

CONCURSO PÚBLICO - MÉDICO E MÉDICO PLANTONISTA - PREFEITURA DE SANTANA DE PARNAÍBA, SP.

EDITAL N.º 02/2026.

PROVA OBJETIVA.

ESPECIALIDADE: MÉDICO ANGIOLOGISTA.

Leia atentamente as INSTRUÇÕES:

1. Não será permitido ao candidato realizar as provas usando óculos escuros, (exceto para correção visual, ou fotofobia, desde que informe no ato da inscrição), ou portando aparelhos eletrônicos, (mesmo desligados), celular, qualquer tipo de relógio, chaves, carteira, bolsa, acessórios que cubram o rosto, a cabeça, ou parte desta.
2. Será eliminado deste Concurso Público, o candidato que fizer uso do celular e/ou aparelho eletrônico, no local onde está ocorrendo o mesmo; o candidato cujo celular e/ou aparelho(s) eletrônico(s), mesmo desligado(s), emitir(em) qualquer som, durante a realização das provas. No decorrer de todo o tempo em que permanecer no local, onde ocorre o Concurso Público, o candidato deverá manter o celular desligado, sendo permitido ativá-lo, somente após ultrapassar o portão de saída do prédio.
3. **Sob pena de ser eliminado deste Concurso Público**, o candidato poderá manter em cima da sua carteira apenas lápis, borracha, caneta, um documento de identificação, lanche, (exceto líquido). **Outros pertences**, antes do início das provas, o candidato deverá acomodá-los **embaixo de sua cadeira**, sob sua guarda e responsabilidade.
4. Confira se sua prova tem **30 questões**, cada qual com **04 alternativas**.
5. Verifique seus dados no cartão-resposta, (nome, número de inscrição e o cargo para o qual se inscreveu), **ASSINE** o mesmo.
6. Preencha toda a área do cartão-resposta correspondente à alternativa de sua escolha, com caneta esferográfica, (tinta azul, ou preta), sem ultrapassar as bordas. As marcações duplas, rasuradas, ou marcadas diferentemente, do modelo estabelecido no cartão-resposta, serão anuladas.
7. Observe as orientações apresentadas no cartão-resposta. O mesmo não será substituído, salvo se contiver erro de impressão.
8. Aguarde a autorização do fiscal para abrir o caderno de provas. Ao receber a ordem, confira-o com muita atenção. Nenhuma reclamação sobre o total de questões, ou falha de impressão, será aceita depois de iniciada a prova. Caberá apenas ao candidato a interpretação das questões, o fiscal não poderá fazer nenhuma interferência.
9. A Prova Objetiva terá duração máxima de **3h, (três horas)**, incluso o tempo destinado ao preenchimento do cartão-resposta.
10. O candidato poderá retirar-se do local da prova somente **1h, (uma hora)**, após seu início, levando o caderno de prova.
11. Ao terminar sua prova, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o cartão-resposta preenchido, assinado e retirar-se do recinto, onde está ocorrendo a mesma, não lhe sendo mais permitido o uso do banheiro e bebedouro.
12. Os **3, (três)**, candidatos que terminarem a prova por último, deverão permanecer na sala, só poderão sair juntos, após o fechamento do envelope, contendo os cartões-respostas dos candidatos presentes e ausentes, assinarem no referido envelope, atestando que este foi devidamente lacrado.

BOA PROVA!

POLÍTICAS DE SAÚDE.

1. Certo médico de Atenção Primária acompanha um homem de 46 anos com diagnóstico confirmado de tuberculose pulmonar bacilífera, em acompanhamento irregular e baixa adesão ao tratamento. Em consulta recente, o paciente afirma que não pretende seguir o tratamento e continua frequentando ambientes fechados com outras pessoas, recusando-se também a informar contatos próximos. Diante desse cenário, qual é a conduta mais adequada do ponto de vista ético-profissional?

- a) Suspender o acompanhamento devido à baixa adesão e risco coletivo envolvido.
- b) Manter sigilo absoluto, respeitando a autonomia do paciente, sem comunicação a autoridades.
- c) Informar diretamente os contatos do paciente, independentemente de medidas institucionais.
- d) Realizar notificação compulsória e adotar medidas sanitárias previstas, mesmo sem consentimento do paciente.

2. Determinado município implementa um programa voltado à redução de complicações de certa doença crônica prevalente. As ações incluem rastreamento sistemático de indivíduos assintomáticos com teste específico, tratamento dos casos identificados precocemente e acompanhamento regular para evitar progressão e sequelas. Em paralelo, há incentivo a mudanças de estilo de vida na população geral. Considerando-se os conceitos de história natural da doença e níveis de prevenção, qual alternativa classifica, corretamente, as principais ações descritas?

- a) Rastreamento e tratamento precoce correspondem à prevenção primária, enquanto mudanças de estilo de vida são prevenção secundária.
- b) O rastreamento corresponde à prevenção terciária, pois reduz incapacidades futuras.
- c) Todas as medidas descritas correspondem à prevenção primária, pois atuam antes do surgimento de sintomas.
- d) Rastreamento corresponde à prevenção secundária, enquanto o acompanhamento para evitar complicações caracteriza prevenção terciária.

