



CONCURSO PÚBLICO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
2017

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

MÉDICO ANESTESIOLOGIA

ATENÇÃO

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do **CARTÃO-RESPOSTA**.
2. A prova deverá ser feita, obrigatoriamente, a caneta esferográfica, **fabricada em material incolor e transparente**, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que **contém 60 (sessenta) questões de múltipla escolha**, cada uma com **4 (quatro) alternativas (A,B,C e D)**, distribuídas da seguinte forma:

| QUESTÕES | |
|---|------------|
| Língua Portuguesa | de 01 a 10 |
| SUS | de 11 a 20 |
| Específico do cargo / Especialidade médica a que concorre | de 21 a 60 |

4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no **CARTÃO-RESPOSTA**, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico:

“Infelicidade é uma questão de prefixo”

5. Em hipótese alguma haverá substituição do **CARTÃO-RESPOSTA** por erro do candidato.
6. O telefone celular deverá permanecer desligado e acondicionado em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da prova.
7. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
8. Durante a prova não será admitida qualquer espécie de consulta ou comunicação entre os candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. Somente após decorrida **1 (uma) hora do início da prova**, o candidato, ainda que tenha desistido do concurso, poderá entregar o **caderno de questões, o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto.
10. O candidato que terminar a prova **antes dos 30 minutos finais**, entregará, obrigatoriamente, ao fiscal de sala, o caderno de questões, e o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita, sob pena de exclusão do certame.
11. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no **CARTÃO-RESPOSTA**.
12. O candidato somente poderá retirar-se do local de realização das provas levando o caderno de questões no decurso dos últimos 30 minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. **Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.**
15. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>

Boa Prova!

LÍNGUA PORTUGUESA

A arte de envelhecer

Achei que estava bem na foto. Magro, olhar vivo, rindo com os amigos na praia. Quase não havia cabelos brancos entre os poucos que sobreviviam. Comparada ao homem de hoje, era a fotografia de um jovem.

Tinha cinquenta anos naquela época, entretanto, idade em que me considerava bem distante da juventude. Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.

O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção: o feto de seis meses é muito mais velho do que o embrião de cinco dias.

Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação. Não há animal capaz de criar soluções diante da adversidade como nós, de sobreviver em nichos ecológicos que vão do calor tropical às geleiras do Ártico.

Da mesma forma que ensaiamos os primeiros passos por imitação, temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.

A adolescência é um fenômeno moderno. Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários. Nas comunidades agrárias, o menino de sete anos trabalhava na roça e as meninas cuidavam dos afazeres domésticos antes de chegar a essa idade.

A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial. Bem mais cedo, nossos avós tinham filhos para criar.

A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais. Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética, os costumes e os padrões de comportamento característicos dessa faixa etária tem o efeito perverso de insinuar que o declínio começa assim que essa fase se aproxima do fim.

A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados. Sócrates tomou cicuta aos setenta anos, Cícero foi assassinado aos 63, Matusalém sabe-se lá quantos anos teve, mas seus contemporâneos gregos, romanos ou judeus viviam em média trinta anos. No início do século XX, a expectativa de vida ao nascer, nos países da Europa mais desenvolvida, não passava dos quarenta anos.

A mortalidade infantil era altíssima, epidemias de peste negra, varíola, malária, febre amarela, gripe e tuberculose dizimavam populações inteiras. Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas. Que sentido haveria em pensar na velhice, quando a probabilidade de morrer era tão alta? Seria como hoje preocupar-nos com a vida aos cem anos de idade, que pouquíssimos conhecerão.

Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta. Se assim for, é preciso sabedoria para aceitar que nossos atributos se modificam com o passar dos anos. Que nenhuma cirurgia devolverá, aos sessenta, o rosto que tínhamos aos dezoito, mas que envelhecer não é sinônimo de decadência para aqueles que se movimentam, não fumam, comem com parcimônia, exercitam a cognição e continuam atentos às transformações do mundo.

Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre. Julgar, aos oitenta anos, que os melhores foram aqueles dos quinze aos 25 é não levar em conta que a memória é editora autoritária, capa de suprimir por conta própria as experiências traumáticas e relegar ao esquecimento as inseguranças, medos, desilusões afetivas, riscos necessários e as burradas que fizemos nessa época.

Nada mais ofensivo para o velho do que dizer que ele tem

“cabeça de jovem”. É considerá-lo mais inadequado do que o rapaz de vinte anos que se comporta como criança de dez.

Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.

Drauzio Varella

VARELLA, Drauzio. *Palavra de médico: ciência, saúde e estilo de vida*. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 93-95.

01. “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” (4º parágrafo). A palavra em destaque indica, nesse contexto, a qualidade daquilo que é
 - (A) inelutável
 - (B) incoercível
 - (C) insofismável
 - (D) inextinguível
02. “Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética...” (8º parágrafo). A palavra em destaque está empregada com o sentido de:
 - (A) absorver
 - (B) restringir
 - (C) demarcar
 - (D) aproximar
03. No decorrer do texto, certas ideias essenciais são reiteradas. Assim, uma afirmação contida em uma frase pode ser reforçada e ampliada por outra, mais adiante, tal como se verifica em:
 - (A) “Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta.” / “Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre.”
 - (B) “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” / “Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários.”
 - (C) “A adolescência é um fenômeno moderno.” / “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial.”
 - (D) “A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados.” / “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.”
04. De acordo com o 11º parágrafo, são atributos essenciais de quem sabe envelhecer:
 - (A) rigor e flexibilidade
 - (B) frugalidade e obstinação
 - (C) comedimento e sobriedade
 - (D) discernimento e intemperança
05. “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.” (10º parágrafo). A expressão grifada substitui outra mais chocante, suavizando a ideia que ela traz. Recurso expressivo semelhante ocorre na seguinte frase:
 - (A) De forte constituição, não teve quase nenhuma doença de menino.
 - (B) Pare de se preocupar com coisas fúteis, liberte-se da doença do consumo.
 - (C) O paciente foi submetido a exame para detecção de doença do trato digestivo.
 - (D) Antigamente, as pessoas com doença de pele eram afastadas do convívio social.

06. “Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.” (último parágrafo) A oração destacada guarda, com o restante do período, a mesma relação expressa na seguinte frase:
- (A) Mesmo que se aceite a ideia, a velhice tem sabor assaz amargo.
- (B) Temos de aceitar com resignação a velhice, até porque não nos resta outra saída.
- (C) Já que a vida era tão curta, nossos ancestrais não se preocupavam com a senectude.
- (D) À medida que envelhecemos, vamos aceitando as contradições e ambiguidades do mundo.
07. “Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.” (2º parágrafo) A palavra semelhante, que nessa frase é um adjetivo, tem a possibilidade de assumir outro significado e classe gramatical quando anteposta ao substantivo. Essa mesma possibilidade caracteriza a palavra destacada na seguinte frase:
- (A) A memória suprime por conta própria experiências traumáticas.
- (B) A criatura temível era onipresente em nossas vidas.
- (C) Havia probabilidade elevada de morrer cedo.
- (D) Aprender a viver é adquirir luz própria.
08. “A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais.” (8º parágrafo). O adjetivo em destaque é empregado no sentido figurado. O mesmo ocorre na seguinte frase:
- (A) O estranho objeto espalhava por toda a praia uma luz argêntea.
- (B) O projeto prevê a construção de uma estufa de paredes vítreas.
- (C) A exposição a fluidos corpóreos oferece riscos a profissionais da saúde.
- (D) Os direitos individuais e coletivos constituem cláusula pétrea de nossa constituição.
09. Está destacado um pronome relativo no seguinte fragmento do texto:
- (A) “Achei que estava bem na foto.” (1º parágrafo)
- (B) “O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção...” (3º parágrafo)
- (C) “...é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.” (2º parágrafo)
- (D) “... temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.” (5º parágrafo)
10. “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu...” (7º parágrafo) A palavra mal assume, nesse fragmento, o mesmo valor semântico que tem na seguinte frase:
- (A) A comida não ficou boa, pois a carne estava mal cozida.
- (B) Pouco se me dá que falem mal de mim.
- (C) Ele tratava muito mal os empregados.
- (D) Mal saiu de casa, começou a chuva.

