quando possível. Além de avaliação histopatológica convencional, podem ser feitos marcadores: receptor estrógeno, receptor de progesterona, Ki67, e expressão de COX-2. Em pacientes com neoplasias com tipos histológicos agressivos como carcinoma micropapilar, carcinoma sólido e neoplasias alto grau (indiferenciada) têm indicação de quimioterapia pós-operatória. O protocolo antineoplásico depende do tipo histológico e poderá ser com fármacos únicos ou associação dos fármacos: doxorubicina, ciclofosfamida, carboplatina. Inibidores de COX podem ser usados. Os fatores prognósticos são: tamanho do tumor, tipo histológico, grau histológico, presença de metástase linfática e de metástase a distância, índice proliferativo, marcação para receptores hormonais, COX-2 e Ki67.
Questão 3	

Questão 4	As fontes de infecção cirúrgica são: endógena (flora da pele, da mucosa, trato GI, infecção pré-existente) e exógena (profissionais, equipamentos, materiais e ambiente). E os fatores de risco para as infecções cirúrgicas são: idade, obesidade, hipotensão, endocrinopatia, comorbidades, gênero, presença de corpo estranho no campo cirúrgico, uso de implantes, duração da cirurgia e uso de drenos. Assim, as manobras ou cuidados para a prevenção das infecções cirúrgicas incluem os cuidados com técnicas assépticas (como antisepsia das mãos; tricotomia, limpeza e antisepsia do campo operatório; uso de materiais e instrumentais esterilizados corretamente; higienização da sala cirúrgica); técnica cirúrgica pouco invasiva, delicada, com adequada hemostasia e redução do espaço morto; menor tempo anestésico possível; cuidado com hipotermia trans-operatória; proteção e cuidados com a ferida cirúrgica; controle da dor. O uso de antimicrobianos é indicado no pré-operatório ou profilaticamente em cirurgias: com duração maior que 90 minutos, quando utiliza-se implante ou em pacientes com próteses pré-existentes, em feridas traumáticas, em procedimentos ortopédicos (substituição total de quadril, fratura aberta, reparo extenso de fratura, outros procedimentos eletivos), em cirurgias de aparelho digestório (anastomose intestinais ou colônica, correção de obstrução ou estrangulamento de alça, ressecção gástrica por DVG, cirurgia retal ou anal, cirurgia esofágica), respiratórias (fechamento de fistula esofagobronquial), em hérnias perineais. E antimicrobianos são indicados quando há infecção pré-existente (abscessos, foco de infecção ou urina infectada) ou em feridas infectadas. O tratamento das infecções das feridas cirúrgicas incluem: coleta de amostra para cultura e antibiograma, na presença de infecção realizar a drenagem da secreção, o debridamento da ferida, a remoção de tecido necrótico, tecido desvitalizado e corpos estranhos ou implantes quando houver, limpeza da região com solução salina isotônica (NaCl 0.9%) ou antissépticos a 0.05%, se houver dúvida quando a viabilidade dos tecidos, tratar ferida como aberta, controle da dor e uso de antimicrobianos de amplo espectro ou de acordo com resultados de cultura e antibiograma.
-----------	--

1.3 GABARITO DA PROVA DE CLÍNICA MÉDICA DE PEQUENOS ANIMAIS

Questão 1	B
Questão 2	A
Questão 3	B
Questão 4	E
Questão 5	B
Questão 6	C
Questão 7	A
Questão 8	C
Questão 9	C
Questão 10	1. Fisiopatologia da congestão e do edema pulmonar O aluno deve demonstrar compreensão dos mecanismos que levam da disfunção cardíaca ao acúmulo de líquido nos pulmões: a) Redução do débito cardíaco (DC) e da fração de ejeção Em degeneração mixomatosa da valva mitral (a causa mais comum em cães de pequeno porte), a insuficiência valvar reduz o volume de sangue efetivamente ejetado. A queda do DC leva à ativação compensatória dos sistemas reguladores de volume. b) Aumento das pressões de enchimento do átrio e ventrículo esquerdos O refluxo de sangue para o átrio esquerdo aumenta a pressão atrial. O aumento da pressão é transmitido retrogradamente para as veias pulmonares e capilares. c) Congestão pulmonar e formação de edema O aumento da pressão hidrostática nos capilares pulmonares ultrapassa a capacidade dos linfáticos, levando ao extravasamento de líquido para o interstício → edema intersticial. Com a progressão, o líquido invade os alvéolos, gerando padrão alveolar e crepitações. d) Ativação neuro-hormonal (RAAS e SNS)

	O aluno deve citar pelo menos dois dos mecanismos abaixo: Ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS): promove retenção de sódio e água → aumento da pré-carga → piora da congestão. Secreção aumentada de aldosterona: leva à retenção hídrica e remodelamento cardíaco. Ativação simpática (SNS): aumenta a FC e a contratilidade inicialmente, mas com o tempo gera arritmias e aumento do consumo de oxigênio. Liberção diminuída de peptídeos natriuréticos na fase crônica limita a capacidade de compensação. O candidato deve relacionar esses mecanismos à progressão da congestão pulmonar. MODELO DE RESPOSTA: A insuficiência cardíaca congestiva esquerda em cães resulta principalmente da incapacidade do coração de manter débito adequado, levando ao aumento retrógrado das pressões pulmonares. Na degeneração mixomatosa da valva mitral — causa mais comum em cães idosos de pequeno porte — o refluxo de sangue para o átrio esquerdo aumenta a pressão atrial, que se transmite para as veias pulmonares e capilares. Esse aumento da pressão hidrostática ultrapassa a capacidade dos vasos e linfáticos, resultando inicialmente em edema intersticial e, posteriormente, edema alveolar. A redução do débito cardíaco estimula ainda a ativação neuro-hormonal, principalmente o sistema renina-angiotensina-aldosterona e o sistema nervoso simpático, que promovem retenção hídrica, vasoconstrição e remodelamento cardíaco, perpetuando a congestão.
--	--