3. Durante a reestruturação de sua rede assistencial, um estado institui regiões de saúde com definição de responsabilidades sanitárias entre municípios, estabelece fluxos assistenciais pactuados, cria instrumentos formais de governança interfederativa e organiza a oferta de serviços de média e alta complexidade de forma compartilhada. Além disso, adota mecanismos de regulação do acesso e planejamento integrado. Tendo em vista as diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde, qual alternativa melhor expressa o fundamento central dessas ações?

- a) Descentralização entendida como transferência plena de autonomia aos municípios, sem necessidade de pactuação interfederativa.
- b) Integralidade caracterizada pela oferta de todos os serviços de saúde em cada município.
- c) Regionalização e hierarquização como base para integração dos serviços e garantia de continuidade do cuidado.
- d) Equidade operacionalizada, exclusivamente, por meio da ampliação uniforme da oferta de serviços.

4. Durante plantão em hospital geral, o médico atende um paciente com quadro de febre alta, exantema maculopapular, conjuntivite e tosse, com história recente de viagem internacional. Diante da suspeita clínica de Sarampo, o profissional opta por iniciar medidas de isolamento, coleta de exames e programar a notificação no sistema ao final do plantão, junto com os demais casos do dia. Tendo em vista as normas vigentes no Brasil, qual é a conduta mais adequada em relação à notificação?

- a) Notificar apenas se houver confirmação de surto ou múltiplos casos relacionados.
- b) Realizar notificação imediata às autoridades de saúde, por meio dos canais estabelecidos, sem

aguardar o término do plantão.

c) Aguardar confirmação laboratorial antes de notificar, devido à possibilidade de diagnóstico diferencial com outras viroses exantemáticas.

d) Inserir a notificação posteriormente no sistema, desde que realizada dentro do prazo de 7 dias.

5. Um homem de 64 anos, com histórico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2, é admitido com quadro de dor torácica súbita, evoluindo com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Após 48 horas de internação, apresenta choque cardiogênico e evolui a óbito. Ao preencher a Declaração de Óbito, o médico deve registrar, corretamente, a sequência causal na Parte I do documento. Qual é a forma mais adequada de preenchimento?

a) Diabetes mellitus → hipertensão arterial → infarto agudo do miocárdio.

b) Parada cardiorrespiratória → infarto agudo do miocárdio.

c) Infarto agudo do miocárdio → choque cardiogênico.

d) Choque cardiogênico → infarto agudo do miocárdio.

CLÍNICA MÉDICA - COMUM A TODOS OS CARGOS.

6. Uma mulher de 62 anos, com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, (DPOC), GOLD III e uso recente de antibiótico por exacerbação há 20 dias, procura atendimento por febre, dispneia progressiva e tosse produtiva. Ao exame: FR 30 irpm, PA 92/58 mmHg, FC 118 bpm, SatO₂ 88% em ar ambiente. Apresenta confusão leve. Radiografia de tórax mostra infiltrado multilobar. Foi internada em enfermaria nas últimas 3 semanas por exacerbação da DPOC. A partir do quadro clínico e fatores de risco, qual é a melhor conduta inicial em relação à antibioticoterapia empírica?

a) Iniciar esquema empírico com cobertura para patógenos típicos e atípicos, incluindo cobertura para *Pseudomonas aeruginosa*.

b) Aguardar culturas respiratórias antes de definir cobertura para germes multirresistentes.

c) Iniciar monoterapia com macrolídeo, considerando provável etiologia atípica em paciente com DPOC.

d) Iniciar betalactâmico isolado sem cobertura ampliada, pois não há critérios formais de pneumonia hospitalar.

7. Um homem de 68 anos, com diagnóstico de Doença de Parkinson há 6 anos, em uso de levodopa/carbidopa em doses fracionadas, refere piora progressiva da mobilidade ao longo do dia, com períodos de boa resposta intercalados com episódios de rigidez e bradicinesia, ("wearing-off"). Relata, ainda, surgimento recente de movimentos involuntários coreiformes nos períodos de melhor resposta à medicação. Nega sintomas psicóticos. Ao exame, apresenta discinesias de pico de dose e flutuações motoras previsíveis. Qual é a melhor estratégia terapêutica inicial para manejo desse quadro?

a) Iniciar Antipsicótico atípico para controle dos movimentos involuntários.

b) Reduzir a dose individual de Levodopa e aumentar a frequência das administrações, podendo associar inibidor da Catecol-O-Metiltransferase, (COMT).

c) Introduzir Anticolinérgico visando controle das discinesias e flutuações motoras.

d) Suspende Levodopa e iniciar Agonista Dopaminérgico em Monoterapia.

8. Um homem de 57 anos, etilista crônico, dá entrada com febre, cefaleia intensa e rebaixamento do nível de consciência há 12 horas. Ao exame: Glasgow 12, rigidez de nuca, sem déficits focais evidentes. São coletadas hemoculturas e iniciada antibioticoterapia empírica. A análise do líquido, obtido após tomografia de crânio sem contraindicações, revela: 1.800 leucócitos/mm³ (90% neutrófilos), glicose 28 mg/dL, (glicemia sérica 110 mg/dL), proteína 220 mg/dL.

