



CONCURSO PÚBLICO

004. PROVA ESCRITA

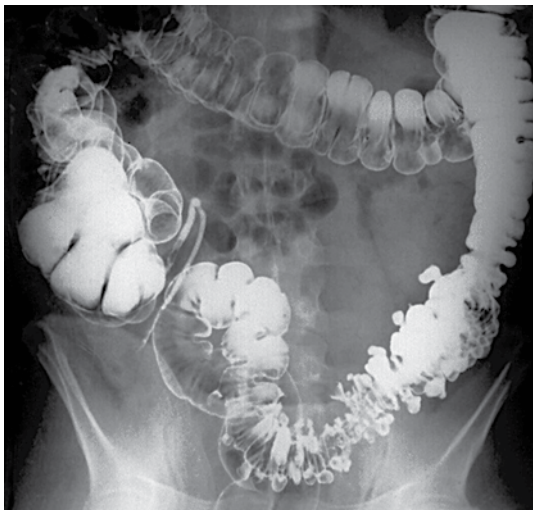
2.º TENENTE MÉDICO PM ESTAGIÁRIO (CIRURGIA GERAL)

- ◆ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 60 questões objetivas.
- ◆ Confira seu nome e número de inscrição impressos na capa deste caderno.
- ◆ Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala.
- ◆ Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- ◆ Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta azul ou preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- ◆ A duração da prova é de 4 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- ◆ Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridos 75% do tempo de duração da prova.
- ◆ Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno, podendo levar apenas o rascunho de gabarito, localizado em sua carteira, para futura conferência.
- ◆ Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO DE QUESTÕES.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

01. Analise o que segue.



A imagem é compatível com

- (A) apendicite crônica.
 - (B) diverticulose.
 - (C) melanose colônica.
 - (D) retocolite ulcerativa.
 - (E) megacólon cecal.
02. Maria, de 28 anos, apresenta quadro agudo doloroso de forte intensidade no quadrante inferior direito do abdome, irradiado para a região posterior e acompanhado de vômitos, agitação e desconforto. Nega quadro semelhante progressivo e atraso menstrual. Tomou dipirona sem sucesso e procurou o pronto-socorro. A história clínica sugere
- (A) litíase ureteral.
 - (B) apendicite aguda.
 - (C) gravidez tubária rota.
 - (D) diverticulite de Meckel perfurada.
 - (E) doença inflamatória pélvica aguda.
03. Em relação às hérnias inguinais e crurais, assinale a proposição incorreta.
- (A) Nos meninos, as hérnias inguinais são mais frequentes à direita. Quando submetidos ao tratamento cirúrgico à esquerda, o lado direito deve ser explorado.
 - (B) As hérnias crurais são mais frequentes nas mulheres do que nos homens e são mais susceptíveis de encarceramento do que as inguinais.
 - (C) As hérnias inguinais são mais frequentes nos homens do que nas mulheres, porque o orifício miopectíneo de Fruchaud, na sua dimensão inguinal, é mais reduzido nas mulheres do que nos homens.
 - (D) O conduto de Nuck nas mulheres é o correspondente ao conduto peritônio vaginal nos homens.
 - (E) A cirurgia laparoscópica transabdominal no adulto é uma opção nos casos de hérnias recidivadas, e o uso de tela é opcional.

04. Assinale a alternativa correta no que se refere às hérnias inguinais.

- (A) A indicação cirúrgica deve ser feita sempre após o diagnóstico, pois a cirurgia é o único tratamento curativo disponível.
- (B) O tratamento cirúrgico deve ser essencial, independente de situações de encarceramento ou estrangulamento.
- (C) A colocação de tela nos adultos deve ser universal, pois diminui de forma significativa a incidência de recidivas.
- (D) A hérnia direta é própria de crianças e adultos jovens, devido à persistência do conduto peritônio vaginal.
- (E) A hérnia associada ao esforço do serviço não pode ser enquadrada como doença ocupacional, pois tem fatores desencadeantes bem definidos.

05. Sobre as características das hérnias da parede abdominal, pode-se afirmar que

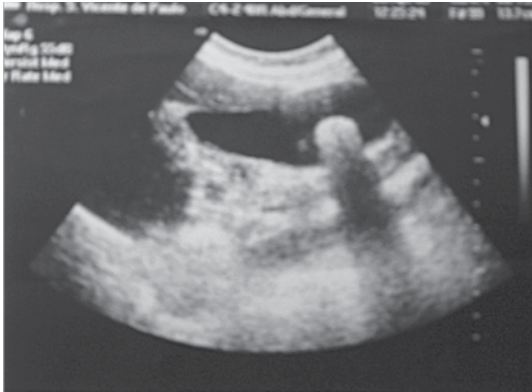
- (A) as hérnias inguinais indiretas emergem medialmente aos vasos epigástricos profundos.
- (B) na hérnia de Richter, ocorre encarceramento com ou sem estrangulamento da borda contra mesenterial, de tal forma que pode não ocorrer obstrução intestinal.
- (C) a hérnia de Littré é um tipo raro de hérnia, em que o conteúdo do saco herniário é o divertículo de Meckel.
- (D) a hérnia de Spiegel surge através de orifício no bordo da bainha do reto, ao nível da junção dessa com a linha semicircular de Douglas.
- (E) nos casos de abdome agudo obstrutivo, é necessária a exposição e o exame da região inguinocrural bilateral como diagnóstico diferencial.

06. Em relação à hérnia de Amyand, entende-se hérnia

- (A) inguinal cujo conteúdo é um divertículo de Meckel.
- (B) inguinal cujo conteúdo é o apêndice cecal.
- (C) lombar cuja protrusão se faz no triângulo de Petit.
- (D) inguinal com encarceramento intestinal contramesenterial.
- (E) cuja protrusão é infraumbilical, junto à fusão aponeurótica dos músculos abdominais laterais.

