

## **GRUPO CIRURGIA GERAL**

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

**NÍVEL SUPERIOR TIPO 1 – BRANCA**

**CÓDIGO CONTROLE - 5**



### **SUA PROVA**

- Além deste caderno contendo **60 (sessenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala a Folha de Respostas.
- As questões objetivas têm **5 (cinco)** opções de resposta (A, B, C, D e E) e somente uma delas está correta.



### **TEMPO**

- Você dispõe de **4 (quatro) horas** para a realização da prova, já incluído a leitura das instruções, a coleta de digital e o tempo para o preenchimento da Folha de Respostas.
- **2 (duas) horas** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, **levando o caderno de questões**.



### **NÃO SERÁ PERMITIDO**

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova; anotar informações/respostas em qualquer outro meio que não seja o caderno de questões; levantar da cadeira sem autorização; usar o sanitário ao término da prova.



### **INFORMAÇÕES GERAIS**

- Verifique se seu caderno de questões está completo, sem repetição de questões ou falhas; confira o grupo e nome do seu cargo, cor e tipo do caderno de questões constantes nesta capa e na sua Folha de Respostas; confira também seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade e leia atentamente as instruções para preencher a Folha de Respostas; em caso de inconsistência(s), **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências, bem como o devido registro na ata de sala.
- Para o preenchimento da Folha de Respostas, use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.
- Assine seu nome apenas nos espaços reservados na Folha de Respostas.
- O preenchimento da Folha de Respostas é de sua responsabilidade e, por isso, reserve tempo suficiente para fazê-lo. **Não será permitida a troca de Folha de Respostas em caso de erro cometido por você.**
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na Folha de Respostas.
- A FGV coletará suas impressões digitais na lista de presença.
- Durante a realização da prova, você será submetido ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída da sala.
- **Boa prova!**



## CONHECIMENTOS BÁSICOS

### Língua Portuguesa

Atenção! O Texto 1 refere-se às três próximas questões.

Texto 1

#### **Problemas da Medicina**

*Um dos principais desafios da Medicina é a digitalização da saúde. Com o avanço da tecnologia, os prontuários eletrônicos se tornaram comuns, permitindo uma gestão mais eficiente das informações dos pacientes.*

*No entanto, a implementação e a integração de sistemas digitais em larga escala podem ser complexas e demandam recursos significativos. Sem contar a necessidade de especialização e qualificação por parte de profissionais que, outrora, não lidavam com questões tecnológicas.*

*Além disso, a segurança dos dados de saúde é uma preocupação constante, pois é necessário garantir a proteção das informações sensíveis dos pacientes contra violações e ataques variados, além de possíveis perdas de materiais essenciais para a vida dessas pessoas.*

1

O problema da digitalização na área da saúde traz consigo uma série de dificuldades, entre as quais podem ser citadas as seguintes, à exceção de uma. Assinale-a.

- (A) O alto volume de recursos a serem empregados.
- (B) A falta de especialização tecnológica dos profissionais da saúde.
- (C) A carência de profissionais em questões tecnológicas.
- (D) O risco de vazamento das informações sobre os pacientes.
- (E) A perda de materiais essenciais, o que geraria duplicidade de gastos.

2

Sobre a estruturação do Texto 1, assinale a afirmação correta.

- (A) Os três parágrafos do texto não mostram relações lógicas entre eles, materializadas em conectores.
- (B) O primeiro parágrafo apresenta o tema, enquanto o segundo indica dificuldades do processo, ao passo que o terceiro mostra preocupações com os profissionais da área.
- (C) Sendo um texto de caráter descritivo, cada um dos parágrafos explora características distintas do tema.
- (D) Alguns adjetivos do texto, como “complexas” e “variados” carecem de explicitação, o que torna o texto pouco objetivo.
- (E) Sendo um texto de caráter argumentativo, a tese do texto é a necessidade urgente de digitalização da saúde.

3

Assinale a frase na qual o termo sublinhado desempenha o papel de agente e não de paciente.

- (A) Um dos principais desafios da Medicina é a digitalização da saúde.
- (B) Com o avanço da tecnologia, os prontuários eletrônicos se tornaram comuns, permitindo uma gestão mais eficiente das informações dos pacientes.
- (C) No entanto, a implementação e a integração de sistemas digitais em larga escala podem ser complexas e demandam recursos significativos.
- (D) Sem contar a necessidade de especialização e qualificação por parte de profissionais que, outrora, não lidavam com questões tecnológicas.
- (E) Além disso, a segurança dos dados de saúde é uma preocupação constante, pois é necessário garantir a proteção das informações sensíveis dos pacientes.

Atenção. O Texto 2 refere-se às duas próximas questões.

Texto 2

#### **A distribuição de médicos**

*O Brasil enfrenta desafios na distribuição de médicos, especialmente em áreas rurais e remotas. A falta de profissionais de saúde nessas regiões resulta em dificuldades de acesso aos cuidados médicos básicos.*

*Medidas estão sendo adotadas para incentivar a ida de médicos para áreas carentes, como o Programa Mais Médicos. No entanto, o desafio persiste em garantir uma distribuição equitativa e justa dos serviços de saúde em todo o país.*

*Em grandes centros, como é o caso da cidade de São Paulo, há uma grande oferta de profissionais nas mais diversas especialidades. Em cidades menores, como as regiões ribeirinhas, é difícil encontrar até mesmo médicos generalistas, ou especializados em áreas como Clínica Geral e Pediatria. Assim, estabelecer um equilíbrio nesse assunto é uma demanda urgente para os órgãos governamentais.*

4

Sobre a distribuição de profissionais médicos pelo território nacional, é correto afirmar, segundo as informações presentes no texto, que

- (A) a falta de médicos em áreas rurais e remotas é devida ao difícil acesso, além de outras causas.
- (B) o Programa Mais Médicos leva profissionais de área urbana para as regiões mais afastadas.
- (C) um dos problemas da distribuição de médicos é a falta de especialização em doenças específicas das regiões.
- (D) a distribuição de médicos pelas regiões brasileiras ainda é um desafio para o governo.
- (E) os programas até agora adotados pelas autoridades da área médica são ineficientes.

5

A seguir, aparecem segmentos dos Textos 1 e 2, compostos por elementos ligados pela conjunção aditiva “e”.

O exemplo em que os termos ligados podem ser considerados sinônimos, é:

- (A) a implementação e a integração de sistemas digitais em larga escala... (Texto 1).
- (B) Sem contar a necessidade de especialização e qualificação por parte de profissionais... (Texto 1).
- (C) a proteção das informações sensíveis dos pacientes contra violações e ataques variados... (Texto 1).
- (D) O Brasil enfrenta desafios na distribuição de médicos, especialmente em áreas rurais e remotas. (Texto 2).
- (E) especializados em áreas como Clínica Geral e Pediatria. (Texto 2).

6

As frases a seguir se iniciam por uma metáfora, ou seja, uma comparação figurada entre dois termos.

Assinale a frase em que essa comparação não aparece explicada.

- (A) As palavras são os médicos de uma mente doente.
- (B) Chega de jogador mandioca, que fica plantado no meio de campo.
- (C) Futebol é como viaduto. Num dia estamos por cima. No outro, por baixo.
- (D) O cérebro é como um paraquedas: só funciona quando está aberto.
- (E) Uma cama de hospital, pelo preço, é como um táxi parado com o taxímetro acionado.

7

Observe a seguinte frase: “Um corpo débil debilita o espírito”.

A mesma correspondência entre débil / debilita aparece, respectivamente, em

- (A) livro / livreria.
- (B) doença / adoecer.
- (C) fraco / fraqueja.
- (D) bandido / bandidagem.
- (E) saúde / saudável.

8

Assinale a frase que se mostra inteiramente coerente.

