



CONCURSO PÚBLICO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
2017

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

MÉDICO CIRURGIA VASCULAR

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

CIRURGIA VASCULAR

21. Paciente de trinta e um anos de idade, tabagista, sexo masculino, deu entrada no pronto socorro com quadro de dor e lesão trófica distal do pé esquerdo. Ausência de pulsos distais e história de flebites de repetição. Esse quadro apresentado sugere:
- doença de Buerger
 - doença de Kawasaki
 - síndrome de Klippel-Trenaunay
 - síndrome de anticorpo antifosfolípide

22. Paciente com aneurisma de aorta infrarrenal, assintomático, achado após pesquisa de doença prostática. No acompanhamento desse paciente, o exame indicado para avaliar a evolução do caso é:
- (A) ultrassom
 - (B) angiografia
 - (C) raio-X de abdome
 - (D) exame clínico do abdome
23. Quanto ao aneurisma da artéria poplítea, é verdadeiro afirmar que:
- (A) é mais comum no sexo feminino
 - (B) sempre é encontrado nos dois membros inferiores
 - (C) é o aneurisma que é mais encontrado na terceira idade
 - (D) apresenta como complicação principal a embolia distal
24. A vasculite que tem incidência maior em grandes e médios vasos arteriais, principalmente em troncos supra-aórticos é:
- (A) arterite de Horton
 - (B) poliarterite nodosa
 - (C) arterite de Takayasu
 - (D) síndrome de Churg-Strauss
25. Entre as patologias que envolvem o desfiladeiro cérvico torácico, a síndrome mais encontrada é:
- (A) dos escalenos
 - (B) da hiperabdução
 - (C) da costela cervical
 - (D) da cabeça do úmero
26. Na manobra ou prova de Allen avalia-se a perviedade da artéria:
- (A) braquial
 - (B) ulnar e arco palmar
 - (C) radial no trauma vascular
 - (D) radial na fistula arteriovenosa para hemodiálise
27. Com base na classificação de Crawford para os aneurismas toracoabdominais, a opção que representa o aneurisma do Tipo II é:
- (A) da válvula aórtica até as artérias renais
 - (B) desde a carótida esquerda até a bifurcação aórtica
 - (C) desde o tronco celiaco até a bifurcação das femorais
 - (D) abaixo da artéria subclávia esquerda até a bifurcação da aorta
28. O sinal de Lira identificado por meio de exame arteriográfico é um achado:
- (A) na fibrodysplasia da artéria renal
 - (B) no tumor do glomo carotídeo
 - (C) na isquemia mesentérica
 - (D) na poliarterite nodosa
29. Dentre os aneurismas viscerais, os mais frequentemente encontrados são os:
- (A) gástricos
 - (B) hepáticos
 - (C) esplênicos
 - (D) mesentéricos
30. A(s) causa(s) mais frequente(s) de isquemia cerebral extracraniana é(são):
- (A) a aterosclerose
 - (B) as oclusões traumáticas
 - (C) a displasia fibromuscular
 - (D) os alongamentos arteriais
31. Quando a compressão da veia íliaca comum esquerda ocorre pela artéria íliaca direita, levando ao agravamento do quadro de varizes ou de trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo, configura-se a síndrome de:
- (A) Negus
 - (B) Leriche
 - (C) Klippel-Trenaunay
 - (D) Cockett (May Thurner)
32. Um paciente com cinquenta anos de idade, portador de arritmia cardíaca, em uso irregular de medicação, é admitido na emergência com história de dor em membro inferior direito, com início há 72 horas, associada a palidez e frialdade, ausência de pulsos distais, perda da mobilidade do pé direito. Pulsos contralaterais estão presentes. Nesse caso, é correto afirmar que a principal hipótese diagnóstica é:
- (A) oclusão arterial aguda por aterosclerose descompensada
 - (B) oclusão arterial aguda por embolia arterial com lesão irreversível instalada no membro afetado
 - (C) trombose arterial do membro inferior direito com indicação de ecodoppler venoso de urgência e cirurgia imediata
 - (D) oclusão arterial aguda por embolia arterial com rica rede de colaterais no membro acometido
33. Paciente com trinta e nove anos de idade, portadora de doença cardíaca valvar e fibrilação atrial. Apresenta dor e dormência em todo membro inferior esquerdo, sem pulsos distais palpáveis. Indicada a realização de arteriografia, a imagem característica que se deve encontrar nesse caso é:
- (A) sinal da cimitarra
 - (B) imagem de saca-rolha
 - (C) imagem de quebra-nozes
 - (D) imagem de taça invertida
34. Num quadro de reperfusão aguda de membro inferior revascularizado, **NÃO** é comum se encontrar o seguinte evento ou alteração clínica:
- (A) hipercalemia
 - (B) hipernatremia
 - (C) síndrome compartimental
 - (D) aumento dos níveis de lactato sérico
35. O índice tornozelo-braquial $> 1,40$ significa:
- (A) hipertensão arterial
 - (B) ectasia de artérias femoral e poplítea
 - (C) artérias rígidas e não complacentes
 - (D) diagnóstico único para os pacientes diabéticos
36. Em relação ao tratamento das fistulas arteriovenosas, é correto afirmar que:
- (A) tecnicamente, antes de se abordar a comunicação arteriovenosa, deve-se efetuar sempre que possível a exposição das artérias e veias proximais e distais, para permitir o controle da hemostasia
 - (B) a cirurgia a ser indicada é a ligadura quádrupla dos vasos envolvidos, pois as fistulas arteriovenosas não implicam complicações venosas graves
 - (C) a "cura" espontânea das fistulas arteriovenosas é muito comum e a conduta deve ser conservadora
 - (D) devem ser tratadas sempre por técnicas endovasculares, com uso rotineiro de stents revestidos

