



CONCURSO PÚBLICO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
2017

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

MÉDICO CIRURGIA GERAL

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 nortearão. 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

#### CIRURGIA GERAL

21. Um locutor de rádio foi submetido à tireoidectomia. O pós-operatório imediato transcorreu sem anormalidades. Na revisão de 1 mês, queixou-se de que não conseguia ler textos longos porque sua voz “ falhava” e o tom não se mantinha estável. Essa complicação se deve provavelmente à lesão do seguinte nervo:
- laríngeo recorrente
  - laríngeo superior
  - hipoglosso
  - vago

22. O esôfago é reconhecidamente um órgão pobre em vascularização, mas com grande área de sistema de drenagem. A nutrição do esôfago cervical e a drenagem linfática dos 2/3 superiores são responsáveis, respectivamente, de:
- artéria tireoidiana inferior – cadeia cervical e jugular
  - artérias brônquicas – cadeia da carótida
  - artéria carótida – cadeia submandibular
  - ramos diretos da aorta – ducto torácico
23. Um paciente sofreu acidente automobilístico. Foi resgatado e, uma hora depois, atendido na emergência. Apresentava fratura exposta de tíbia, várias lacerações em membros superiores e fratura do nariz com intenso sangramento. Estava hipotenso, taquicárdico. Apresentava cianose de extremidades embora respirasse sem nenhuma dificuldade. Foi rapidamente tratado e apresentou melhora do choque, porém, menos de 40 minutos depois, tornou a ficar hipotenso. Em relação à recuperação inicial e à provável causa da hipotensão, pode-se dizer que:
- o paciente recebeu 2 bolsas de sangue total – distúrbio de coagulação
  - o paciente recebeu 5 bolsas de concentrado de hemácias – hipotermia
  - o paciente recebeu ringer lactato 2 litros em veia periférica – hemorragia ativa
  - o paciente recebeu soro fisiológico 3 litros em veia central – hipertensão intracraniana
24. A cicatrização das feridas ocorre em várias fases. Pode-se afirmar que a que ocorre no segundo – terceiro dia e a célula predominante nessa fase são, respectivamente:
- proliferativa – fator de crescimento
  - inflamatória – macrófagos
  - proliferativa – plaquetas
  - inflamatória – linfócitos
25. Algumas condições que ameaçam a vida podem ocorrer no intraoperatório, mesmo em um paciente jovem e sem comorbidades prévias. Um paciente do sexo masculino de 32 anos de idade, durante a operação, desenvolveu taquicardia, hipotensão, falência cardíaca. Notou-se discreto *rash* cutâneo. O diagnóstico foi anafilaxia. A seguinte droga usada foi, provavelmente, a responsável pelo quadro:
- contraste iodado para colangiografia
  - tinta da caneta de marcação da incisão
  - clorexidina para degermação
  - propofol
26. A deiscência da sutura da parede abdominal acontece em 1 a 3% dos pacientes. Muitas vezes ocorre de forma aguda, pode ser precedida por um sinal e tem alguns fatores implicados em sua gênese. O sinal mais frequente e o fator implicado no aparecimento da deiscência de parede são, respectivamente:
- secreção tipo “água de carne” pela incisão – fechamento da parede sob tensão
  - hematoma – sutura em pontos separados
  - secreção purulenta – sutura em chuleio
  - seroma – abdominoplastia prévia