SUS

11. O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Trata-se de uma resposta institucional às demandas da sociedade brasileira, no que se refere à saúde pública como direito do cidadão e dever do Estado. No plano normativo, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementariedade do setor privado compõem um conjunto de princípios constitucionais que:
- (A) regem a organização do SUS
- (B) fundamentam a doutrina do SUS
- (C) podem ser considerados pelo gestor local de saúde
- (D) podem ser considerados pelo gestor municipal, estadual e federal
12. De acordo com os princípios constitucionais, não há hierarquia entre os entes federados; o que há é a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, apresenta as Comissões Intergestoras como lócus de pactuação consensual entre os entes federativos para a organização e funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. A Comissão Intergestora Bipartite (CIB) pode ser definida como:
- (A) instância com a finalidade de desenvolver atividades ou implementar projetos comuns a grupos de municípios, racionalizando a aplicação de recursos financeiros e materiais
- (B) colegiado composto por secretários municipais de saúde com a função de formular e propor políticas, promover o intercâmbio de experiências, apoiar os municípios e representá-los na CIT
- (C) fórum para o processo de descentralização das ações de saúde; nesse espaço, representantes do governo estadual e dos municípios articulam-se e realizam as suas pactuações
- (D) conselho constituído por usuários, trabalhadores de saúde e representantes do governo e prestadores de serviço; tem a função deliberativa, consultiva e fiscalizadora das ações e serviços de saúde do município
13. A aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) em 2000 determinou a vinculação de percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. A Lei Complementar nº 141 (LC 141), Capítulo III, Seção I, artigos 6º e 7º fixou para os Municípios o percentual mínimo de:
- (A) 7%
- (B) 12%
- (C) 15%
- (D) 22%
14. Indicadores de saúde são medidas sínteses que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde dos indivíduos e populações, bem como do desempenho do sistema de saúde. Segundo a Resolução CIT nº 2, de 16 de agosto de 2016, que dispõe sobre os 29 indicadores constantes do processo nacional de pactuação interfederativa, os indicadores podem ser classificados em dois tipos, a saber:
- (A) ampliado ou restrito
- (B) universal ou específico
- (C) primário ou secundário
- (D) tradicional ou inovador