07. No que se refere ao planejamento cirúrgico de uma hérnia incisional, assinale a alternativa que não é correta.
- (A) São mais recorrentes após cirurgia, sobretudo em obesos ou diabéticos ou, ainda, naqueles submetidos à cirurgia catalogada como limpa.
 - (B) Muitas vezes o volume herniário ultrapassa 25% do volume da cavidade abdominal, de tal forma que a redução poderia causar síndrome compartimental abdominal com restrição respiratória e risco de morte. São chamadas hérnias que perderam direito à residência.
 - (C) As técnicas de tomografia com estimativa em 3 dimensões permitem cálculos aproximados dos respectivos volumes abdominal e herniário.
 - (D) A medida da pressão intravesical, antes e após simulação de redução, revela informações importantes a respeito de eventual síndrome compartimental pós-operatória.
 - (E) Em situações limítrofes de síndrome compartimental, as cirurgias poderiam ser planejadas com omentectomia, enterectomia e mesmo hemicolecotomia direita, que é o segmento colônico mais volumoso.

Observe a imagem.



08. Paciente masculino, 36 anos, apresenta o exame mostrado na imagem. O tratamento cirúrgico está indicado pela maior possibilidade de
- (A) coledocolitíase.
 - (B) colecistite aguda.
 - (C) cólica biliar.
 - (D) pancreatite biliar.
 - (E) câncer vesicular.
09. Assinale a alternativa que contém a conduta correta para paciente de 52 anos, desnutrido +/4 e portador de megaesôfago idiopático classificado como não avançado.
- (A) Cardiomiectomia extramucosa associada à plástica antirrefluxo.
 - (B) Dilatação forçada da cárdia com balão hidrostático.
 - (C) Esofagotomia trans-hiatal com esofagogastroplastia.
 - (D) Operação de Heller.
 - (E) Tratamento clínico com bloqueadores de canal de cálcio.

10. M.A.S., de 22 anos, foi encaminhada ao ambulatório de proctologia por causa de dor anal intensa e prolongada após evacuações. Constipada, evacua com bastante esforço. Ao exame físico, foi observado plicoma anal às “18 horas”. O diagnóstico provável é:
- (A) fistula perianal.
 - (B) doença hemorroidária.
 - (C) fissura anal.
 - (D) abscesso perianal.
 - (E) trombose hemorroidária.
11. Paciente de 46 anos, foi atendido no P.S. com quadro de dor tipo cólica em região epigástrica associado a náuseas e vômitos aquosos. Refere antecedentes de úlcera duodenal, hipertensão e hipercolesterolemia. Após radiografia simples de abdome e administração de analgésicos, foi liberado com receita de bloqueador de bomba de prótons, dipirona e escopolamina. Retornou após 16 horas, com febre, dor difusa mais intensa no flanco e fossa ilíaca direita e descompressão brusca positiva no local. Pode-se considerar que o diagnóstico é:
- (A) úlcera duodenal perforada e bloqueada.
 - (B) colecistite aguda.
 - (C) pancreatite aguda dislipidêmica.
 - (D) apendicite aguda.
 - (E) diverticulite.
12. A amputação abdominoperineal do reto implica:
- (A) bolsa ileal com anastomose íleo-anal.
 - (B) ileostomia definitiva.
 - (C) colostomia terminal.
 - (D) colostomia em “boca de espingarda”.
 - (E) colostomia em alça.
13. Paciente de 63 anos, alcoólatra crônico, com sinais de hepatopatia crônica, fez ultrassom abdominal que revelou dois nódulos hepáticos localizados, respectivamente, nos segmentos II e III. Tem sorologia positiva para hepatite C. Fez tomografia computadorizada hepática que comprovou os nódulos já referidos que se realçaram na fase arterial, e sinais de hipertensão portal com esplenomegalia. A dosagem de alfa-fetoproteínas foi elevada. A discussão diagnóstica etiológica é compatível com
- (A) metástases hepáticas por neoplasia do trato digestivo.
 - (B) carcinoma hepatocelular.
 - (C) hiperplasia nodular focal.
 - (D) pseudonódulos de regeneração hepática em fígado cirrótico.
 - (E) nódulos adenomatosos em fígado cirrótico.