Considerando-se o agente etiológico mais provável nesse contexto clínico, qual é o esquema antimicrobiano empírico mais adequado?

- a) Meropenem em Monoterapia como cobertura universal inicial.
- b) Ceftriaxona associada à Vancomicina e Ampicilina.
- c) Cefepime associado à Vancomicina, sem necessidade de outros agentes.
- d) Ceftriaxona isolada em dose plena.

9. Uma mulher de 36 anos procura atendimento por cefaleia de início há 5 dias, progressiva, de forte intensidade, holocraniana, associada a náuseas e piora ao deitar. Refere episódio recente de uso de anticoncepcional oral combinado e viagem longa há cerca de 10 dias. Nega história prévia de enxaqueca. Ao exame: papiledema bilateral, sem déficits neurológicos focais. Temperatura normal. Qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Hemorragia subaracnoide.
- b) Hipertensão intracraniana idiopática.
- c) Trombose venosa cerebral.
- d) Enxaqueca sem aura.

10. Uma puérpera de 29 anos, no 5º dia pós-parto, procura atendimento por dor mamária intensa à esquerda, associada à área endurecida e hiperemiada. Refere febre, (38,5 °C) e mal-estar nas últimas 24 horas. O recém-nascido está em aleitamento materno exclusivo, com boa pega segundo relato. Ao exame: área dolorosa, quente e mal delimitada na mama esquerda, sem flutuação. Não há sinais de seps. Qual é a conduta mais adequada?

- a) Suspender o aleitamento materno na mama afetada até resolução completa do quadro infeccioso.
- b) Indicar drenagem cirúrgica imediata, mesmo na ausência de coleção evidente.
- c) Manter o aleitamento materno e iniciar antibioticoterapia, além de medidas de esvaziamento eficaz da mama.
- d) Utilizar apenas medidas não farmacológicas, como compressas mornas e ordenha, sem necessidade de antibiótico.

11. Um homem de 41 anos, previamente hígido, residente em área rural, procura atendimento por dor abdominal intermitente e episódios de diarreia há cerca de 2 semanas. Evolui com tosse seca e sibilância nos últimos dias. Nega febre. Ao exame: abdome discretamente doloroso difusamente e sibilos esparsos à ausculta pulmonar. Hemograma mostra leucocitose com eosinofilia significativa. Parasitológico de fezes ainda não disponível. Tendo em vista o diagnóstico mais provável, qual é a melhor conduta inicial?

- a) Iniciar Metronidazol, visando protozoários intestinais.
- b) Aguardar resultado do exame parasitológico antes de tratar.
- c) Iniciar tratamento empírico com Ivermectina.
- d) Prescrever Albendazol em dose única, sem necessidade de repetição.

12. Uma mulher de 34 anos procura atendimento por desconforto epigástrico recorrente há 4 meses, descrito como sensação de plenitude pós-prandial e saciedade precoce. Nega pirose ou regurgitação. Sem perda ponderal, anemia, vômitos persistentes ou disfagia. Não faz uso de anti-inflamatórios. Exame físico sem alterações. Considerando-se a melhor abordagem inicial para esse quadro, qual é a conduta mais adequada?

- a) Prescrever Procinético como Monoterapia inicial.
- b) Iniciar tratamento empírico com antibióticos para erradicação de *Helicobacter pylori*, sem confirmação diagnóstica.
- c) Realizar teste não invasivo para *Helicobacter pylori* e tratar se positivo.
- d) Solicitar endoscopia digestiva alta como exame inicial.

13. Um homem de 58 anos, com Diabetes Mellitus tipo 2 há 10 anos, em uso de metformina 2.000 mg/dia e glibenclamida, procura atendimento por controle glicêmico inadequado. Apresenta HbA1c de 9,2%. Refere ganho ponderal recente e episódios ocasionais de hipoglicemia leve. Tem história de infarto prévio há 3 anos e doença renal crônica estágio 3, (TFG estimada: 48 mL/min/1,73m²). PA controlada. Levando-se em conta as diretrizes mais recentes, qual é a melhor estratégia terapêutica para intensificação do tratamento?

- a) Manter o esquema atual e reforçar apenas mudanças no estilo de vida por mais 6 meses.
- b) Aumentar a dose da Sulfonilureia até o máximo tolerado, antes de considerar outras classes.
- c) Substituir Metformina por Insulina Basal como primeira medida de intensificação.
- d) Introduzir um Inibidor de SGLT2 ou Agonista do receptor de GLP-1, independentemente da HbA1c-alvo, visando benefício cardiovascular e renal.

14. Um homem de 31 anos procura atendimento por lesão genital há cerca de 10 dias. Refere que iniciou como pequena pápula indolor, evoluindo para úlcera única. Nega dor local significativa. Nas últimas 48 horas, passou a apresentar aumento doloroso em região inguinal direita. Ao exame: úlcera genital única, de bordas bem delimitadas, base limpa e endurecida. Presença de linfonodo inguinal aumentado, doloroso, com sinais inflamatórios locais. Nega febre. A partir do diagnóstico mais provável, qual é a hipótese principal?