- (A) Peguei um resfriado no parque; o portão estava aberto.
- (B) Leve seu cachorro para passear todos os dias, independente de ter ou não um.
- (C) Comida saudável é tudo o que se come antes do término da validade.
- (D) O jogo foi interrompido porque o chapéu de um dos telespectadores voou para a quadra.
- (E) Se eu morresse num hospital, eu o processaria.

**Atenção. O Texto 3 a seguir refere-se às duas próximas questões.**

Texto 3

*A personalização dos cuidados médicos é um desafio, mas também uma perspectiva promissora. Cada indivíduo é único, com características genéticas, histórico médico e estilo de vida distintos, e a Medicina está se movendo em direção a uma abordagem mais personalizada.*

*Isso caminha lado a lado com a Medicina humanizada e a compreensão de que os pacientes não são doenças a serem tratadas, mas sim indivíduos com particularidades e estilos de vida que os levam a ter necessidades também variadas.*

*No entanto, a implementação prática dessa abordagem requer o acesso a tecnologias avançadas de diagnóstico, uma melhor compreensão dos fatores genéticos e ambientais e a capacidade de adaptar os tratamentos de acordo com as necessidades individuais.*

9

Sobre a estruturação do Texto 3, assinale a afirmativa correta.

- (A) O tema discutido no texto é a personalização dos cuidados médicos, explicada no texto.
- (B) O segundo parágrafo não mostra uma ligação de sentido com o anterior, pois o pronome “isso” não tem antecedente.
- (C) O terceiro parágrafo tem a finalidade de explicar as dificuldades do processo de personalização dos cuidados médicos.
- (D) Apesar de a primeira frase do texto falar de “desafios” e de “uma perspectiva promissora”, o restante do texto não aborda esses temas.
- (E) A personalização dos cuidados médicos se concentra na maior dedicação dos médicos ao seu trabalho e na sua maior eficiência.

10

As frases a seguir mostram um termo sublinhado que se refere a um termo anterior (coesão).

Assinale a frase em que esse termo sublinhado se refere a um termo posterior.

- (A) Grande parte da saúde consiste em desejá-la em todos os momentos.
- (B) Dar nome a uma doença é apressar-lhe os avanços.
- (C) A verdade é esta: todos mentem para todos.
- (D) A maioria dos homens morre de seus remédios.
- (E) Você deve preparar a sua mente para o melhor da vida.

## Legislação EBSERH

11

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, criada pela Lei Federal nº 12.550/2011.

A respeito de suas finalidades, analise as afirmativas a seguir e assinale (V) para a verdadeira e (F) para a falsa.

- ( ) Oferecer suporte ao Sistema Único de Saúde (SUS): a empresa contribui para o atendimento da população por meio dos hospitais universitários.
- ( ) Administrar hospitais universitários federais: a Ebserh gerencia e aprimora a infraestrutura e os serviços dos hospitais vinculados às universidades federais que estabeleceram contrato com ela.
- ( ) Apoiar o ensino e a pesquisa: a empresa valoriza e ampara o ensino-aprendizagem e a formação de pessoas no campo da saúde pública em instituições federais de ensino superior e em instituições congêneres.

Assinale a opção que indica a sequência correta, segundo a ordem apresentada.

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

12

Segundo o Regimento Interno da Ebserh, a estrutura organizacional da empresa conta com Colegiados Internos, cuja função é atender necessidades que não possam ser resolvidas isoladamente pelas áreas organizacionais.

Os Colegiados Internos são classificados em função de sua duração e atribuição, como nos exemplos a seguir:

- I. *É de duração perene, atua de forma consultiva no nível tático, composto por profissionais de referência na área de atuação, analisando detalhadamente temas específicos e de grande amplitude, como padronizações técnicas e definições de melhores práticas.*
- II. *É de duração temporária, atua de forma consultiva ou executiva no nível técnico operacional, na execução de ações ou projetos específicos, com prazo preestabelecido, propondo soluções para problemas determinados ou executando ações transversais que envolvam mais de uma área organizacional.*

Os trechos I e II se referem, respectivamente, aos Colegiados Internos organizados sob a forma de

- (A) Comissão e Escritório.
- (B) Comitê e Centro de Competência.
- (C) Centro de Competência e Comissão.
- (D) Câmara Técnica e Grupo de Trabalho.
- (E) Núcleo Técnico Operacional e Comitê.

13

A Lei nº 12.550/2011 e o Regulamento de Pessoal da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) disponibilizam normativas a respeito dos integrantes do quadro de pessoal da empresa.

Considerando as normas citadas, é correto afirmar que a Ebserh está autorizada a

- (A) admitir profissional qualificado para a realização de serviços técnicos especializados, por meio de indicação.
- (B) recrutar terceirizados para funções gratificadas em unidades hospitalares, mediante processo seletivo simplificado.
- (C) selecionar pessoal técnico e administrativo por tempo indeterminado, mediante concurso público.
- (D) contratar empregados temporários, observado o prazo máximo de seis anos, mediante prestação de serviços.
- (E) obter servidores titulares de cargo efetivo em exercício em instituição federal de ensino que possui contrato com a empresa, mediante solicitação de cessão.

14

A partir da sua criação, a Ebserh passou a ser a responsável pela gestão de hospitais universitários federais, finalidade planejada e implementada mediante o Conselho de Administração, um dos seus principais órgãos administrativos.

Segundo o Estatuto Social da Ebserh, o Conselho de Administração é um órgão colegiado composto por nove membros, entre os quais,

- (A) um membro é o Presidente da empresa, que ocupa a Presidência Executiva do Conselho.
- (B) um membro é indicado pelo Ministro da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos, sendo obrigatoriamente diretor de hospital universitário federal.
- (C) três membros são indicados pelo Ministro da Educação, dos quais um será o Presidente do Conselho e o outro o substituto nas suas ausências e impedimentos.
- (D) um membro é reitor de universidade federal, eleito pela Associação Nacional dos Docentes das Instituições Federais de Ensino Superior.
- (E) dois membros são representantes dos empregados, eleitos para participar das deliberações sobre assuntos que envolvam relações sindicais, remuneração e questões de previdência.

15

A Comissão de Ética da Ebserh (CEE) está encarregada de orientar e aconselhar sobre as questões éticas dos colaboradores da instituição no tratamento com as pessoas e com o patrimônio público.

A CEE é um órgão autônomo, de caráter

- (A) deliberativo, cabendo-lhe deliberar sobre condutas antiéticas e sobre as transgressões das normas da Ebserh levadas ao seu conhecimento.
- (B) consultivo, sendo de sua alçada o controle social e o apoio à Diretoria Executiva e ao Conselho de Administração na aplicação de eventuais medidas disciplinares.
- (C) fiscalizador, cabendo-lhe inspecionar o cumprimento do limite de participação da empresa no custeio dos benefícios de assistência à saúde e de previdência complementar.
- (D) orientador, pertencendo-lhe assessorar o Conselho de Administração nos processos de indicação, avaliação e remuneração dos administradores, conselheiros fiscais e demais membros de órgãos estatutários.
- (E) assessorial, sendo de sua responsabilidade monitorar as exposições de risco da Ebserh, podendo requerer, entre outras, informações detalhadas sobre políticas e procedimentos considerados impróprios.

## Políticas Públicas de Saúde e Educação

16

Leia o trecho a seguir sobre um valor que norteia as políticas de promoção da saúde no âmbito do SUS.

*Consiste na capacidade de levar em conta as particularidades e as diferenças. Remete à possibilidade de tomar uma decisão desvinculada da aplicação de uma norma abstrata, considerando o reconhecimento de determinantes sociais e baseando-se no pressuposto de que a aplicação rígida da lei abstrata a todos os infinitos possíveis casos da vida real pode, em determinadas situações, resultar em injustiças substanciais.*

O trecho refere-se à

- (A) diversidade.
- (B) equidade.
- (C) diferença.
- (D) igualdade.
- (E) vulnerabilidade.