37. O ducto torácico (linfático) deságua normalmente na:
- veia ázigos
 - veia jugular direita
 - veia cava superior
 - veia subclávia esquerda
38. A complicação mais comum em um paciente submetido à cirurgia de revascularização cirúrgica arterial ao nível do eixo aorto-iliaco é:
- insuficiência renal aguda
 - infarto agudo do miocárdio
 - embolia pulmonar recorrente
 - trombose venosa profunda bilateral
39. Durante uma cirurgia de endarterectomia de carótida ao nível do bulbo carotídeo, a manipulação do seio carotídeo pode produzir:
- arritmia e disfunção renal
 - hipertensão e taquicardia
 - hipotensão e bradicardia
 - bloqueio átrio ventricular do segundo grau
40. Paciente de vinte e sete anos de idade, vítima há trinta dias, de ferimento por projétil de arma de fogo, localizado em coxa direita. Refere tumoração local, pulsátil, dolorosa e em expansão. Relata que, no dia do trauma, apresentou pequena perda sanguínea pelo orifício de entrada do projétil. Como não havia fratura e os pulsos arteriais eram palpáveis, ficou em observação e foi liberado pelo cirurgião.
- Baseando-se nessa história e quadro clínico, a afirmação correta relativa ao diagnóstico é:
- A chance de desenvolver insuficiência cardíaca por aumento da pós-carga é alta nesse caso.
 - Uma arteriografia não seria esclarecedora nesse caso, pois haveria opacificação precoce das veias, dificultando o diagnóstico e a definição de conduta.
 - O ecodoppler não traria informações úteis para o diagnóstico do caso nem para indicar cirurgia endovascular (percutânea).
 - A presença, no exame físico, de sopro e frêmito, podendo haver indício de turbulência no fluxo sanguíneo, sugere a existência de fístula arteriovenosa pós-traumática.
41. Dos medicamentos relacionados abaixo, aquele que pode ser responsável pelo aparecimento do fenômeno de Raynaud secundário é:
- o corticoide
 - a progesterona
 - o betabloqueador
 - o ácido acetil salicílico
42. Quanto a pacientes acometidos por traumas da região cervical, com envolvimento provável de estruturas vasculares, que tenham indicação de exploração cirúrgica, pode-se afirmar que:
- a zona III (3) no trauma cervical é a região mediana do pescoço
 - lesões da carótida comum podem exigir via de acesso por esternotomia mediana ou toracotomia anterolateral associada
 - lesões na zona II (2) têm indicação de incisão paralela à borda anterior do músculo esternocleidomastóideo, para identificação e reparo
 - lesões da zona I (1) têm exposição complexa, sendo ocasionalmente necessário realizar a luxação da articulação temporomandibular
43. A respeito da estreptoquinase utilizada na fibrinólise, pode-se afirmar que:
- em virtude da origem bacteriana da estreptoquinase, têm sido observadas nos pacientes reações anafiláticas
 - o mecanismo de ação desse agente induz a ativação direta do plasminogênio, o que causa a desintegração da fibrina
 - possui meia vida plasmática de menos de duas horas
 - possui uma ação muito seletiva sobre a fibrina e o fibrinogênio, produzindo um estado lítico sistêmico
44. O anticoagulante utilizado por via oral que atua sobre o fator Xa é:
- cumarina
 - dabigatrana
 - rivaroxabana
 - femprocumana
45. A síndrome de Mondor caracteriza-se por tromboflebite de:
- veia temporal
 - veias das mãos
 - veias torácicas superficiais
 - veias dos membros inferiores por escleroterapia
46. A clássica tríade de Virchow para trombose venosa profunda e possível embolia pulmonar é:
- estase, lesão endotelial e diabetes associada
 - estase, hipercoagulabilidade e lesão endotelial
 - aterosclerose, varizes e hipercoagulabilidade
 - estase, idade avançada e hipercoagulabilidade
47. Em relação aos aneurismas verdadeiros da artéria carótida, sabe-se que sua etiologia e sua localização mais comum são, respectivamente:
- aterosclerose e carótida comum
 - aterosclerose e carótida interna
 - traumatismo e carótida externa
 - displasia fibromuscular e carótida interna
48. Para tratamento de paciente portador de úlcera venosa infectada, a conduta que está **CONTRAINDICADA** é:
- bota de unna
 - antibiótico sistêmico
 - curativo diário
 - repouso em posição de Trendelenburg
49. Com relação ao comprometimento inflamatório linfático de pacientes portadores de linfangite (erisipela) aguda, o sintoma mais específico desse diagnóstico é:
- sepsis
 - adenite regional
 - dor em panturrilha
 - bolhas disseminadas
50. Em relação à amputação nas doenças vasculares e no pé diabético, a afirmação **INCORRETA** é que:
- na amputação de Syme, preconiza-se a remoção do maléolo lateral e medial
 - as amputações transfemorais apresentam funcionalidade superior às desarticulações do joelho
 - a desarticulação do quadril ocorre, em geral, em condições não eletivas sendo feita com frequência nas lesões suprapatellares
 - mesmo não havendo reabilitação para deambulação, a manutenção do joelho proporciona melhor apoio em situações de transferência de decúbito

