

**HUPAA-UFAL – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROFESSOR ALBERTO ANTUNES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS**

**CONCURSO PÚBLICO
Nº 010/2014**

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Médico - Medicina Intensiva

CARGO: MÉDICO – MEDICINA INTENSIVA

Texto para responder às questões de **01** a **05**.

O fumo em lugares fechados

Incrível como esse tema ainda gera discussões acaloradas. Como é possível considerar a proibição de fumar, nos lugares em que outras pessoas respiram, uma afronta à liberdade individual?

As evidências científicas de que o fumante passivo também fuma são tantas e tão contundentes, que os defensores do direito de encher de fumaça bares, restaurantes e demais espaços públicos só podem fazê-lo por duas razões: ignorância ou interesse financeiro. Sinceramente, não consigo imaginar terceira alternativa.

Vamos começar pela ignorância. Num país de baixos níveis de escolaridade como o nosso, nem todos têm acesso a conhecimentos básicos. A fumaça expelida dos pulmões fumantes contém, em média, um sétimo das substâncias voláteis e particuladas do total inalado. Já aquela liberada a partir da ponta acesa contém substâncias tóxicas em concentrações bem maiores: três vezes mais nicotina, três a oito vezes mais monóxido de carbono, 47 vezes mais amônia, quatro vezes mais benzopireno e 52 vezes mais DNPB (estes dois, cancerígenos potentes).

Por serem de tamanho menor, as partículas que se desprendem da ponta acesa, produzidas durante 96% do tempo em que um cigarro é consumido, penetram com mais facilidade nos alvéolos pulmonares.

Depois de uma manhã de trabalho num escritório em que várias pessoas fumam, a concentração de nicotina no sangue de um abstêmio pode atingir os níveis de quem tivesse fumado três a cinco cigarros. Empregados de bares e restaurantes, que passam seis horas em ambientes carregados de fumaça, chegam a ter concentrações sanguíneas de nicotina equivalentes a de quem fumou cinco ou mais cigarros.

Mulheres gestantes expostas à poluição do fumo, em casa ou no trabalho, apresentam nicotina não apenas na corrente sanguínea, mas no líquido amniótico e no cordão umbilical do bebê.

[...]

Agora, vamos ao interesse pessoal dos que entendem que proibir a poluição ambiental causada pelo fumo é uma interferência do Estado na liberdade individual. Se ainda não foi inventado um método de exaustão capaz de impedir que a fumaça se dissemine pelo ambiente inteiro, esses senhores defendem o indefensável. Liberdade para através de uma ação individual causar mal à coletividade? Não sejamos ridículos.

Os sindicatos dos empregados de bares e restaurantes, que sempre se levantaram contra a proibição, alegando risco de desemprego (fato que não ocorreu em nenhuma cidade do mundo), que medidas tomaram até hoje para proteger seus associados da poluição ambiental em que trabalham? Alguma vez lutaram para que eles recebessem adicional de insalubridade? Para que tivessem um plano de saúde decente?

Não é função do Estado proteger o cidadão do mal que ele causa a si mesmo. Mas é dever, sim, defendê-lo do mal que terceiros possam fazer contra ele.

(Dráuzio Varella. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/tabagismo/o-fumo-em-lugares-fechados-3/>. Adaptado.)

01

Considerando as estratégias discursivas escolhidas pelo autor, é correto afirmar que o texto tem por principal objetivo

- A) informar sobre a regulamentação da Lei Antifumo.
- B) explicar, através de dados científicos, os malefícios do tabaco.
- C) inserir práticas contrárias à prática do fumo em locais determinados.
- D) esclarecer a população, com menor escolaridade, acerca dos malefícios do fumo.
- E) argumentar favoravelmente acerca da lei que proíbe o fumo em determinados lugares.

02

De acordo com as ideias apresentadas no texto, é correto afirmar que o autor mostra-se, em relação à liberdade individual,

- A) omissivo.
- B) contrário.
- C) imparcial.
- D) favorável.
- E) implacável.

03

Em “[...] esses senhores defendem o indefensável.” (7º§), o pronome de tratamento indica, do ponto de vista do discurso do autor na defesa de suas ideias,

- A) ironia.
- B) erudição.
- C) admiração.
- D) tratamento respeitoso.
- E) inadequação linguística.

04

Assim como em “[...] *uma afronta à liberdade individual?*” (1º§), o uso do sinal indicativo de crase também é obrigatório em:

- A) Não vendemos à prazo. D) Não me refiro à secretária experiente.
 B) Os marujos não desceram à terra. E) Fui à casa, mas regresssei em pouco tempo.
 C) Refiro-me à sua matrícula no curso.

05

Considerando que alguns elementos são indispensáveis para que a coesão e a coerência textuais sejam mantidas, em relação ao trecho “*Mas é dever, sim, defendê-lo do mal que terceiros possam fazer contra ele.*” (9º§), é correto afirmar acerca dos termos destacados que

- A) têm um referente em comum.
 B) os dois fazem referência a “dever”.
 C) fazem referência a termos diferentes.
 D) um poderia ser omitido em função do registro do outro.
 E) o primeiro é exemplo da linguagem culta e o segundo, da coloquial.