17

Acerca da evolução histórica da organização do sistema de saúde no Brasil, assinale a afirmativa que descreve corretamente uma de suas fases.

- (A) No Estado Novo (1930-45) foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, o qual passou a centralizar atividades de vigilância sanitária, como a fiscalização de produtos de origem animal e da higiene e segurança no trabalho.
- (B) Com a Reforma Barros Barreto (1941), foram instituídos órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar, além de serem criados órgãos executivos de ação direta contra endemias importantes, como malária, febre amarela e, peste.
- (C) No segundo Governo Vargas (1951-54) foi criado o Ministério da Saúde que, com o apoio da Fundação Rockefeller, instituiu o Serviço de Malária do Nordeste (SMN) para intensificar o combate ao *Anopheles gambiae* e ao *Aedes albopictus*.
- (D) Durante o Governo Castelo Branco (1964-67), foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (Inamps) para assistir a todos os trabalhadores de modo universal, antecipando um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS).
- (E) A Constituição de 1988 definiu o SUS, cuja regulamentação remontou à Lei nº 8.080/1990, que definiu o seu modelo operacional e estabeleceu que os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Inamps e de orçamentos estaduais e municipais.

18

*O movimento da Reforma Sanitária nasceu no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor da saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas.*

Adaptado de <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanit%C3%A1ria>

Sobre a reforma sanitária brasileira como um movimento político e social que prepara a formação do SUS, analise as afirmativas a seguir.

- I. Na segunda metade dos anos 1970, duas instituições foram importantes para a formação da área de conhecimento batizada de saúde coletiva: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira em Saúde Coletiva (Abrasco).
- II. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) foi a primeira aberta à sociedade e seu relatório final embasou o capítulo sobre Saúde na Constituição Federal de 1988, tendo abordado prioritariamente o problema da ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose.
- III. O sanitarista Sérgio Arouca foi um dos principais teóricos e articuladores políticos do chamado “movimento sanitarista”, tendo proposto um conceito ampliado de saúde, como o completo bem-estar físico, mental e social, e não a simples ausência de doença.

Está correto o que se afirma em

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

19

Sobre as políticas de saúde no Brasil, estabeleça a correlação entre as iniciativas listadas a seguir e suas respectivas caracterizações.

1. Estratégia de Saúde da Família (ESF)
  2. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)
  3. Programa Nacional de Imunizações (PNI)
  4. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)
- ( ) Documento estratégico do Ministério da Saúde que localiza as funções da Atenção Básica no contexto mais amplo de todo o sistema de saúde e define regras de financiamento, ações prioritárias e questões relativas aos recursos humanos.
- ( ) Programa com um enfoque de gênero que avança na consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos numa perspectiva de equidade, considerando de modo distinto os sujeitos em condições históricas e sociais distintas.
- ( ) Política de saúde que busca acompanhar os usuários por todos os seus ciclos de vida, prevê o estabelecimento de uma equipe multiprofissional composta por médico e enfermeiro generalistas, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, diferenciando-se de outros modelos semelhantes pelo foco territorial.
- ( ) Iniciativa que reforça o foco na prevenção e no cuidado ao longo dos ciclos de vida, de recém-nascidos até a população idosa, tendo sido responsável pela erradicação de muitas doenças.

A sequência correta, na ordem apresentada, é:

- (A) 1 – 4 – 2 – 3.  
 (B) 2 – 3 – 1 – 4.  
 (C) 3 – 1 – 2 – 4.  
 (D) 2 – 4 – 1 – 3.  
 (E) 4 – 3 – 2 – 1.

20

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra visa promover a saúde da população negra de forma integral.

Para tanto, adota as estratégias indicadas a seguir, à exceção de uma. Assinale-a.

- (A) Estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para os migrantes provenientes da África.
- (B) Consideração das necessidades locais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e na provocada por causas violentas, doença falciforme, DST/HIV/Aids e tuberculose, entre outras.
- (C) Inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS e fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da população negra aos serviços e ações de saúde.
- (D) Fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial, aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
- (E) Qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social.

21

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) foi formulada em 2011, sendo formada por diretrizes cuja instrumentalização requer planos, estratégias e metas sanitárias.

Para garantir o acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde, a PNSILGBT

- (A) reconhece a existência de efeitos perversos dos processos de discriminação, violências e exclusão sobre a saúde da população LGBT.
- (B) promove a equidade de gênero e raça no SUS buscando modificar as estruturas machista e racista que operam na divisão do trabalho na saúde.
- (C) fomenta a formação e educação permanente na saúde, transversalizando a temática de gênero, raça e classe nos processos de educação permanente e formação no SUS.
- (D) inclui os campos orientação sexual e identidade de gênero na avaliação em saúde e cria a rede colaborativa intersetorial para o combate ao assédio moral e sexual no trabalho em saúde.
- (E) qualifica a heterocisnormatividade como uma barreira para o acesso universal à saúde e para o combate às diversas formas de violência relacionadas ao trabalho na saúde.

22

Leia o trecho da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) a seguir.

*Entre as ações estratégicas deste eixo, constam (1) a qualificação das práticas de cuidado prestadas por familiares, cuidadores e/ou acompanhantes de pessoas com deficiência e (2) a formação da força de trabalho para o SUS com base nas necessidades das pessoas com deficiência, com abordagem interseccional e antipacitista.*

Adaptado de Portaria GM/MS nº 1.526/2023.

O eixo de atuação em que se inserem as ações citadas, segundo a PNAISPD, é o da

- (A) participação da comunidade e controle social.
- (B) pesquisa, produção e tradução do conhecimento.
- (C) articulação intrasectorial, intersetorial e interinstitucional.
- (D) organização das ações e serviços de saúde sob a lógica das Redes de Atenção à Saúde.
- (E) formação, qualificação e educação permanentes em saúde na perspectiva do modelo biopsicossocial.

23

A reprodução humana tem suscitado problemas de bioética sobre os quais são dados diversos encaminhamentos, como no caso descrito a seguir.

*Uma mãe (44 anos) de cinco filhos do sexo masculino solicitou a um médico que realizasse um procedimento de inseminação artificial com prévia seleção de gametas masculinos apenas com cromossomo X, para superar a profunda frustração de não ter uma filha. O caso é submetido ao judiciário que solicita uma avaliação de médicos e psiquiatras em cujo relatório destaca-se como a ideia de ter uma filha que cuidasse dela na velhice havia se tornado uma obsessão, motivo pelo qual o laudo foi favorável à realização do procedimento, pois não se reconhecia qualquer impropriedade e vislumbrava-se a possibilidade de que tendo uma filha essa senhora melhoraria do quadro depressivo refratário a tratamentos até então utilizados. A promotoria pública recorreu da decisão e a sentença foi revogada em segunda instância.*

Tradução e adaptação de Alonso EJP. Consideraciones críticas sobre la regulación legal de la selección de sexo (parte I). *Rev Der Gen H* 2002; 16:59-69.

Analisando o caso com base nas normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida vigentes no Brasil, é correto afirmar que o aspecto ético mais importante envolvido na disputa judicial é a

- (A) utilização de consentimento informado, uma vez que o assentimento não foi obtido de forma livre e esclarecida, já que a paciente estava em um quadro de depressão.
- (B) seleção de sexo, pois as técnicas de reprodução assistida não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo do descendente.
- (C) pesquisa e criopreservação de embriões, na medida em que o número de embriões gerados em laboratório é superior ao utilizado no procedimento e poderá ser usado para clonagem.
- (D) manipulação de gametas, dado que a idade da paciente excede o limite legal para a doação, comercialização ou manipulação de gametas saudáveis.
- (E) redução embrionária, pois a paciente já tem cinco filhos e deseja apenas mais uma filha, não podendo enfrentar uma gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de reprodução assistida.