15. O Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão são instrumentos de planejamento do SUS que devem se interligar sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento com vistas à operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. Dentre esses instrumentos, o Plano de Saúde se destaca por ser o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Já a Programação Anual de Saúde se caracteriza por ser um instrumento de planejamento que:
- operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo atualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados no ano de referência
 - faz parte da análise situacional, contendo as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera
 - consiste no balanço da execução, do acompanhamento, da avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção
 - subsidiar os gestores do SUS na prestação de contas quadrimestral das ações do Plano de Saúde operacionalizadas
16. Nas etapas de confecção do Plano de Saúde, após a elaboração da análise situacional é possível avançar no estabelecimento das diretrizes e prioridades que o norteiam. É importante lembrar que as diretrizes expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias que são estabelecidas visando responder às necessidades de saúde da população identificadas na análise situacional. Objetivos e metas no Plano de Saúde devem expressar, respectivamente:
- os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
 - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
 - os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros adotados para aferir o alcance dos objetivos
 - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e as características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde
17. Para assegurar resolutividade na rede de atenção, a qualidade na prestação de serviços de saúde é um dos objetivos fundamentais da Rede de Atenção à Saúde. Segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qualidade na atenção em saúde pode ser compreendida considerando seis dimensões, a saber:
- suficiência, efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e simplicidade
 - segurança; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e equidade
 - impessoalidade; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e bondade
 - efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência, liberdade de escolha e acesso
18. A fim de fortalecer as ações de transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle, a Lei Complementar nº 141/2012 dispõe sobre a obrigatoriedade dos órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de dar ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, às prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade. A prestação de contas realizada pelo município no Relatório Anual de Gestão (RAG), deverá ocorrer mediante:
- a apresentação do RAG na Comissão Intergestora Tripartite para aprovação
 - a apresentação do RAG em audiência pública na respectiva Câmara de Vereadores
 - o envio do RAG ao COSEMS, até o dia 30 de setembro do ano seguinte ao da execução financeira
 - o envio do RAG ao respectivo Conselho Municipal de Saúde, cabendo a este emitir parecer conclusivo
19. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS. Segundo a referida portaria, uma das razões para se organizar a rede de atenção à saúde é que:
- a informatização dos serviços é fundamental, assim como o uso de computador em todos os pontos de atenção à saúde
 - as regiões mais desenvolvidas devem ser priorizadas para implantação de ferramentas de micro gestão de serviços de saúde
 - o quadro sanitário atual e o perfil epidemiológico da população permitem a simplificação do cuidado em saúde
 - o modelo de atenção à saúde vigente tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e futuros
20. A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, **NÃO** é atribuição específica dos médicos:
- ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção Básica transferidos aos municípios
 - realizar consultas e procedimentos clínicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.)
 - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo a coordenação do cuidado
 - contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe

ANESTESIOLOGIA

21. Em relação à anestesia no paciente geriátrico, é correto afirmar:
- ocorre redução do volume residual
 - há aumento do volume de reserva inspiratória
 - a resposta ventilatória a hipóxia está aumentada
 - a complacência pulmonar total permanece inalterada

