

AMPLIADA, REVISADA E ATUALIZADA



# 1000

## **QUESTÕES COMENTADAS** DE CONCURSOS E RESIDÊNCIAS EM **MEDICINA**

INCLUI LÍNGUA PORTUGUESA,  
MATEMÁTICA E INFORMÁTICA

**INDICADO PARA**  
EBSERH | Residências Multiprofissionais  
Secretarias de Saúde | Universidades  
Tribunais (Tjs, TRTs e MPUs) | Forças Armadas  
Ministério da Saúde | Polícia Civil

**SANAR**

# Apresentação

Olá, tudo bem?

Espero que esta obra faça a diferença em seus estudos e que o tão sonhado objetivo de ser aprovado na prova seja alcançado. Por este motivo, fizemos uma vasta análise no cenário de provas de concursos e residências em Medicina nos últimos anos. Captamos questões dos mais diversos tipos de provas: prefeituras, EBSEH, tribunais e senado federal, forças armadas, títulos de especialista, dentre outros. Desta forma, conseguimos ter uma visão mais clara sobre os **conteúdos mais relevantes**. Este trabalho prévio nos permitiu criar um produto mais completo e mais eficiente que atende às necessidades de um médico que prestará concurso público e residência.



Vamos às ferramentas didáticas:

1. **DICAS DE ESTUDO.** Planejamento da rotina de estudos baseado na proposta pedagógica do livro. Mais detalhes sobre esta ferramenta podem ser lidos no tópico: "Como ler este livro".
2. **CRIANDO SEUS PRÓPRIOS RECURSOS.** Traremos para você dicas para criarem seus resumos, mapas mentais, focar nos estudos e se organizar da melhor maneira possível!
3. **QUESTÕES CATEGORIZADAS.** Todas as questões são organizadas por assuntos e por grau de dificuldade, de acordo com o seguinte modelo:

FÁCIL	●
INTERMEDIÁRIO	● ●
DÍFICIL	● ● ●

4. **COMENTÁRIOS EM CADA ALTERNATIVA.** Todas as alternativas possuem breves comentários, independentemente de estarem certas ou erradas.
5. **DICA DO AUTOR.** Explicação adicional aos comentários das alternativas. Aparecerá nas questões que o autor julgar importante incluir este recurso.
6. **RESUMO PRÁTICO.** Síntese do assunto abordado nas questões estruturado de forma esquematizada.
7. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.** As fontes utilizadas privilegiam os livros mais recomendados em editais e estão devidamente identificadas nas referências.

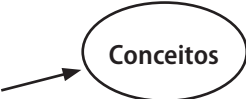
## Como ler este livro?

1. Para começar, preciso lhe dizer que este livro não é um livro qualquer!
2. Acreditamos que a ausência de um método de estudo é o principal fator de reprovação. Como o nosso papel é ajudá-lo a alcançar o seu sonho de ser aprovado em um concurso público, incluímos nesta obra um roteiro de estudo para guiá-lo e alimentá-lo com as ferramentas necessárias ao aprendizado. 
3. Então as suas missões são: estudar, consumir e devorar estas páginas! Esteja livre para rabiscar, sublinhar, destacar, circular e escrever! O importante é produzir e garantir o seu sucesso nas provas! 
4. O nosso objetivo é ajudá-lo a conquistar a sua meta! Muitas vezes, encorajando-o e incentivando-o para continuarmos juntos na missão!





## Quem avisa, amigo SANAR é...



### COMO FAZER UM BOM RESUMO?

1. L E I A com atenção
2. Marque/grife as **palavras-chave** 
3. Escreva o resumo com as suas próprias palavras
4. Organize as ideias principais
5. Faça muitos exercícios para fixar o assunto! Pode ser logo após a leitura, no fim de semana... Faça o que for melhor de acordo com a sua rotina, mas sempre organizando o seu planner de estudos!

## Como se manter focado nos estudos?

1. Organize o seu tempo 
2. Evite distrações 
3. Exercite seu conhecimento resolvendo as questões e depois analise os comentários validando seu raciocínio 
4. Leia os resumos práticos com bastante atenção e quando necessário, assista a videoaulas. 