27. Paciente portador de insuficiência renal crônica foi submetido à laparotomia exploradora para tratamento de diverticulite aguda. No pós-operatório desenvolveu quadro de crise convulsiva. Pesquisadas as prováveis causas, concluiu-se que o quadro foi decorrência da seguinte medicação utilizada:
- rofecoxib
  - meperidina
  - acetaminophen
  - cetorolaco de trometamina
28. As indicações de toracotomia de emergência são raras. Dentre os pacientes relacionados abaixo, os que se beneficiam de uma toracotomia na emergência são:
- aqueles com tórax instável
  - os com trauma fechado de tórax
  - os com trauma penetrante do tórax
  - aqueles com pneumotórax hipertensivo
29. Um trabalhador da construção civil sofreu uma queda de andaime. Chegou em estado de choque na emergência. Foi submetido à ressuscitação, recebeu várias unidades de concentrado de hemácia e foi levado à sala de operação. Encontrou-se extensa lesão hepática e a manobra de Pringle não foi suficiente para diminuir o sangramento. A conduta mais acertada para esse paciente nesse momento é:
- clampeamento da aorta
  - transfusão de fatores de coagulação
  - solicitação de um bisturi ultrassônico para a hemostasia
  - controle de danos com compressas e transferir para UTI
30. Uma mulher de 35 anos de idade é atendida na emergência apresentando uma ferida sangrante no dorso da mão direita. Ela informa que foi mordida por uma colega de trabalho há duas horas. A conduta mais adequada para esse caso é:
- limpar a ferida com iodopovidona, fazer curativo fechado e antibiótico profilático
  - lavar a ferida e cobrir com desbridante químico em curativo aberto
  - limpar a ferida, suturar as bordas e administrar antibiótico venoso
  - escovar a ferida, desbridar e suturar
31. Uma paciente de 30 anos de idade, jogadora de vôlei, é atendida na emergência com queixas de dor abdominal há 48 horas, que é mais intensa no hemiabdomen direito. Relata um episódio de hipertermia. Durante o atendimento apresenta-se com desconforto, sem posição que melhore a dor. No exame físico a paciente queixa-se de dor à palpação do abdômen, mais intensa à direita, sem sinais de irritação peritoneal, onde se palpa massa de consistência endurecida de bordas não definidas. Os exames laboratoriais foram inconclusivos. A paciente está hemodinamicamente estável. O mais provável diagnóstico é:
- pancreatite aguda
  - colecistite aguda
  - ruptura de folículo ovariano
  - hematoma da bainha do reto
32. Um paciente do sexo masculino com 60 anos de idade, chega ao ambulatório queixando-se de emagrecimento. Ao exame físico, o médico identifica que ele apresenta um quadro compatível com a síndrome de Horner que é característica dos tumores na seguinte localização:
- base do pulmão direito
  - ápice pulmonar
  - lobo médio
  - pleura
33. Um homem de 53 anos de idade é internado de emergência com um quadro de pancreatite aguda e foi iniciado o tratamento clínico. Uma semana depois, a tomografia mostra extensa necrose pancreática. Apresenta nesse momento febre, leucocitose e instabilidade hemodinâmica. A hemocultura é negativa. A conduta mais adequada para esse paciente nesse momento é:
- iniciar octreotide
  - punção guiada por tomografia
  - realizar drenagem transgástrica
  - laparotomia exploradora para drenagem de abscesso