22. Paciente masculino de 75 anos de idade, portador de estenose aórtica, será submetido a colecistectomia aberta. É considerado objetivo hemodinâmico durante o ato anestésico:
- eleva a frequência cardíaca
 - promover hipotensão arterial
 - manter adequado o volume intravascular
 - manter a pressão diastólica final de VE elevada
23. Paciente submetido a anestesia geral sob ventilação mecânica controlada. A inclinação do platô inspiratório (fase III) na capnografia **NÃO** está relacionada a:
- asma
 - falha na válvula inspiratória
 - doença pulmonar obstrutiva crônica
 - obstrução parcial do tubo endotraqueal
24. Paciente feminina de 12 anos de idade, portadora de escoliose idiopática, será submetida a tratamento ortopédico para correção dessa patologia. O uso do ácido tranexânico está relacionado a:
- aumento da fibrinólise
 - diminuição de eventos trombóticos
 - aumento da transfusão de plaquetas
 - redução da necessidade de transfusão de hemoderivados
25. Paciente apresenta lesão em região anterior da coxa, a qual necessita de tratamento cirúrgico. Para se anestésiar essa região, deve-se bloquear o seguinte nervo:
- tibial
 - sural
 - safeno
 - femoral
26. São considerados fatores de risco em relação ao uso de contraste em procedimentos radiodiagnósticos na sala de hemodinâmica:
- pacientes jovens e contraste não iônico
 - insuficiência renal e contraste isomolar
 - história de reação adversa e insuficiência renal
 - pacientes bem hidratados e história de reação adversa
27. Com referência aos receptores do sistema nervoso autônomo, pode-se afirmar:
- as glândulas salivares apresentam domínio simpático em sua inervação
 - a fenilefrina tem efeito vasoconstrictor na circulação coronariana, o que pode contribuir para a isquemia coronariana
 - os núcleos da linha média e anterior do hipotálamo são responsáveis pelo controle cerebral do sistema nervoso simpático
 - a estimulação de receptores muscarínicos pré-sinápticos nas fibras pós ganglionares simpáticas promove a inibição da liberação de noradrenalina
28. Pode ocorrer *up regulation* (regulação para cima) dos receptores da junção neuromuscular na seguinte situação:
- queimadura
 - intoxicação por organofosforados
 - uso de drogas que inibem a acetilcolinesterase
 - exposição prolongada aos bloqueadores neuromusculares adespolarizantes
29. Paciente masculino de 60 anos de idade, 70 kg submetido a nefrectomia parcial videolaparoscópica. É realizada anestesia geral com propofol, fentanil, rocurônio e sevoflurano. Ao fim da cirurgia, o paciente não apresenta resposta na sequência de quatro estímulos e contagem pós-tetânica de 0. A dose de sugamadex para garantir a reversão adequada do bloqueio neuromuscular é:
- 1 mg.kg-1
 - 2 mg.kg-1
 - 4 mg.kg-1
 - 16 mg.kg-1
30. **NÃO** constitui uma cardiopatia congênita que cursa com redução do fluxo sanguíneo pulmonar:
- atresia pulmonar
 - tetralogia de Fallot
 - defeito do septo interatrial
 - complexo de Eisenmenger
31. Na fisiologia do recém-nato, observa-se:
- maior reserva de catecolaminas
 - aumento da capacidade residual funcional
 - aumento dos estoques de cálcio do miocárdio
 - relação volume minuto/capacidade residual funcional aumentada
32. Das condições abaixo, a que determina a maior difusão de um fármaco através da barreira placentária é:
- alto peso molecular
 - baixa lipossolubilidade
 - baixo grau de ionização
 - alto grau de ligação com as proteínas plasmáticas
33. Paciente masculino de 46 anos de idade, após indução anestésica apresenta broncoespasmo persistente. Pode-se utilizar em posologia subanestésica, nesse caso, o seguinte agente anestésico venoso:
- propofol
 - cetamina
 - etomidato
 - midazolam
34. Paciente feminina de 75 anos de idade, com história prévia de abuso de álcool, foi submetida a artroplastia total de quadril. Após 48h de internação, apresentou prejuízo na memória e na concentração associado à redução da integração social. **NÃO** constitui fator de risco para desencadear o quadro apresentado pela paciente:
- sexo feminino
 - idade de 75 anos
 - cirurgia ortopédica
 - história prévia de alcoolismo
35. A disfunção autonômica é um fator complicador do período perioperatório dos pacientes portadores de *Diabetes Mellitus*. **NÃO** constitui sinal dessa disfunção na avaliação pré-anestésica:
- diarreia noturna
 - saciedade precoce
 - hipotensão ortostática
 - bradicardia em repouso