- a) Sífilis primária com linfadenite reacional.
- b) Herpes genital.
- c) Linfocitoma venéreo.
- d) Cancro mole.

15. Uma mulher de 42 anos procura atendimento por dor articular há 4 meses, acometendo mãos e punhos de forma bilateral, associada a rigidez matinal com duração aproximada de 90 minutos. Refere melhora parcial ao longo do dia. Nega febre. Ao exame, apresenta sinovite em articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais. Exames laboratoriais mostram fator reumatoide negativo, PCR discretamente elevada e hemograma sem alterações. Qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Artrite reumatoide soronegativa.
- b) Osteoartrite.
- c) Artrite psoriásica.
- d) Lúpus eritematoso sistêmico.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS - MÉDICO ANGIOLOGISTA.

16. Com base no caso clínico apresentado, assinale a alternativa correta.

Paciente do sexo masculino, 68 anos, com histórico de fibrilação atrial, trombose venosa profunda e internação recentes, encontra-se em uso concomitante de Enoxaparina e Varfarina. Ele comparece ao pronto atendimento relatando episódios de epistaxe, sangramento auricular, equimoses espontâneas, além de relato de vômito com aspecto de borra de café.

Ao exame físico, apresenta-se hemodinamicamente estável, porém, com múltiplas áreas de hematomas. Exames laboratoriais indicam: hemoglobina = 8,1 g/dL, creatinina=1,1 mg/dL plaquetas = 210.000/mm³ e INR = 5,5.

- a) O paciente apresenta risco aumentado de sangramento devido à anticoagulação excessiva, sendo indicada a possível suspensão da Varfarina e da Enoxaparina, além da avaliação imediata do uso de KCL, (cloreto de potássio), como antídoto.
- b) A hematêmese pode indicar sangramento ativo no trato gastrointestinal ao passo que o INR elevado, (maior que 3,0), indica efeito acima do esperado da Varfarina, sendo necessária a administração de

Vitamina K para normalizar o INR, bem como uma possível suspensão dos anticoagulantes e redução de dose do Anticoagulante Cumarínico.

c) A hematêmese pode indicar sangramento ativo no trato gastrointestinal e a principal intervenção é suspender imediatamente a Enoxaparina, a principal responsável pelo aumento do INR.

d) A contagem de plaquetas e o valor de INR estão dentro da normalidade para pacientes em uso de Varfarina, sendo necessária intervenção à suspensão dos anticoagulantes, diante do sangramento apresentado.

17. Acerca da fisiologia da coagulação e agentes antiagregantes plaquetários, assinale a alternativa incorreta.

a) Fármacos como Clopidogrel e Ticagrelor atuam como antiagregantes plaquetários por inibirem o receptor de ADP, (P2Y₁₂), sendo o Clopidogrel um pró-fármaco, enquanto o Ácido Acetilsalicílico inibe irreversivelmente a ciclooxigenase plaquetária.

b) A ativação das plaquetas, observada na hemostasia primária, leva à liberação de grânulos plaquetários, além da exposição de fosfolípidios de membrana, que fornecem uma superfície essencial para a ativação das proteases da cascata de coagulação, (zimógenos integrantes da hemostasia secundária).

c) A lesão do endotélio vascular expõe o colágeno subendotelial, promovendo a adesão plaquetária mediada pelo fator de von Willebrand, (FvW), interação entre o FvW e o receptor plaquetário GPIIb.

d) O tampão plaquetário corresponde à hemostasia primária, sendo estabilizado pela ação da plasmina, que promove, através da hemostasia secundária a organização de plasminogênio no coágulo, gerando maior estabilidade e efetividade em reduzir e evitar o extravazamento sanguíneo.

18. Sobre a fisiologia da coagulação, agentes trombolíticos, anticoagulantes e antiagregantes plaquetários, determine a alternativa verdadeira.

a) O Trombolítico Alteplase inicia a fibrinólise local ao se ligar à fibrina em um trombo, (coágulo) e converter o plasminogênio aprisionado em plasmina. É considerado um medicamento com um longo tempo de meia vida, superior a 60 minutos.

b) Após a administração de Alteplase, é recomendada, dentro das 24 horas iniciais, a introdução de AAS 100 mg para evitar eventos tromboembólicos adicionais.

c) A associação entre Rivaroxabana e Enoxaparina, (1mg/kg de peso corporal a cada 12 horas), é recomendada no tratamento da embolia pulmonar.

d) No tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico, é contraindicado o uso de Alteplase em caso de presença de neoplasia intracraniana, malformação arteriovenosa e aneurisma.