14. A esterilização do material cirúrgico permanente é feita, fundamentalmente, por:
- (A) óxido de etileno.
 - (B) estufa: calor seco.
 - (C) glutaraldeído.
 - (D) autoclave: vapor de água sob pressão.
 - (E) fervura.
15. No pós-operatório imediato de uma gastrectomia, espera-se:
- (A) elevação dos níveis de renina, angiotensina II e aldosterona com queda da excreção renal de potássio, bicarbonato de sódio e urina ácida.
 - (B) diminuição do teor de cortisol nas primeiras 12 horas. Nos pacientes portadores da doença de Addison, a lesão glandular pode acarretar hipotensão ou choque circulatório devido à falta desta resposta.
 - (C) diminuição da produção de insulina para disponibilizar maior quantidade de glicose intracelular. Ocorre o chamado “desbloqueio da insulina”.
 - (D) aumento do espaço extracelular total e diminuição do espaço extracelular funcionalmente ativo devido ao “sequestro cirúrgico”.
 - (E) diminuição do hormônio antidiurético devido a estímulos na região do *glomus carotidius*.
16. O “sequestro cirúrgico”, após um procedimento operatório, é consequência da
- (A) liberação de renina e angiotensina.
 - (B) lesão celular.
 - (C) ativação do eixo hipotalâmico-hipofisário.
 - (D) diminuição do hormônio antidiurético.
 - (E) desbloqueio da ação da insulina.
17. Paciente de 43 anos permaneceu com sonda nasogástrica por 12 dias, após trauma abdominal e, três semanas após a sua retirada, passou a apresentar disfagia a alimentos sólidos. Pode-se afirmar que o diagnóstico é:
- (A) esofagite por monilíase.
 - (B) estenose benigna devido ao refluxo gastroesofágico no período.
 - (C) perfuração inadvertida do esôfago.
 - (D) acalasia idiopática traumática.
 - (E) dismotilidade esofágica pós-traumática.
18. Em relação à flora bacteriana da nossa pele, é correto afirmar que
- (A) a flora bacteriana superficial é variável e não se consegue eliminá-la com a lavagem das mãos, mesmo com antissépticos de última geração.
 - (B) a flora bacteriana profunda está colonizada por bactérias vigentes no meio hospitalar que frequentamos e, portanto, é variável.
 - (C) a correta lavagem das mãos, de acordo com a técnica padronizada e em atendimento aos princípios da Cirurgia Listeriana, elimina totalmente a flora bacteriana das mãos e antebraços.
 - (D) ao término da lavagem correta, as mãos acham-se completamente assépticas, o que não ocorre com os antebraços.
 - (E) a lavagem correta, em conformidade com os princípios da cirurgia asséptica, elimina a flora variável ou superficial, não acontecendo o mesmo com a flora permanente ou profunda.
19. Diante de um quadro de abdome agudo, a radiografia simples de abdome em pé, deitado e cúpulas está indicada para um (uns) deste(s) caso(s):
- (A) abdome agudo vascular.
 - (B) abdome agudo inflamatório.
 - (C) abdome agudo traumático.
 - (D) abdome agudo perfurativo e ou obstrutivo.
 - (E) na impossibilidade de realizar a ultrassonografia abdominal quando existe a suspeita de líquido intracavitário.
20. Na vigência de hematemese volumosa, paciente do sexo masculino se apresentou na sala de emergência com confusão mental, PA de 90/60 mm/Hg, descorado, taquípneico e FC de 140/ min. Ao exame físico, identificaram-se sinais de hipertensão portal. A conduta inicial deve ser:
- (A) acesso venoso para reposição volêmica e intubação traqueal para prevenção de aspiração brônquica.
 - (B) balão de tamponamento esofágico para interromper o sangramento.
 - (C) endoscopia digestiva alta imediata para confirmar o diagnóstico e realizar o tratamento de urgência.
 - (D) passagem de sonda gástrica para lavagem do estômago, permitindo a atuação do endoscopista e monitoramento do sangramento.
 - (E) acesso venoso, reposição volêmica, hemograma, coagulograma, provas de função hepática e renal, requisição de hemoderivados e convocação imediata do endoscopista.

21. Vítima de acidente de carro deu entrada no P.S com trauma torácico, hipotensão, dispneia e diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo. Recebeu 2000 mL de Ringer-lactado e foi realizada drenagem torácica com saída de grande quantidade de ar. Devido ao borbulhamento persistente no dreno e permanência das condições hemodinâmicas referidas, foi feita radiografia do tórax, que mostrou dreno bem posicionado e colapso pulmonar à esquerda. A principal hipótese diagnóstica é:
- (A) pneumotórax aberto.
 - (B) pneumotórax hipertensivo.
 - (C) tórax instável.
 - (D) lesão de cúpula diafragmática esquerda e perfuração de ângulo esplênico do cólon.
 - (E) lesão brônquica.
22. Paciente, com história de alcoolismo crônico e antecedente de hepatite viral, procurou P.S com quadro de dor abdominal aguda de forte intensidade, acompanhado de náuseas e vômitos aquosos. A dor epigástrica irradiava-se para as regiões dorsais. Referia quadro semelhante pregresso há dois meses. Foi realizada radiografia simples de abdome que não mostrou pneumoperitônio e revelou calcificações à direita da segunda vértebra lombar. A dosagem da amilase plasmática foi de 487U/L. O quadro é compatível com
- (A) pancreatite aguda.
 - (B) pancreatite aguda recidivada.
 - (C) úlcera duodenal “terebrante” no pâncreas.
 - (D) pancreatite crônica.
 - (E) pancreatite crônica agudizada.
23. Paciente do sexo feminino, de 59 anos, hipertensa, diabética controlada e sem outros antecedentes, apresenta quadro clínico clássico de colecistite aguda. Foi realizada ultrassonografia abdominal que diagnosticou colelitíase, espessamento da parede, líquido perivesicular e observou-se sinal de “Murphy” positivo com o transdutor. A conduta deve ser:
- (A) colecistectomia laparotômica.
 - (B) colecistectomia laparoscópica.
 - (C) tratamento clínico com mono-antibioticoterapia e colecistectomia após 7 semanas.
 - (D) tratamento clínico com poli-antibioticoterapia e colecistectomia após 7 semanas.
 - (E) tratamento clínico com antibióticos, de acordo com a orientação do infectologista, e tratamento cirúrgico após melhora imediata do quadro infeccioso.
- Leia o que segue para responder às questões de números 24 e 25.
- Paciente de 69 anos, com disfagia intermitente durante o processo de deglutição, tem a suspeita de ruptura do esôfago cervical após endoscopia digestiva alta.
24. O diagnóstico deve ser comprovado por:
- (A) nova esofagoscopia.
 - (B) ultrassonografia da região cervical.
 - (C) tomografia computadorizada da região cervical com contraste iodado, via oral.
 - (D) radiografia contrastada do esôfago cervical com sulfato de bário.
 - (E) ressonância nuclear magnética da região cervical.
25. Após ser diagnosticada a ruptura do esôfago cervical, o paciente deve ser tratado por:
- (A) cervicotomia, reparo primário da lesão e drenagem.
 - (B) jejum absoluto e sondagem nasoenteral para alimentação.
 - (C) esofagostomia cervical e gastrostomia.
 - (D) esofagectomia, esofagostomia e gastrostomia.
 - (E) esofagectomia e esofagogastroplastia imediata.
26. Paciente do sexo feminino, de 27 anos, queixa-se de dor na fossa ilíaca direita, desconforto abdominal e náuseas. Refere atraso menstrual de dois dias. Apresenta temperatura axilar de 37 °C, temperatura retal de 37,7 °C e irritação peritoneal na fossa ilíaca direita. Durante o exame ginecológico, identificou-se dor no fundo de saco à direita com sensação de bloqueio local. Diante do quadro clínico, deve-se solicitar:
- (A) hemograma, exame de urina e teste gravídico.
 - (B) ultrassonografia pélvica.
 - (C) ultrassonografia endovaginal.
 - (D) tomografia computadorizada multislance abdominal e pélvica.
 - (E) laparoscopia.