36. No que se refere aos anestésicos locais (AL), pode-se afirmar que:
- o P_{ka} do anestésico local é responsável pela latência do bloqueio
 - a lipossolubilidade está relacionada à potência anestésica intrínseca
 - a duração da anestesia não está relacionada ao grau de afinidade proteica dos anestésicos locais
 - em determinado pH, quanto maior a concentração da forma ionizada, menor será a latência do bloqueio
37. Constitui indicação relativa para ventilação monopulmonar:
- pneumectomia
 - fístula broncopleural
 - bolha gigante unilateral
 - rotura traqueobrônquica
38. A respeito dos estágios de recuperação após a realização de anestesia geral para pacientes em regime ambulatorial, pode-se afirmar que:
- no estágio III, chamado de recuperação intermediária, o paciente é capaz de se levantar e andar com auxílio
 - no estágio II, chamado de recuperação precoce, o paciente está acordado e alerta, porém com índice de Aldrete menor que 8
 - estágio IV, chamado de recuperação tardia, o paciente apresenta retorno da memória e das funções cognitivas, sendo capaz de receber alta hospitalar
 - no estágio I, que ocorre na sala de cirurgia, o paciente deve ser capaz de responder a estímulos verbais e manter via aérea pérvia antes de ser liberado para RPA
39. Paciente masculino de 32 anos de idade, após queda de moto, apresenta traumatismo craniano. TC de crânio evidenciando hematoma subdural agudo. Paciente é encaminhado ao centro cirúrgico para drenagem de hematoma craniano. Ao exame clínico, apresenta abertura ocular aos chamados, tem resposta verbal confusa e localiza estímulos dolorosos. A pontuação de escala de coma de Glasgow é:
- 10
 - 11
 - 12
 - 13
40. No que diz respeito à população pediátrica, pode-se afirmar que o segmento anatômico mais estreito da via aérea é:
- cordas vocais
 - espaço glótico
 - cartilagem cricoide
 - cartilagem tireoide
41. Em relação à fisiologia do sistema nervoso autônomo, pode-se afirmar:
- os receptores muscarínicos M2, via proteína G, promovem a ativação da fosfolipase c
 - os receptores muscarínicos M1 e M3 promovem transdução do sinal via proteína G; ambos inibem a adenilato ciclase
 - os receptores alfa e beta promovem a transdução do sinal via proteína G; os receptores alfa 1 ativam a fosfolipase c, enquanto os receptores alfa 2 inibem a adenilato ciclase, o canal de sódio e de cálcio
 - a acetilcolina age sobre os receptores nicotínicos na junção neuromuscular e no gânglio autonômico; os receptores N2 estão localizados no gânglio autonômico, enquanto os receptores N1 estão localizados na junção neuromuscular
42. Considerando-se a interação entre anestesia e medicações fitoterápicas, **NÃO** se pode afirmar:
- a efedra pode causar taquicardia e hipertensão arterial, assim como interação com antidepressivos IMAO; deve ser suspensa 24h antes de procedimentos cirúrgicos
 - a cápsula de alho, apesar de inibir a agregação plaquetária, não ocasiona aumento do sangramento intraoperatório; consequentemente, seu uso não necessita ser suspenso antes de procedimentos cirúrgicos
 - o ginseng ocasiona inibição da agregação plaquetária e redução dos níveis sanguíneos de glicose, podendo acarretar hipoglicemia e aumento do sangramento intraoperatório; deve ser suspenso 7 dias antes de procedimentos cirúrgicos
 - o extrato valeriano potencializa os efeitos sedativos dos agentes anestésicos, porém usuários crônicos podem necessitar de aumento nas doses dos agentes anestésicos; não há indicação de suspensão desse fitoterápico antes de procedimentos cirúrgicos
43. No que se refere a vasoconstrição pulmonar hipóxica, pode-se afirmar:
- ocorre de maneira mais intensa quando atinge pequenas áreas do pulmão
 - o maior estímulo para a sua ocorrência é o aumento da concentração arterial de CO_2
 - a anestesia geral venosa total interfere com maior intensidade na vasoconstrição pulmonar hipóxica quando comparada com a anestesia geral balanceada
 - durante uma anestesia geral venosa total, caso ocorra a oxigenação de um dos pulmões com FiO_2 de 100% enquanto o pulmão contralateral for oxigenado com uma FiO_2 de 21%, resultará em uma redução de 60% do fluxo sanguíneo para o pulmão hipóxico
44. Com relação à síndrome de embolia gordurosa durante procedimentos ortopédicos, **NÃO** se pode afirmar:
- aproximadamente 50% dos casos são considerados graves
 - a presença de rash com petéquias não é considerado um sinal patognomônico da síndrome
 - a utilização de corticosteroides faz parte do tratamento da síndrome de embolia gordurosa
 - sua fisiopatologia é incerta, mas provavelmente decorrente da embolização de gordura ou debris ósseos que causam obstrução de capilares, levando à ocorrência da síndrome inflamatória sistêmica
45. O consumo de oxigênio (VO_2) é calculado:
- pelo produto do débito cardíaco pelo conteúdo arterial de oxigênio
 - pelo produto do débito cardíaco pelo conteúdo venoso de oxigênio
 - pelo produto do débito cardíaco pela diferença arteriovenosa de oxigênio
 - pela diferença arteriovenosa de oxigênio dividida pelo conteúdo arterial de oxigênio
46. Paciente de 35 anos de idade, 70 kg, após trauma automobilístico, apresentou-se ansioso e confuso, com diminuição da pressão arterial, frequência cardíaca de 125 bpm, frequência respiratória de 35 irpm e diurese de 10 mL/h. Necessitou de infusão de cristalóide e hemoderivados. A classificação do choque hemorrágico e a porcentagem da perda volêmica são, respectivamente:
- classe I e perda de até 15% da volemia
 - classe II e perda de 15 a 30% da volemia
 - classe III e perda de 30 a 40% da volemia
 - classe IV e perda de 40 a 45% da volemia