Texto para responder às questões de **06 a 10**.

Fumo em lugares fechados será vetado no Brasil

Ministério da Saúde regulamenta regras da Lei Antifumo; fumódromo está proibido.

O Ministério da Saúde anunciou ontem, em função das comemorações do “Dia Mundial sem Tabaco”, as regras do decreto que vai regulamentar a Lei Antifumo, aprovada em 2011. As novas normas preveem a proibição do fumo em locais fechados e de uso coletivo em todo o país, extinguindo, inclusive, os fumódromos. Além disso, veta toda e qualquer propaganda comercial, até mesmo nos pontos de venda. Nesses locais, só será possível a exposição dos produtos acompanhada por mensagens sobre perigos do fumo. O decreto da presidente Dilma Rousseff deverá ser publicado amanhã no Diário Oficial e entrará em vigor 180 dias depois.

O consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, narguilés e outros produtos ligados ao fumo está proibido em locais de uso coletivo públicos e privados. Isso inclui *hall* e corredores de condomínios, restaurantes, clubes e até pontos de ônibus, não importa se o ambiente é apenas parcialmente fechado por uma parede, divisória, teto ou toldo. Em bares e restaurantes, o fumo só será permitido caso haja ambientes totalmente livres, como mesas na calçada. O consumo continuará livre em vias públicas, residências e áreas ao ar livre. As embalagens deverão ter, em 100% da face posterior e em uma de suas laterais, avisos sobre os danos provocados pelo tabaco. Em 2016, o mesmo deverá ser feito também em 30% da face frontal dos maços.

O Ministério da Saúde informou que os fumantes não serão alvo de fiscalização. Isso recairá sobre os estabelecimentos comerciais. Caso não cumpram a lei, eles podem ser advertidos, multados, interditados ou até ter a autorização para funcionamento cancelada. As multas vão de R\$ 2 mil a R\$ 1,5 milhão. A fiscalização ficará a cargo dos órgãos de vigilância sanitária de estados e municípios. Os responsáveis pelos estabelecimentos poderão, inclusive, chamar a polícia quando o cliente se recusar a apagar o cigarro.

Até hoje, não havia definição sobre o conceito de local coletivo fechado, onde o fumo é proibido. Além disso, atualmente ainda são permitidas a existência de fumódromos e a propaganda nos pontos de venda. A regulamentação iguala as normas para todo o Brasil, e extingue as variações no caso dos estados que possuem suas próprias legislações. No Rio, por exemplo, já existe uma lei rigorosa em vigor desde 2009, muito semelhante à estabelecida pelo governo federal. Há algumas diferenças, como os valores de multas, por exemplo. No estado, elas variam de R\$ 3.933 a R\$ 38 mil.

– A Lei Antifumo é um grande avanço. O decreto é fundamental para que possamos continuar enfrentando o tabaco como problema de saúde pública – disse o ministro da Saúde, Arthur Chioro, acrescentando que o propósito não é criminalizar o fumante nem tornar sua vida um inferno. – O tabaco faz mal. Mas é uma droga legal e as pessoas têm direito de usar.

(O Globo, 01 de junho de 2014.)

06

Acerca da construção linguística do título do texto, é correto afirmar que é um exemplo de

- A) voz passiva, com destaque para o agente da ação.
 B) voz passiva, com destaque para o sujeito paciente.
 C) voz ativa, em que o sujeito é também o agente da ação.
 D) voz ativa, pois o sujeito tem destaque na escolha discursiva.
 E) voz passiva sintética, em que o sujeito tem destaque no discurso.

17

O Conselho Fiscal, como órgão permanente da EBSEERH, é composto por três membros efetivos e respectivos suplentes, nomeados pelo Ministro de Estado da Educação. Compete ao Conselho Fiscal, EXCETO:

- A) Analisar, ao menos trimestralmente, o balancete e demais demonstrações financeiras, elaboradas periodicamente pela EBSEERH.
- B) Fiscalizar, por qualquer de seus membros, os atos dos administradores da EBSEERH e verificar o cumprimento de seus deveres legais, estatutários e regimentais.
- C) Acompanhar a execução patrimonial, financeira e orçamentária, podendo examinar livros e quaisquer outros documentos e requisitar informações para essa finalidade.
- D) Opinar a respeito das linhas gerais das políticas, diretrizes e estratégias da EBSEERH, indicando propostas de melhoria ao Conselho de Administração e à Diretoria Executiva.
- E) Denunciar, por qualquer de seus membros, erros, fraudes ou crimes que identificarem no âmbito da EBSEERH, e propor providências corretivas e saneadoras para o que for identificado.