27. Paciente de 34 anos deu entrada no pronto-socorro, vítima de queda da própria altura, com traumatismo torácico à esquerda. Queixava-se de dor local durante a respiração. Com semiologia do tórax sugestiva de hemotórax e estabilidade hemodinâmica, a radiografia do tórax revelou derrame pleural à esquerda, que foi drenado com saída de 550 mL de sangue. A indicação de exploração cirúrgica para esse caso deve-se ao seguinte:
- (A) saída de mais de 500 mL de sangue após a drenagem.
 - (B) não tem indicação enquanto apresentar condições hemodinâmicas estáveis.
 - (C) a saída de sangue arterial, independente do volume ou condições hemodinâmicas revela lesão arterial intercostal ou mesmo parenquimatosa.
 - (D) é essencial, pois o acúmulo sanguíneo é passível de infecção e encarceramento pulmonar devido ao empiema subsequente.
 - (E) persistência de drenagem sanguínea contínua de 200 mL/h subsequentemente.
28. Há 28 anos, paciente atualmente com 69 anos, foi submetido à gastrectomia subtotal, com reconstrução a BII pré-cólica por úlcera duodenal crônica. Há 7 anos, foi submetido à colecistectomia clássica por colelitíase. Há 40 dias, apresentou quadro agudo de dor abdominal, febre e icterícia discreta. Com suspeita de litíase coledociana residual, foi submetido à colangiografia por ressonância nuclear magnética, que revelou colédoco dilatado, com diâmetro de 2 cm e cálculo na sua porção distal. Assinale a alternativa que contém o correto tratamento a ser realizado.
- (A) Coledocotomia, retirada do cálculo e drenagem do colédoco.
 - (B) Coledocotomia, retirada do cálculo, papilotomia transduodenal e drenagem do colédoco.
 - (C) Papilotomia endoscópica e extração do cálculo.
 - (D) Anastomose biliodigestiva com alça jejunal exclusiva depois da retirada do cálculo.
 - (E) Anastomose biliodigestiva com o duodeno depois da retirada do cálculo.
29. O tratamento proposto para paciente de 83 anos, portador de adenocarcinoma tipo intestinal, da Classificação de Lauren e de localização antral, é:
- (A) gastrectomia total ampliada e reconstrução tipo BI.
 - (B) gastrectomia subtotal ampliada e reconstrução tipo BI ou BII.
 - (C) quimioterapia exclusiva.
 - (D) gastrectomia total ampliada e reconstrução com jejuno em “Y de Roux”.
 - (E) rádio/Qt neoadjuvante e gastrectomia subtotal com reconstrução com jejuno em “Y de Roux”.
30. A condição anatomopatológica da apendicite, cujo tratamento não é cirúrgico de imediato, é apendicite
- (A) hiperplásica.
 - (B) catarral.
 - (C) flegmonosa.
 - (D) necrotizante.
 - (E) com abscesso apendicular.
31. Na suspeita de atresia do esôfago do “neonato”, assinale a proposição indevida quanto à abordagem do problema.
- (A) Em crianças aparentemente normais ao nascimento, mas com salivação excessiva, a permeabilidade do esôfago através da passagem da sonda nasogástrica deve ser observada.
 - (B) O sintoma sugestivo da fistula traqueoesofágica também é a severa cianose que se segue à tentativa de alimentação.
 - (C) O insucesso na passagem da sonda nasogástrica associado à radiografia simples de abdome, com presença de ar no delgado, é indicativo de atresia com fistula distal.
 - (D) A obliteração do coto proximal com fistula traqueoesofágica distal corresponde a 90% das atresias do esôfago.
 - (E) A radiografia contrastada do esôfago com bário deve ser solicitada para a comprovação diagnóstica.
32. A sonda ou balão de Fogarty é utilizado no seguinte procedimento cirúrgico:
- (A) safenectomia.
 - (B) endarterectomia.
 - (C) embolectomia.
 - (D) “Shunt” porto sistêmico intra-hepático, “TIPS”.
 - (E) cirurgia endovascular de aneurisma de aorta.
33. A dosagem urinária do ácido 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA) de 25mg/24 horas (normal de 2.0mg a 8.0mg/24 horas) está associada ao seguinte diagnóstico:
- (A) carcinoma hepatocelular.
 - (B) colangiocarcinoma.
 - (C) síndrome e tumor carcinoide.
 - (D) câncer do pâncreas.
 - (E) tumor testicular.

34. Mulher de 56 anos foi submetida à laparotomia exploradora devido a quadro de obstrução intestinal de delgado associado à presença de aerobilia na radiografia simples de abdome. O diagnóstico intraoperatório é de bloqueio na região sub-hepática e cálculo impactado no íleo terminal sem sofrimento intestinal. A conduta intraoperatória cirúrgica deve ser:

- (A) fragmentação do cálculo por compressão externa e direcionamento dos fragmentos para o ceco, sem enterotomia.
- (B) enterotomia, retirada do cálculo e enterorrafia.
- (C) colecistectomia, sutura da fistula digestiva, enterotomia, retirada do cálculo e enterorrafia.
- (D) colecistectomia, sutura da fistula digestiva, enterectomia do íleo terminal englobando o cálculo e anastomose término-terminal.
- (E) colecistectomia, sutura da fistula digestiva, secção do íleo terminal junto ao ceco, fechamento do coto distal, retirada do cálculo e implante do coto ileal proximal no cólon ascendente.