19. Qual é a principal doença vascular, relacionada às manifestações clínicas descritas?

Paciente do sexo feminino, 59 anos, atendida em Pronto-socorro apresenta placas escamosas crônicas com exacerbações eritematosas agudas, bilaterais, pruriginosas e dermatite ocre na região maleolar medial sem dor significativa. O relato clínico envolve história de insuficiência venosa, hipertensão arterial sistêmica, alergia prévia a Antinflamatórios não esteroidais, (AINEs) e Dipirona, além do uso prévio de Losartana 50 mg 12/12 horas, AAS 100 mg 1x dia após almoço, Hidralazina 25 mg 8/8 horas e Diosmina+Esperidina 500 mg 12/12 horas. Os exames laboratoriais apontam hemoglobina:13,5g/dL; creatinina: 1,0 mg/dL uréia 45 mg/dL”.

a) Linfedema.

b) Lipodermatoesclerose.

c) Dermatite de estase venosa.

d) Trombose venosa profunda.

20. Paciente sexo masculino, 33 anos, refere febre, calafrios, mal-estar intenso e cefaleia. Ao exame clínico são observadas bolhas superficiais flácidas com limites bem definidos sem

presença de material purulento além de eritema, edema e hipertermia em membro inferior direito. Adicionalmente, o paciente apresenta pressão arterial sistêmica de 80x60 mmHg, 100 bpm e temperatura axilar=38,5°C. Sobre isso, indique a alternativa correta.

- a) O principal diagnóstico corresponde à Erisipela e o tratamento inclui a cobertura de germes gram positivos como estreptococos beta-hemolíticos, *Staphylococcus aureus* e *Escherichia coli* como ceftriaxona 1g 12/12 horas ou 2g uma vez ao dia.
- b) Erisipela é o principal diagnóstico, o tratamento inclui a cobertura de germes gram positivos como estreptococos alfa-hemolíticos e *Staphylococcus aureus* como penicilina G 4 milhões em intervalos de 12 horas.
- c) O caso retrata um episódio de Erisipela e o tratamento inclui a cobertura de germes gram positivos como estreptococos beta-hemolíticos e *Staphylococcus aureus* como Cefalexina 500 mg 6/6 horas via oral.
- d) O paciente em questão apresenta quadro compatível com Erisipela e deve ser instituída terapia medicamentosa com espectro para cobertura de bactérias gram positivas como estreptococos beta-hemolíticos e estafilococos aureus como Penicilina G intravenosa 4 milhões 4/4 horas.

21. Sobre a infecção por pé diabético, marque a alternativa correta.

- a) A principal função da cirurgia é remover o tecido infectado e não viável, sendo raramente necessária a coleta de amostras de tecido profundo para cultura.
- b) Pacientes com úlceras diabéticas nos pés devem receber antibioticoterapia, especialmente se as culturas de feridas apresentarem positividade, ou seja, indicarem crescimento de microrganismos.
- c) Infecções leves devem ser tratadas, via endovenosa, com Metronidazol 500 mg 6/6 horas e Ceftriaxona 2g 12/12h.
- d) Abscesso profundo ou extenso, envolvimento ósseo ou articular extenso, crepitação, necrose ou gangrena, fasciite necrosante e Isquemia grave dos membros inferiores, são algumas das indicações para abordagem cirúrgica.

22. Sobre agentes medicamentosos que interferem na hemostasia, identifique a alternativa verdadeira.

- a) Clopidogrel é um considerado um pró fármaco, pois necessita de metabolização hepática via CYP2C19 para cumprir com o papel terapêutico proposto. O uso deve ser evitado com omeprazol, inibidor enzimático forte, que pode aumentar o efeito antiagregante do clopidogrel.
- b) Níveis altos de D dímero, produto da degradação da fibrina reticulada pela plasmina, indicam início de coagulação e degradação do coágulo. É considerado um exame de alta especificidade.
- c) Folhas verdes escuras, brocólis, espinafre, couve, bucho, fígado são fontes relevantes de vitamina K e a ingestão aumentada pode diminuir o efeito anticoagulante cumarínico, diminuir o INR e aumentar o risco de ineficácia terapêutica.
- d) Alteplase e Tenecteplase são agentes fibrinolíticos amplamente utilizados em emergências como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, onde a janela terapêutica para atendimento é de 06 horas. A dose de Alteplase recomendada é de 0,8 kg/kg e a máxima é de 80 mg/ dia.

23. Paciente feminino, 54 anos, com queixa de dor, sensação de peso em membros inferiores e presença de varizes visíveis. Foi submetida a Ultrassonografia Doppler Venosa dos membros inferiores. Ao exame, foram fornecidos os seguintes tempos de refluxo após manobra de compressão-descompressão:

Veia safena magna: 600 ms.

Veia perforante: 450 ms.