18

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEERH) é empresa pública dotada de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio. Diante do exposto, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A EBSEERH fica autorizada a patrocinar entidade fechada de previdência privada, nos termos da legislação vigente.
- B) Os contratos temporários de emprego poderão ser prorrogados duas vezes, desde que a soma dos dois períodos não ultrapasse cinco anos.
- C) Fica a EBSEERH, para fins de sua implantação, autorizada a contratar, mediante processo seletivo simplificado, pessoal técnico e administrativo por tempo determinado.
- D) A partir da assinatura do contrato entre a EBSEERH e a instituição de ensino superior, a EBSEERH disporá de prazo de até um ano para reativação de leitos e serviços inativos por falta de pessoal.
- E) Ficam as instituições públicas federais de ensino e instituições congêneres autorizadas a ceder à EBSEERH, no âmbito e durante a vigência do contrato, bens e direitos necessários à sua execução.

19

A EBSEERH será administrada por uma Diretoria Executiva, composta pelo Presidente e até seis Diretores, todos nomeados e destituíveis, a qualquer tempo, pelo Presidente da República, por indicação do Ministro de Estado da Educação. O Presidente e Diretores da EBSEERH serão nomeados dentre brasileiros que satisfaçam os seguintes requisitos:

- A) Brasileiros natos e maiores de trinta e cinco anos.
- B) Brasileiros natos com mais de quinze anos de exercício de função.
- C) Brasileiros maiores de trinta e cinco anos e idoneidade moral e reputação ilibada.
- D) Idoneidade moral e reputação ilibada e com mais de quinze anos de exercício de função.
- E) Idoneidade moral e reputação ilibada; notórios conhecimentos na área de gestão, da atenção hospitalar e do ensino em saúde; e, com mais de dez anos de exercício de função.

20

Sem prejuízo de outras que possam ser criadas, são comissões da EBSEERH a Comissão de Ética e a Comissão de Controle Interno. Com base na afirmativa anterior, é correto afirmar que

- A) os membros da Comissão serão designados pelo Presidente para mandatos não coincidentes de dois anos.
- B) a Comissão, por ato próprio, aprovará seu regulamento interno, incluindo suas competências institucionais.
- C) o presidente da EBSEERH poderá constituir Comissão de Controle Interno, composta por sete membros, sendo um representante da Presidência e um representante de cada Diretoria.
- D) a atuação no âmbito da Comissão de Ética não enseja qualquer remuneração para seus membros e os trabalhos nela desenvolvidos são considerados prestação de relevante serviço privado.
- E) a Comissão de Ética da EBSEERH será vinculada administrativamente à Diretoria, para cumprir plano de trabalho aprovado pela mesma, que proverá o apoio técnico e material para os trabalhos da Comissão.

LEGISLAÇÃO APLICADA AO SUS

21

São implicações organizativas do Sistema Único de Saúde, EXCETO:

- A) Equidade.
- B) Regionalização.
- C) Hierarquização.
- D) Descentralização.
- E) Participação social.

28**Acerca do tratamento da DPOC, analise as afirmativas.**

- I. Anticolinérgicos bloqueiam os receptores muscarínicos, levando à broncoconstrição mediada pela acetilcolina, reduzindo o fluxo aéreo.
- II. Os principais efeitos adversos dos broncodilatadores são taquicardia e tremor, principalmente com apresentação oral e formulações de curta ação.
- III. Os glicocorticoides inalados têm mostrado, em pacientes com doenças mais graves e exacerbações frequentes, redução das exacerbações e melhora da qualidade de vida.

Está(ão) correta(s) apenas a(s) afirmativa(s)

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

29**Com base nos tipos de anemia, analise as afirmativas.**

- I. Anemias microcíticas sempre possuem RDW baixo.
- II. Anemias macrocíticas são caracterizadas por possuírem VCM maior que 100 fL.
- III. A anemia ferropriva pode cursar com hemácias microcíticas.

Está(ão) correta(s) a(s) afirmativa(s)

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

30**Em relação à suspeita clínica de tireotoxicose, marque V para as afirmativas verdadeiras e F para as falsas.**

- () A maioria dos pacientes com tireotoxicose apresenta TSH elevado.
 () Deve ser confirmada por meio da determinação concomitante dos níveis séricos do TSH e hormônios tireoidianos.
 () Níveis elevados da fração livre de tiroxina e/ou T3 confirmam o diagnóstico de tireotoxicose.

A sequência está correta em

- A) V, V, F. B) V, F, V. C) F, V, V. D) V, V, V. E) F, V, F.

31**Acerca dos exames complementares utilizados no contexto de hipertireoidismo, analise as afirmativas.**

- I. A captação de iodo radioativo pode ser útil para diferenciar estados de hipertireoidismo de condições em que há tireotoxicose sem hipertireoidismo.
- II. Nos casos de adenoma hipofisário secretor de TSH, estará presente hipertireoidismo com níveis de TSH normais ou ligeiramente aumentados.
- III. O T4 livre pode estar normal no hipertireoidismo subclínico.