51. Dentre as condições abaixo, aquela que **NÃO** é considerada um fator importante para o desenvolvimento de ulceração no pé diabético é:
- (A) acometimento da microcirculação
 - (B) aumento do suor local, promovendo a maceração da pele
 - (C) perda da função dos músculos de flexão e extensão do pé
 - (D) alteração da sensibilidade decorrente da neuropatia diabética
52. Das variações anatômicas vasculares possíveis de acontecer no arco aórtico, a mais comumente encontrada é :
- (A) tronco bovino
 - (B) artéria subclávia lusória
 - (C) presença de divertículo de ducto arterioso
 - (D) artéria vertebral esquerda originando-se diretamente da aorta
53. A arcada de Riolan é uma importante via natural de anastomoses dos ramos viscerais que se forma entre:
- (A) a artéria cólica direita e a artéria gastroepiploica
 - (B) a artéria hepática comum e a artéria cólica média
 - (C) a artéria cólica média, ramo da artéria mesentérica superior e a cólica comum
 - (D) a artéria cólica esquerda e a cólica média, ramo da artéria mesentérica superior
54. Na cirurgia de endarterectomia da artéria carótida, na técnica cirúrgica aberta, em geral, é necessário fazer a ligadura:
- (A) da veia jugular interna
 - (B) da artéria tireoideana inferior
 - (C) do tronco venoso tirolinguofacial
 - (D) da veia tireoideana média
55. A vasculite que pertence ao grupo das arterites de células gigantes é a:
- (A) granulomatose de Wegener
 - (B) síndrome de Churg-Strauss
 - (C) poliarterite nodosa
 - (D) arterite temporal
56. A veia ázigo desemboca na:
- (A) veia hemiáximo
 - (B) veia cava inferior
 - (C) veia cava superior
 - (D) jugular interna esquerda
57. O germe mais comumente implicado nas infecções de endopróteses aórticas é:
- (A) *Streptococcus pneumoniae*
 - (B) *Staphylococcus aureus*
 - (C) *Pseudomonas spp*
 - (D) *Escherichia coli*
58. Considerando a classificação de Rutherford para estágios clínicos da arteriosclerose ocliterante periférica, um paciente com dor em repouso no membro inferior acometido enquadra-se na seguinte categoria:
- (A) 2
 - (B) 3
 - (C) 6
 - (D) 4
59. Num paciente com sofrimento isquêmico agudo de membro inferior, o tecido menos resistente à isquemia é:
- (A) a cartilagem
 - (B) a gordura
 - (C) a pele
 - (D) o músculo
60. A característica clínica da acrocianose que a diferencia do fenômeno de Raynaud é:
- (A) Diminuição considerável da cianose com a elevação da extremidade
 - (B) diminuição da cianose de modo significativo por medicamentos vasodilatadores
 - (C) evolução frequente para lesões tróficas da mão
 - (D) cianose sempre acompanhada de dor local