47. Considerando-se a realização de anestesia para ressecção de tumores do sistema nervoso central, pode-se afirmar:
- hipotensão, bradicardia, arritmias cardíacas e cianose são sinais precoces de embolia aérea
 - o uso de óxido nitroso ocasiona aumento da incidência de embolia aérea nos pacientes operados na posição sentada
 - os pacientes submetidos a cirurgia na posição sentada, caso não haja contraindicação, possuem um desfecho pior quando comparados com aqueles operados na posição lateral
 - a posição sentada, utilizada para a ressecção de tumores da fossa posterior, tem como vantagens melhor exposição cirúrgica, redução da pressão intracraniana e melhora na drenagem venosa e liquórica
48. Considerando-se a realização de anestesia em um paciente portador de feocromocitoma, **NÃO** se pode afirmar que:
- 40% dos feocromocitomas estão localizados na medula adrenal
 - 25 a 50% das mortes hospitalares em pacientes portadores de feocromocitoma ocorrem durante a indução da anestesia ou durante procedimentos cirúrgicos para tratamento de outras patologias
 - a fenozibenzamida, devido ao seu efeito prolongado no bloqueio dos receptores alfa, deve ser suspensa de 24 a 48h antes da cirurgia
 - no preparo pré-operatório para a cirurgia, o bloqueio seletivo dos receptores beta nunca deve ser realizado antes do bloqueio alfa, devido ao risco de crise hipertensiva
49. Com referência às alterações fisiológicas induzidas pela gravidez, pode-se afirmar:
- o débito cardíaco aumenta em 60%, associado a aumento do volume sistólico e da frequência cardíaca
 - a gravidez é um estado de hipercoagulabilidade ocasionado pelo aumento do fator I (fibrinogênio), do fator VII e do fator XIII
 - verifica-se redução de 40% na capacidade residual funcional em decorrência do deslocamento cefálico do diafragma ocasionado pelo crescimento uterino
 - ocorre aumento de 50 a 60% do fluxo sanguíneo renal e da taxa de filtração glomerular a partir do terceiro mês de gestação, que se mantém até o terceiro mês de pós-parto
50. Na unidade de recuperação pós-anestésica, o tremor pode aumentar o risco de complicações, principalmente nos pacientes com miocardiopatia isquêmica. Está indicada no tratamento de tremores no pós-operatório a seguinte droga:
- clonidina
 - cimetidina
 - flumazenil
 - midazolam
51. Atleta de 23 anos de idade, candidato a cirurgia eletiva para reparo de ligamentos do joelho, foi submetido a bloqueio subaracnóideo na posição sentada, sob sedação. No caso em questão, pode-se afirmar que:
- na posição sentada, a abordagem do espaço subaracnóideo é mais difícil
 - a pressão do líquido cefalorraquidiano lombar é maior na posição sentada
 - o número de tentativas de punção não está relacionado ao aparecimento de cefaleia
 - o tipo de ponta da agulha não está relacionado ao aparecimento de cefaleia pós raquianestesia
52. Paciente masculino de 62 anos de idade foi submetido a ressecção endoscópica da próstata sob raquianestesia hiperbárica lombar. A baricidade e a densidade são dois conceitos a serem levados em consideração quando indicada a raquianestesia. Nesse sentido, pode-se afirmar:
- a densidade do líquido varia com o sexo
 - o sufentanil tem densidade maior que o líquido
 - a densidade de uma solução não varia com a temperatura
 - a baricidade se define pela relação entre densidade da solução anestésica e a densidade do sangue
53. Médica radiologista de 40 anos de idade, sem estados mórbidos associados, em um exame radiológico de rotina tem como achado linfonodomegalia cervical. A ressonância magnética evidencia formação expansiva, de contornos lobulados, localizada no espaço visceral paratraqueal direito, com desvio da traqueia para o lado oposto. Na entrevista pré-anestésica, não há queixa de disfagia e/ou disфонia. Após anestesia geral venosa total, é realizada cervicotomia exploradora com a monitorização de eletroneuromiografia transoperatória. Após despertar no centro cirúrgico, a paciente recebe alta da sala de recuperação anestésica com Aldrete-Kroulik 10. A respeito desse caso, pode-se afirmar:
- o nervo laríngeo superior ou recorrente inerva a traqueia
 - a traqueia se estende até a carina ao nível da sexta vértebra dorsal
 - o nervo glossofaríngeo exerce inervação sensitiva e motora da laringe
 - o uso de atropina venosa antes da anestesia tópica da orofaringe diminui a diluição da lidocaína pela saliva
54. A oclusão da artéria retiniana é uma complicação pós-anestésica que se caracteriza como cegueira monocular indolor. A respeito dessa complicação, pode-se afirmar que:
- o exame de fundo de olho é normal
 - o bloqueio estrelado melhora a visão em alguns casos
 - a maioria das oclusões é causada por êmbolos durante cirurgia cardíaca
 - essa condição pode ocorrer depois de injeção intranasal de agonistas alfa-adrenérgicos
55. O plexo braquial é formado pelas raízes de C5 a T1, a respeito das quais é possível afirmar:
- na abordagem axilar, a falha mais comum é do nervo ulnar
 - os nervos axilar e mediano são ramos do fascículo posterior
 - essas raízes se unem formando os nervos sensitivos e motores
 - a sétima vértebra cervical é a referência para o acesso interescalênico
56. A estimulação de nervos é uma técnica que tem alta aplicabilidade na anestesia regional. A respeito dessa técnica, pode-se afirmar:
- o estímulo do ânodo é mais eficiente que a estimulação do cátodo
 - a estimulação com corrente 0,2 mA pode representar localização intraneural
 - a estimulação de nervos sensitivos deve ser realizada com correntes elevadas
 - resposta motora evocada com correntes de 0,3 a 0,5 mA indica posicionamento inadequado