# Como fazer um mapa mental?

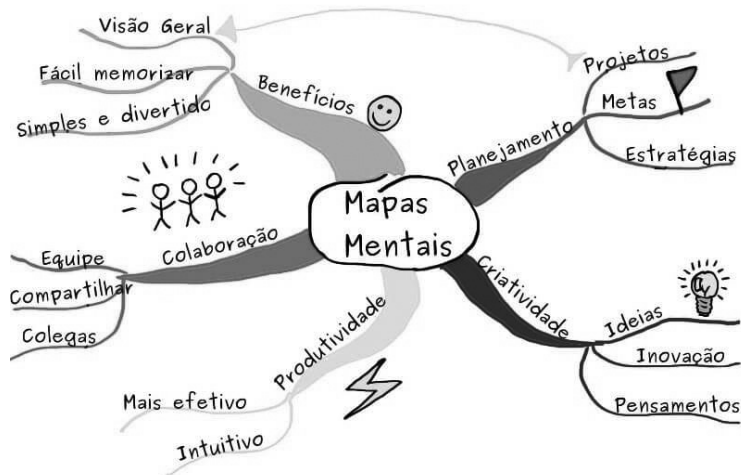
O mapa mental é uma ferramenta para organizar, memorizar ou analisar um conteúdo específico.

1. Identifique de onde virá a informação e qual o seu OBJETIVO.
2. Comece com o TÍTULO. Coloque-o no CENTRO da folha, normalmente dentro de uma elipse.



3. A partir do título, puxe linhas que representam INFORMAÇÕES ASSOCIADAS AO TÍTULO. É recomendado que essas informações sejam apenas palavras.
4. O ideal é COLORIRMOS o nosso mapa mental! Junte aí as suas canetas coloridas!
5. Use FIGURAS e DESENHOS o máximo que você puder para solidificar ainda mais as informações.
6. TREINE! O mapa mental pode ser a ferramenta para que o seu cérebro organize melhor as informações. A prática leva à perfeição!

ILUSTRAÇÃO DE MAPA MENTAL





# Autores

---

## Anderson Sena Barnabé

Professor de saúde pública e epidemiologia em várias instituições de ensino superior de SP. Tem graduação em Biologia, Mestrado e Doutorado em saúde pública pela USP, onde desenvolve pesquisas sobre epidemiologia das doenças infectoparasitárias. Tem também especializações em Bioestatística e em Entomologia médica, já tendo trabalho junto a secretaria municipal de saúde em pesquisas sobre dengue, estatísticas em saúde e validação de técnicas diagnóstica para enteroparasitoses

---

## Bruno Picanço

Formado em matemática pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professor voltado para olimpíadas de matemática, premiado por menção honrosa em 2018.

---

## Estevão Tavares de Figueiredo

Doutorando em Clínica Médica pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP - USP). Títulos de Especialista em Cardiologia e Ecocardiografia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Título de Especialista em Clínica Médica pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM). Médico pesquisador dos Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (USP). Professor de Semiologia Médica do curso de Medicina da Fundação Educacional de Penápolis (FUNPE).

---

## Fabiana Figueredo de Oliveira Maia

Graduada em Medicina pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB); Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

---

## Haroldo Ramanzini

Doutor em Linguística, pela Universidade Estadual Paulista. Mestre em Teoria Literária, pela Universidade Estadual Paulista. Bacharel e Licenciado em Letras, pela Universidade de São Paulo. Atualmente é professor, escritor e tradutor.

---

**Harue Kumakura**

Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Cirurgiã Geral e Cirurgiã Vasculare Endovascular pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HC-FMUSP). Título de Especialista em Angiologia e Cirurgia Vasculare e Título de Especialista em Cirurgia Endovascular pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculare (SBACV). Médica Assistente do Pronto-Socorro de Cirurgia Vasculare do HC-FMUSP.

---

**José Roberto Ancelmo**

Atuou como especialista em informática e professor. Atuando com EAD Multidisciplinar desenvolvendo materiais didáticos voltados para o mercado EAD, como ebooks, exercícios, revisões e demais produtos. Assessoria em EAD a Faculdades e Universidades, também alunos de graduação e pós-graduação.

---

**Rogério Anton Faria**

Médico, formado pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e Residente em Medicina Nuclear no Hospital AC Camargo Cancer Center. Responsável por Vídeo aulas em bioestatística e metodologia de pesquisa.