24

De acordo com o Art. 194 da Constituição Federal de 1988, a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

O referido artigo estabelece que compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base em determinados objetivos. As opções a seguir apresentam alguns desses objetivos, à exceção de uma, que está errada. Assinale-a.

- (A) Universalidade da cobertura e do atendimento.
- (B) Irredutibilidade do valor dos benefícios.
- (C) Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais.
- (D) Caráter democrático e descentralizado da Administração mediante gestão tripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores e do governo nos órgãos colegiados.
- (E) Diversidade da base de financiamento, identificando-se, em rubricas contábeis específicas para cada área, as receitas e as despesas vinculadas a ações de saúde, previdência e assistência social, preservado o caráter contributivo da previdência social.

25

Com base na Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), avalie as afirmativas a seguir acerca da organização, da direção e da gestão do SUS.

- I. Os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.
- II. Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção compartilhada.
- III. No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), pode organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Está correto o que se afirma em

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

26

Conforme estabelece a Lei Orgânica da Saúde, em relação ao subsistema de atendimento e internação hospitalar, avalie as afirmativas a seguir e assinale (V) para a verdadeira e (F) para a falsa.

- ( ) Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.
- ( ) O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão na medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.
- ( ) O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

As afirmativas são, respectivamente,

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

27

Avalie, com base na Lei nº 8.142/1990, se os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

- I. despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da Administração Direta e Indireta;
- II. investimentos de iniciativa do Poder Executivo e aprovados pelo Conselho de Saúde;
- III. investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
- IV. cobertura das ações e dos serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Estão corretos os itens

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



28

*A participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados.*

(Resolução nº 453, de 2012, CNS.  
A Organização dos Conselhos de Saúde - terceira diretiz)

Em relação ao tema, avalie as afirmativas a seguir:

- I. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária.
- II. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática.
- III. A participação de órgãos, entidades e movimentos sociais terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde.

Está correto o que se afirma em

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

29

Com base na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), avalie as afirmativas a seguir e assinale (V) para a verdadeira e (F) para a falsa.

- ( ) São princípios do SUS a serem operacionalizados na Atenção Básica a universalidade, a equidade e a integralidade.
- ( ) São diretrizes do SUS a serem operacionalizados na Atenção Básica, entre outras, a regionalização e hierarquização, a territorialização, a população adscrita, o cuidado centrado na pessoa, a resolutividade e a longitudinalidade do cuidado.
- ( ) A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Básica.
- ( ) A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde.

As afirmativas são, respectivamente,

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

30

Em relação à Equipe de Saúde da Família (eSF), as afirmativas a seguir estão corretas, à exceção de uma. Assinale-a.

- (A) É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS.
- (B) É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar a situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.
- (C) É composta, no mínimo, por médico, preferencialmente da especialidade Medicina de Família e Comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), podendo fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.
- (D) Em áreas de baixa dispersão territorial e de alto adensamento populacional recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.
- (E) Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde que sejam membros da eSF.

## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

31

Paciente masculino, 17 anos, foi submetido à herniorrafia inguinal direita pela técnica de Bassini. No 8º dia de pós-operatório retorna ao ambulatório com queixa de dor e inchaço no local da cirurgia. Relata também alguns arrepios de frio e mal-estar.

Ao exame observamos que a ferida operatória se encontra edemaciada, hiperemiada, com aspecto de “casca de laranja”, aumento da temperatura local e dor à palpação, sem áreas de flutuação. Está se alimentando e com hábitos fisiológicos preservados.

Diante desses achados, a melhor conduta é

- (A) drenagem, cuidados locais e anti-inflamatório não hormonal.
- (B) calor local associado à antibioticoterapia tópica e observação.
- (C) cobertura imediata de antibióticos, calor local e anti-inflamatório não hormonal.
- (D) abertura parcial da incisão, colheita de material para cultura e antibioticoterapia de largo espectro.
- (E) reoperação para desbridamento profundo, antibioticoterapia e cicatrização por segunda intenção associada a cuidados locais.

32

Paciente feminina, 62 anos, foi submetida à colectomia direita com linfadenectomia à DII para tratamento de adenocarcinoma do cólon. É hipertensa leve, sem outras comorbidades.

Uma terapia nutricional imunomoduladora no pré-operatório pode trazer os seguintes benefícios, à exceção de um. Assinale-o.

- (A) Favorecer a cicatrização.
- (B) Abreviar o tempo de internação.
- (C) Diminuir a incidência de fístulas digestivas.
- (D) Melhorar a resposta imunológica pela diminuição do CD4.
- (E) Melhorar a resposta inflamatória com diminuição da interleucina 6.

33

Um paciente de 45 anos, com histórico de insuficiência renal crônica terminal, é submetido a um transplante renal de um doador falecido. O paciente recebe o transplante com medicamentos imunossupressores, incluindo inibidores da calcineurina, corticoides e antiproliferativos.

Durante o acompanhamento pós-transplante, ele apresenta sinais de rejeição aguda após 4 semanas de transplante, com aumento de creatinina e proteinúria. A biópsia renal mostra infiltração de células T no tecido renal transplantado.

As opções a seguir apresentam explicações corretas para a rejeição observada, à exceção de uma. Assinale-a.

- (A) Rejeição mediada por células T é uma resposta imune adaptativa contra o enxerto.
- (B) A rejeição é decorrente de lesão isquemia/reperfusão acarretando necrose tubular aguda.
- (C) A rejeição aguda após o transplante renal tem padrão inflamatório linfocitário com lesões de endotélio.
- (D) A rejeição do transplante renal pode ser causada por infecção viral no enxerto, tal como pelo citomegalovírus.
- (E) A rejeição por células B, resultante da produção de anticorpos contra o antígeno do enxerto, pode ocorrer, mas não é comum na rejeição aguda.

34

Um paciente de 55 anos, com histórico de cirrose hepática avançada devido a hepatite C crônica, é submetido a um transplante hepático.

No pós-operatório imediato, o paciente apresenta boa evolução clínica, mas após 10 dias começa a mostrar sinais de febre, aumento de bilirrubinas e dificuldade respiratória.

Os exames laboratoriais revelam aumento de transaminases hepáticas, leucocitose e sinais de disfunção renal. A ultrassonografia do fígado mostra um aumento da ecogenicidade do enxerto, sem evidência de trombose na veia porta.

A complicação mais provável nesse caso é

- (A) colangite bacteriana aguda.
- (B) trombo embolismo pulmonar.
- (C) rejeição aguda do enxerto hepático.
- (D) hemorragia intra-abdominal devido a lesão vascular.
- (E) insuficiência hepática aguda devido a falência do enxerto.

35

Paciente masculino, 53 anos, vem apresentando inapetência, emagrecimento e desconforto abdominal. Foi submetido a uma tomografia computadorizada que evidenciou lesão infiltrativa retroperitoneal com componentes sólidos, realce nodular, presença de septos espessos, bem delimitada, com maior diâmetro de 12 cm, com deslocamento do rim esquerdo, inferindo localização no espaço pararenal posterior.

Foram dosados alfafetoproteína, CEA, CA 19-9 e  $\beta$ -HCG que estavam dentro da normalidade.

Diante desses achados, a melhor conduta, entre as elencadas a seguir, é:

- (A) cirurgia imediata para ressecção da lesão.
- (B) radioterapia neoadjuvante seguida de cirurgia.
- (C) quimioterapia neoadjuvante seguida de cirurgia.
- (D) cirurgia imediata seguida de quimioterapia adjuvante.
- (E) biópsia por agulha de grosso calibre guiada por imagem.