Está(ão) correta(s) a(s) afirmativa(s)

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

32**Em relação ao diagnóstico do hipotireoidismo, marque V para as afirmativas verdadeiras e F para as falsas.**

- () Os médicos não podem confiar exclusivamente no exame físico para confirmar ou descartar hipotireoidismo.
 () Se o paciente tem achados clínicos e uma probabilidade elevada de hipotireoidismo, são indicados a mensuração de T3, apenas.
 () Sugere-se a determinação de ATPO para definir a presença de autoimunidade da tireoide no hipotireoidismo primário.

A sequência está correta em

- A) F, V, V. B) V, F, V. C) V, V, F. D) V, V, V. E) F, F, F.

33

“A úlcera péptica tem como causa principal a infecção pelo(a) _____, trata-se de uma bactéria _____ tratada primariamente com _____.” Assinale a alternativa que completa correta e sequencialmente a afirmativa anterior.

- A) *H. pylori* / Gram-positiva / amoxicilina D) *Escherichia coli* / Gram-positiva / tetraciclina
 B) *H. pylori* / Gram-negativa / amoxicilina E) *Staphylococcus aureus* / Gram-negativa / tetraciclina
 C) *H. pylori* / Gram-negativa / clindamicina

34

Hipertensão arterial sistêmica é causa de cardiopatia hipertensiva e fator de risco maior para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, as quais se exteriorizam por acometimento isquêmico cardíaco, cerebral, vascular periférico e renal. Em decorrência do comprometimento cardíaco, a hipertensão também leva à insuficiência cardíaca. Sobre o tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica, o fármaco contraindicado como monoterapia é o(a)

- A) Enalapril. B) Losartan. C) Hidralazina. D) Clortalidona. E) Alfametildopa.

35

Sobre a cefaleia em salvas, é INCORRETO afirmar que

- A) a dor é unilateral.
B) dura entre 15 minutos a 2 horas, se não tratada.
C) pode estar associada a edema palpebral ipsilateral.
D) o tratamento inicial é feito com oxigênio a 100% em cateter nasal.
E) deve-se usar triptanos para o tratamento agudo da cefaleia em salvas.

36

Sabe-se que o IAM (infarto agudo do miocárdio) é uma das maiores causas de morte no Brasil e no mundo. Estima-se cerca de 300.000 a 400.000 casos/ano em nosso meio, com algo em torno de 60.000 mortes. IAM é a necrose de uma porção do músculo cardíaco, sendo uma causa comum de entrada de pacientes nas UTIs. A fase aguda do IAMSST é uma emergência médica. As primeiras 12h são extremamente importantes para evitar arritmias, bem como reduzir ou evitar a isquemia. A seguir, estão listados alguns esquemas terapêuticos farmacológicos para se tratar o IAMSST sem supra desnível do segmento ST. Assinale a alternativa que expressa corretamente a escolha terapêutica nesse caso.

- A) Estreptoquinase, clopidogrel, betabloqueador.
B) AAS, heparina não fracionada, betabloqueador.
C) AAS, clopidogrel, enoxaparina, betabloqueador.
D) Clopidogrel, enoxaparina, tirofiban, nitroglicerina.
E) AAS, heparina não fracionada, estreptoquinase, betabloqueador.

37

Os pacientes com sepse grave e choque séptico se encontram hipovolêmicos e extremamente vasodilatados. Esta é uma hipovolemia relativa, ou seja, a vasodilatação é tamanha que o conteúdo intravascular passa a ser insuficiente para perfundir tecidos. Nas fases iniciais, antes da reposição de fluidos, muitos pacientes apresentam dados hemodinamicamente semelhantes aos encontrados nos choques hipodinâmicos, no entanto, após a infusão de líquidos, sobrevivem a fase hiperdinâmica da doença. As primeiras 6 horas de terapia de pacientes com sepse grave e choque séptico são as mais críticas, sendo de extrema importância a monitorização. São objetivos hemodinâmicos e de oxigenação desses pacientes nessas primeiras 6 horas de terapia. (Considere: (PAM) pressão arterial média; (PVC) pressão venosa central; (DU) débito urinário; e, (ScvO₂) saturação venosa de O₂.)

- A) PAM 45 mmHg, PVC 8-12, DU 2 ml/kg/h, SvcO₂ 50%.
B) PAM 45 mmHg, PVC 8-12, DU 1 ml/kg/h, SvcO₂ 60%.
C) PAM 30 mmHg, PVC 6-14, DU 0,5 ml/kg/h, SvcO₂ 60%.
D) PAM 65 mmHg, PVC 6-14, DU 0,5 ml/kg/h, SvcO₂ 70%.
E) PAM 65 mmHg, PVC 8-12, DU 0,5 ml/kg/h, SvcO₂ 70%.