---

**Thiago Emanuel Verás Lemos**

Possui graduação em Medicina Pela Universidade Potiguar e Residência Médica em Pediatria pelo Hospital Infantil Varela Santiago - HIVS/RN. É coautor e coordenador do Livro "Manual Prático para Urgências e Emergências Clínicas", pela Sanar. Durante a graduação, foi Membro-Fundador da Liga Acadêmica de Emergências Clínicas do RN (LAEC-RN), da Liga Acadêmica Nortterriograndense de Cirurgia (LANCi-RN) e da Liga Acadêmica de Hematologia do RN (LAHEM-RN). Foi Bolsista do CNPq/PIBIC na área de cirurgia experimental e de educação em cirurgia.

# Sumário

<b>Cirurgia</b> .....	<b>13</b>
Questões Para Concursos .....	13
Questões Para Residência .....	33
Resumo Prático .....	73
<b>Clínica Médica</b> .....	<b>77</b>
Questões Para Concursos .....	77
Questões Para Residência .....	113
Resumo Prático .....	153
<b>Ginecologia e Obstetrícia</b> .....	<b>159</b>
Questões Para Concursos .....	159
Questões Para Residência .....	183
Resumo Prático .....	235
<b>Pediatria</b> .....	<b>253</b>
Questões Para Concursos .....	253
Questões Para Residência .....	281
Resumo Prático .....	324
<b>Preventiva</b> .....	<b>329</b>
Questões Para Concursos .....	329
Questões Para Residência .....	353
Resumo Prático .....	390



**Informática .....393**

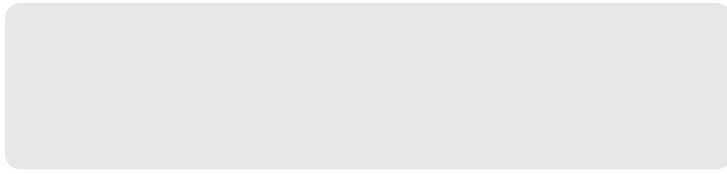
**Resumo Prático ..... 427**

**Língua Portuguesa.....451**

**Resumo Prático ..... 504**

**Matemática .....541**

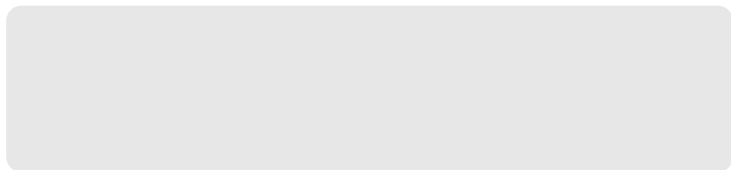
**Resumo Prático ..... 576**



# Cirurgia

---

**Questões Para Concursos**



# Cirurgia

## Questões Para Concursos

**01** (INSTITUTO EXCELÊNCIA - PREFEITURA DE CANOINHAS/SC - 2019) O abdome é frequentemente acometido por lesões penetrantes e por traumas fechados. No trauma abdominal contuso, quais são os órgãos mais comumente afetados?

- (A) Baço e pâncreas.
- (B) Fígado e pâncreas.
- (C) Baço e fígado.
- (D) Baço, apenas.
- (E) Nenhuma das alternativas.

### GRAU DE DIFICULDADE

#### RESOLUÇÃO:

**Alternativa A: INCORRETA.** A lesão pancreática é rara, correspondendo a 10 a 12% de todos os traumas abdominais. A maioria delas é secundária a trauma penetrante.

**Alternativa B: INCORRETA.**

**Alternativa C: CORRETA.** Estatisticamente, baço e fígado são os órgãos mais lesados em traumatismos abdominais fechados, sendo o primeiro mais frequentemente lesado em relação ao segundo. O trauma abdominal fechado é o principal mecanismo de lesão abdominal. O fígado (35 a 45%) e o baço (40 a 55%) são os órgãos mais acometidos.

**Alternativa D: INCORRETA.** Na questão é perguntado, no plural, quais são os órgãos mais afetados; no entanto, nesta alternativa temos apenas um.

