

GRUPO - CIRURGIA GERAL

(Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular; Cirurgia Crânio - Maxilo - Facial; Cirurgia de Cabeça e Pescoço; Cirurgia do Aparelho Digestivo - Cirurgia Videolaparoscópica; Cirurgia do Aparelho Digestivo; Cirurgia Geral; Cirurgia Oncológica; Cirurgia Pediátrica; Cirurgia Plástica; Cirurgia Torácica; Cirurgia Vascular; Coloproctologia; Ecografia Vascular com Doppler; Endoscopia; Endoscopia Digestiva; Endoscopia Respiratória; Urologia)

PROVA TIPO 3 – AMARELA



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo **60 (sessenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala o cartão de respostas.

As questões objetivas têm **5 (cinco)** opções de resposta (A, B, C, D e E) e somente uma delas está correta.



TEMPO

- **4 (quatro) horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação do cartão de respostas**.
- **2 (duas) horas** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, levando o Caderno de Questões.
- Em hipótese alguma o(a) candidato(a) poderá levar o Caderno de Questões antes do horário permitido.



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova.
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões.



INFORMAÇÕES GERAIS

- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências.
- No cartão de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preenchê-lo.
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado no cartão de respostas.
- Confira a cor e o tipo do seu Caderno de Questões. Caso tenha recebido Caderno de Questões com cor ou tipo diferente do impresso em seu cartão de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e **não será permitida a substituição do cartão de respostas em caso de erro cometido por você.**
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas no cartão de respostas.
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

Boa prova!

CONHECIMENTOS BÁSICOS

Língua Portuguesa

1

A correção faz parte da boa escrita.

Assinale a frase que exemplifica o correto emprego gramatical da língua.

- (A) Não sou daqueles que gostam de jogo com muitos gols.
- (B) Haviam muitos transeuntes na avenida em função do bloco carnavalesco que acabara de passar.
- (C) Aconteceram uma série de acidentes de trânsito na nova rodovia.
- (D) Parece que o grupo não quiseram contribuir com os gastos da festa.
- (E) Os livros parecem que estão dormindo na estante da biblioteca escolas, pois ninguém os consulta.

2

Observe a conclusão de um texto sobre problemas médicos no Brasil.

Os problemas médicos no Brasil são complexos e multifacetados, envolvendo questões de acesso, qualidade e estrutura do sistema de saúde. É fundamental que haja melhorias contínuas e investimentos para garantir um atendimento de saúde mais equitativo e eficaz para toda a população.

A afirmativa correta sobre a estruturação ou a significação do texto acima é que

- (A) os adjetivos “complexos” e “multifacetados” são redundantes, expressando a mesma realidade.
- (B) a forma de gerúndio “envolvendo” poderia ser adequadamente substituída por “embora envolvam”.
- (C) a conclusão desse texto faz um resumo dos aspectos certamente tratados anteriormente.
- (D) o problema da automedicação está indiretamente tratado no corpo do texto de conclusão.
- (E) apesar de ser um texto crítico, o autor não faz referência a providências que devem ser tomadas para resolver os problemas citados.

3

As frases a seguir mostram imprecisão pelo emprego de uma palavra de conteúdo geral (destacada).

Assinale a frase em que a substituição dessa palavra por uma palavra mais específica é feita de forma adequada.

- (A) O gerente falou que a vitamina de frutas feita naquele **negócio** ficou muito boa / instrumento.
- (B) A funcionária reclamou que o ferro de passar tinha um **troço** na parte traseira que ela não conhecia / peça.
- (C) Os funcionários da fábrica reclamaram que não viam serventia em botar aquele **bagulho** no uniforme / objeto.
- (D) A investigação da polícia parecia minuciosa, mas os detentos consideraram aquela **coisa** muito estranha / estratégia.
- (E) No laboratório de Física havia um grande número de **trechos** que raramente eram utilizados / máquinas.

4

Observe o diálogo abaixo, entre um mecânico de automóveis e um cliente já conhecido:

— Opa! Como é que tá?

— Opa! Tudo bem seu Cloves?

— Tudo bem. E o carro?

— Dei uma olhada... o barulho embaixo é do escapamento... tá furado... o barulho na frente é da junta do motor... precisa trocar... também é bom trocar o limpador de para-brisas... tá velho... e aí...

— E a embreagem?

— Já consertei... Essa mancha é de alguma coisa que deixaram cair e não sai... Já esfreguei pra burro!

— Puxa!

Assinale a opção em que há uma característica da língua falada **erradamente** exemplificada.

- (A) Problemas com a norma culta: “também é bom trocar o limpador de para-brisas”.
- (B) Emprego de expressões populares: “Já esfreguei pra burro!”.
- (C) Referências a realidades presentes na situação de comunicação: “Essa mancha é de alguma coisa que deixaram cair”.
- (D) Formas popularmente abreviadas: “Como é que tá?”.
- (E) Imprecisão: “o barulho na frente é da junta do motor... precisa trocar...”.

5

Um aspecto interessante da língua escrita é a preferência pela voz ativa em lugar da passiva, ainda que essa seja útil em várias situações, já que a voz ativa torna a frase mais direta, objetiva e concisa.

Assinale a frase que exemplifica um tipo de voz passiva.

- (A) Os profissionais da saúde ajudam-se uns aos outros, ajudando os pacientes.
- (B) Indicam-se remédios aos doentes, segundo informações científicas dos laboratórios.
- (C) Todos os médicos tinham chegado à reunião na hora marcada pelo cirurgião-chefe.
- (D) Precisa-se de muita dedicação e conhecimento para o trabalho na área da saúde.
- (E) Todas as pessoas sentadas na sala de espera dos hospitais trazem alguma necessidade de ajuda.

6

Um meio de obter-se uma boa expressão escrita é o emprego de frases curtas e diretas, pois isso facilita a leitura e ajuda o leitor a reter a informação prestada. Nas frases a seguir foram feitas modificações, a fim de melhorá-las nesse aspecto.

Assinale a frase em que isso foi feito de forma não conveniente, por prejudicar o sentido original.

- (A) A ideia, que havia surgido no dia anterior, que fora rechaçada pela maioria dos membros do partido, voltou sob nova forma e foi aceita / A ideia da véspera, rechaçada pela maioria do partido, voltou sob nova forma e foi aceita.
- (B) A velhinha, que conduzia uma lambreta, atravessava todos os dias da semana a fronteira entre dois estados, transportando um saco no assento traseiro da lambreta / a velhinha, numa lambreta, atravessava diariamente a fronteira, com um saco no assento traseiro.
- (C) O rio, que corria de uma extremidade a outra do vale entre as montanhas, tinha uma água totalmente límpida que ainda não havia sido contaminada pela poluição / O rio, correndo pelo vale, tinha água límpida.
- (D) Os galhos da goiabeira, que pendiam sobre a corrente de água do regato, se refletiam na superfície da água, embelezando duplamente a paisagem do local / os galhos da goiabeira que pendiam sobre o regato, se refletiam nele, embelezando duplamente a paisagem.
- (E) O livro editado em pequenas páginas e com letras bem miúdas, tinha uma bela aparência, que encantava os leitores, mas trazia alguns problemas de leitura / O livro tinha uma bela aparência, mas trazia problemas de leitura.

7

Todas as frases abaixo mostram um substantivo sublinhado e, na continuidade, um termo semanticamente correspondente a esse substantivo, de forma culta.

A frase em que essa correspondência foi feita de forma correta, é:

- (A) Se tem problemas nos rins , procure um reumatologista .
- (B) Se tem problemas no pulmão , procure um pneumologista .
- (C) Se tem problemas no fígado , procure um dermatologista .
- (D) Se tem problemas nos ouvidos , procure um oncologista .
- (E) Se tem problemas nos pés , procure um pediatra .