36

Um paciente de 32 anos é trazido ao pronto-socorro, após sofrer um acidente de motocicleta, apresentando trauma contuso abdominal e fraturas nas pernas. Ao chegar ao hospital, está pálido, com frequência cardíaca de 130 bpm, pressão arterial de 85/55 mmHg e respiração rápida e superficial. O paciente está confuso e apresenta sinais de hipovolemia, com extremidades frias e úmidas.

O exame físico revela dor à palpação abdominal e fraturas expostas nas pernas. O diagnóstico é de choque hemorrágico devido à perda de volume sanguíneo.

Sobre o choque hemorrágico, é correto afirmar que

- (A) no choque classe II, há aumento da frequência cardíaca, sem queda nas pressões de pulso e arterial.
- (B) a acidose metabólica grave dos estados de choque hemorrágico é tratada com reposição de fluidos, sangue e bicarbonato de sódio.
- (C) o débito urinário é um indicador menos sensível de resposta à reposição volêmica do que a frequência cardíaca e a pressão arterial sistêmica.
- (D) no choque grau III há necessidade de hemotransfusão, que é prioritária em relação ao controle da hemorragia.
- (E) a administração precoce de hemoderivados em uma proporção baixa de concentrado de glóbulos vermelhos para plasma e plaquetas pode prevenir o desenvolvimento de coagulopatia.

**37**

Paciente adolescente, do sexo masculino, sofre acidente em competição de *mountain bike* e dá entrada na emergência trazido pela equipe de resgate.

Na avaliação inicial, o paciente se encontra acordado, orientado, hemodinamicamente estável, com múltiplas escoriações no tronco, referindo dor perineal e fratura desalinhada na perna direita. Você observa hematoma em bolsa escrotal e sangue no meato uretral. Ao toque retal, próstata deslocada superiormente. Assinale a melhor conduta para o caso, entres citadas a seguir.

- (A) Cistostomia.
- (B) Cateterismo vesical.
- (C) Uretrografia retrógrada.
- (D) Radiografia panorâmica de bacia.
- (E) Tomografia computadorizada de pelve com contraste venoso.

**38**

Um paciente de 38 anos de idade, vítima de acidente automobilístico com capotamento e ejeção do veículo, dá entrada na emergência acordado, hipocorado +/-, PA 112 x 69 mmHg, FC 125 bpm, FR 26 irpm, SatO<sub>2</sub> 88%. A inspeção evidencia presença de grande equimose e crepitação em parede torácica esquerda, com enfisema subcutâneo e movimento paradoxal de um segmento extenso. À ausculta cardíaca há ritmo cardíaco regular, com bulhas normofonéticas, e à ausculta respiratória há murmúrio vesicular abolido a esquerda; à percussão torácica se evidencia hipertimpanismo do hemitórax esquerdo. Pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Considerando um trauma torácico contuso com tórax instável, é correto afirmar que

- (A) o tórax instável necessita de correção cirúrgica imediata.
- (B) quanto maior o segmento instável maior o shunt pulmonar.
- (C) a instabilidade da parede é a principal causa de insuficiência respiratória nesse tipo de traumatismo.
- (D) a hipoventilação causada pela dor pode interferir na identificação do segmento instável da parede torácica.
- (E) a pressão positiva intrapleural e a pressão atmosférica se equivalem no segmento afetado, permitindo o seu afundamento.

**39**

Um paciente de 40 anos chega ao hospital após uma queda do segundo andar, tendo sofrido um impacto direto na cabeça. Ele está consciente, mas apresenta dor de cabeça intensa e náuseas. Ao exame físico, observa-se uma pequena laceração na região frontal com leve edema, sem sinais de fratura exposta.

O paciente tem Glasgow Coma Scale (GCS) de 13, com confusão mental e dificuldade para responder a perguntas simples. A tomografia computadorizada (TC) de crânio revela um hematoma intracraniano, sem sinais de herniação. Não há fraturas cranianas evidentes. O paciente começa a apresentar piora do nível de consciência nas horas seguintes.

A respeito do tratamento do traumatismo cranioencefálico, assinale a afirmativa correta.

- (A) A hiponatremia e a hipotensão devem ser evitadas com o uso de fluidos hipotônicos.
- (B) A hiperventilação deve ser estimulada, para que haja hipocapnia e vasodilatação cerebral.
- (C) Os anticonvulsivantes devem ser utilizados precocemente, pois melhoram o prognóstico das convulsões pós-traumáticas a curto e a longo prazo.
- (D) O manitol não deve ser administrado a pacientes com hipotensão, pois nestes casos não diminui a pressão intracraniana.
- (E) Os barbitúricos são efetivos na redução da pressão intracraniana refratária a outras medidas, e podem ser usados mesmo quando há hipotensão arterial.

**40**

Um paciente de 28 anos chega ao Pronto-Socorro após ser esfaqueado no pescoço durante uma briga. Ele está consciente, mas apresenta dor intensa na região cervical. Há sangramento ativo em uma ferida localizada na região lateral direita do pescoço, próximo ao ângulo da mandíbula.

O paciente está com sinais de hemorragia, incluindo taquicardia e hipotensão leve, mas não apresenta sinais evidentes de obstrução das vias aéreas. Não há evidência de fraturas ou deformidades ósseas na região cervical ao exame físico.

A conduta inicial mais apropriada para esse paciente é

- (A) fazer curativo compressivo, imobilizar a coluna cervical e realizar tomografia.
- (B) realizar intubação orotraqueal e reparo da lesão na emergência, seguido de tomografia.
- (C) fazer compressão direta da ferida com gaze, administrar antibióticos profiláticos e realizar sutura imediata.
- (D) controlar a hemorragia com compressão direta, levar o paciente imediatamente para sala de cirurgia, traqueostomizar e fazer e reparo vascular.
- (E) proteger a via aérea, controlar a hemorragia com compressão direta, levar o paciente imediatamente para sala de cirurgia para avaliação e reparo vascular.

**41**

Paciente masculino, 28 anos, apresenta, há 24 horas, dor abdominal, inicialmente epigástrica e localizando-se posteriormente na fossa ilíaca direita (FID), acompanhada de náuseas, anorexia e parada de eliminação de gases e fezes. Relata um pico de 38,2 °C. Procurou atendimento na emergência pois não melhora da dor com sintomáticos. Corado, hipohidratado, febril, eupneico. Abdome pouco distendido, mas sensível à palpação na FID com descompressão dolorosa.

Restante do exame sem alterações dignas de nota. O exame laboratorial demonstrou discreta leucocitose sem desvio. Já a tomografia de abdome mostrou apêndice cecal dilatado, com paredes espessadas, com 9 mm, e borramento da gordura periapendicular.

Diante desse quadro, a melhor conduta é

- (A) apendicectomia por videolaparoscopia.
- (B) videolaparoscopia para lavagem e drenagem.
- (C) apendicectomia por laparotomia infra umbilical.
- (D) punção e drenagem transparietal por radiologia intervencionista.
- (E) conduta conservadora com antibioticoterapia e reavaliação após 48h.

**42**

Um paciente de 62 anos é admitido na emergência com dor abdominal intensa, difusa por todo abdome, início súbito há duas horas, acompanhada de náuseas e vômitos.

Ao exame físico, fácies álgica, sem posição no leito, FC 110 bpm, PA 145 x 98 mmHg, FR 24 ipm, SatO<sub>2</sub> 96% (ar ambiente). Observa-se distensão abdominal, rigidez no abdômen e sinais de peritonite difusa. A radiografia abdominal mostra presença de ar livre subdiafragmático.