**Alternativa E: INCORRETA.**

**RESPOSTA:** (C)

**02** (INSTITUTO EXCELÊNCIA - PREFEITURA DE CANOINHAS/SC - 2019) Paciente do sexo feminino, 45 anos, tomografia computadorizada apresenta acentuada distensão líquida do apêndice na fossa ilíaca direita, com espessamento parietal e borramento da gordura adjacente. Qual o provável diagnóstico?

- (A) Doença de Crohn.
- (B) Apendicite.
- (C) Diverticulite.
- (D) Coledocolitíase.
- (E) Nenhuma das alternativas.

### GRAU DE DIFICULDADE

#### RESOLUÇÃO:

**Alternativa A: INCORRETA.** A paciente apresenta quadro sugestivo de apendicite, sem histórico de diarreia crônica ou outras lesões em trato gastrointestinal.

**Alternativa B: CORRETA.** A alternativa descreve achados típicos de apendicite na tomografia computadorizada: borramento da gordura periapendicular, apêndice > 6 mm de diâmetro, espessamento focal apical do ceco, apendicolito, líquido pericecal, abscesso e adenopatia regional.

**Alternativa C: INCORRETA.** A paciente apresenta evidência de acometimento do apêndice cecal em tomografia, sem sinais de inflamação colônica.

**Alternativa D: INCORRETA.** A paciente não apresenta quadro de icterícia obstrutiva ou sinais de dilatação das vias biliares em tomografia.

**Alternativa E: INCORRETA.** Quadro sugestivo de apendicite, com alternativa disponível na letra B.

**RESPOSTA:** (B)

**03** (INSTITUTO EXCELÊNCIA - PREFEITURA DE CANOINHAS/SC - 2019) Os tumores benignos ocasionalmente podem crescer muito, provocando alterações. Caso seja necessário tratamento, geralmente o paciente é submetido à cirurgia. Qual o tipo mais comum de tumor benigno do fígado?

- (A) Hiperplasia Nodular Focal.
- (B) Adenoma Hepático.
- (C) Hemangioma.
- (D) Hepatoblastoma.
- (E) Nenhuma das alternativas.

## GRAU DE DIFICULDADE

## RESOLUÇÃO:

**Alternativa A: INCORRETA.** Apesar de ser a neoplasia sólida mais comum, a hiperplasia nodular focal (HNF) ainda é menos frequente que o hemangioma. A prevalência nos tumores hepático benignos é de < 0,1%.

**Alternativa B: INCORRETA.** Este é um tumor benigno menos frequente que o HNF e o hemangioma, mas deve ser sempre lembrado pelo risco de sangramento e transformação maligna; está correlacionado com o uso de terapêutica hormonal. A prevalência nos tumores hepático benignos é de < 0,01%.

**Alternativa C: CORRETA.** É o tumor hepático benigno mais comum, com incidência estimada na população entre 1 a 20%, e prevalência nos tumores hepáticos benignos de 2 a 7%.

**Alternativa D: INCORRETA.** Tumor maligno e raro do fígado.

**Alternativa E: INCORRETA.**

RESPOSTA: (C)

**04 (INSTITUTO EXCELÊNCIA - PREFEITURA DE CANOINHAS/SC - 2019)** Coledocolitíase é a formação ou presença de cálculos dentro dos ductos biliares. Pode causar cólica biliar, obstrução biliar, pancreatite biliar ou infecção de ductos biliares (colangiíte). Das opções abaixo, qual o exame diagnóstico e o tratamento de escolha adequados para a coledocolitíase?

- (A) Colangiopancreatografia por ressonância por via endoscópica (CPRE) e exploração laparoscópica do colédoco.
- (B) Colangiopancreatografia por ressonância magnética ou por via endoscópica (CPRE) e descompressão precoce cirúrgica ou endoscópica.
- (C) Colangiopancreatografia por ressonância magnética e litotripsia.
- (D) Colangiopancreatografia por ressonância magnética e exploração laparoscópica do colédoco.
- (E) Nenhuma das alternativas.

## GRAU DE DIFICULDADE

## RESOLUÇÃO:

**Alternativa A: INCORRETA.** Apesar de a CPRE poder ser um método diagnóstico de coledocolitíase, a exploração laparoscópica do colédoco não é a primeira opção terapêutica.