O quadro apresentado a seguir deverá ser considerado para responder às questões de números 35 e 36.

Paciente de 72 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, em tratamento médico com vasartana, hidroclorotiazida e ácido acetil salicílico infantil, deu entrada no P.S com quadro de dor abdominal aguda, de localização difusa, mal caracterizado e acompanhado de náuseas. Negava epigastralgia, diabetes e cirurgia abdominal pregressa. Ao exame físico, apresentava “fácies dolorosa”, taquipneia, PA: 130/110 mm/Hg e arritmia cardíaca com frequência de 124/min. O abdome estava difusamente doloroso, distendido +/4 e a ausculta com presença de ruídos hidroaéreos escassos e ausência de sopros. Ausência de hérnia inguinal e descompressão brusca questionável. A radiografia simples de abdome em três posições não evidenciava pneumoperitônio e apresentava gases no estômago, delgado e reto. Hemograma com 18 000 leucócitos e sem desvio à esquerda. Ureia de 76 mg/dL e creatinina, 1,5 mg/dL. A dosagem da amilase foi de 298U/L.

35. O quadro descrito é sugestivo de

- (A) apendicite aguda.
- (B) trombose mesentérica.
- (C) úlcera gástrica perfurada e bloqueada.
- (D) pancreatite crônica agudizada.
- (E) diverticulite aguda.

36. Considerando esse quadro clínico, assinale a alternativa que contém a conduta correta.

- (A) Ultrassonografia abdominal para pesquisa de líquido abdominal.
- (B) Lavado peritoneal.
- (C) Laparotomia ou laparoscopia.
- (D) Tomografia computadorizada abdominal, inclusive com janela pulmonar para pesquisa de ar fora de alça.
- (E) Angiografia abdominal.

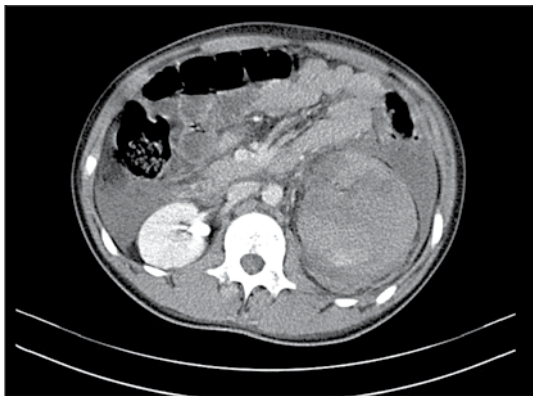
37. Paciente de 67 anos, hipertenso, fumante e diabético foi operado de hérnia inguinal, segundo técnica de Lichtenstein, com bloqueio anestésico. No segundo dia de pós-operatório, apresentou febre e sensação de calafrios. Temperatura aferida de 38,5 °C. Incisão sem secreção, dolorosa, pouco tumefeita e com discreto hematoma local. Escroto pouco doloroso e não edemaciado. Refere estar urinando sem dificuldade. Não foi usado antibiótico devido à cirurgia ser classificada como limpa. Suspeita-se de

- (A) atelectasia e infecção pulmonar.
- (B) febre pós-operatória devido ao processo inflamatório cicatricial.
- (C) infecção incisional.
- (D) infecção urinária em portador de hiperplasia prostática.
- (E) infecção pós-operatória relacionada à falta de antibiótico profilático que, apesar da cirurgia limpa, deveria ter sido utilizado pelo uso da prótese.

38. Mulher de 40 anos, vítima de queimadura por álcool, chegou ao hospital com flictenas e lesões translúcidas na face, couro cabeludo, pescoço, tronco anterior em toda extensão, tronco posterior em 50%, membros superiores em toda extensão e região genital. A estimativa da área lesada, a classificação em graus das lesões e a reposição volêmica pela fórmula de Parkland implicam:

- (A) 46% de queimaduras de 2.º e 3.º graus e 2 mL/kg/% de área com soluções coloidais por se tratar de pessoa adulta.
- (B) 54% de queimaduras de 1.º e 2.º graus e 3 mL/kg/% de área com soluções coloidais.
- (C) 55% de queimaduras de 2.º e 3.º graus e 4 mL/kg/% de área com soluções cristaloides.
- (D) 55% de queimaduras de 2.º e 3.º graus e 2 mL/kg/% de área com soluções coloidais por se tratar de pessoa adulta.
- (E) 55% de queimaduras de 1.º e 2.º graus e 4 mL/kg/% de área com soluções cristaloides.

39. Paciente, vítima de acidente de moto, atendido pelo SAMU, chegou ao pronto-socorro de hospital terciário, consciente, queixando-se de dor na região lombar e flanco esquerdo. Tinha recebido previamente 1000 mL de Ringer-lactato. Ao exame, mucosas pouco descoradas, sem cianose, PA: 130/80 mm/Hg, FC: 96/min., rítmico. Abdome não distendido, doloroso no flanco e região lombar esquerda com hematoma superficial e escoriações no local. A sondagem vesical realizada sem dificuldades apresentou 150 mL de urina “concentrada”. Permaneceu em observação e, devido às condições hemodinâmicas estáveis foi submetido à tomografia computadorizada abdominal.