8

Um motivo de imprecisão ocorre quando há uma troca indevida entre parônimos ou homônimos, como a que ocorre, com a palavra sublinhada, no seguinte caso:

- (A) Para surpresa de todos os presentes no julgamento, o juiz absolveu o réu. (absolver / absorver).
- (B) O conferencista atuou com muita discricção , o que motivou muitos elogios. (discricção / descrição).
- (C) Correndo, o menino conseguiu que sua pipa ascendesse rapidamente e ficou contente (ascender / acender).
- (D) O trator, desgovernado, ao ir ao encontro do barranco, deixou de funcionar (ao encontro de / de encontro ao).
- (E) Os EUA estão combatendo a imigração ilegal, já que é uma causa de grandes prejuízos (imigração / emigração).

9

As frases a seguir mostram expressões populares bastante utilizadas na língua falada.

Assinale a opção em que a expressão sublinhada foi corretamente substituída por uma expressão formal equivalente.

- (A) Essa chuva diária está me enchendo o saco ! / me trazendo preocupações.
- (B) Essa corrupção já deu ! / deve ser interrompida.
- (C) Acho que aquela empresa está indo pro brejo ! / na hora de aumentar os investimentos.
- (D) E aí, maré mansa ? / com boa saúde.
- (E) Não posso ir, não, estou duro ! / estou desempregado.

10

As frases a seguir mostram uma palavra sublinhada no plural. Assinale a única frase em que essa forma pluralizada está correta.

- (A) As únicas testemunhas chaves do crime ainda não haviam feito seus depoimentos.
- (B) Em todas as épocas, os uniformes escolares daquele instituto tinham saias azuis e blusas rosas .
- (C) Diante daquela loja em liquidação, formaram-se duas filas monstros .
- (D) Os sapatos de todos os funcionários eram obrigatoriamente marrom escuros .
- (E) Os automóveis recéns -chegados eram os mais caros da empresa.

Legislação EBSERH

11

Um Hospital Universitário administrado pela Ebserh necessita ampliar rapidamente sua equipe de profissionais de Enfermagem devido à abertura de novos leitos.

A superintendência solicitou orientação sobre a forma de contratação de novos empregados.

De acordo com o Regulamento de Pessoal da Ebserh, o ingresso de empregados na empresa ocorre

- (A) por indicação das Universidades Federais conveniadas.
- (B) por contratação temporária sem processo seletivo em situações emergenciais.
- (C) mediante concurso público, com regime jurídico regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).
- (D) por nomeação direta do Ministério da Educação.
- (E) mediante processo seletivo simplificado conduzido pelas universidades.

12

Um empregado da Ebserh foi acusado de descumprir normas institucionais e de adotar conduta incompatível com as regras administrativas do Hospital Universitário.

Para a apuração formal da conduta e garantia do contraditório e da ampla defesa, a administração decidiu instaurar procedimento disciplinar conforme as normas internas da empresa.

Segundo a Norma Operacional de Controle Disciplinar da Ebserh, a apuração de infrações disciplinares pode ocorrer por meio de

- (A) sindicância ou processo administrativo disciplinar.
- (B) auditoria administrativa e decisão direta da diretoria.
- (C) avaliação de desempenho extraordinária.
- (D) procedimento sumário conduzido pela chefia imediata.
- (E) análise exclusiva do Conselho Fiscal.

13

Uma Universidade Federal decidiu transferir a gestão de seu hospital universitário para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Durante reunião do conselho universitário, alguns membros levantaram dúvidas sobre a natureza jurídica da empresa e o tipo de assistência prestada.

Considerando a legislação vigente, é correto afirmar que a Ebserh é uma

- (A) autarquia federal vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pela gestão exclusiva de hospitais universitários federais.
- (B) empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, criada para prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar no âmbito do SUS e apoiar atividades de ensino e pesquisa.
- (C) fundação pública vinculada ao Ministério da Educação, responsável por administrar hospitais universitários mediante financiamento exclusivamente privado.
- (D) sociedade de economia mista vinculada ao Ministério da Educação, podendo prestar assistência tanto no SUS quanto na rede privada.
- (E) empresa pública vinculada ao Ministério da Saúde, com autonomia para cobrar diretamente pelos serviços prestados em hospitais universitários.

14

Durante auditoria institucional, foi analisada a estrutura de governança da Ebserh com o objetivo de verificar a existência de instâncias responsáveis pela supervisão estratégica da empresa.

De acordo com o Estatuto Social da Ebserh, o órgão responsável por deliberar sobre diretrizes estratégicas e por supervisionar a gestão da Diretoria Executiva é o(a)

- (A) Conselho Fiscal.
- (B) Comitê de Ética.
- (C) Conselho Consultivo.
- (D) Conselho de Administração.
- (E) Assembleia Hospitalar Universitária.

15

Um servidor da Ebserh recebeu de um fornecedor de equipamentos hospitalares um presente de alto valor após a assinatura de um contrato de fornecimento para o hospital universitário.

À luz do Código de Ética e Conduta da Ebserh, essa situação caracteriza

- (A) prática aceitável desde que o presente seja declarado à chefia imediata.
- (B) conduta permitida quando o contrato já estiver formalmente concluído.
- (C) prática permitida apenas quando se tratar de fornecedor internacional.
- (D) procedimento regular, desde que não haja impacto direto no processo licitatório.
- (E) situação que pode configurar conflito de interesses e violação aos princípios éticos da instituição.

Políticas Públicas de Saúde e Educação

16

O Decreto nº 7.508/2011 define conceitos relativos à organização do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a articulação interfederativa e a regionalização das ações e serviços.

Assinale a opção que descreve corretamente uma Região de Saúde.

- (A) Conjunto de serviços municipais organizado para integrar ações assistenciais e planejamento sanitário local.
- (B) Agrupamento de municípios limítrofes organizado para integrar ações, serviços e planejamento sanitário regional.
- (C) Rede hospitalar estadual organizada para integrar serviços especializados e metas assistenciais definidas.
- (D) Área administrativa regional organizada para integrar contratos, metas assistenciais e execução orçamentária.
- (E) Estrutura integrada de estabelecimentos públicos e privados organizada para executar programas estratégicos nacionais.

17

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra estabelece diretrizes voltadas ao combate contra o racismo institucional e à redução das desigualdades étnico-raciais no âmbito do SUS.

Assinale a opção que apresenta uma medida adequada à referida política.

- (A) Implementação de metas específicas para redução de desigualdades étnico-raciais em saúde.
- (B) Exclusão do quesito cor dos sistemas de informação para evitar distinções administrativas.
- (C) Centralização das ações de saúde da população negra em serviços especializados estaduais.
- (D) Restrição das ações da política às comunidades quilombolas reconhecidas pelo Estado.
- (E) Substituição das diretrizes gerais do SUS por protocolos específicos para a população negra.

18

A Resolução CNS nº 553/2017 estabelece a Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, dispondo sobre responsabilidades individuais no âmbito do cuidado.

Assinale a opção que apresenta uma violação dos deveres da pessoa usuária.

- (A) Solicitar substituição do profissional responsável durante atendimento hospitalar regular.
- (B) Recusar procedimento terapêutico após esclarecimento adequado da equipe assistencial.
- (C) Omitir informação sobre alergia medicamentosa relevante durante atendimento hospitalar regular.
- (D) Registrar reclamação formal sobre atendimento recebido junto à ouvidoria institucional.
- (E) Solicitar acesso ao próprio prontuário médico durante acompanhamento ambulatorial regular.

19

Leia a situação hipotética a seguir.

Durante atendimento em Unidade Básica de Saúde, um homem transexual solicitou encaminhamento para mastectomia. O profissional informou que o procedimento não poderia ser ofertado pelo SUS, pois se trataria de demanda estética não relacionada à saúde.

A atitude do profissional de saúde está

- (A) inadequada, pois a decisão sobre cirurgias depende exclusivamente de autorização prévia estadual.
- (B) adequada, pois procedimentos com finalidade estética não integram as ações regulares do SUS.
- (C) inadequada, pois toda solicitação apresentada pelo usuário deve ser imediatamente atendida.
- (D) adequada, pois procedimentos corporais específicos exigem autorização judicial prévia.
- (E) inadequada, pois desconsidera parâmetros técnicos previstos na política pública vigente.

20

Leia a situação hipotética a seguir.

Em um hospital geral de médio porte, foi identificado que um paciente recebeu dose duplicada de um anticoagulante após falha na comunicação durante a troca de plantão. O erro foi percebido horas depois, sem ocorrência de dano grave. A direção da instituição solicita que o Núcleo de Segurança do Paciente proponha medidas imediatas.