38

Edema agudo de pulmão (EAP) é uma emergência médica frequente, sendo uma das principais causas de insuficiência respiratória atendida em unidades de emergência. O edema pulmonar ocorre devido ao desequilíbrio das forças de Starling, podendo ocorrer por aumento da pressão hidrostática ou por aumento da permeabilidade dos capilares pulmonares. Em ambos os casos ocorre transudação de líquido para os espaços intersticial e alveolar do tecido pulmonar, culminando em real separação entre o alvéolo e o capilar pulmonar subjacente, com aumento do gradiente alvéolo-arterial de oxigênio e conseqüente hipoxemia. São consideradas as principais patologias que causam o EAP:

- A) Hipotensão arterial sistêmica e pneumonia.
B) Sarcoidose e doença da arranhadura do gato.
C) Intoxicações por drogas como cocaína e heroína.
D) Asma, bronquiolite, tuberculose e outras doenças do parênquima pulmonar.
E) Isquemia miocárdica aguda (com ou sem infarto prévio), hipertensão arterial sistêmica, doença valvar e doença miocárdica primária.

39

Definimos queimadura como uma lesão tecidual decorrente de trauma térmico, elétrico, químico ou radioativo. O baixo índice de mortalidade é consequência direta do desenvolvimento, a partir da década de 50, de centros especializados em tratamento de queimados. Sabemos que o prognóstico de um paciente queimado irá depender da extensão da superfície corporal queimada (SCQ), da profundidade e localização da lesão, da presença de lesões e/ou doenças crônicas associadas e da idade do paciente (mais grave em crianças e idosos). “Maria, 25 anos, chega à UTI com queimaduras por líquido fervente, apresentando 22% da área corporal atingida, com queimaduras do segundo grau superficial e profundo e com flictenas íntegras. Ela está lúcida, orientada, com a PA 120 x 70 mmHg; FC = FP; 95 bpm; FR 21 ipm; e, saturando a 99% em ar ambiente.” Indique, a seguir, a conduta mais apropriada de tratamento.

- A) Debridamento da área queimada.
- B) Acesso calibroso para hidratação venosa rigorosa.
- C) Para melhor aporte de O₂, fazer intubação orotraqueal.
- D) Iniciar antibioticoterapia profilática com cefalosporina de terceira geração.
- E) Iniciar antibioticoterapia profilática com cefalosporina de primeira geração.

40

Afogamento é a quarta causa de morte acidental em adultos e a terceira em crianças e adolescentes de todo o mundo. No Brasil, as características do clima, a vasta rede hidrográfica e o tamanho do litoral representam fatores de risco importantes para os afogamentos. O afogamento ocorre, em geral, por asfixia em virtude da aspiração de líquido, que obstrui as vias aéreas e é responsável por alterações nas trocas gasosas, que levam à hipoxemia (insuficiência das taxas de oxigênio no sangue) e acidose metabólica. A asfixia pode ser provocada inicialmente por laringoespasmos, quando a pessoa, diante de uma situação de afogamento, prende a respiração e debate-se de maneira descoordenada até que, não conseguindo permanecer sem respirar, involuntariamente aspira grande quantidade de água e encharca os pulmões. Em 10% a 15% dos casos de afogamento, o espasmo é tão violento que impede a entrada não só de água, mas também de ar e a morte ocorre em poucos minutos. Assinale a alternativa que apresenta o tratamento ideal nos primeiros minutos após o afogamento.

- A) Deve-se virar a pessoa de costas para cima e imediatamente iniciar compressões dorsais, a fim de que esta possa desengasgar.
- B) Após retirar a pessoa do local e recuperada, deve-se mantê-la com as roupas molhadas, para evitar perda de calor e choque térmico.
- C) Quaisquer medidas devem iniciar somente no hospital, por isso, deve-se somente virar a pessoa afogada com o dorso para cima e aguardar a ajuda médica.
- D) Não se deve tocar a pessoa afogada, evitando, assim, quaisquer movimentos que envolvam as colunas cervicais e torácicas. A única conduta é chamar por ajuda especializada.
- E) As manobras de recuperação cardiopulmonar (RCR) ou cardiopulmonar (RCP) para combater a hipoxemia (insuficiência de oxigênio no sangue) devem começar imediatamente no local do acidente, porque são essenciais para a recuperação e sobrevivência do paciente.

41

A realização imediata de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em uma vítima de parada cardiopulmonar (PCR), ainda que for apenas com compressões torácicas no pré-hospitalar, contribui sensivelmente para o aumento das taxas de sobrevivência das vítimas de parada cardíaca. Programas internacionais de RCP e desfibrilação externa automática precoce, realizada por leigos, com taxas de sobrevivência da ordem de até 85%, podem servir de modelo para melhorar o manejo da parada cardíaca em outras comunidades. Portanto, as ações realizadas durante os minutos iniciais de atendimento a uma emergência são críticas em relação à sobrevivência da vítima. O suporte básico de vida (SBV) define essa sequência primária de ações para salvar vidas. Por mais adequado e eficiente que seja um suporte avançado, se as ações de suporte básico não forem realizadas de maneira adequada, será extremamente baixa a possibilidade de sobrevivência de uma vítima de PCR.

- A. Abertura das vias aéreas.
- B. Boa ventilação (2 ventilações).
- C. Checar responsividade e respiração da vítima, chamar por ajuda, checar o pulso da vítima, compressões (30 compressões).
- D. Desfibrilação.