**Alternativa B: CORRETA.** Alternativa correta, que não só exemplifica os métodos diagnósticos como

também apresenta duas modalidades terapêuticas para o tratamento da coledocolitíase.

**Alternativa C: INCORRETA.** Diferente das vias urinárias, não realizamos litotripsia para cálculos biliares.

**Alternativa D: INCORRETA.** Assim como na alternativa A, em geral a exploração da via biliar não é a primeira opção de tratamento, mas sim a CPRE.

**Alternativa E: INCORRETA.**

RESPOSTA: (B)

**05 (INSTITUTO EXCELÊNCIA - PREFEITURA DE CANOINHAS/SC - 2019)** A pancreatite aguda é uma inflamação pancreática que pode determinar síndrome de resposta inflamatória sistêmica, acarretando significativa morbidade e mortalidade. Das alternativas a seguir, quais são as causas mais frequentes relacionadas ao desenvolvimento de pancreatite aguda?

- (A) Abuso de álcool e hipertrigliceridemia.
- (B) Colelitíase e abuso de álcool.
- (C) Colelitíase e hipercalcemia.
- (D) Hipertrigliceridemia e colelitíase.
- (E) Nenhuma das alternativas.

## GRAU DE DIFICULDADE

## RESOLUÇÃO:

**Alternativa A: INCORRETA.** Apesar do risco aumentado de pancreatite nos pacientes com hipertrigliceridemia, a litíase biliar e o abuso de álcool são etiologias mais frequentes de pancreatite aguda.

**Alternativa B: CORRETA.** Juntas, essas duas etiologias são responsáveis por mais de 80% dos casos de pancreatite aguda, podendo chegar a 95% em algumas referências.

**Alternativa C: INCORRETA.** A litíase biliar é a principal causa de pancreatite aguda, responsável por 70% dos casos. A hipercalcemia também é uma etiologia para a doença, porém rara.

**Alternativa D: INCORRETA.**

**Alternativa E: INCORRETA.**

RESPOSTA: (B)

**06 (CEFET BAHIA - POLICLÍNICA DA REGIÃO DE SIMÕES FILHO/BA - 2019)** A ação inicial dos anestésicos locais é:

- (A) paralisia motora.
- (B) perda da propriocepção.
- (C) vasodilatação periférica.
- (D) perda da sensibilidade térmica e dolorosa.
- (E) perda de sensibilidade ao tato e à pressão.

## GRAU DE DIFICULDADE

## RESOLUÇÃO:

**Alternativa A: INCORRETA.** A paralisia motora é a última alteração induzida pelos anestésicos locais.

**Alternativa B: INCORRETA.** Esta é a penúltima das alterações a ocorrer com anestésicos locais.

**Alternativa C: CORRETA.** Todas as alterações sensoriais causadas pelo anestésico local ocorrem posteriormente à vasodilatação periférica e na seguinte sequência: primeiro as autonômicas (e por isso a vasodilatação), depois a sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, a seguir as relações de pressão e vibração e, por último, as propriocepção e motoras.

**Alternativa D: INCORRETA.** Comentado na alternativa C.

**Alternativa E: INCORRETA.** Comentado na alternativa C.

RESPOSTA: C

**07 (CEFET BAHIA - POLICLÍNICA DA REGIÃO DE SIMÕES FILHO/BA - 2019)** \_\_\_\_\_ constitui uma das principais mudanças no Advanced Trauma Life Suporte (ATLS) 2018 em relação ao choque hipovolêmico hemorrágico. A alternativa que preenche, corretamente, a lacuna do trecho acima é:

- (A) O acesso venoso único com jelco 16.
- (B) A suspensão do uso de ácido tranexâmico.
- (C) A mudança da regra de hemotransusão que passou para 1:1:1.
- (D) A ressuscitação inicial com cristaloides que passou para 1500 ml.
- (E) A não indicação da arteriografia em sangramentos por fratura pélvica.

## GRAU DE DIFICULDADE

## RESOLUÇÃO:

**Alternativa A: INCORRETA.** É indicada punção venosa única com jelco 18, não o 16.

**Alternativa B: INCORRETA.** O ATLS ainda mantém a orientação o uso do ácido tranexâmico dentro de 3 horas do trauma, diminuindo mortalidades.