1.4 GABARITO DA PROVA DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Questão 1	A
Questão 2	E
Questão 3	C
Questão 4	E
Questão 5	B
Questão 6	D
Questão 7	A
Questão 8	A
Questão 9	A
Questão 10	B
Questão 11	A
Questão 12	E
Questão 13	B
Questão 14	B
Questão 15	A
Questão 16	A
Questão 17	A
Questão 18	A
Questão 19	B
Questão 20	B

Questão 21	D
Questão 22	D
Questão 23	C
Questão 24	B
Questão 25	B
Questão 26	C
Questão 27	D
Questão 28	A
Questão 29	A
Questão 30	B
Questão 31	A
Questão 32	D
Questão 33	D
Questão 34	A
Questão 35	A
Questão 36	B
Questão 37	B
Questão 38	E
Questão 39	C
Questão 40	E

1.5 GABARITO DA PROVA DE DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

Questão 1	E
Questão 2	C
Questão 3	C
Questão 4	D
Questão 5	A
Questão 6	C
Questão 7	A
Questão 8	B
Questão 9	A
Questão 10	B

Questão 11	C
Questão 12	D
Questão 13	D
Questão 14	E
Questão 15	C
Questão 16	E
Questão 17	B
Questão 18	B
Questão 19	D
Questão 20	B

1.6 GABARITO DA PROVA DE MEDICINA DE GRANDES ANIMAIS

Questão 1	A) Parasitose ou verminose ou haemonchose. Exame complementar: coproparasitológico. Tratamento-vermifugação (albendazol, closantel, nitroxinil por exemplo e transfusão sanguínea se a anemia for intensa – hematócrito abaixo de 15%). Medidas preventivas-Manejo- realizar FAMACHA e só vermifugar os anêmicos, rotação de pastagem, soltar no pasto após as 10 h, forragem alta e de boa qualidade, vermifugação estratégica em fêmeas recém-paridas e cordeiros desmamados, homeotapia e fitoterápicos. B) Tristeza parasitaria ou babesiose ou tripanossomose. Ex complementar-esfregaço sanguíneo- pesquisa de hematozoário, testes de ELISA ou PCR. Tratamento-derivados de diaminazeno, ou imizol ou vividium, transfusão de sangue se necessário. Medidas preventivas-evitar infestação maciça de carrapatos, vacina preventiva.
Questão 2	a) Observar contorno abdominal, procurando assimetrias. b) Verificar tensão do flanco, estratificação ruminal e força de contração do saco ruminal. c) Perceber o conteúdo ruminal ou deslocamentos de órgão. O som deve ser timpânicos subtimpanico no saco dorsal, e ir gradativamente para maciço no saco ventral. d) Auscultar crepitação o movimento de rolamento ou frequência ruminal-normal-7 a 12 / 5 minutos e) Não há timbre metálico- a presença de timbre indica órgão oco extremamente distendido por GAS ou rumem ou deslocamento de abomaso- diferenciar pela região do timbre metálico f) Cor: verde amarronzado (depende da alimentação, odor: da alimentação, ligeiramente viscoso, pH 5,5 a 7 dependendo da alimentação, Prova do azul de metileno-redução em 3 a 6 minutos, prova da flotação-sedimenta e flota as partículas em 4 a 8 minutos, presença de protozoários ciliados vivos na microscopia.
Questão 3	A) Peritonite B) (celularidade e proteína) do líquido peritoneal, dor a palpação, fibronogênio elevado
Questão 4	Raio x de torax Ultrassom de torax com punção e coleta do líquido cavitário Avaliação laboratorial do liquido cavitário (celularidade,proteína)
Questão 5	A) Obstrução esofágica B) Sedação e miorelaxante (xilazina e acepromazina), tentativa cuidadosa de sondagem nasogástrica, radiografia contraste negativo ou com contraste iodado
Questão 6	C
Questão 7	E
Questão 8	B
Questão 9	D
Questão 10	A
Questão 11	B

Questão 12	E
Questão 13	C
Questão 14	B
Questão 15	1. Dor não responsiva as terapias analgésicas 2. Distensão de alça que não responde a terapia por 2 ou 3 exames consecutivos 3. Líquido peritoneal alaranjado/avermelhado ou com elevação significativa de proteínas totais, leucócitos e/ou células vermelhas 4. Refluxo gástrico maior que 5 litros e de Ph alcalino 5. Palpação de enterólito ou torções durante a palpação retal 6. Frequência cardíaca acima de 60bpm, não responsiva ao tratamento 7. Dor intensa, continua e refrataria 8. Ausência de motilidade intestinal em 2 ou 3 exames consecutivos

1.7 GABARITO DA PROVA DE PATOLOGIA CLÍNICA

Questão 1	B
Questão 2	C
Questão 3	B
Questão 4	C
Questão 5	D
Questão 6	V; V; V; V
Questão 7	V; V; V; V
Questão 8	B
Questão 9	C
Questão 10	D
Questão 11	B
Questão 12	V; V; F; V

2. Este edital entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições anteriores.

Guarapuava, 04 de fevereiro de 2026



Prof. Dr. Luciano Farinha Watzlawick
 Coordenador do Núcleo de Pós-Graduação Lato Ssensu



Profa. Dra. Helcy Meme Ishiy Hulse
 Coordenadora do Programa de Aprimoramento em Medicina Veterinária