Com base no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o encaminhamento prioritário deve ser

- (A) formalizar advertência ao profissional envolvido e reforçar, em reunião de equipe, a necessidade de atenção redobrada na etapa de administração.
- (B) registrar o fato apenas no prontuário do paciente e restringir o relato às chefias imediatas, a fim de evitar repercussões institucionais indevidas.
- (C) notificar o incidente no sistema aplicável, analisar fatores contribuintes e revisar o processo de comunicação nas transições do cuidado assistencial.
- (D) determinar dupla checagem médica para todas as prescrições da Unidade, independentemente do risco do fármaco e do contexto do atendimento prestado.
- (E) abrir apuração administrativa e afastar preventivamente a equipe do plantão, mantendo a medida até a conclusão do procedimento interno formal.

21

Avalie se as diretrizes do HumanizaSUS incluem:

- I. implantação de modelo decisório que concentra na chefia a prerrogativa de alterar rotinas, com o objetivo de garantir maior eficiência no atendimento ao público;
- II. instituição de espaços regulares de deliberação coletiva para discutir impasses do cotidiano e redefinir responsabilidades entre trabalhadores, gestores e usuários;
- III. reorganização do acesso com redefinição dos critérios de entrada no serviço, priorizando necessidades avaliadas no momento do atendimento.

É compatível com o escopo do HumanizaSUS o que se indica em

- (A) II e III, apenas.
- (B) I, II e III.
- (C) I e III, apenas.
- (D) II, apenas.
- (E) I e II, apenas.

22

A NOB/RH-SUS prevê que a gestão do trabalho no SUS deve obedecer ao princípio da participação bilateral.

Assinale a opção que descreve corretamente esse princípio.

- (A) Pactuação conjunta de diretrizes sobre carreira e condições laborais.
- (B) Definição de critérios remuneratórios pela gestão administrativa.
- (C) Deliberação de vantagens funcionais pelos trabalhadores organizados.
- (D) Homologação de acordos trabalhistas pelo gestor responsável.
- (E) Estabelecimento de normas internas pela secretaria competente.

23

Com relação às características do Sistema Único de Saúde (SUS), avalie as afirmativas a seguir.

- I. O sistema público de saúde instituído pela Constituição de 1988 rompeu com o modelo anterior restrito aos trabalhadores formais, passando a garantir acesso a toda a população.
- II. A organização do sistema, desde sua criação, passou a considerar as desigualdades sociais e regionais como critério para definição de prioridades na oferta de ações e serviços.
- III. A organização estabelecida a partir de 1988 definiu que toda decisão sobre políticas de saúde seria centralizada na esfera federal, de modo a garantir uniformidade administrativa.

Está correto o que se afirma em

- (A) I e III, apenas.
- (B) II e III, apenas.
- (C) II, apenas.
- (D) I e II, apenas.
- (E) I, II e III.

24

Com base no Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018), avalie as afirmativas a seguir e assinale (V) para a verdadeira e (F) para a falsa.

- () O médico pode recusar-se a exercer a profissão em instituição pública ou privada quando as condições de trabalho não forem dignas, devendo comunicar formalmente sua decisão ao Conselho Regional competente.
- () É vedado ao médico divulgar, fora do meio científico, método terapêutico ainda não reconhecido por órgão competente, ainda que a divulgação tenha finalidade apenas educativa.
- () O médico deve empregar todos os recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis nas situações clínicas irreversíveis, ainda que tais medidas não garantam benefício proporcional ao paciente.

As afirmativas são, respectivamente,

- (A) V – F – V.
- (B) V – V – F.
- (C) F – V – V.
- (D) V – F – F.
- (E) F – V – F.

25

O Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado constitucionalmente por um conjunto de princípios e diretrizes que orientam sua organização, seu funcionamento e sua oferta de ações e serviços.

Assinale a opção que apresenta uma ação **incompatível** com as diretrizes do SUS.

- (A) Implantação de central de regulação regional para organizar o acesso a consultas e exames entre municípios de uma mesma região de saúde.
- (B) Realização de conferência municipal de saúde com participação de usuários, trabalhadores e gestores para definição de prioridades locais.
- (C) Organização de fila paralela para determinados procedimentos com base em critérios definidos internamente pela gestão local.
- (D) Estruturação de rede municipal com integração entre Atenção Básica e serviços especializados por meio de fluxos de referência definidos.
- (E) Pactuação entre os gestores do sistema para redistribuição de recursos financeiros conforme indicadores epidemiológicos regionais.

26

A Bioética parte do pressuposto de que nem tudo o que é cientificamente possível é também eticamente aceitável, exigindo que os avanços técnicos sejam avaliados quanto ao respeito à dignidade da pessoa humana.

Assinale a opção que exemplifica uma ação cientificamente possível, porém eticamente inaceitável.

- (A) Oferta de tratamento capaz de restaurar completamente funções orgânicas perdidas, ainda que inexistam recursos técnicos para a intervenção.
- (B) Implementação de protocolo clínico experimental com aprovação institucional e monitoramento contínuo dos riscos envolvidos no procedimento.
- (C) Suspensão de intervenção considerada fútil após deliberação multiprofissional e registro fundamentado da decisão no prontuário do paciente.
- (D) Utilização de técnica avançada de diagnóstico, acompanhada de esclarecimento prévio quanto aos limites e implicações do exame.
- (E) Utilização de recurso tecnológico capaz de prolongar funções vitais de forma indefinida, independentemente do estado concreto de saúde do paciente.

27

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) referem-se a um conjunto de condições que influenciam diretamente a distribuição das doenças e dos fatores de risco na população.

Assinale a opção que exemplifica corretamente um DSS.

- (A) Elevada prevalência de hipertensão arterial associada ao envelhecimento progressivo da população brasileira.
- (B) Aumento do consumo de bebidas alcoólicas decorrente de adversidades emocionais na vida adulta.
- (C) Diagnóstico tardio de neoplasias relacionado à baixa procura espontânea por serviços assistenciais especializados.
- (D) Elevação das taxas de obesidade associada ao menor custo relativo de alimentos ultraprocessados.
- (E) Maior ocorrência de diabetes vinculada à presença de histórico familiar e predisposição genética.

28

Considerando os fatores determinantes para a Reforma Sanitária Brasileira, analise as afirmativas a seguir e assinale (V) para a verdadeira e (F) para a falsa.

- () A crise do modelo previdenciário centralizado, associada à expansão da assistência privada, articulou-se à formulação de uma crítica baseada na medicina social e na análise histórico-estrutural da saúde.
- () A Reforma Sanitária estruturou-se a partir da adoção da teoria funcionalista do Estado, orientada pela racionalização administrativa e pela busca de equilíbrio institucional no setor saúde.
- () A abertura política da década de 1970, combinada à reorganização dos movimentos sociais, favoreceu a consolidação de um projeto que relacionava saúde, democracia e transformação das estruturas sociais.

As afirmativas são, respectivamente,

- (A) V – F – F.
- (B) F – V – V.
- (C) V – F – V.
- (D) F – F – V.
- (E) V – V – F.

29

A Resolução RDC nº 36/2013, da ANVISA, institui ações para a promoção da segurança do paciente e apresenta conceitos relacionados à gestão de risco nos serviços de saúde.

Considerando as definições estabelecidas na norma, um exemplo de evento adverso é a administração de medicamento

- (A) em dose incorreta, resultando em insuficiência renal aguda no paciente internado.
- (B) com atraso na prescrição, sem gerar complicações para o paciente internado.
- (C) conforme prescrição, com registro incompleto no prontuário do paciente internado.
- (D) com orientação incompleta da equipe assistencial ao paciente internado.
- (E) em dose incorreta, identificada antes da infusão completa no paciente internado.

30

Tendo em vista os mecanismos institucionais de participação no âmbito do Sistema Único de Saúde, leia hipotética a situação a seguir.