**Alternativa C: CORRETA.** Quando o paciente necessita de mais de 10 bolsas de hemácia em 24 h (ou > 4 bolsas em 1 hora), recomenda-se transfusão empírica de plasma e plaquetas na proporção 1:1:1.

**Alternativa D: INCORRETA.** A ressuscitação inicial deve ser feita com 1 L de cristaloides.

**Alternativa E: INCORRETA.** A arteriografia continua indicada para pacientes com trauma pélvico com instabilidade hemodinâmica, excluídas outras causas de instabilidade hemodinâmica.

RESPOSTA: C

**08 (CEFET BAHIA - POLICLÍNICA DA REGIÃO DE SIMÕES FILHO/BA - 2019)** As fórmulas de ressuscitação volêmica nos pacientes adultos queimados são utilizadas como guias iniciais na hidratação desses pacientes. A fórmula de Brooke modificada consiste em \_\_\_ ml x kg x %SCQ de cristaloides. A alternativa que preenche, corretamente, as lacunas do trecho acima é:

- (A) 0,5
- (B) 1,0
- (C) 1,5
- (D) 2,0
- (E) 2,5

## GRAU DE DIFICULDADE

## RESOLUÇÃO:

**Alternativa A: INCORRETA.**

**Alternativa B: INCORRETA**

**Alternativa C: INCORRETA.**

**Alternativa D: CORRETA.** Sobre a ressuscitação volêmica em pacientes vítimas de queimaduras, a fórmula de Brooke modificada propõe 2 ml x kg x %SCQ de cristaloides para reposição volêmica, diferente da tradicional fórmula de Parkland, que utiliza 4 ml de ringer lactato especificamente.

**Alternativa E: INCORRETA.**

RESPOSTA: D

**09 (FUNDEP - PREFEITURA DE ERVÁLIA/MG - 2019)** Em relação ao choque, assinale alternativa correta.

- (A) O choque séptico responde bem à reposição volêmica.
- (B) Hipotensão arterial com taquicardia concomitante é sinal patognomônico de choque neurogênico.
- (C) No choque cardiogênico, ocorre redução da fração de ejeção dos ventrículos e diminuição do débito cardíaco.
- (D) O choque hipovolêmico em adulto de 70 kg só acontece se ocorrer perda sanguínea de pelo menos 500 mL.

## GRAU DE DIFICULDADE

## RESOLUÇÃO:

**Alternativa A: INCORRETA.** Por ser um choque com maior componente distributivo, apesar de uma

resposta transitória à reposição de volume no choque séptico, a melhor resposta ocorre com a utilização de vasopressores.

**Alternativa B: INCORRETA.** O choque neurogênico apresenta como característica a hipotensão associada a bradicardia por interrupção do estímulo simpático cardioacelerador no trauma raquimedular.

**Alternativa C: CORRETA.** Resposta correta e bem descrita quanto à fisiopatologia do choque cardiogênico.

**Alternativa D: INCORRETA.** Segundo a classificação de choque do ATLS, o choque grau I ocorre por uma perda volêmica de até 750 ml.

**RESPOSTA: C**

**10 (FUNDEP - PREFEITURA DE ERVÁLIA/MG - 2019)** Analise o caso clínico a seguir. Um paciente, vítima de mordedura canina com extensa lesão irregular no lado direito da face, é levado ao HPS. Informa ser o proprietário do animal, que é vacinado contra raiva. Relata também ter ele mesmo recebido três doses de vacina contra tétano há 3 anos. Sobre esse caso, assinale alternativa incorreta.

- (A) Não há necessidade de vacinação antitetânica nem de imunoglobulina antitetânica.
- (B) Pode ser feita sutura primária.
- (C) Deve ser providenciada limpeza da ferida com água oxigenada para prevenção de infecção por agentes anaeróbicos.
- (D) Indica-se o uso de antibiótico.

#### GRAU DE DIFICULDADE

#### RESOLUÇÃO:

**Alternativa A: INCORRETA.** O paciente apresenta vacinação contra tétano recente (3 doses ou mais e última dose há menos de 5 anos), sem indicação de reforço de dose.