Diante do quadro de pneumoperitонеo, o paciente é hidratado, é iniciada antibioticoterapia empírica e o paciente é encaminhado ao centro cirúrgico para laparotomia exploradora, a qual evidenciou uma úlcera gástrica perfurada, de aproximadamente 1,5 cm, localizada na pequena curvatura do antro, além de pequena quantidade de secreção gástrica com restos alimentares perigástricos.

A conduta mais indicada para esse paciente é

- (A) rafia da úlcera e vagotomia troncular.
- (B) antrectomia com vagotomia troncular.
- (C) ressecção em cunha com rafia primária.
- (D) biópsia da úlcera e epiploplastia de Graham.
- (E) ressecção da úlcera, rafia e epiploplastia de Graham.

**43**

Paciente de 48 anos, sexo masculino, é admitido na emergência com queixa de dor abdominal intensa, náuseas e vômitos persistentes há 48 horas. Relata ingestão excessiva de alimentos gordurosos na véspera do início da dor, já tendo apresentado episódios prévios semelhantes, de menor intensidade. Ao exame físico, encontra-se taquicárdico, hipotenso e com dor difusa em região epigástrica à palpação, sem sinais de defesa muscular. Exames laboratoriais mostram elevação acentuada de amilase e lipase, além de leucocitose sem desvio. A tomografia evidencia pancreatite edematosa. Após uma semana de internação, o paciente apresentou piora clínica com sinais de síndrome de resposta inflamatória sistêmica.

Uma nova tomografia computadorizada abdominal revela áreas de não captação de contraste no pâncreas alternando com áreas de captação normal e presença de líquido peripancreático.

A conduta terapêutica mais indicada para esse paciente, nesse momento, é

- (A) drenagem e desbridamento endoscópico transgástrico.
- (B) desbridamento cirúrgico e colecistectomia por laparotomia.
- (C) desbridamento cirúrgico da loja pancreática por videolaparoscopia.
- (D) realizar drenagem percutânea das áreas de necrose e administração de antibióticos de amplo espectro.
- (E) manter tratamento conservador com suporte nutricional, hidratação intravenosa e monitorização clínica.

**44**

Paciente de 60 anos, sexo masculino, com histórico de várias cirurgias abdominais, incluindo uma colecistectomia há cinco anos e uma ressecção intestinal por perfuração diverticular há três anos, hipertensão controlada, diabetes tipo II, ex-tabagista.

O paciente apresenta uma hérnia incisional gigante na região infra umbilical, que começou a se formar após a cirurgia de ressecção intestinal. Relata dor crônica leve na área da hérnia, que piora com esforço físico, além de desconforto estético. Ao exame físico, volumosa hérnia, com bordas bem definidas, de conteúdo irreduzível, pouco dolorosa à palpação. Não há sinais de infecção local. A tomografia evidencia um colo herniário de 15 cm e uma relação entre o volume do saco herniário e o volume da cavidade abdominal maior que 25%.

A conduta mais indicada para esse paciente é

- (A) correção cirúrgica da hérnia incisional gigante, com fechamento primário e uso de tela supra-aponeurótica.
- (B) correção cirúrgica com reconstrução da parede abdominal utilizando uma tela dupla face, sem reconstrução da linha média.
- (C) correção cirúrgica da hérnia incisional gigante, com fechamento primário e uso de tela *inlay* para reforço da parede abdominal.
- (D) confecção de pneumoperitônio pré-operatório e correção cirúrgica com reconstrução da parede abdominal utilizando incisões de relaxamento no reto abdominal e fechamento primário da linha média.
- (E) confecção de pneumoperitônio pré-operatório e correção cirúrgica com reconstrução da parede abdominal com liberação medial do transversos abdominal, tela *sublay* e reconstrução da linha média.

**45**

Paciente de 19 anos procura atendimento médico devido a pequeno abaulamento na região inguinal direita que diminui ao deitar. Não tem dor, nem alterações urinárias. No exame clínico é diagnosticada hérnia inguinal pequena, redutível, provavelmente indireta. Região inguinal esquerda e testículos normais.

A melhor conduta é

- (A) tratamento cirúrgico pela técnica de Shouldice.
- (B) tratamento cirúrgico pela técnica de Bassini.
- (C) tratamento cirúrgico pela técnica de Lichtenstein.
- (D) tratamento cirúrgico pela técnica de Stoppa.
- (E) acompanhar e indicar cirurgia se houver dor ou aumento do volume.

**46**

Paciente do sexo masculino, 32 anos, em investigação de dor abdominal, náuseas e eventualmente vômitos, fez um ultrassom abdominal que evidenciou vesícula biliar de paredes finas e conteúdo amorfo, dilatação do colédoco de até 2,6 cm sem imagem ecogênicas no seu interior e ausência de dilatação dos canais biliares intra-hepáticos.

Diante desses achados, foi indicada a realização de tomografia computadorizada, que diagnosticou cisto biliar do tipo IA.

Sobre essa patologia, é correto afirmar que

- (A) a papilotomia endoscópica é a escolha inicial para tratar cisto biliar do tipo IA.
- (B) a cistoenteroanastomose é indicada nos pacientes em que não há litíase biliar.
- (C) não há distinção histológica entre um cisto de colédoco e o ducto biliar normal.
- (D) a duodenopancreatectomia com ressecção da via biliar extra-hepática é o tratamento de escolha.
- (E) deve ser acompanhado conservadoramente e se apresentar colangite de repetição indicar transplante hepático.

**47**

Paciente masculino, 55 anos, com diagnóstico prévio de cirrose hepática por hepatite C, descompensado com ascite moderada, icterício e com episódios prévios de encefalopatia hepática.

Comparece ao pronto-socorro com quadro de hematêmese volumosa e melena há 6 horas. Ao exame, encontra-se confuso, pálido, diaforético, com FC 120 bpm, PA 85 x 50 mmHg e tempo de enchimento capilar aumentado. Diante desse quadro é instituída ressuscitação volêmica.

A melhor conduta para esse paciente, entre as citadas a seguir, é:

- (A) cirurgia de derivação porto-cava de urgência.
- (B) ligadura elástica endoscópica das varizes esofágicas.
- (C) balão de Sengstaken-Blakemore como medida de resgate.
- (D) infusão endovenosa contínua de análogo da somatostatina.
- (E) derivação portossistêmica intra-hepática transjugular (TIPS).

**48**

Um homem de 70 anos, com histórico de fibrilação atrial crônica, sem anticoagulação, diabetes e hipertensão, procura o pronto-socorro com dor abdominal intensa e de início súbito há três horas. Ele apresenta náuseas e vômitos, mas sem sinais evidentes de peritonite. O exame físico revela abdome discretamente doloroso, sem defesa ou rigidez. Os exames laboratoriais mostram leucocitose e aumento do lactato. Com base na história e no exame clínico foi feita a hipótese de isquemia mesentérica.

Em relação ao caso, avalie as afirmativas a seguir.

- I. O tratamento inicial em todos os pacientes com menos de 12h inclui trombólise intra-arterial e angioplastia.
- II. A anticoagulação com heparina é indicada para prevenir a progressão do trombo e novas oclusões.
- III. A fibrilação atrial é um fator de risco importante para a isquemia mesentérica trombótica.
- IV. A dor abdominal desproporcional ao exame físico é um achado característico quando há peritonite.
- V. Na trombose venosa, o tratamento inicial inclui ressuscitação volêmica, anticoagulação, vasodilatador e antibióticos.

Estão corretas apenas as afirmativas

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

**49**

Um paciente de 75 anos, com histórico de doenças coronarianas, hipertensão arterial e diabetes tipo II é submetido a artroplastia total do quadril esquerdo. No pós-operatório apresenta distensão abdominal progressiva, dor de leve intensidade, difusa e parada de eliminação de gases e fezes.