Camila participou, como representante dos profissionais de saúde, de uma instância colegiada municipal convocada para ocorrer naquele quadriênio. Durante o encontro, foi realizada avaliação ampla da situação de saúde do município, com apresentação de diagnósticos gerais e, ao final, foram propostas diretrizes para subsidiar a formulação da política de saúde nos anos subsequentes.

De acordo com a descrição apresentada, a instância indicada na situação acima é o(a)

- (A) Conselho Municipal de Saúde.
- (B) Fórum Permanente de Planejamento Regional.
- (C) Comissão Intergestores Bipartite.
- (D) Mesa de Negociação Permanente do SUS.
- (E) Conferência Municipal de Saúde.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

31

No seu hospital dá entrada um homem de 27 anos, previamente hígido, trazido ao pronto-socorro após incêndio em um galpão industrial. O resgate ocorreu aproximadamente uma hora após o acidente.

Avaliação inicial (ATLS): PA: 92/58 mmHg; FC: 126 bpm; FR: 30 irpm e com saturação: 93% em máscara de oxigênio.

Exame físico: queimaduras profundas em face anterior do tórax, abdome, membros superiores e face anterior das coxas com áreas de pele esbranquiçada e sem sensibilidade, edema progressivo das extremidades.

Estimativa da superfície corporal queimada: 40% da superfície corporal total.

Peso do paciente: 75 kg.

Após garantir via aérea e iniciar monitorização, decide-se iniciar ressuscitação volêmica conforme protocolo para grandes queimados.

A conduta inicial mais apropriada em relação à hidratação nas primeiras 24 horas é

- (A) administrar coloides imediatamente após admissão para reduzir edema tecidual.
- (B) administrar solução glicosada 5% na dose de 2 mL/kg/%SCQ nas primeiras 24 horas.
- (C) administrar transfusão sanguínea precoce para compensar a perda volêmica.
- (D) administrar Ringer lactato em dose fixa de 2 litros nas primeiras 24 horas.
- (E) administrar Ringer lactato segundo fórmula de Parkland (4 mL/kg/%SCQ), sendo metade nas primeiras 8 horas a partir do momento da queimadura.

32

Paciente masculino de 26 anos procura atendimento com história de dor abdominal iniciada há 4 dias, inicialmente periumbilical e posteriormente localizada em fossa ilíaca direita, associada a febre e inapetência.

Ao exame físico apresenta dor à palpação em fossa ilíaca direita e discreta defesa local. A tomografia computadorizada de abdome evidencia apendicite aguda complicada com abscesso periapendicular de 5 cm, bem delimitado, sem sinais de peritonite difusa. O paciente encontra-se hemodinamicamente estável.

Diante desse quadro, a conduta inicial mais apropriada é realizar

- (A) apendicectomia laparoscópica imediata com drenagem da coleção.
- (B) laparotomia exploradora com hemicolectomia direita.
- (C) antibioticoterapia oral ambulatorial e reavaliação clínica em 48 horas.
- (D) colonoscopia para afastar doença inflamatória intestinal antes da abordagem terapêutica.
- (E) tratamento conservador com antibioticoterapia venosa e drenagem percutânea do abscesso guiada por imagem.

33

Um homem de 23 anos, previamente hígido, longilíneo, tabagista de 8 maços-ano, procura o serviço de emergência com dor torácica súbita à direita e dispneia iniciadas há 12 horas, enquanto estava em repouso. Nega trauma, febre ou tosse produtiva. Refere episódio semelhante há cerca de 8 meses, tratado com drenagem pleural em outro hospital.

Ao exame físico, apresenta-se ansioso, porém consciente e orientado. Frequência respiratória de 26 irpm, frequência cardíaca de 108 bpm, pressão arterial de 118/72 mmHg, saturação periférica de oxigênio de 93% em ar ambiente. O hemitórax direito apresenta redução da expansibilidade, hipertimpanismo à percussão e murmúrio vesicular abolido no ápice e terço médio. Não há desvio traqueal nem sinais de choque.

A radiografia de tórax mostra pneumotórax espontâneo primário à direita de grande volume. Foi realizada drenagem pleural em selo d'água, com melhora parcial da dispneia, porém após 6 dias o paciente mantém fuga aérea persistente e o controle radiográfico demonstra expansão pulmonar incompleta. A tomografia computadorizada evidencia blebs apicais subpleurais à direita, sem doença pulmonar difusa associada.

O tratamento mais adequado para esse caso será

- (A) manter apenas drenagem torácica por tempo indeterminado, pois a maioria das fugas aéreas persistentes resolve-se espontaneamente e a cirurgia deve ser evitada no primeiro episódio tratado em hospital.
- (B) retirar o dreno, manter analgesia e observação ambulatorial, pois a estabilidade hemodinâmica e a ausência de desvio mediastinal excluem a necessidade de intervenção adicional.
- (C) indicar tratamento cirúrgico por videotoracoscopia (VATS), com ressecção de blebs/bullectomia apical associada a procedimento de pleurodese/pleuroabrasão, por se tratar de recidiva ipsilateral associada a fuga aérea persistente e falha de re-expansão pulmonar.
- (D) realizar toracotomia de urgência com lobectomia superior direita, pois a presença de blebs apicais em tomografia contraindica tratamento conservador e torna a ressecção anatômica obrigatória.
- (E) indicar punção aspirativa com agulha como tratamento definitivo, seguida de alta hospitalar, pois o pneumotórax espontâneo primário em pacientes jovens quase nunca necessita prevenção de recorrência

34

O seu paciente é um homem de 65 anos que foi admitido para tratamento cirúrgico de um adenocarcinoma de cabeça do pâncreas, com indicação de duodenopancreatectomia cefálica (procedimento de Whipple).

Nos últimos três meses, ele apresentou perda ponderal de 12 kg, anorexia intensa, episódios frequentes de vômitos pós-prandiais.

Exame físico: IMC = 17 kg/m², evidente perda de massa muscular, mucosas hipocoradas.

Exames laboratoriais: albumina sérica: 2,5 g/dL; linfócitos totais: 900/mm³; glicemia: 95 mg/dL.

Tomografia abdominal demonstra massa pancreática obstrutiva, dilatação gástrica significativa.

Durante a internação, observa-se que o paciente não tolera alimentação oral nem enteral, devido a obstrução duodenal tumoral.

A equipe decide realizar preparo nutricional antes da cirurgia.

Diante desse quadro clínico, a conduta mais apropriada em relação ao suporte nutricional pré-operatório será

- (A) realizar cirurgia imediata, pois a desnutrição não altera o prognóstico cirúrgico.
- (B) iniciar dieta enteral por sonda nasogástrica apesar da obstrução duodenal.
- (C) administrar apenas hidratação venosa periférica até o dia da cirurgia.
- (D) instituir nutrição parenteral total por 7–10 dias antes da cirurgia, através de acesso venoso central.
- (E) utilizar apenas suplementação oral hipercalórica.

35

Paciente feminina de 57 anos foi submetida a exérese de elastofibroma de 8,0 cm no seu maior diâmetro, localizado na região retroescapular esquerda, com anestesia local. Encontrava-se um pouco ansiosa, mas cooperativa. Inicialmente foi feito bloqueio loco-regional com 20 mL de lidocaína 2% sem vasoconstritor. A disseção foi realizada com bisturi elétrico.

Ao atingir os planos inferiores da tumoração, houve necessidade de repicar a anestesia com mais 20 mL do mesmo anestésico. Pouco tempo depois, a paciente começou a apresentar dormência na língua, dificuldade de falar e zumbido nos ouvidos.

Diante desse quadro, o diagnóstico provável e a conduta são, respectivamente,

- (A) distonia neuro vegetativa e benzodiazepínico.
- (B) acidente vascular isquêmico e trombólise intravenosa.
- (C) efeito pré-tóxico da lidocaína e emulsão lipídica intravenosa.
- (D) efeito cardiotóxico da lidocaína e infusão venosa contínua de betabloqueador.
- (E) efeito tóxico neurológico da lidocaína e oxigenação a 100% sob máscara e decúbito dorsal com leve Trendelenburg.

36

Paciente de 63 anos, masculino, portador de deficiência de Alfa 1 anti-tripsina, em acompanhamento ambulatorial, foi submetido a endoscopia digestiva alta que evidenciou varizes gástricas – GOV 2 e gastropatia congestiva acentuada.