34. Um paciente de 50 anos de idade é atendido na emergência com quadro de hemorragia digestiva. É tratado clinicamente e, na história patológica pregressa, informa que é portador de um TIPS enquanto aguarda o transplante. A endoscopia mostra varizes de esôfago no momento sem sinais de sangramento. A provável causa de sangramento e a conduta mais adequada são, respectivamente:
- (A) obstrução do TIPS - dilatação do *shunt*  
 (B) piora da função hepática - escleroterapia  
 (C) gastrite erosiva - bloqueadores de bomba de prótons  
 (D) úlcera duodenal - vagotomia + operação de drenagem
35. Um paciente do sexo feminino de 35 anos de idade é atendido na emergência com queixas de cefaleia de forte intensidade nos últimos três dias, obtendo pouca melhora com analgésicos comuns. Nega dor torácica e dificuldade para respirar. Relata que nos últimos dois meses teve dois episódios de dor de cabeça intensa com taquicardia e sudorese. Sua PA agora é 118/112, FC= 112bpm. A bioquímica do sangue e o ECG não mostram nada anormal. A conduta mais adequada para esse paciente é:
- (A) fazer *dripping* de medicação anti-hipertensiva, prescrever medicação para casa e encaminhar ao ambulatório em 3 meses  
 (B) iniciar terapia com hidroclorotiazida + ansiolítico, encaminhar para o ambulatório em 6 meses  
 (C) iniciar terapia com captopril na emergência e encaminhar para o ambulatório em 6 meses  
 (D) controlar a PA e solicitar dosagem de catecolaminas urinárias
36. Os marcadores tumorais são de grande importância. Dos marcadores citados abaixo, o que pode ser utilizado na triagem para detecção do câncer é:
- (A) CEA  
 (B) PSA  
 (C) CA 19-9  
 (D) alfafeto proteína
37. Uma paciente grávida de 25 semanas é atendida na emergência com um quadro abdominal agudo. Foi diagnosticada apendicite aguda com abscesso periapendicular. A conduta mais adequada para essa paciente é:
- (A) drenagem do abscesso por punção  
 (B) apendicectomia por via laparotômica  
 (C) apendicectomia videolaparoscópica  
 (D) antibióticos venosos até que a maturidade fetal esteja garantida
38. Muito se tem falado sobre a segurança do paciente. Por meio de uma publicação, tomou-se consciência de que 98.000 pacientes já morreram por erros médicos. Antes da incisão, é preciso confirmar que:
- (A) todos na sala se conhecem e sabem qual é o seu papel  
 (B) uma enfermeira esteja continuamente presente na sala  
 (C) os instrumentos cirúrgicos estejam contados  
 (D) o patologista esteja disponível no centro cirúrgico
39. Um paciente com importante quadro respiratório é atendido na emergência. Apresenta dispneia e a radiografia de tórax revelou derrame pleural à direita. Foi realizada a toracocentese e o líquido coletado foi enviado para exames. O paciente apresentou melhora da dispneia, mas a radiografia de controle mostrou que o pulmão não re-expandiu. A conduta mais adequada para esse paciente é:
- (A) iniciar antibióticos de largo espectro via oral  
 (B) considerar toracotomia  
 (C) considerar torascopia  
 (D) iniciar CPAP
40. Um homem de 35 anos de idade previamente hígido é atendido na emergência 4 horas depois de ter completado uma maratona, com um quadro de dor abdominal tipo cólica, mais intensa em quadrante inferior esquerdo e um episódio de hematoquezia. Ao exame físico, estava hemodinamicamente estável e apresentava dor à palpação na fossa ilíaca esquerda. O exame a ser feito para o diagnóstico e a mais provável causa dos sintomas são, respectivamente:
- (A) anuscopia – hemorroidas  
 (B) colonoscopia – colite isquêmica  
 (C) colonoscopia – diverticulite aguda  
 (D) tomografia computadorizada – tumor sangrante do cólon direito
41. Em paciente com púrpura trombocitopênica idiopática com 60.000 plaquetas, pode-se afirmar que há:
- (A) indicação de esplenectomia  
 (B) risco de hemorragia espontânea  
 (C) aumento da destruição das plaquetas  
 (D) sequestro esplênico de plaquetas com esplenomegalia
42. As mudanças adaptativas no metabolismo proteico dos músculos esqueléticos decorrentes do jejum, em sua fase inicial, se devem:
- (A) ao aumento de corpos cetônicos  
 (B) à redução dos níveis teciduais de glucagon  
 (C) à redução dos níveis circulantes de insulina  
 (D) ao aumento da liberação de ácidos graxos livres
43. Dentre as fontes de células-tronco disponíveis para estudos de regeneração tecidual, as mais promissoras atualmente são as:
- (A) células mesenquimais derivadas de tecido adiposo  
 (B) células mesenquimais derivadas de medula óssea  
 (C) células-tronco embrionárias  
 (D) células-tronco fetais
44. Paciente de 20 anos de idade, sem comorbidades é submetido à herniorrafia inguinal pela técnica de Lichtenstein, sem antibioticoprofilaxia. A operação durou 50 minutos. A possibilidade de infecção do sítio cirúrgico no pós-operatório é:
- (A) menor que 2%  
 (B) entre 2 e 5%  
 (C) entre 5 e 10%  
 (D) maior que 10%
45. Em paciente de 25 anos de idade, com peritonite purulenta difusa por apendicite aguda, submetido à apendicectomia por laparotomia mediana, a melhor conduta com relação à parede abdominal é:
- (A) peritoniostomia  
 (B) sutura apenas da aponeurose  
 (C) fechamento temporário com bolsa de Bogotá  
 (D) fechamento com dispositivo de sucção a vácuo (vacPac)
46. Paciente do sexo feminino de 30 anos de idade, submetida a *by-pass* gástrico em Y de Roux por obesidade mórbida, apresenta-se no 3º dia de pós-operatório com frequência cardíaca de 108 bpm, temperatura axilar de 37,2 °C, sem dor. A conduta mais adequada para essa paciente é:
- (A) ecodoppler de membros inferiores  
 (B) radiografia de tórax em PA e perfil  
 (C) TC de abdômen com contraste venoso  
 (D) radiografia de abdômen com contraste oral