**Alternativa B: INCORRETA.** Tradicionalmente, recomenda-se não suturar ferimentos por mordedura por ter alto grau de contaminação. Porém, a *American Academy of Family Physicians* (AAFP) revisou os estudos envolvendo fechamento de feridas por mordedura e as incidências de complicações. As evidências levam a recomendações de nível B e orientam que feridas de baixo risco de infecção podem ser fechadas caso haja desejo de melhor resultado estético.

**Alternativa C: CORRETA.** Atualmente não indicamos a limpeza com água oxigenada para prevenção de infecção por agentes anaeróbicos, uma vez que ela agride o tecido.

**Alternativa D: INCORRETA.** Paciente vítima de mordedura de cão obrigatoriamente deve receber antibiоти-

coterapia como tratamento pré-emptivo de infecções com drogas voltadas a microrganismos aeróbios e anaeróbios. A primeira linha seria a amoxicilina/clavulonato.

**RESPOSTA: C**

**11 (FUNDEP - PREFEITURA DE ERVÁLIA/MG - 2019)** Considere que um paciente de 28 anos de idade foi retirado desfalecido de um cômodo de uma casa em chamas. Apresentava queimaduras de 2º e 3º graus em tórax, abdome e membros superiores, em 42% do corpo. Em relação aos cuidados iniciais com esse paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) A oferta de O<sub>2</sub> a 100% deve ser evitada para não agravar o edema pulmonar, comum nessas situações.
- (B) Deve receber injeção subcutânea ou intramuscular de analgésico opioide.
- (C) Deve-se iniciar reanimação volêmica com solução de Ringer Lactato.
- (D) Tem indicação de entubação traqueal profilática.

#### GRAU DE DIFICULDADE

#### RESOLUÇÃO:

**Alternativa A: INCORRETA.** Lembre-se de que o paciente vítima de queimadura é um paciente vítima de trauma e, com isso, deve seguir as normas do ATLS e receber oxigênio suplementar inicialmente.

**Alternativa B: INCORRETA.** Esse paciente deve receber analgesia potente, com uso de opioides, mas por via intravenosa para absorção e efeito rápidos.

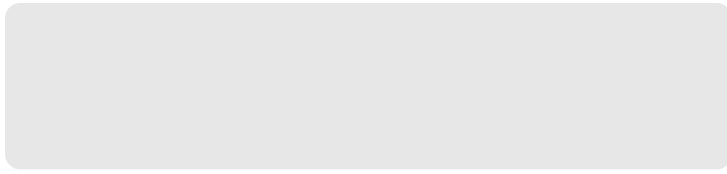
**Alternativa C: CORRETA.** A reposição volêmica do paciente queimado nas primeiras 24 h deve ser realizada com Ringer Lactato, utilizando como cálculo para o volume a ser administrado a fórmula de Parkland.

**Alternativa D: INCORRETA.** Paciente sem sinais de comprometimento da via aérea (escarro carbonáceo, fuligem em oro/nasofaringe, rouquidão pós-queimadura, queimadura de vibrissas) inicialmente pode receber oxigênio suplementar por máscara de O<sub>2</sub> não reinalante.

**RESPOSTA: C**

**12 (FUNDEP - PREFEITURA DE ERVÁLIA/MG - 2019)** Em relação ao uso de antibiótico profilático em cirurgia, assinale a alternativa correta.

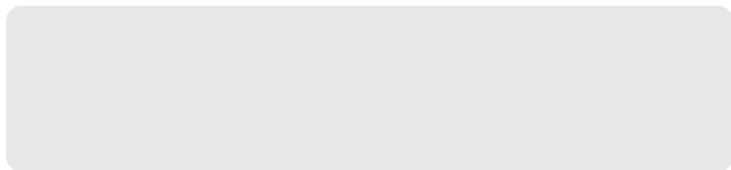
- (A) Devem-se utilizar preferencialmente antibióticos bacteriostáticos.
- (B) É raro o surgimento de cepas de microrganismos resistentes ao antimicrobiano utilizado.



# Cirurgia

---

## Questões Para Residência



# Cirurgia

## Questões Para Residência

**01** (UNICAMP - SP - 2018) A conduta para o paciente que faz uso de varfarina no período pré-operatório é:

- (A) Suspender a dose de varfarina do dia anterior, iniciando heparina de baixo peso molecular em dose profilática.
- (B) Ajustar a dose de varfarina para manter RNI abaixo de 1,5 no dia da cirurgia, iniciando heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica.
- (C) Suspender a dose de varfarina cinco dias antes do procedimento, iniciando heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica.
- (D) Substituir a dose de varfarina por anticoagulante oral inibidor de fator Xa trinta dias antes do procedimento.