Elastografia hepática realizada pelo fibroscan diagnosticou fibrose moderada a avançada, sendo classificada como Child-Pugh classe B, MELD 13.

A melhor conduta para esse caso é

- (A) transplante hepático.
- (B) *shunt* espleno renal distal por cirurgia.
- (C) *shunt* portossistêmico intra-hepático transjugular (TIPS).
- (D) bloqueio β-adrenérgico não seletivo associado a isossorbida.
- (E) desconexão ázigo-portal com esplenectomia e ligadura da veia gástrica esquerda.

37

Seu paciente é um homem de 35 anos, previamente hígido, trazido ao serviço de emergência após colisão automobilística com impacto frontal contra o volante. O paciente relata dor abdominal intensa e persistente.

Anamnese: trauma abdominal fechado há aproximadamente 4 horas; dor epigástrica progressiva irradiando para dorso; náuseas e dois episódios de vômito.

Exame físico: PA: 110/70 mmHg; FC: 108 bpm; FR: 22 irpm.

Exame abdominal: dor importante em epigástrico; defesa abdominal discreta; equimose epigástrica; ruídos hidroaéreos diminuídos.

Exames laboratoriais: leucocitose: 17.500/mm³; amilase sérica elevada.

Tomografia computadorizada com contraste: líquido retroperitoneal; espessamento da parede duodenal; laceração pancreática na região do corpo com suspeita de lesão do ducto pancreático principal; pequenas bolhas de ar retroperitoneal.

Durante a laparotomia exploradora, indicada pela deterioração clínica, observa-se laceração duodenal de aproximadamente 60% da circunferência da segunda porção do duodeno. Há lesão pancreática associada com comprometimento do ducto pancreático principal.

A conduta cirúrgica mais apropriada nesse cenário é

- (A) sutura simples do duodeno associada à drenagem retroperitoneal.
- (B) duodenopancreatectomia cefálica (procedimento de Whipple) imediata.
- (C) pancreatectomia distal isolada com preservação duodenal.
- (D) duodenorrafia com exclusão pilórica e gastrojejunostomia associada à drenagem pancreática.
- (E) tratamento conservador com drenagem peritoneal e antibioticoterapia.

38

Um paciente do sexo masculino, 58 anos, foi internado com quadro de dor em hipocôndrio direito, febre e leucitose com evolução de 5 dias. É diabético tipo 2. A ultrassonografia evidenciou vesícula biliar distendida, parede espessada com duplo contorno e múltiplos cálculos, sendo diagnosticada colecistite aguda.

Foi indicado o tratamento cirúrgico por videolaparoscopia no qual observou-se intensa inflamação e dificuldade de identificação segura das estruturas do triângulo de Calot. Por esse motivo, foi realizada colecistectomia subtotal com sutura na bolsa de Hartmann.

No 4º dia de pós-operatório, o paciente apresentava dor abdominal leve, febre baixa e drenagem contínua de líquido esverdeado pelo dreno abdominal, cerca de 250 mL/dia. Os exames laboratoriais mostram discreta elevação de bilirrubina e fosfatase alcalina.

Diante desse quadro, assinale a opção que apresenta a complicação pós-operatória mais provável e o seu tratamento.

- (A) Abscesso subhepático; drenagem percutânea.
- (B) Fístula biliar por vazamento do coto vesicular; CPRE.
- (C) Fístula duodenal; videolaparoscopia exploradora para rafia.
- (D) Estenose cicatricial do colédoco; drenagem hepática percutânea.
- (E) fístula biliar por canalículo de Luschka; videolaparoscopia para rafia.

39

Um homem de 64 anos procura o ambulatório de cirurgia geral com queixa de tumorações inguiniais bilaterais progressivas associadas a desconforto local e sensação de peso na região inguinal, há aproximadamente 2 anos.

Refere que foi submetido a herniorrafia inguinal direita há 10 anos, com técnica aberta, apresentando recidiva há cerca de três anos. Nos últimos meses percebeu também aumento de volume na região inguinal esquerda, principalmente ao esforço.

Antecedentes: obesidade (IMC 31); constipação crônica; tabagismo prévio.

Exame físico: paciente em bom estado geral; abdome flácido, sem dor à palpação; tumoração inguinal direita e esquerda, expansível ao esforço e redutível à palpação; defeitos herniários amplos palpáveis em ambos os anéis inguiniais; sem sinais de encarceramento ou estrangulamento.

Considerando os princípios atuais do tratamento das hérnias da região inguinal, a conduta terapêutica mais adequada é

- (A) herniorrafia bilateral com técnica de Bassini sem uso de prótese.
- (B) hernioplastia aberta bilateral com tela tipo Lichtenstein.
- (C) reparo laparoscópico bilateral (TAPP ou TEP) com colocação de tela pré-peritoneal.
- (D) uso de faixa herniária compressiva e acompanhamento clínico.
- (E) herniorrafia de emergência com ressecção do saco herniário sem uso de tela.

40

Você atende a um jovem de 16 anos que procura o pronto-socorro com história de dor abdominal há 18 horas. Relata que a dor iniciou de forma difusa na região periumbilical, associada a anorexia e náuseas, migrando posteriormente para a fossa ilíaca direita, onde se tornou mais intensa e contínua. Nega episódios semelhantes prévios.

O exame físico mostrou temperatura: 37,9 °C; frequência cardíaca: 96 bpm; abdome plano; dor localizada na fossa ilíaca direita; sinal de Blumberg positivo discreto; sinal de Rovsing positivo; ausência de massa palpável e ruídos hidroaéreos presentes.

Exames laboratoriais: leucócitos: 13.800/mm³ e PCR moderadamente elevada.

Tomografia computadorizada de abdome evidencia: apêndice vermiforme espessado (9 mm); infiltração inflamatória da gordura periapendicular; ausência de abscesso, perfuração ou coleção.

Para esse caso, a conduta terapêutica mais adequada será

- (A) apendicectomia laparoscópica precoce associada à antibioticoprofilaxia perioperatória.
- (B) tratamento conservador exclusivo com antibióticos por 7 dias e alta hospitalar.
- (C) observação clínica por 48 horas com analgesia para confirmação diagnóstica.
- (D) drenagem percutânea guiada por tomografia.
- (E) hemicolectomia direita com anastomose primária.

41

Paciente feminina, 53 anos, vítima de agressão por PAF no abdome, é atendida no pronto-socorro e submetida à estabilização hemodinâmica na sala de trauma com 2000 mL de cristaloides e duas unidades de concentrado de hemácias; ao mesmo tempo, o exame FAST confirmou hemoperitônio.

Foi então encaminhada ao centro cirúrgico, onde foi submetida a laparotomia exploradora que evidenciou lesões transfixantes do estômago e cólon transversal. Foram realizadas rafia das lesões gástrica e colônica.

A paciente evoluiu com importante resposta inflamatória, permanecendo com doses altas de aminas, ventilação mecânica e reposição volêmica intensa. Após 24 horas, a paciente evoluiu com distensão abdominal progressiva, aumento da pressão de pico nas vias aéreas, oligúria e instabilidade hemodinâmica. A medida da pressão intra-abdominal pela sonda vesical mostra 28 mmHg, associada a disfunção orgânica.

Diante desse quadro, a conduta correta é

- (A) executar laparotomia exploradora e peritoneostomia com bolsa de Bogotá.
- (B) executar laparotomia exploradora, lavagem da cavidade e síntese com pontos captonados.
- (C) intensificar reposição volêmica, paracentese contínua por catéter e diurético.
- (D) executar drenagem nasogástrica e retal, agentes procinéticos e correção de distúrbios eletrolíticos; sedação profunda e analgesia.
- (E) executar laparotomia exploradora, lavagem da cavidade, gastrotomia, síntese da parede e manter o paciente com bloqueio neuromuscular.

42

Paciente de 17 anos de idade, sexo masculino, sofreu acidente de bicicleta durante competição de Mountain Bike.