57. É responsável pela inervação sensitiva plantar o seguinte nervo:
- (A) tibial
 - (B) sural
 - (C) safeno
 - (D) fibular profundo
58. As mudanças na temperatura corporal são frequentes no intraoperatório. A temperatura central pode cair até 1° C após a indução anestésica. Dentre os sítios de monitorização abaixo, o mais fidedigno para a aferição da temperatura central é:
- (A) retal
 - (B) esofágica
 - (C) líquido vesical
 - (D) membrana timpânica
59. Um eletrocardiograma normal é composto de uma onda P, um intervalo PR, um complexo QRS, um segmento ST e uma onda T por vezes seguida de uma onda U. O segmento ST e partes da onda T do sinal do eletrocardiograma são primariamente afetados em situações de isquemia miocárdica. Das combinações de derivações que seguem, a que tem maior probabilidade de identificar isquemia miocárdica preparatória é:
- (A) II, V4 e V5
 - (B) II, III e aVF
 - (C) II, V4r e V5r
 - (D) II, V1 e V2
60. A protamina, quando administrada em pacientes expostos previamente a alguns fármacos, aumenta o risco de reações graves. Um dos fármacos que pode estar relacionado a essas reações é:
- (A) opioide
 - (B) clonidina
 - (C) insulina NPH
 - (D) beta-agonista