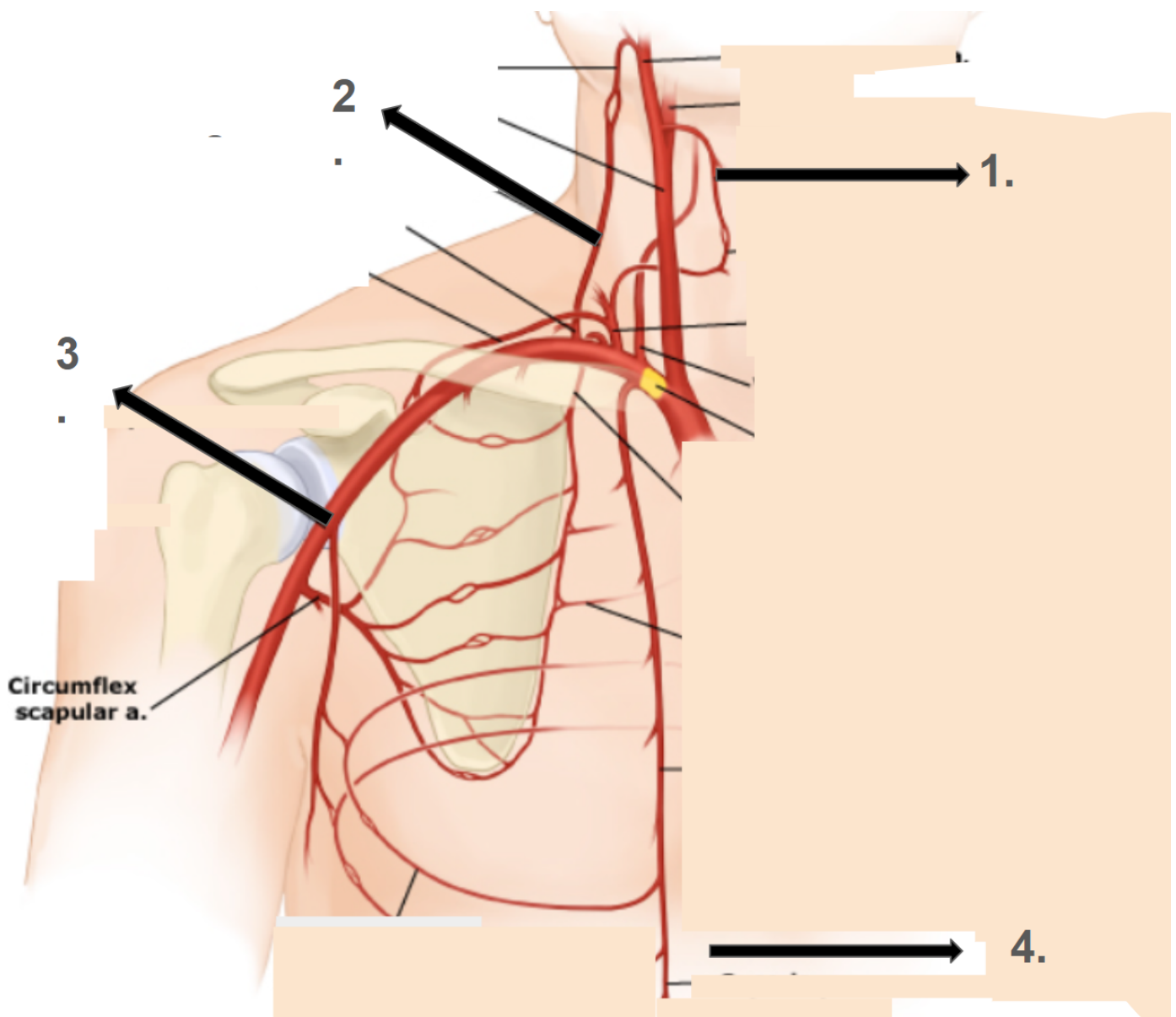
Veia femoral comum: 900 ms.

Veia poplítea: 1100 ms.

Veias tibiais: 400 ms.

Com base nos achados descritos, assinale a alternativa correta.

- a) Há refluxo patológico apenas na veia poplítea.
- b) Há refluxo patológico em todos os segmentos avaliados.
- c) Há refluxo patológico apenas no sistema venoso profundo.
- d) Há refluxo patológico apenas na veia safena magna e na veia poplítea.



24. Observe a imagem relacionada à anatomia vascular para responder a questão. Assinale a alternativa que traz a correspondência exata entre a numeração e a descrição do componente vascular relacionado.

- a) 1. Artéria inferior da tireoide; 2. Artéria cervical profunda; 3. Artéria axilar; 4. Artéria Superior epigástrica.
- b) 1. Artéria superior da tireoide; 2. Artéria cervical profunda; 3. Artéria axilar; 4. Artéria torácica interna.
- c) 1. Artéria superior da tireóide; 2. Artéria tronco costocervical; 3. Artéria axilar; 4. Artéria Superior epigástrica
- d) 1. Artéria superior da tireoide; 2. Artéria cervical profunda; 3. Artéria axilar; 4. Artéria Superior epigástrica.