Na emergência, apresenta-se gemente, não responsivo às solicitações verbais, hipocorado 3+/4+, PA 82 x 37 mmHg, FC 135 bpm, FR 26 irpm, SatO₂ 78%. Na inspeção, observa-se colapso jugular bilateral, além de grande equimose com crepitação à compressão, sem enfisema subcutâneo, em parede torácica esquerda. Ausculta cardíaca evidenciou hipofonese, e ausculta respiratória evidenciou abolimento do murmúrio a esquerda além de macicez à percussão torácica. Discreta resposta a estímulos álgicos. Pupilas isocóricas e fotorreagentes.

A medida inicial a ser tomada é

- (A) toracotomia imediata, anterolateral esquerda no 6º EIC.
- (B) proceder com protocolo E-FAST e, se inconclusivo, tomografar.
- (C) toracostomia fechada com dreno tubular no 5º EIC, linha axilar média.
- (D) toracocentese de alívio com agulha de grosso calibre no 2º EIC na linha hemiclavicular anterior.
- (E) obtenção de via aérea definitiva por intubação orotraqueal, com proteção da coluna, associada a manobra de Sellick.

43

Paciente do sexo masculino, 34 anos, procura atendimento ambulatorial para resolução de volumosa hérnia incisional em cicatriz mediana supra e infraumbilical. Relata que há 10 anos foi submetido a laparotomia exploradora por hemoperitônio por trauma abdominal fechado. A hérnia está acarretando limitação funcional. Seu IMC é de 32 e não tem outras comorbidades. Ao exame, a hérnia é redutível e tem um colo de aproximadamente 8,0 cm.

Sobre o tratamento da hérnia incisional é correto afirmar que

- (A) o reparo “onlay” envolve a colocação da tela sobre o músculo reto abdominal, abaixo da fáscia do reto anterior seguido da recomposição da linha média.
- (B) na técnica de Rives-Stoppa, a malha protética é colocada desde o apêndice xifoide até o púbis, no espaço entre a bainha do reto posterior e o reto abdominal.
- (C) na técnica da separação anterior de componentes na reconstrução da parede abdominal descrita por Ramirez, não há necessidade de reaproximação da linha alba, quando da utilização de malha protética.
- (D) a utilização de toxina botulínica é eficaz no relaxamento da musculatura abdominal, permitindo a reconstrução da linha alba com menos tensão. Após a aplicação intramuscular, seu efeito é imediato e dura até 4 semanas.
- (E) A separação posterior de componentes usando liberação do músculo transverso do abdome não deve ser combinada com a liberação do componente anterior, o que resultaria em flacidez lateral significativa ou formação de hérnia lateral.

44

Sua paciente é uma mulher, 46 anos, que procura o pronto-socorro com dor no hipocôndrio direito há 18 horas, iniciada após refeição rica em gordura. Refere náuseas, vômitos e febre baixa.

Antecedentes: relata obesidade e dois episódios prévios de cólica biliar nos últimos meses.

Quando do exame físico observa-se: temperatura: 38,1 °C; frequência cardíaca: 96 bpm; pressão arterial: 120/75 mmHg;

abdome doloroso no hipocôndrio direito; sinal de Murphy positivo e está sem sinais de irritação peritoneal.

Exames laboratoriais: leucócitos: 14.000/mm³; bilirrubina total: 1,2 mg/dL e transaminases discretamente elevadas.

Ultrassonografia abdominal realizada mostra cálculo impactado no colo da vesícula; espessamento da parede vesicular (5 mm); líquido perivesicular discreto e ausência de dilatação da via biliar principal.

Não há sinais de perfuração, abscesso ou peritonite.

Considerando o diagnóstico de colecistite aguda calculosa não complicada, a conduta terapêutica mais adequada é

- (A) colecistectomia laparoscópica precoce durante a mesma internação associada a antibioticoterapia.
- (B) tratamento clínico com antibióticos por 10 dias seguido de colecistectomia eletiva após 6 semanas.
- (C) colecistostomia percutânea como tratamento definitivo.
- (D) colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) com retirada do cálculo.
- (E) tratamento conservador com analgésicos e dieta zero, sem indicação cirúrgica.

45

Você atende a uma mulher de 29 anos, gestante de 24 semanas, que procurou o pronto-socorro com dor abdominal iniciada há cerca de 12 horas.

Anamnese: dor inicialmente periumbilical, migrando para o flanco direito; náuseas e dois episódios de vômitos; febre baixa; sem sangramento vaginal.

Exame físico:

PA: 110/70 mmHg; FC: 102 bpm; temperatura: 38,1 °C.

Abdome: dor à palpação no quadrante inferior direito deslocado cranialmente; defesa abdominal discreta; sinal de Blumberg positivo.

Exame obstétrico: batimentos cardíacos fetais presentes; ausência de contrações uterinas.

Exames laboratoriais: leucócitos: 16.000/mm³.

Exames de imagem:

Ultrassonografia abdominal: inconclusiva.

Ressonância magnética abdominal: apêndice espessado com diâmetro de 9 mm; edema periapendicular; pequena quantidade de líquido pericecal.

A conduta mais apropriada neste momento será

- (A) tratamento conservador com antibióticos e observação clínica.
- (B) indicar apendicectomia laparoscópica com monitorização fetal.
- (C) realizar laparotomia exploradora mediana imediatamente.
- (D) induzir parto antes de tratar a causa abdominal.
- (E) postergar o tratamento cirúrgico até o terceiro trimestre.

46

Uma mulher de 26 anos dá entrada no pronto-socorro logo após episódio de vômitos intensos após ingestão excessiva de álcool em uma festa. Após o último episódio de vômito, iniciou dor torácica súbita e intensa, irradiando para dorso, associada a dispneia.

Ao exame físico, apresenta taquicardia, taquipneia e crepitação palpável na região cervical e supraclavicular. A radiografia de tórax demonstra pneumomediastino e pequeno derrame pleural à esquerda.

A melhor conduta diante desse quadro é executar

- (A) drenagem em selo d'água do hemitórax esquerdo.
- (B) endoscopia digestiva alta com sonda balonada para tamponamento.
- (C) ventilação mecânica por intubação oro traqueal e nutrição parenteral total.
- (D) videotoracoscopia esquerda com sutura do esôfago e reforço pelo fundo gástrico.
- (E) mediastinoscopia retroesternal para drenagem associada à pleurostomia fechada esquerda.

47

Sua paciente é uma mulher de 64 anos que foi admitida para hemicolectomia direita oncológica, devido a adenocarcinoma de cólon ascendente diagnosticado por colonoscopia com biópsia e com estadiamento IIIA.

No exame físico apresenta hipertensão arterial controlada e diabetes mellitus tipo 2, sem outras comorbidades relevantes para o cálculo do risco cirúrgico, que foi calculado como ASA II. Não há sinais de infecção ativa.

No preparo pré-operatório realizou preparo mecânico intestinal, dieta líquida no dia anterior, jejum adequado, com exames laboratoriais sem leucocitose ou alterações hidroeletrólíticas.

A equipe cirúrgica discute o uso de antibióticos no perioperatório para reduzir o risco de infecção do sítio cirúrgico (ISC).

De acordo com os princípios atuais de profilaxia antibiótica em cirurgia geral, a conduta mais apropriada para o caso será

- (A) iniciar antibióticos 24 horas antes da cirurgia e mantê-los por 5 a 7 dias no pós-operatório para prevenir infecção do sítio cirúrgico.
- (B) administrar antibiótico profilático intravenoso 30–60 minutos antes da incisão cirúrgica, com cobertura para bactérias entéricas aeróbias e anaeróbias, suspendendo-o em até 24 horas após a cirurgia.
- (C) administrar antibióticos apenas se houver contaminação fecal durante o ato operatório, pois a profilaxia prévia não reduz infecção.
- (D) administrar antibióticos somente após o fechamento da parede abdominal, quando a ferida cirúrgica já está contaminada.
- (E) utilizar profilaxia antibiótica apenas em pacientes imunossuprimidos ou com próteses vasculares, pois em cirurgia colorretal eletiva ela não é necessária.

48

Um homem de 32 anos é admitido no pronto-socorro após colisão automobilística de alta energia. Chega consciente, porém dispneico, referindo dor intensa no hemitórax esquerdo.