Diante da imagem apresentada e do contexto anterior, pode-se afirmar que se trata de:

- (A) traumatismo esplênico e esplenectomia total.
 - (B) traumatismo esplênico e esplenectomia parcial, se factível.
 - (C) hematoma retroperitoneal e exploração laparotômica.
 - (D) traumatismo renal e tratamento conservador não operatório.
 - (E) traumatismo renal e nefrectomia por lombotomia.
40. A complicação imediata mais frequente em cirurgia é:
- (A) hemorragia.
 - (B) infecção pulmonar.
 - (C) infecção urinária.
 - (D) infecção incisional.
 - (E) deiscência anastomótica.

CONHECIMENTOS GERAIS

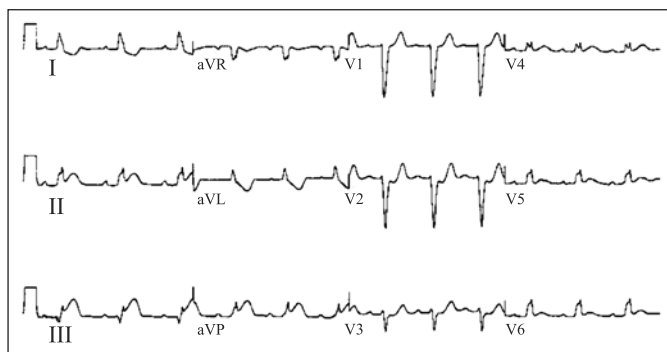
41. De acordo com as diretrizes da Constituição Federal do Brasil e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento integral refere-se
- (A) ao controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, relacionem-se com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo.
 - (B) à integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico com participação conjunta e articulada das três esferas de governo no planejamento.
 - (C) à capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.
 - (D) à introdução no sistema, da possibilidade de formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e à participação na sua produção.
 - (E) à integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
42. Segundo a Lei Orgânica do Município de São Paulo,
- (A) não cabe ao município a participação no controle da produção, armazenamento, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e teratogênicos.
 - (B) o município deve fomentar, coordenar e executar programas de atendimento emergencial.
 - (C) o município responsabiliza-se pela assistência integral à saúde seguindo, rigorosa e estritamente, as prioridades estabelecidas pelo Ministério da Saúde na orientação programática e alocação de recursos.
 - (D) o município deve submeter-se à coordenação da Secretaria Nacional de Defesa antidrogas (Senad) para administrar os serviços de saúde mental abrangidos pelo Sistema Único de Saúde.
 - (E) a implementação da política de saúde nas unidades prestadoras de assistência será uma atribuição do Conselho Municipal de Saúde, órgão apenas deliberativo, composto por representantes do Poder Público, trabalhadores da saúde, hospitais universitários e empresários dos serviços privados de saúde.

43. Segundo a Política Nacional, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, dentre as quais pode-se citar:
- (A) dedicar-se exclusivamente à execução de ações, deixando a elaboração, o acompanhamento e a gestão de projetos terapêuticos, de qualquer ordem, para órgãos do executivo federal.
 - (B) ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária.
 - (C) adotar uma política de acesso restrito às populações periféricas dos grandes centros, de baixa renda, para reduzir a demanda nos serviços de alta complexidade.
 - (D) oferecer baixa resolutividade, com a conseqüente redução nos custos, mas suficiente para dar conta da maioria dos agravos à saúde sem recorrer a procedimentos de alta complexidade.
 - (E) implantar programas dos serviços de saúde em consonância com as necessidades de saúde dos usuários antecipadamente definidas por análises do Ministério da Saúde.
44. Em determinada comunidade, observa-se, ao longo dos últimos cinco anos, que é constante um grande número de casos de hanseníase e tuberculose e, por outro lado, que têm ocorrido, anualmente, muitos casos novos dessas doenças.
- Com base nessa informação, pode-se dizer que, provavelmente, nessa comunidade,
- (A) essas doenças têm altas prevalências e altas incidências.
 - (B) essas doenças apresentam altas taxas de prevalência e baixas taxas de incidência.
 - (C) a esperança de vida, em razão dessas doenças, está muito reduzida.
 - (D) o coeficiente de mortalidade, para ambas as doenças, deve ser muito baixo.
 - (E) a taxa de morbidade, para cada uma dessas doenças, só poderá ser calculada se estiverem disponíveis os respectivos números de óbitos.
45. Endemia é a ocorrência de determinada doença que acomete sistematicamente populações em espaços característicos e determinados, no decorrer de um longo período, e
- (A) que mantém a incidência relativamente constante, permitindo variações cíclicas.
 - (B) cuja prevalência é sempre muito baixa.
 - (C) que é sempre multicausal, não podendo ser atribuída a um único fator.
 - (D) para a qual as medidas de quimioprofilaxia são sempre inócuas.
 - (E) cuja previsibilidade dispensa procedimentos de vigilância em saúde.
46. A Proporção de Idosos na População, que é o percentual de pessoas com 60 ou mais anos de idade, na população total, em determinado espaço geográfico e no período considerado,
- (A) permite estimar o índice de Swaroop-Uemura.
 - (B) é essencial para a construção da curva de Nelson Moraes.
 - (C) indica a participação relativa de idosos na população geral.
 - (D) é resultado da razão entre os componentes etários extremos da população, representados por idosos e jovens.
 - (E) mede, em termos absolutos, o contingente populacional potencialmente inativo.
47. Para o fortalecimento da Atenção Básica, no âmbito do seu território, a secretaria municipal de saúde deve buscar parcerias
- (A) apenas com órgãos governamentais federais.
 - (B) apenas com o setor privado.
 - (C) apenas com instituições filantrópicas.
 - (D) apenas com instituições governamentais e filantrópicas.
 - (E) com instituições governamentais, não governamentais e com o setor privado.
48. As doenças constantes do Anexo I, da Portaria MS104/11 (Lista de Notificação Compulsória – LNC), referente a doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada, devem ser notificadas e registradas
- (A) nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS) em, no máximo, 6 (seis) horas a partir da confirmação do caso.
 - (B) apenas na Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.
 - (C) apenas na Secretaria Municipal de Saúde.
 - (D) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
 - (E) apenas na Secretaria Estadual de Saúde.
49. Pelo Calendário Nacional de Vacinação, deve-se oferecer a imunização contra a hepatite B (recombinante), para grupos vulneráveis não vacinados ou sem comprovação de vacinação anterior como, entre outros, bombeiros, policiais militares e
- (A) gestantes em qualquer fase da gestação.
 - (B) gestantes unicamente no terceiro trimestre da gestação.
 - (C) gestantes após o primeiro trimestre da gestação.
 - (D) apenas às mulheres que estiverem na segunda gestação.
 - (E) apenas às gestantes com sorologia positiva para o HIV.