25. Marque a alternativa incorreta sobre traumas vasculares.

- a) A toracostomia de ressuscitação compreende situações graves, onde o paciente em estado crítico, provavelmente, sofreu uma lesão letal. Apenas um número limitado de pacientes com lesão penetrante

podem ser candidatos à toracotomia de ressuscitação no pronto-socorro. A toracotomia de ressuscitação deve ser realizada apenas em pacientes que chegam com sinais vitais e que apresentam colapso cardiovascular subsequente por exsanguinação.

b) A toracotomia de ressuscitação envolve a evacuação do hemotórax remanescente, através da introdução de uma pinça aórtica porção proximal da aorta torácica descendente, tomando-se o cuidado de não lesionar o esôfago. Uma janela pericárdica deve ser criada caso haja suspeita de hemopericárdio. Frequentemente, lesões graves são identificadas e devem ser controladas com compressão direta, se possível, ou por tamponamento, até que o paciente possa ser transportado para o centro cirúrgico.

c) A toracostomia envolve a colocação urgente de um dreno torácico de grosso calibre que deve ser realizada após a identificação de hemotórax ou pneumotórax, (exame clínico, radiografia de tórax). Deve-se suspeitar de hemotórax maciço em qualquer paciente traumatizado com choque, ausência ou diminuição dos sons respiratórios e macicez à percussão em um hemitórax.

d) O manejo de um trauma vascular envolve a introdução de um dreno de tórax de grosso calibre e a colocação de uma pinça na extremidade distal do tubo até que ele possa ser conectado a uma câmara de sucção apropriada. Isso permite uma medição mais precisa da quantidade de hemotórax. Se o débito inicial for maior que 1100 mL ou >100 mL/hora por duas a quatro horas, presume-se a presença de uma lesão vascular significativa e o paciente deve ser submetido a exploração cirúrgica.

26. Assinale a alternativa em que há erro na correlação entre mecanismo fisiopatológico e etiologia do edema.

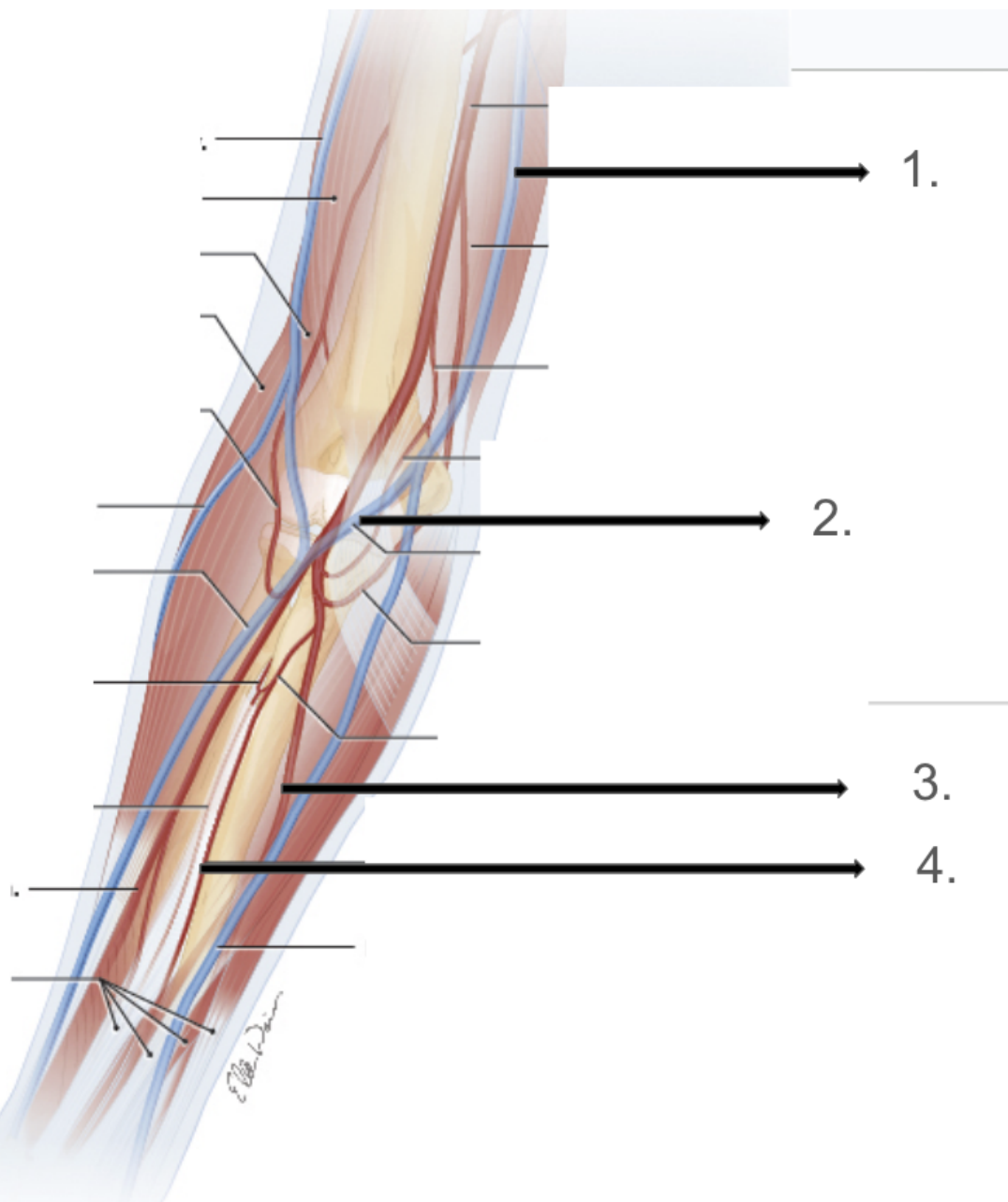
a) Doença hepática, Desnutrição, Síndrome Nefrótica estão associadas à Hipoalbuminemia, enquanto a Diabetes Mellitus, inflamação ou sepse, traumas e queimaduras relacionam-se ao aumento da permeabilidade capilar.