Anamnese: Trauma torácico fechado por impacto do volante; dispneia progressiva nos últimos 20 minutos; dor pleurítica intensa à inspiração.

Exame físico inicial: PA: 90/60 mmHg; FC: 124 bpm; FR: 30 irpm; Saturação: 88% em ar ambiente.

O exame torácico mostrou assimetria respiratória, murmúrio vesicular abolido à esquerda, macicez à percussão no hemitórax inferior esquerdo, hipersonoridade no ápice do mesmo hemitórax, enfisema subcutâneo discreto e desvio traqueal ausente.

Exames de imagem: FAST negativo para líquido abdominal. Radiografia de tórax mostra colapso pulmonar parcial à esquerda, nível hidroaéreo pleural e opacidade compatível com hemopneumotórax volumoso e fraturas costais.

Após drenagem torácica no 5º espaço intercostal na linha axilar média, são drenados 1600 mL de sangue imediatamente, mantendo-se drenagem, em selo d'água, de 250 mL/h nas três horas subsequentes.

Diante desse caso, a conduta mais apropriada nesse momento será

- (A) manter drenagem torácica e observação clínica em unidade de trauma.
- (B) realizar toracocentese repetida guiada por ultrassom para drenagem progressiva.
- (C) solicitar tomografia computadorizada de tórax antes de qualquer decisão cirúrgica.
- (D) indicar toracotomia exploradora urgente.
- (E) realizar pleurodese química após estabilização hemodinâmica.

49

Paciente de 48 anos, sexo feminino, com diagnóstico de colelitíase sintomática, é submetida à colecistectomia laparoscópica eletiva. Durante a dissecação do triângulo hepatocístico, o cirurgião busca obter a visão crítica de segurança (*critical view of safety*) antes de clipar e seccionar as estruturas.

Os critérios da visão crítica de segurança incluem:

- (A) identificação de três estruturas entrando na vesícula biliar: ducto cístico, artéria cística e ducto hepático comum.
- (B) dissecação do ligamento hepatoduodenal até visualização da veia porta.
- (C) identificação do ducto colédoco antes da ligadura do ducto cístico.
- (D) dissecação completa do triângulo hepatocístico, destacamento do terço inferior da vesícula do leito hepático e identificação de apenas duas estruturas entrando na vesícula biliar.
- (E) colangiografia intraoperatória obrigatória antes da secção do ducto cístico.

50

Um homem de 50 anos procura o pronto-socorro com história de dor abdominal iniciada há 24 horas em região periumbilical, migrando posteriormente para a fossa ilíaca direita. Refere náuseas, anorexia e febre baixa.

Ao exame físico, apresenta dor à palpação em fossa ilíaca direita, com sinal de descompressão brusca positivo. Os exames laboratoriais mostram leucocitose de $14.500/\text{mm}^3$ com desvio à esquerda. A tomografia computadorizada de abdome evidencia apêndice aumentado principalmente na ponta onde mede 15 mm, parede espessada e infiltração da gordura periapendicular.

Diante desses achados a conduta correta é

- (A) ileotiflectomia videolaparoscópica.
- (B) colectomia direita com linfadenectomia D2.
- (C) apendicectomia por videolaparoscopia com ressecção do mesoapêndice.
- (D) tratamento conservador com antibióticos venosos por 7 dias seguido de alta hospitalar para seguimento ambulatorial.
- (E) tratamento conservador com antibióticos venosos por 7 dias, com realização de colonoscopia na mesma internação.

51

São fatores de risco para neoplasia de vesícula e indicam a colecistectomia mesmo em pacientes assintomáticos:

- (A) presença de pólipos vesiculares menores que 5 mm.
- (B) colelitíase crônica, especialmente associada a cálculos maiores que 3 cm.
- (C) pacientes do sexo masculino jovens, com pólipos e com história de pancreatite aguda recorrente.
- (D) pólipos localizados no fundo da vesícula, independentemente do tamanho.
- (E) vesículas biliares de paredes finas.

52

Você examina uma mulher de 74 anos, que procura o serviço de emergência com dor abdominal em cólicas há 36 horas, associada a distensão abdominal moderada, náuseas, episódios de vômitos biliosos e redução na eliminação de fezes e flatos. Refere piora progressiva da dor nas últimas horas. Nega cirurgias abdominais prévias.

Antecedentes: constipação crônica e hipertensão arterial.

O exame físico mostra estado geral regular, frequência cardíaca: 98 bpm, pressão arterial: 130/80 mmHg, abdome moderadamente distendido, doloroso difusamente, ruídos hidroaéreos aumentados e sem sinais de irritação peritoneal.

Na região inguinal direita observa-se tumoração dolorosa localizada abaixo do ligamento inguinal, medial à veia femoral, irreduzível à palpação.

A tomografia abdominal demonstra alça de intestino delgado herniada no canal femoral; dilatação moderada de alças proximais; sem sinais evidentes de necrose intestinal.

Com base no diagnóstico mais provável, a conduta terapêutica mais adequada é

- (A) tentativa de redução manual da hérnia seguida de alta hospitalar.
- (B) tratamento conservador com hidratação venosa e observação clínica por 24–48 horas.
- (C) correção cirúrgica urgente da hérnia femoral com avaliação da viabilidade intestinal.
- (D) antibioticoterapia isolada e uso de faixa herniária compressiva.
- (E) realização de colonoscopia descompressiva.

53

O seguinte teste se correlaciona com a fragilidade do paciente idoso e melhor se correlaciona com desfechos cirúrgicos:

- (A) escore da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA).
- (B) classificação funcional da New York Heart Association.
- (C) medida de velocidade de Marcha (*Timed Up and Go* < 20 s).
- (D) índice de risco cardíaco de Goldman.
- (E) escore de Child-Turcotte-Pugh.

54

Paciente de 45 anos apresenta história de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) há 6 anos, com pirose e regurgitação persistentes apesar do uso adequado de inibidor da bomba de prótons em dose plena por 12 semanas. A endoscopia digestiva alta não demonstra esofagite erosiva.

Diante da suspeita de refluxo gastroesofágico refratário ao tratamento clínico, o exame mais indicado para confirmar a presença de refluxo patológico e correlacionar os sintomas do paciente é a

- (A) esofagografia contrastada com bário.
- (B) tomografia computadorizada de abdome superior.
- (C) pHmetria esofageana de 24 horas.
- (D) ultrassonografia de abdome.
- (E) cintilografia esofágica de esvaziamento.

55

Um homem de 65 anos procura o serviço de emergência com dor abdominal intensa há 48 horas, localizada inicialmente no quadrante inferior esquerdo, evoluindo nas últimas horas para dor difusa. Refere febre, náuseas e interrupção da eliminação de fezes e de flatos.

Relata ter constipação crônica e tem dois episódios prévios de diverticulite tratados clinicamente com sucesso.

Exame físico: temperatura: 38,7 °C; frequência cardíaca: 112 bpm; pressão arterial: 100/65 mmHg; abdome distendido; dor intensa à palpação difusa, predominante em fossa ilíaca esquerda; defesa abdominal generalizada e com sinal de Blumberg positivo.

Exames laboratoriais: leucócitos: $20.000/\text{mm}^3$ e PCR elevada.

A tomografia computadorizada de abdome demonstra: espessamento do cólon sigmoide; múltiplos divertículos; presença de líquido livre e gás extraluminal na cavidade abdominal; peritonite purulenta difusa, sem grande abscesso delimitado.

A conduta terapêutica mais adequada é

- (A) tratamento clínico com antibióticos intravenosos e observação em unidade hospitalar.
- (B) drenagem percutânea guiada por tomografia.
- (C) colectomia total com anastomose ileorretal.
- (D) colonoscopia terapêutica para drenagem da cavidade abdominal.
- (E) sigmoidectomia de urgência com colostomia terminal (procedimento de Hartmann).