50. No capítulo do sigilo profissional, no Código de Ética Médica, diz-se que é vedado ao médico revelar conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, contudo essa proibição deixará de existir
- se o fato for de conhecimento público.
 - com o falecimento do paciente.
 - quando o médico depuser como testemunha.
 - quando o sigilo for relacionado a paciente menor de idade e a não revelação possa acarretar dano ao paciente.
 - em investigação de suspeita de crime quando a revelação possa expor o paciente a processo penal.

Leia o enunciado a seguir e responda às questões de números 51 a 53.

Homem, 75 anos, com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica, ex-tabagista, diabético e dislipidêmico, em uso de atenolol, AAS, metformina, glibenclamida e sinvastatina, chega ao pronto-atendimento com queixa de dor retroesternal há, pelo menos, 2 horas, acompanhada de sudorese intensa, dispneia e náuseas. O exame físico da admissão revela o paciente em regular estado geral, taquipneico leve, palidez cutaneomucosa e sudoreico. PA = 160 x 90 mmHg, FC = 50 bpm, SO₂ = 96% em ar ambiente. O exame físico revela ausculta cardíaca e pulmonar normais. O eletrocardiograma realizado no momento da admissão encontra-se ilustrado a seguir.



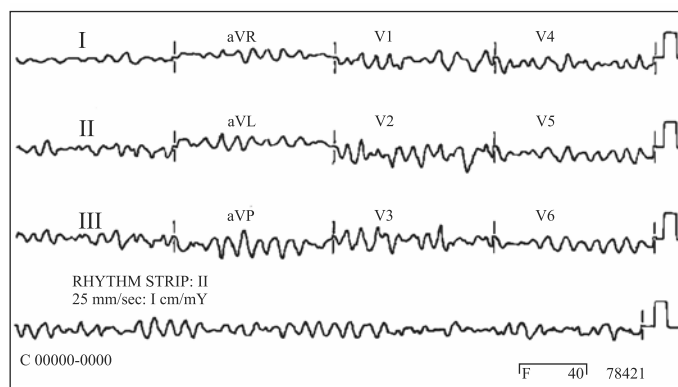
(Considere: PR = 220 ms; FC = 50 bpm; duração do QRS = 130 ms)

51. Em relação aos achados eletrocardiográficos, é correto afirmar que
- a presença de QRS com duração acima do limite superior da normalidade e morfologia de bloqueio de ramo esquerdo impedem, pelos achados eletrocardiográficos, a definição de isquemia miocárdica verdadeira nesse caso.
 - o ritmo é sinusal, há bloqueio atrioventricular do segundo grau Mobitz tipo I e corrente de lesão em parede inferior.
 - há sinais de infarto agudo do miocárdio em parede inferior por provável oclusão total da artéria coronária direita.
 - o distúrbio de condução pelo ramo esquerdo não impede a verificação de isquemia nesse caso, e há sinais de infarto agudo do miocárdio em parede anterior.
 - o infradesnívelamento do segmento ST em V2 e V3 reforça a hipótese de oclusão da artéria coronária interventricular anterior.

52. Em relação à abordagem terapêutica do paciente em questão, é correto afirmar que

- os níveis pressóricos da admissão contraindicam a utilização de medicamentos trombolíticos.
- há necessidade de terapia de reperfusão coronária, seja ela mecânica (angioplastia) ou química (trombólise).
- o tratamento deve ser realizado com heparinização plena e antiagregação plaquetária, aguardando-se 24 horas sem a utilização de metformina, para a realização do cateterismo cardíaco, pelo risco de acidose láctica.
- a administração de trombolíticos é preferível em relação à angioplastia primária, por se tratar de paciente idoso e diabético.
- não há necessidade de suplementação de oxigênio ao paciente, uma vez que a saturação de O₂ encontra-se acima de 90%.

53. Enquanto eram tomadas as medidas iniciais, o paciente apresentou rebaixamento do nível de consciência, tornando-se arresposivo. O aparelho de eletrocardiograma ainda se encontrava conectado ao paciente e foi realizado o registro a seguir.



A conduta que deve ser prontamente adotada é:

- realizar intubação orotraqueal, ventilação invasiva e encaminhar o paciente imediatamente à hemodinâmica.
- iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar, iniciando-se pela intubação orotraqueal e, a seguir, massagem cardíaca.
- realizar cardioversão elétrica sincronizada.
- realizar desfibrilação não sincronizada. Caso o desfibrilador não esteja próximo, iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar, começando por compressões torácicas.
- aplicar amiodarona intravenosa em bolus, seguida de adrenalina 1 mg e compressões torácicas.

54. Paciente do sexo feminino, 44 anos, apresenta quadro de dispneia intensa e chiado no peito, cerca de 10 minutos após a realização de exame com contraste iodado. Foi levada ao pronto-atendimento, apresentando dificuldade para enxergar e rouquidão. Ao exame físico, notou-se edema facial e estriador laríngeo. A pressão arterial era de 80 x 40 mmHg.