47. Paciente de 65 anos de idade, com sepse urinária e choque séptico, é internado em CTI após manobras agressivas de ressuscitação. Evolui com distensão abdominal importante, diurese de 20 mL/hora e pressão intra-abdominal de 20 mmHg. A gasometria é normal. A conduta mais adequada deve ser:
- (A) descompressão abdominal imediata
  - (B) aumento da reposição volêmica
  - (C) observação e suporte clínico
  - (D) paracentese abdominal
48. Paciente de 40 anos de idade, portador de insuficiência renal crônica, é submetido a transplante renal. O doador cadáver tinha 60 anos de idade e era hipertenso. O enxerto não produziu urina de imediato e houve necessidade de diálise nos primeiros dias de pós-operatório. Esse paciente está sujeito a maior risco de rejeição do tipo:
- (A) crônica
  - (B) hiperaguda
  - (C) celular aguda
  - (D) vascular aguda
49. Paciente de 30 anos de idade faz ultrassonografia cervical de rotina que mostra nódulo de 0,8 cm em lobo esquerdo da tireoide. PAAF sugestivo de carcinoma medular. Não há história familiar de neoplasia endócrina múltipla. O procedimento cirúrgico indicado nesse caso é:
- (A) lobectomia esquerda alargada e linfadenectomia radical esquerda modificada
  - (B) lobectomia esquerda com istimectomia e linfadenectomia da cadeia central
  - (C) tireoidectomia total com linfadenectomia da cadeia esquerda modificada
  - (D) tireoidectomia total com linfadenectomia da cadeia central
50. Recém-nato apresenta saída de mecônio e muco através da cicatriz umbilical. A conduta mais adequada nesse caso é:
- (A) ressecção cirúrgica do seio umbilical
  - (B) proceder a aspiração e esclerose de cisto umbilical
  - (C) ressecção cirúrgica do conduto ônfalo-mesentérico pérvio
  - (D) aguardar fechamento espontâneo de fístula ônfalo-mesentérica
51. Paciente de 40 anos de idade apresenta hérnia inguinal indireta estrangulada, abordada por acesso convencional. Após ressecção do segmento intestinal isquêmico, a conduta mais adequada é:
- (A) realizar a correção do defeito com a técnica de Bassini
  - (B) corrigir com a técnica de Lichtenstein
  - (C) não corrigir o defeito no momento.
  - (D) corrigir por via laparoscópica
52. Para uma paciente de 65 anos de idade, com diagnóstico endoscópico de blastoma gástrico Borrmann III da pequena curvatura do antro, cujas biópsias foram compatíveis com adenocarcinoma, o exame que deve ser realizado para o estadiamento pré-operatório é:
- (A) videolaparoscopia
  - (B) radiografia de tórax
  - (C) dosagem de CEA e CA 19-9
  - (D) tomografia de abdômen e pelve
53. Paciente de 50 anos de idade com úlcera gástrica na incisura *angularis*, apresenta hemorragia digestiva alta que não cessa com tratamento clínico e endoscópico. O procedimento cirúrgico indicado é:
- (A) gastrectomia distal com reconstrução a BI
  - (B) gastrectomia subtotal com reconstrução a BII
  - (C) hemigastrectomia com reconstrução em Y de Roux
  - (D) antrectomia com reconstrução a BI e vagotomia troncular
54. Com relação aos divertículos faringoesofágicos, pode-se afirmar que:
- (A) a ressecção do divertículo é indicada nos pacientes com maior possibilidade de fístula
  - (B) o tratamento endoscópico é mais eficaz que o cirúrgico nos divertículos > 5cm
  - (C) a miotomia isolada para divertículos < 2 cm é o tratamento mais adequado
  - (D) a miotomia do cricofaríngeo isolada é indicada para os divertículos < 3cm
55. Em paciente com adenocarcinoma do cólon transverso, situado a 6 cm do ângulo hepático, a ressecção curativa deve envolver a ligadura na origem das seguintes artérias:
- (A) cólica média
  - (B) cólica direita e cólica média
  - (C) cólica média e arcada de Riolan
  - (D) cólica média e ramo ascendente da cólica direita
56. Em paciente com adenocarcinoma da metade distal do reto, dentre as medidas abaixo, a mais capaz de levar à redução dos índices de recidiva local e, ao aumento de sobrevida em 5 anos é:
- (A) quimio e radioterapia neoadjuvantes
  - (B) ressecção abdominoperineal do reto
  - (C) radioterapia pré-operatória
  - (D) excisão total do meso reto
57. Paciente de 60 anos de idade, com sintomas prostáticos, refere desconforto abdominal em quadrante inferior esquerdo do abdômen, seguido por disúria, polaciúria e pneumatúria. O diagnóstico mais provável é:
- (A) doença de Crohn
  - (B) câncer de bexiga
  - (C) câncer de cólon
  - (D) diverticulite
58. Homem de 50 anos de idade, sem doenças prévias, vem apresentando desconforto e aumento do volume abdominal. O exame do abdômen revela ascite. A tomografia computadorizada mostra coleções líquidas septadas e implantes peritoniais. A paracentese revela material mucoide, gelatinoso. A origem mais provável da doença encontra-se no:
- (A) cólon
  - (B) pâncreas
  - (C) apêndice
  - (D) mesentério
59. Vítima de contusão em região epigástrica faz radiografia de tórax que revela derrame pleural, pneumomediastino e ausência de fraturas de arcos costais. O diagnóstico mais provável é:
- (A) laceração do brônquio fonte esquerdo
  - (B) ruptura gástrica
  - (C) lesão do diafragma
  - (D) ruptura do esôfago
60. Os tumores neuroendócrinos mediastinais produtores de hormônio costumam se apresentar com:
- (A) hipoglicemia
  - (B) síndrome de Cushing
  - (C) hipertensão arterial grave
  - (D) diátese hemorrágica grave