56

Uma mulher de 29 anos procura atendimento médico com história de diarreia com sangue e muco há pelo menos 6 semanas, associada a dor abdominal em cólica e tenesmo. Refere também perda de 4 kg no período e episódios de fadiga. Ao exame físico, apresenta dor à palpação em fossa ilíaca esquerda, sem sinais de irritação peritoneal. Foi submetida a tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste venoso que evidenciou aumento da espessura da parede do cólon estendendo-se do reto ao descendente, perda das haustrações e realce da parede (sinal do alvo). Não foi observada pneumatose intestinal ou pneumoperitônio. A investigação prosseguiu com a realização de colonoscopia, que evidenciou inflamação contínua iniciando no reto e estendendo-se até o cólon descendente, com mucosa friável e presença de ulcerações superficiais. A biópsia revela infiltrado inflamatório na mucosa e formação de abscessos cripticos.

Sobre essa condição clínica, avalie as afirmativas a seguir.

- I. A paciente apresenta Retocolite ulcerativa (RCU) na qual a inflamação é tipicamente contínua e inicia-se no reto.
- II. A RCU pode apresentar manifestações extraintestinais como artrite periférica e uveíte.
- III. A RCU acomete toda a espessura da parede intestinal de forma transmural.
- IV. Pacientes que evoluem com Colangite Esclerosante Primária apresentam maior risco de câncer colorretal.
- V. A presença de granulomas não caseosos formando abscessos é característica histológica comum.

Estão corretas apenas as afirmativas

- (A) I e III.
- (B) II, IV e V.
- (C) I, II e V.
- (D) III e IV.
- (E) I, II e IV.

57

Paciente masculino, 64 anos, foi internado devido a dor abdominal moderada e vômitos pós-alimentares. Relata que há dois meses teve alta hospitalar após internação com o diagnóstico de pancreatite aguda biliar.

Na ocasião, apresentou evolução inicial arrastada, permanecendo duas semanas com nutrição parenteral total e dieta oral zero. Quando apresentou melhora, foi reintroduzido a dieta oral e na mesma internação foi realizado a colecistectomia por videolaparoscopia após a qual teve alta hospitalar.

Ao exame clínico, apresenta-se emagrecido, desidratado, eupneico, apirético, normotenso. O exame de sangue demonstra elevação em torno de quatro vezes das enzimas lipase e amilase. No hemograma observamos discreta anemia e leucograma normal. O CA 19.9 está aumentado em duas vezes o valor normal. Foi então submetido a tomografia computadorizada do abdome que demonstrou uma coleção líquida bem delimitada, de paredes espessas e formato arredondado, com diâmetro de 11,0 cm, localizada em topografia da cabeça pancreática, acarretando o alargamento do arco duodenal o qual apresentava luz virtual.

Diante desses achados, é correto afirmar que

- (A) o paciente apresenta pseudocisto de pâncreas e deve ser submetido a drenagem interna nessa internação.
- (B) o paciente apresenta fleimão pancreático e o tratamento é conservador com nutrição parenteral e antibioticoterapia.
- (C) o diagnóstico mais provável é de cistoadenocarcinoma e está indicada a cirurgia de Whipple após melhora do estado nutricional.
- (D) o paciente apresenta pseudocisto de pâncreas sem indicação de drenagem visto que a maioria apresenta cura espontânea em até 1 ano.
- (E) o paciente apresenta recrudescência da pancreatite com formação de abscesso pancreático e deve ser submetido a drenagem externa.

58

Seu paciente é um homem de 67 anos, admitido para tratamento cirúrgico de adenocarcinoma de cólon ascendente com estadiamento IIB, com indicação para hemicolectomia direita eletiva. Quando da anamnese refere fadiga, perda ponderal de 7 kg nos últimos três meses e episódios de diarreia intermitente. O exame físico revela paciente levemente desidratado, com mucosas secas e pressão arterial de 100/60 mmHg.

Os exames laboratoriais pré-operatórios mostram: hemoglobina: 10,2 g/dL; sódio (Na⁺): 131 meq/L; potássio (K⁺): 3,2 meq/L; creatinina: 1,3 mg/dL com lactato normal.

O paciente foi submetido à cirurgia sem intercorrências técnicas, com duração de 2h50min. No pós-operatório imediato, encontra-se em unidade de recuperação anestésica, com diurese de 0,4 mL/kg/h, pressão arterial de 95/60 mmHg, frequência cardíaca de 104 bpm e discreta distensão abdominal.

Considerando os princípios de controle hidroeletrólítico perioperatório em cirurgia colorretal, a conduta mais apropriada para o manejo inicial desse paciente será

- (A) administrar solução de glicose a 5% com potássio, visando corrigir o déficit energético e evitar hipoglicemia no pós-operatório imediato.
- (B) iniciar reposição com solução cristaloide isotônica (Ringer lactato ou solução salina 0,9%) com correção cuidadosa do potássio, monitorando diurese e eletrólitos séricos.
- (C) iniciar imediatamente solução salina hipertônica (3%) para corrigir a hiponatremia e prevenir complicações neurológicas.
- (D) restringir a reposição volêmica e iniciar diurético de alça, pois a oligúria no pós-operatório geralmente decorre de retenção hídrica transitória.
- (E) administrar coloides (albumina) como primeira medida para restaurar rapidamente o volume intravascular.

59

Seu paciente é um homem de 66 anos que procurou atendimento com história de icterícia progressiva há dois meses, associada a colúria, acolia fecal, prurido intenso e perda de peso de 6 kg no período. Nega dor abdominal significativa.

Antecedentes: hipertensão arterial controlada. Nega colelitíase conhecida.

Ao exame físico observa-se: paciente icterico (+++/4+); escoriações cutâneas por prurido; abdome plano, indolor; fígado discretamente palpável abaixo do rebordo costal direito; vesícula biliar não palpável; ausência de sinais de irritação peritoneal.

Exames laboratoriais mostram: bilirrubina total: 14 mg/dL; fosfatase alcalina: elevada; gama-GT elevada e transaminases discretamente aumentadas.

A tomografia abdominal evidencia dilatação das vias biliares intra-hepáticas, sem dilatação significativa da via biliar extra-hepática.

A colangiografia por ressonância magnética demonstra estenose na confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo, compatível com colangiocarcinoma hilar (tumor de Klatskin), classificado como Bismuth-Corlette tipo II, sem evidência de metástases.

A conduta terapêutica mais apropriada com intenção curativa será

- (A) ressecção da via biliar hilar associada à hepatectomia parcial com reconstrução biliodigestiva (hepaticojejunoostomia em Y de Roux).
- (B) colecistectomia isolada com drenagem biliar externa.
- (C) colocação de prótese biliar endoscópica como tratamento definitivo.
- (D) pancreatoduodenectomia (procedimento de Whipple).
- (E) tratamento exclusivo com quimioterapia sistêmica.

60

Homem de 28 anos, previamente hígido, é trazido ao pronto-socorro após colisão automobilística frontal em alta velocidade. Utilizava cinto de segurança.

Anamnese: dor abdominal progressiva nas últimas 2 horas; náuseas e um episódio de vômito; sem história de perda de consciência.

Exame físico (ATLS – avaliação primária): PA: 105/70 mmHg; FC: 112 bpm; FR: 24 irpm; SatO₂: 95% em ar ambiente.

Exame abdominal: equimose transversal em abdome inferior (“sinal do cinto de segurança”); dor difusa à palpação; defesa abdominal no quadrante inferior direito; ruídos hidroaéreos diminuídos.

FAST: pequena quantidade de líquido livre na pelve.

Tomografia computadorizada com contraste: moderada quantidade de líquido livre intraperitoneal; pneumoperitônio discreto; espessamento segmentar de alça ileal; pequenas bolhas de ar extraluminal no mesentério.

Durante observação nas horas seguintes, o paciente evolui com: aumento da dor abdominal; sinais de irritação peritoneal; leucocitose progressiva.

A conduta mais adequada nesse momento será

- (A) manter observação clínica com antibioticoterapia e repetição da tomografia em 12 horas.
- (B) realizar drenagem percutânea guiada por tomografia do líquido intraperitoneal.
- (C) instituir tratamento não operatório com dieta zero e antibióticos.
- (D) realizar laparoscopia diagnóstica apenas para confirmação da perfuração.
- (E) indicar laparotomia exploradora urgente com avaliação sistemática do intestino delgado e reparo da lesão intestinal.

Realização