O fármaco e a melhor via de administração deverão ser, respectivamente:

- (A) adrenalina / intravenosa.
- (B) adrenalina / intramuscular.
- (C) corticoide / intravenoso.
- (D) corticoide / inalatório.
- (E) anti-histamínico / via oral.

55. Homem, 56 anos, etilista crônico – cerca de 5 garrafas de cerveja ao dia – encontra-se internado por broncopneumonia aspirativa, recebendo terapia antimicrobiana parenteral. No terceiro dia de internação, começou a enxergar baratas nas paredes do quarto, a apresentar agitação psicomotora e tremor intenso de extremidades.

O tratamento de eleição deverá ser feito com

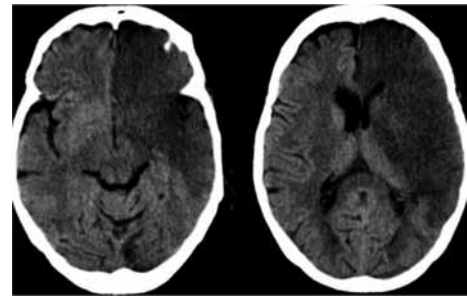
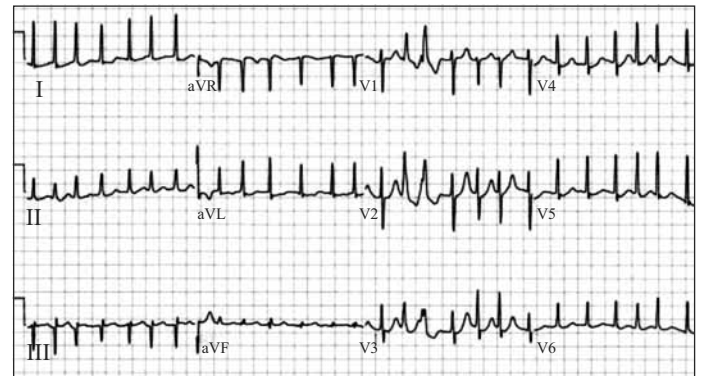
- (A) tiamina e benzodiazepínico.
- (B) tiamina e haloperidol.
- (C) quetiapina e hidantoína.
- (D) glicose a 50% e haloperidol.
- (E) haloperidol e opioide.

56. Paciente jovem, do sexo feminino, foi internada por quadro de polidipsia, poliúria, adinamia e sonolência há, pelo menos, 5 dias. Nos últimos dois dias, ficou muito prostrada e apresentou alguns episódios de náuseas e vômitos. À admissão, a paciente encontrava-se sonolenta, hálito cetótico, respiração de Kussmaul e desidratada. Dextro = 480 mg/dL, corpos cetônicos na urina 4+/4, pH = 7,18 e bicarbonato = 12.

São complicações potenciais e esperadas do tratamento dessa paciente:

- (A) hiperglicemia, oligúria e amaurose.
- (B) neuropatia, infecção e hiperglicemia.
- (C) hipercalcemia, alcalose metabólica e hipoglicemia.
- (D) hipoglicemia, hipocalemia e edema cerebral.
- (E) amaurose, infecção e neuropatia.

57. Mulher, 63 anos, foi admitida no pronto-atendimento após ser encontrada pelos familiares, caída, em casa. Ao exame físico, apresentava rebaixamento do nível de consciência (Glasgow = 11), ausculta cardíaca irregular e desvio conjugado do olhar para a esquerda. O eletrocardiograma e a tomografia computadorizada de crânio encontram-se ilustrados a seguir.



Das medidas apresentadas, assinale aquela que pode ser deletéria ao caso em questão e, portanto, deverá ser evitada inicialmente, mesmo diante de uma indicação precisa.

- (A) Correção dos níveis de glicemia.
- (B) Uso de manitol.
- (C) Anticoagulação plena.
- (D) Controle da pressão arterial, se PAS > 200 mmHg e/ou PAD > 120 mmHg.
- (E) Controle de hipertermia.

58. Paciente jovem do sexo masculino procurou atendimento médico devido ao aparecimento de lesões com aspecto de verrugas em região de glândula e prepúcio. As lesões eram confluentes e assumiam aspecto semelhante a uma couve-flor.

O agente etiológico provavelmente envolvido no caso em questão é o

- (A) *Haemophilus ducreyi*.
- (B) HIV.
- (C) vírus do molusco (Poxvírus).
- (D) *Treponema pallidum*.
- (E) vírus HPV (Papiloma vírus).

59. Em relação ao tromboembolismo pulmonar, é correto afirmar que

- (A) apesar de controversa, a terapia trombolítica pode ser realizada, na presença de indicações precisas, como instabilidade hemodinâmica, até 14 dias após o início dos sintomas.
- (B) a passagem do filtro de veia cava deve ser feita de rotina nos pacientes idosos, associada ao uso do anticoagulante oral.
- (C) após o início do uso da varfarina, deve-se manter o uso da heparina até que se atinja um INR entre 4,0 e 5,0.
- (D) o uso da heparina não fracionada é vantajoso em relação à heparina de baixo peso molecular, devido à maior previsibilidade das dosagens e menor ocorrência de efeitos colaterais.
- (E) o achado eletrocardiográfico mais frequente é a sobrecarga de câmaras direitas.

60. Paciente com 24 anos de idade foi levado ao pronto-atendimento após tentativa de suicídio, apresentando miose, sialorreia intensa, confusão mental, ansiedade e poliúria com certa incontinência urinária. Os acompanhantes referem que o paciente trabalha com lavoura e ingeriu grande quantidade de um líquido que acreditam ser inseticida. Além das medidas de suporte e correção dos distúrbios hidroeletrólíticos, recomenda-se a administração de

- (A) clorpromazina.
- (B) fisostigmina.
- (C) dantrolene.
- (D) naloxone.
- (E) pralidoxima.