De acordo com as diretrizes atuais sobre ressuscitação cardiopulmonar, assinale a sequência correta de atendimentos numa situação dessa natureza.

- A) CABD.
- B) CBAD.
- C) ABCD.
- D) ABDC.
- E) CADB.

42

A urgência e a emergência hipertensiva são ocorrências clínicas, que podem representar mais de 25% dos atendimentos hospitalares de urgência. Estima-se que 3% de todas as visitas às salas de emergências são decorrentes de elevações significativas da pressão arterial. Usualmente, são situações clínicas que necessitam de redução mais rápida da pressão arterial. Na urgência hipertensiva, o aumento da pressão arterial (PA) não representa risco imediato de vida e nem dano agudo a órgãos-alvo, portanto, nessa situação, o controle da PA poderá ser feito, reduzindo-se a PA gradualmente, em 24h. Emergência hipertensiva é a situação clínica, caracterizada por PA marcadamente elevada e sinais de lesões de órgãos-alvo (encefalopatia, infarto agudo do miocárdio, angina instável, edema agudo de pulmão, eclâmpsia, acidente vascular encefálico e dissecação de aorta), requerendo internação hospitalar e imediato uso de drogas anti-hipertensivas parenterais, visando à redução da PA, em unidade de tratamento intensivo. Assinale, a seguir, a droga que representa o medicamento de escolha no tratamento de uma emergência hipertensiva.

- A) Fentolamina 5-15 mg – IV.
- B) Nitroglicerina 5-100 µg – infusão IV.
- C) Hidralazina 10-20 mg – bolo IV ou 10-40 mg – IM.
- D) Nitroprussiato de sódio 0,25-10 µg/kg – infusão IV.
- E) Diazóxido 50-150 mg – bolo IV ou 15-30 mg/min – infusão IV.

43

Endocardite infecciosa é uma doença grave, que resulta usualmente da invasão de micro-organismos (bactéria ou fungo) em tecido endocárdico ou material protético do coração. Havendo oportunidade para bacteremia, como, por exemplo, a manipulação dentária em portadores de valvopatia, pode ocorrer colonização pela aderência do micro-organismo na valva deformada. Em relação ao tratamento da endocardite infecciosa, assinale a alternativa correta.

- A) Deve ser feito em hospital, porém com antibioticoterapia oral por 10 a 14 dias.
- B) Pode ser expectante, ficando o paciente apenas em observação, sem riscos de complicações.
- C) É ambulatorial com o uso de penicilinas por 10 dias, logo após, o paciente encontra-se liberado da medicação.
- D) Deve ser feito no hospital, com antibiótico venoso em altas doses, estando todos os pacientes isentos de profilaxia.
- E) Deve ser feito no hospital, com o paciente internado por pelo menos um mês, em uso de antibióticos endovenoso em altas doses.

44

A eclâmpsia, definida como o surgimento de convulsão tônico-clônica em gestantes com pré-eclâmpsia, foi a principal causa de mortalidade materna em todo mundo e continua sendo uma das complicações obstétricas mais graves em nosso meio. Historicamente, no início, a eclâmpsia foi tratada com a sangria materna, no intuito de eliminar a “toxina” presente na doença e, posteriormente, com drogas anti-hipertensivas e anticonvulsivantes deixando, muitas vezes, o feto evoluir a óbito. Em seguida, com o aprofundamento dos conhecimentos fisiopatológicos referentes à má adaptação placentária, a interrupção da gravidez passou a ser o tratamento de escolha. Em relação à droga de escolha no tratamento da eclâmpsia, assinale a correta alternativa.

- A) IECA.
- B) Fenitoína.
- C) Atenolol e captopril.
- D) Furosemida e captopril.
- E) Sulfato de magnésio (MgSO₄).

45

A desfibrilação e a cardioversão elétrica consistem na aplicação de corrente elétrica de alta energia para reversão de arritmias cardíacas geradas pelo mecanismo de reentrada. Na desfibrilação, esta corrente elétrica é aplicada em qualquer momento do ciclo cardíaco; enquanto, na cardioversão elétrica, esta corrente é sempre sincronizada com os complexos QRS do eletrocardiograma para que não seja administrada durante o período vulnerável da repolarização ventricular (onda T), quando pode potencialmente desencadear uma fibrilação ventricular. Com relação às posições das pás manuais dos desfibriladores/cardioversores, assinale a alternativa que indica corretamente a posição para uma maior efetividade do choque.

- A) Ambas as pás posicionadas, uma mais acima da outra, na região precordial.
- B) Uma pá colocada na região infraclavicular esquerda e a outra pá na região precordial.
- C) Posição anterolateral, com uma pá colocada na região infraclavicular direita e a outra pá na região infraclavicular esquerda.
- D) Posição anterolateral, em que uma das pás é colocada na região infraclavicular direita e a outra pá na região precordial.
- E) A posição da pá não é relevante, podendo o choque ser aplicado em qualquer posição em que estejam as pás, desde que na posição torácica anterior.