Ao exame, apresenta um abdome distendido, depressível, com ruídos hidroaéreos muito diminuídos. A tomografia do abdome revela dilatação difusa do cólon, principalmente no cólon direito, com maior diâmetro de 8,0 cm. O paciente não apresenta febre e os sinais vitais estão estáveis.

Com base nesse caso, a conduta mais adequada é

- (A) clister glicerinado associado à lactulona oral.
- (B) colectomia direita com ileostomia e fístula mucosa.
- (C) administrar neostigmina para promover a motilidade intestinal.
- (D) escopolamina regular, procinético e antibióticos de amplo espectro.
- (E) descompressão cirúrgica do cólon com transversostomia em dupla boca.

50

Paciente de 24 anos, do sexo feminino, foi submetida a gastrectomia vertical há 18 meses com diminuição acentuada do IMC. Ela vem apresentando queixa de dor abdominal intermitente há cerca de três meses, localizada na região epigástrica, de início insidioso e progressivo. A dor é associada a náuseas e sensação de plenitude após refeições. Refere ainda episódios de vômitos, principalmente após grandes refeições, e acentuação da perda de peso devido ao aumento do tempo de jejum pela dificuldade para se alimentar.

O exame físico revela sinais de desidratação, com taquicardia e hipotensão ortostática, além de dor à palpação na região epigástrica sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais mostram leucocitose discreta e aumento dos níveis de ureia e creatinina. A tomografia abdominal mostra dilatação gástrica e duodenal e estreitamento do ângulo aortomesentérico.

Com base nesse caso, a principal conduta inicial é

- (A) realizar a secção do ligamento arqueado mediano.
- (B) realizar endoscopia digestiva alta para colocação de *Stent* duodenal.
- (C) sonda nasogástrica, hidratação venosa e cirurgia para realizar duodeno jejunoanastomose.
- (D) tratar com anticoagulação, medidas para alívio da dor, e transposição da artéria mesentérica superior.
- (E) repouso intestinal, hidratação, procinéticos, nutrição por via enteral ou parenteral e posicionamento adequado do paciente após alimentar-se.

51

Paciente de 78 anos, masculino, com histórico de hipertensão arterial e constipação crônica, apresenta quadro de sangramento retal de início abrupto, com sangue vermelho vivo, em moderada quantidade, acompanhado de dor abdominal difusa. O paciente tem histórico de doença diverticular do cólon controlada com orientação dietética.

Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 110/70 mmHg, frequência cardíaca de 98 bpm, hipocorado ++/4+, hipohidratado, acianótico, eupneico e apirético. Abdome levemente distendido, mas sem defesa. O toque retal revela sangue fresco e coágulos. Os exames laboratoriais mostram hemoglobina de 8,5 g/dL, sem alterações significativas no restante dos exames.

Nesse caso, a conduta mais adequada é

- (A) colectomia total imediata para controle do sangramento.
- (B) hidratação intravenosa, monitorar sinais vitais e realizar angiotomografia.
- (C) estabilização clínica, preparo do cólon e realizar colonoscopia de urgência.
- (D) angiografia com cateterização das artérias mesentéricas superior e inferior.
- (E) sigmoidectomia com síntese do reto e colostomia terminal com o cólon descendente.

52

Paciente masculino, 30 anos, com queixa de dor abdominal difusa, de início súbito, há 24 horas. A dor é localizada inicialmente na região periumbilical, com evolução para a fossa ilíaca direita, com piora nas últimas horas. Refere náuseas e febre baixa (38 °C), sem vômitos.

Ao exame físico, dor à palpação da FID e hipogástrio sem sinais de defesa muscular. O exame laboratorial revela leucocitose com desvio à esquerda (14.000 leucócitos/mm<sup>3</sup>). A ultrassonografia abdominal mostra uma área de inflamação e espessamento da parede intestinal na região do íleo terminal, sugestivo de apendicite aguda.

Diante desse quadro foi submetido a videolaparoscopia exploradora que identificou um apêndice cecal normal e a presença de um divertículo à 60 cm da válvula íleo cecal, com sinais inflamatórios, sem abscedação.

A conduta adequada para o caso é

- (A) realizar ileotiflectomia e reconstrução com anastomose do íleo com o ascendente.
- (B) realizar ressecção do segmento do íleo englobando o divertículo com anastomose primária.
- (C) não ressecar o divertículo, manter antibioticoterapia de amplo espectro e orientação dietética no pós operatório.
- (D) não ressecar e programar colonoscopia terapêutica para evacuar qualquer conteúdo que esteja obstruindo o divertículo.
- (E) não ressecar, colocar um dreno junto ao divertículo, manter antibioticoterapia de amplo espectro e orientação dietética no pós operatório.

## 53

Paciente de 65 anos, sexo feminino, apresenta quadro clínico de dor abdominal no quadrante superior direito com irradiação dorsal, náuseas e febre baixa (38 °C) iniciada há 48 horas, sem melhora com sintomáticos, o que a levou a procurar um serviço de emergência. A paciente sabe ser portadora de colelitíase há alguns anos, tendo optado por não tratar.

Ao exame físico, apresenta icterícia, dor à palpação no quadrante superior direito do abdome, com sinal de Murphy positivo. Exames laboratoriais mostram elevação das transaminases (TGO/TGP) e bilirrubina total, com predominância de bilirrubina direta. A ultrassonografia abdominal revela uma dilatação pequena dos ductos biliares intra e extra-hepáticos, mas sem imagem de hipotransparência no ducto biliar principal, vesícula biliar de paredes espessadas, 5 mm, com imagem de duplo contorno, cálculo grande no seu interior e pequena quantidade de líquido no subhepático.

Diante desses achados, foi submetida a colecistectomia videolaparoscópica que confirmou o diagnóstico de colecistite aguda, e que foi convertida por não se conseguir uma abordagem segura do pedículo biliar, sendo então diagnosticada uma fístula colecisto-coledociana comprometendo aproximadamente 50% da circunferência do colédoco.

Diante desse achado, a melhor conduta é

- (A) colecistectomia com retirada do cálculo e hepaticojejunostomia.
- (B) colecistectomia com retirada do cálculo e síntese primária do colédoco.
- (C) coledocostomia à Kehr e programar CPRE para papilotomia e retirada do cálculo.
- (D) colecistectomia parcial e programar CPRE para papilotomia e retirada do cálculo.
- (E) colecistectomia subtotal com retirada do cálculo, coledocoplastia com utilização da parede da vesícula e coledocostomia à Kehr.

## 54

Paciente masculino, 48 anos, com IMC de 38, em investigação de fadiga e dor abdominal vaga, foi diagnosticado por ultrassonografia com esteatose hepática. O paciente nega o uso sistemático de bebidas alcoólicas. Os marcadores virais foram negativos. O exame de elastografia foi inconclusivo. Optou-se por biópsia por agulha que confirmou tratar-se de esteato-hepatite não alcoólica (NASH).

Em relação ao caso, as seguintes afirmativas estão corretas, à exceção de uma. Assinale-a.

- (A) Embora o carcinoma hepatocelular geralmente se desenvolva no contexto da cirrose, pacientes com esteatose não cirrótica ainda estão em risco aumentado.
- (B) O exercício diminui o conteúdo de gordura hepática independente da perda de peso, reduz a resistência à insulina e pode modificar a nova síntese de ácidos graxos livres, o que pode afetar a NASH.
- (C) Entre os pacientes identificados como portadores de esteatose, os que são obesos ou têm pré-diabetes ou diabetes tipo 2, hipertensão, hipertrigliceridemia ou síndrome metabólica são de maior risco de NASH.
- (D) Cirurgia bariátrica é a terapia de perda de peso mais eficaz e melhora as comorbidades. O risco de morte por causas cardiovasculares, a causa mais comum de morte na NASH, é reduzida após cirurgia bariátrica.
- (E) A modificação dos fatores de risco cardiovascular é um aspecto importante do tratamento e como a terapia com estatinas é de risco para pacientes com doença hepática, deve ser baseada na atividade física, dieta e uso de metformina.