b) Insuficiência cardíaca, retenção renal primária de sódio, doença renal, infusão de antibióticos parenterais ou outros medicamentos com grandes quantidades de sódio, bicarbonato de sódio ou reposição excessiva de fluidos excessiva ou em taxa de infusão muito rápida, são causas associadas ao aumento do volume plasmático associado a retenção de sódio.

c) Anti-inflamatórios não esteroides, Glicocorticoides e Fludrocortisona, Tiazolidinedionas, Insulinas, Estrogênios, Progestinas, Androgênios, Testosterona, Inibidores da Aromatase e Tamoxifeno, são algumas das causas associadas ao aumento do volume plasmático associado a retenção de sódio.

d) Edema de realimentação, obstrução venosa local, trombose venosa, estenose venosa e insuficiência venosa crônica, (síndrome pós-trombótica), são alguns dos fatores associados a insuficiência ou obstrução venosa crônica.

27. Observe a imagem acerca da anatomia vascular do membro superior direito e assinale a alternativa que traz, corretamente, a correspondência entre a numeração e a descrição do componente vascular relacionado .



Assinale alternativa que traz corretamente a correspondência entre a numeração e a descrição do componente vascular relacionado .

- a) 1. Veia cefálica; 2. Veia cubital mediana; 3. Artéria Ulnar; 4. Artéria interóssea anterior.
- b) 1.Veia basílica; 2.Veia cefálica; 3.Artéria Ulnar; 4.Artéria interóssea anterior.
- c) 1. Veia basílica; 2. Veia cubital mediana; 3. Artéria Ulnar; 4. Artéria radial.
- d) 1. Veia basílica; 2. Veia cubital mediana; 3. Artéria Ulnar; 4. Artéria interóssea anterior.

28. Sobre aneurismas de membro superior, indique a alternativa verdadeira.

- a) A ruptura é a complicação mais frequente.
- b) A principal complicação clínica é a embolização distal, podendo causar isquemia digital.
- c) A maioria dos êmbolos periféricos ocorre em membros superiores.
- d) A maioria dos aneurismas de membro superior é sintomática ao diagnóstico.

29. Paciente masculino, 80 anos, hipertenso e portador de doença aterosclerótica difusa, é encaminhado ao serviço de cirurgia vascular após identificação de massa pulsátil em membro superior direito. Refere episódios recentes de parestesias intermitentes em dedos da mão direita, sem dor em repouso ou sinais de isquemia crítica. Nega trauma local.

Ao exame físico: massa pulsátil em região distal do antebraço direito, pulsos radial e ulnar presentes, porém, assimétricos, perfusão distal preservada. Exames laboratoriais: creatinina: 1,3 mg/dL; Hb: 13,2 g/dL, plaquetas: 130.000/mm³, INR: 1,0. Ultrassonografia com Doppler arterial: aneurisma fusiforme de artéria ulnar distal direita medindo 1,8 cm, diâmetro da artéria adjacente: 0,8 cm, relação aneurisma/artéria = 2,25x, presença de trombo intraluminal parcial aderido à parede, fluxo distal preservado, sem oclusão completa.

Em relação à indicação de reparo dos aneurismas de ramos do arco aórtico e das artérias dos membros superiores, assinale a alternativa certa.

- a) A vigilância ultrassonográfica é apropriada para aneurismas assintomáticos diante da ocorrência de trombo intraluminal descartando a necessidade de reparo intervencionista.
- b) A presença de sintomas, independentemente do mecanismo, constitui indicação de reparo, visando alívio clínico e prevenção de complicações embólicas.
- c) O critério de diâmetro duas vezes maior que a artéria adjacente normal é universalmente validado e obrigatório para indicação cirúrgica em todos os casos.
- d) Aneurismas assintomáticos pequenos, sem trombo intraluminal, devem ser tratados cirurgicamente para prevenção de eventos embólicos.

30. Sobre o uso da Enoxaparina, (Heparina de baixo peso molecular), indique a alternativa correta.

- a) O risco de sangramento é maior em pacientes com baixo peso corporal e requer ajuste em pacientes abaixo de 75 anos.
- b) A monitorização da atividade anti-Xa é uma das formas de acompanhamento do efeito terapêutico e toxicidade da enoxaparina especialmente na disfunção hepática moderada e grave Child-Turcotte-Pugh classe B e C.
- c) É contraindicada em pacientes com taxa de filtração glomerular inferior a 30 mL/min.
- d) A dose terapêutica da enoxaparina no tromboembolismo venoso é baseada no peso corporal total, sendo 1 mg/kg a cada 12 horas. Em pacientes com obesidade, (IMC \geq 40 kg/m²), recomenda-se o uso do peso corporal total, podendo ser considerada a monitorização da atividade anti-Xa em casos selecionados.

RASCUNHO.