46

O trauma abdominal é o sofrimento resultante de uma ação súbita e violenta, exercida contra o abdômen por diversos agentes causadores: mecânicos, químicos, elétricos e irradiações. A incidência desse traumatismo vem aumentando, progressivamente, e sua gravidade é determinada pela lesão de órgãos ou estruturas vitais do abdômen e pela associação com outras lesões, principalmente crânio e tórax. O sucesso no manejo do trauma abdominal é caracterizado pela eficiência da abordagem inicial que permite instituir o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno das lesões intra-abdominais, quando presentes. Sobre esse tema, assinale a alternativa correta.

- A) A radiografia é o melhor exame para avaliar lesão diafragmática.
- B) A ultrassonografia é o método diagnóstico de excelência em trauma.
- C) As lesões duodenopancreáticas são raramente tratadas com pancreatoduodenectomia.
- D) Os hematomas retroperitoneais de zona II são, em sua maioria, tratados cirurgicamente.
- E) A ultrassonografia define precocemente lesão intestinal quando comparada ao lavado peritonealdiagnóstico.

47

“Paciente, 35 anos, sofre acidente automobilístico e, após traumatismo craniano, complica com hipertensão intracraniana e tríade de *Cushing*.” São sintomas que definem corretamente a tríade de *Cushing*:

- A) Bradicardia, taquipneia e cefaleia.
- B) Taquicardia, taquipneia e anisocoria.
- C) Hipertensão arterial, anisocoria e cefaleia.
- D) Hipotensão arterial, anisocoria e taquicardia.
- E) Hipertensão arterial, bradicardia e alteração da frequência respiratória.

48

Retirar o paciente da ventilação mecânica pode ser mais difícil que mantê-lo. O processo de retirada do suporte ventilatório ocupa aproximadamente 40% do tempo total de ventilação mecânica. Alguns autores descrevem o desmame como a “área da penumbra da terapia intensiva” e que, mesmo em mãos especializadas, pode ser considerada uma mistura de arte e ciência. A retirada da ventilação mecânica é uma medida importante na terapia intensiva. A utilização de diversos termos para definir este processo pode dificultar a avaliação de sua duração, dos diferentes modos e protocolos e do prognóstico. Diante do exposto, assinale a afirmativa correta.

- A) Extubação: retirada da via aérea artificial. No caso de pacientes traqueostomizados, utiliza-se o termo decanulação.
- B) Interrupção da ventilação mecânica: pacientes que não toleraram um teste de respiração espontânea e que podem ou não ser elegíveis para extubação.
- C) Desmame: processo de transição da ventilação artificial para a espontânea nos pacientes que permanecem em ventilação mecânica invasiva por tempo superior a 48h.
- D) Reintubação ou fracasso de extubação: necessidade de reinstaurar a via aérea artificial. A reintubação é considerada tardia quando ocorre em menos de 48 h após a extubação (ou decanulação).
- E) Sucesso da interrupção da ventilação mecânica: como um teste de respiração espontânea bem sucedido, podendo imediatamente ser retirada a via aérea externa nesses pacientes, sem a necessidade de avaliação anterior.

49

A dissecção aguda da aorta é causada por uma delaminação súbita da camada íntima, com formação de falsa luz que pode destruir a camada média e ter extensão variável, ou ainda, uma hemorragia da média com ruptura da íntima e propagação da dissecção através desta. A propagação da dissecção, responsável por muitos dos sintomas associados, pode ser proximal ou distal ao ponto de delaminação, podendo haver várias comunicações entre a verdadeira e a falsa luz (sítios de reentrada). Em cerca de 70% dos pacientes, as dissecções aórticas se localizam na aorta ascendente a alguns centímetros da valva aórtica. Assinale, a seguir, o(s) sintoma(s) principal(is) que caracteriza(m) a DAA.

- A) Náuseas, vômitos, suor frio e bradicardia, sendo necessária a ventilação precoce.
- B) A dor torácica, ocorrendo de forma lenta e progressiva, principalmente na face posterior do tórax, sendo normalmente sem irradiações.
- C) Sintomas neurológicos como a perda de consciência, paresia e parestesia de membros superiores se referem ao sintoma inicial da DAA.
- D) Junto com a elevação da PA, os principais sintomas da DAA são a cefaleia intensa e a dor retro-ocular que caracterizam a patologia dessa doença.
- E) A dor torácica, ocorrendo de forma súbita e intensa, principalmente na face anterior do tórax, podendo ainda ser dorsal (interescapular) ou migratória, irradiando para ombros, pescoço e abdômen conforme sua progressão.