## 55

Paciente de 28 anos, na 25ª semana de gestação, vem há dias apresentando dor abdominal em cólica, mais evidente em hipocôndrio direito e epigástrio, associada a náuseas e vômitos, principalmente após a ingestão de alimentos gordurosos, sem melhoras com sintomáticos.

Procurado por ela, seu médico obstetra a encaminhou para a maternidade, onde uma ultrassonografia identificou colecistite aguda litíase, múltiplos cálculos e colédoco de 0,9 cm.

Foi então instituída conduta conservadora (antibióticos, hidratação, antieméticos e analgésicos) mas, após 48 horas, a paciente não apresentou melhora.

Diante desse quadro, optou-se pelo tratamento cirúrgico.

Em relação ao caso, avalie as afirmativas a seguir e assinale (V) para a verdadeira e (F) para a falsa.

- ( ) A diminuição do fluxo sanguíneo uterino e o aumento da pressão intra-abdominal aumentam o risco de parto prematuro.
- ( ) A videolaparoscopia pode ser realizada com segurança durante qualquer trimestre da gravidez quando a operação é indicada.
- ( ) As pacientes grávidas devem ser colocadas em decúbito lateral esquerdo parcial para minimizar a compressão da veia cava.

As afirmativas são, respectivamente,

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

56

Paciente masculino, 38 anos, procurou o serviço de emergência devido a dor abdominal, náuseas, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes, com evolução de 24 horas. Relata ter o diagnóstico de Doença de Crohn em controle com salicilato. Sem outras patologias pregressas.

Ao exame clínico, lúcido, orientado, normotenso, eupneico. Apresentava distensão abdominal, com dor a palpação difusa, sem sinais de irritação peritoneal, peristaltismo exacerbado. A tomografia de abdome evidenciou na imagem axial após injeção de meio de contraste, espessamento da parede de algumas alças do intestino delgado no abdômen direito, causando dilatação intestinal a montante e distensão de delgado com sinais de empilhamento de moeda em jejuno mais proximal, cólon vazio e ausência de gás no reto. Hemograma com 15600 leucócitos e 6 bastões.

Diante desse quadro, optou-se por laparotomia exploradora, que evidenciou 5 áreas distintas de estenoses no íleo, numa extensão de 70 cm, iniciando a 10 cm da válvula íleo cecal, sem sofrimento de alça, abscessos e fístulas.

Diante desse achado, sua melhor conduta é

- (A) realizar stricturoplastia de Heineke-Mikulicz.
- (B) íleo-tiflectomia com ileostomia e fístula mucosa.
- (C) íleo-colectomia direita com anastomose íleo cólica.
- (D) ressecção do segmento afetado do íleo com anastomose primária.
- (E) não realizar nenhum procedimento cirúrgico e programar pulsoterapia com corticoide.

57

Paciente feminina, 58 anos, com dor abdominal em fossa ilíaca esquerda há 4 dias, associada a febre (38,5 °C) e náuseas. Sem vômitos. Sem episódios prévios semelhantes.

Ao exame apresenta dor à palpação em fossa ilíaca esquerda, com descompressão pouco dolorosa. Não palpo massas. Laboratório com 16.800 leucócitos com oito bastões e PCR de 6,74. Solicitada, TC de abdome e pelve com contraste evidenciou espessamento da parede do cólon sigmoide, com densificação da gordura adjacente e imagem sugestiva de abscesso pericólico de 3,5 cm.

Em relação ao caso, não é correta a seguinte afirmativa:

- (A) após o episódio agudo, colonoscopia em seis a oito semanas deve ser programada.
- (B) deve-se indicar tratamento cirúrgico imediato e realizar cirurgia de Hartmann.
- (C) drenagem percutânea por radiologia intervencionista é indicada.
- (D) deve-se indicar suporte clínico inicial com dieta zero, hidratação venosa e antibioticoterapia de largo espectro.
- (E) se a paciente apresentar boa evolução com tratamento conservador, dar alta hospitalar e avaliar possível cirurgia eletiva.

58

Vítima de acidente automobilístico, um jovem adulto foi projetado para fora do carro.

Ao chegar ao local, a equipe médica de atendimento pré-hospitalar deve adotar as seguintes condutas, com exceção de uma. Assinale-a.

- (A) Perguntar o nome do paciente. Diante de uma resposta adequada não há necessidade de suporte ventilatório.
- (B) Caso o paciente não responda o nome e diante de uma escala de Glasgow menor que 8, avaliar a permeabilidade e colocação de uma via aérea definitiva.
- (C) O exame neurológico por si só não exclui o diagnóstico de lesão da coluna cervical, a qual deve ser protegida com uso de colar cervical que pode ser aberto para intubação orotraqueal.
- (D) Antes de se encaminhar ao Centro de Trauma, deve ser passado um relatório de informações necessárias para a triagem no hospital, incluindo tempo da lesão, eventos relacionados à lesão e histórico do paciente
- (E) Deve-se providenciar dois acessos venosos de grosso calibre e proceder a administração criteriosa de fluidos, pois a ressuscitação agressiva antes do controle do sangramento pode aumentar a mortalidade e a morbidade.

59

Um paciente de 32 anos foi resgatado em um incêndio de grandes proporções apresentando lesões térmicas em tronco e membros. Relata que inicialmente tentou combater o incêndio e depois se refugiou em outra sala devido à grande quantidade de fumaça.

Sobre as queimaduras, é correto afirmar que

- (A) a queimadura de espessura parcial profunda compromete a derme e os folículos pilosos permanecem viáveis e intactos.
- (B) na área queimada, na denominada zona de coagulação há diminuição da perfusão tecidual podendo evoluir para necrose irreversível.
- (C) na lesão por inalação, o dano é principalmente de queimaduras químicas associadas a toxinas inaladas, sendo infrequente a lesão térmica.
- (D) o paciente deve ser enrolado em um cobertor ou lençol umidificado com solução salina para minimizar a perda de calor e para controle de temperatura durante o transporte.
- (E) as alterações na permeabilidade e atividade dos mediadores podem causar edema generalizado por meio de forças de Starling na pele queimada poupando a área não queimada.



**60**

Uma paciente de 62 anos, hipertensa e diabética tipo 2, com diagnóstico de adenocarcinoma de ceco apresenta anemia importante, hemoglobina de 5,6 g/dL.

A paciente é internada para preparo pré-operatório e submetida a uma transfusão eletiva de concentrado de hemácias compatíveis.

Sobre as reações transfusionais, não é correto afirmar que

- (A) a instalação súbita de falência circulatória, sem febre, tremores e/ou calafrios, associada a distúrbios ventilatórios sugere anafilaxia.
- (B) a lesão pulmonar aguda associada à transfusão é uma complicação relacionada à transfusão de hemocomponentes que contêm plasma e se manifesta durante ou dentro de 6 h após completada a transfusão.
- (C) o choque instalado após o início da transfusão, combinado com febre, tremores, hipotensão e/ou falência cardíaca de alto débito é muito sugestivo de contaminação bacteriana do hemocomponente.
- (D) Em caso de reação alérgica, a transfusão é interrompida e a pessoa recebe um anti-histamínico e nos casos mais graves hidrocortisona e ou epinefrina. Caso necessite de nova transfusão deve ser feita primeiro a dessensibilização.
- (E) a solução salina isotônica 0,9% pode ser administrado concomitante. O Ringer lactato não pode ser utilizado assim como as soluções salina hipotônica ou hipertônica, ou solução glicosada, que podem deflagrar a coagulação do sangue transfundido ou hemólise.





Realização