50

O trauma torácico pode ser causado por traumas contusos (acidentes automobilísticos, quedas e impactos em geral), penetrantes (lesões por arma de fogo ou arma branca) ou pela associação dos anteriores (por exemplo, acidente automobilístico com contusão e lesão penetrante associadas). A fisiopatologia do trauma torácico está relacionada com três alterações básicas: a hipóxia, a hiper carbia e a acidose. A hipóxia tecidual é definida como a oferta inadequada de oxigênio aos tecidos. A hiper carbia definida como o acúmulo de CO_2 ocorre em virtude de uma ventilação inadequada. A acidose metabólica é gerada pelo estado de hipoperfusão tecidual (choque) e também está presente em outras modalidades de trauma que não o torácico. Porém, no trauma torácico, esta pode ser agravada em virtude da associação com acidose respiratória devido ao estado de hipoventilação. **Em relação ao trauma torácico, analise.**

- I. A toracotomia, na sala de emergência, está indicada para pacientes com trauma torácico contuso, que chegam com atividade elétrica miocárdica sem pulso.
- II. A drenagem inicial de 1500 ml de sangue em um paciente com hemotórax traumático é indicação absoluta de toracotomia de urgência.
- III. Em pacientes com tórax instável, a principal responsável pelo comprometimento respiratório costuma ser a contusão pulmonar associada.

Está(ão) correta(s) a(s) afirmativa(s)

A) I, II e III.

B) II, apenas.

C) III, apenas.

D) I e II, apenas.

E) I e III, apenas.

INSTRUÇÕES

1. Material a ser utilizado: caneta esferográfica de tinta azul ou preta. Os objetos restantes devem ser colocados em local indicado pelo fiscal da sala, inclusive aparelho celular desligado e devidamente identificado.
2. Não é permitida, durante a realização das provas, a utilização de máquinas calculadoras e/ou similares, livros, anotações, impressos ou qualquer outro material de consulta, protetor auricular, lápis, borracha ou corretivo. Especificamente, não é permitido que o candidato ingresse na sala de provas sem o devido recolhimento, com respectiva identificação, dos seguintes equipamentos: *bip*, telefone celular, *walkman*, agenda eletrônica, *notebook*, *palmtop*, *ipad*, *ipod*, *tablet*, *smartphone*, mp3, mp4, receptor, gravador, calculadora, câmera fotográfica, controle de alarme de carro, relógio de qualquer modelo etc.
3. Durante a prova, o candidato não deve levantar-se, comunicar-se com outros candidatos e fumar.
4. A duração da prova é de 04 (quatro) horas, já incluindo o tempo destinado à entrega do Caderno de Provas e à identificação – que será feita no decorrer da prova – e ao preenchimento do Cartão de Respostas (Gabarito).
5. Somente em caso de urgência pedir ao fiscal para ir ao sanitário, devendo no percurso permanecer absolutamente calado, podendo antes e depois da entrada sofrer revista através de detector de metais. Ao sair da sala no término da prova, o candidato não poderá utilizar o sanitário. Caso ocorra uma emergência, o fiscal deverá ser comunicado.
6. O Caderno de Provas consta de 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha. Leia-o atentamente.
7. **As questões das provas objetivas são do tipo múltipla escolha, com 05 (cinco) alternativas (A a E) e uma única resposta correta.**
8. Ao receber o material de realização das provas, o candidato deverá conferir atentamente se o Caderno de Provas corresponde ao cargo a que está concorrendo, bem como se os dados constantes no Cartão de Respostas (Gabarito) que lhe foi fornecido estão corretos. Caso os dados estejam incorretos, ou o material esteja incompleto, ou tenha qualquer imperfeição, o candidato deverá informar tal ocorrência ao fiscal.
9. Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião e prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir.
10. O candidato poderá retirar-se do local de provas somente a partir dos 90 (noventa) minutos após o início de sua realização, contudo, não poderá levar consigo o Caderno de Provas, sendo permitida essa conduta apenas no decurso dos últimos 30 (trinta) minutos anteriores ao horário previsto para o seu término.
11. Os 3 (três) últimos candidatos de cada sala somente poderão sair juntos. Caso o candidato insista em sair do local de aplicação das provas, deverá assinar um termo desistindo do Concurso Público e, caso se negue, deverá ser lavrado Termo de Ocorrência, testemunhado pelos 2 (dois) outros candidatos, pelo fiscal da sala e pelo Coordenador da Unidade.

RESULTADOS E RECURSOS

- As provas aplicadas, assim como os gabaritos preliminares das provas objetivas serão divulgados na *Internet*, no site **www.idecan.org.br**, a partir das 16h00min do dia subsequente ao da realização das provas.
- O candidato que desejar interpor recursos contra os gabaritos oficiais preliminares das provas objetivas disporá de **02 (dois) dias úteis**, a partir do dia subsequente à divulgação, em requerimento próprio disponibilizado no *link* correlato ao Concurso Público no site **www.idecan.org.br**.
- A interposição de recursos poderá ser feita **via Internet**, através do **Sistema Eletrônico de Interposição de Recursos**, com acesso pelo candidato ao fornecer dados referentes à sua inscrição apenas no prazo recursal, ao **IDECAN**, conforme disposições contidas no site **www.idecan.org.br**, no *link* correspondente ao Concurso Público.