### GRAU DE DIFICULDADE

#### RESOLUÇÃO:

**Alternativa A: INCORRETA.** A varfarina deve ser suspensa 5 DIAS antes do procedimento. Para manter a anticoagulação, a estratégia é iniciar uma heparina em dose PLENA, de modo a suspender a heparina não fracionada 6 horas antes da cirurgia e a heparina de baixo peso molecular 24 horas antes.

**Alternativa B: INCORRETA.** Ver comentário da alternativa A.

**Alternativa C: CORRETA.** Ver comentário da alternativa A.

**Alternativa D: INCORRETA.** Poderia ser feita uma ponte para o inibidor do fator Xa, porém este deveria ser suspenso 24 horas se a cirurgia for de baixo risco de sangramento ou 48 horas antes do procedimento, se este tiver alto risco de sangramento.

**RESPOSTA:** (C)

**02** (UNICAMP - SP - 2018) Homem, 21 anos, é levado à Unidade de Pronto Atendimento após queda de uma viga de concreto sobre o tórax. Exame físico: PA = 100 x 70 mmHg, FC = 110 bpm, FR = 36 irpm, oximetria de pulso (sob máscara de

O<sub>2</sub> 15 L/min) = 89%; tórax: escoriações, hematomas e crepitação à palpação à direita, movimento paradoxal, murmúrio vesicular diminuído em base direita. Radiograma de tórax no leito: opacificação no terço médio e inferior direito e fraturas em dois pontos do quinto ao oitavo arcos costais. A HIPÓXIA É CAUSADA POR:

- (A) Movimento paradoxal pelo retalho móvel.
- (B) Contusão pulmonar e dor pelas fraturas.
- (C) Hipotensão arterial.
- (D) Hemotórax à direita.

### GRAU DE DIFICULDADE

#### RESOLUÇÃO:

**Alternativa A: INCORRETA.**

**Alternativa B: CORRETA.** Paciente vítima de trauma torácico apresenta-se com hipoxemia (saturação < 90%). Ao exame do tórax, nota-se a presença de movimento paradoxal, que é o colapamento do segmento lesionado quando o indivíduo inspira e o abaulamento quando ele expira. Isso é típico de tórax instável, determinado quando temos fraturas de dois ou mais arcos costais consecutivos, sendo que cada arco está fraturado em no mínimo dois pontos. O afundamento torácico pode interferir na dinâmica respiratória através de três mecanismos: deformidade da caixa torácica, dor na movimentação e contusão pulmonar. A contusão do parênquima pulmonar causa sangramento para dentro do parênquima e os alvéolos são preenchidos por sangue, diminuindo o espaço para troca gasosa. No caso de um trauma de alto impacto como esse, temos um raio X e exame físico compatíveis com contusão pulmonar, que, juntamente com a dor gerada pelas fraturas, resulta na principal hipótese da origem da hipóxia. As medidas clínicas iniciais são: oferecer O<sub>2</sub> umidificado, reposição volêmica cuidadosa, analgesia adequada e fisioterapia.

**Alternativa C: INCORRETA.**



**Alternativa D: INCORRETA.**

**RESPOSTA: B**

**03 (UNICAMP - SP - 2018)** Homem, 54 anos, submetido a hepatectomia, com sangramento aumentado no intraoperatório devido a intercorrências cirúrgicas, recebendo mais de dez unidades de concentrado de hemácias num período de seis horas. NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO PODERÁ OCORRER:

- (A) Hipocalcemia.
- (B) Hipercalemia.
- (C) Hipernatremia.
- (D) Hipocalcemia.

#### GRAU DE DIFICULDADE

#### RESOLUÇÃO:

**Alternativa A: CORRETA.** É clássico o conceito de que em hemotransfusões maciças o paciente pode evoluir com *hipocalcemia*, pelo fato de o citrato existente nas bolsas de sangue ser um quelante de cálcio. Entretanto, o erro da questão foi também ter como resposta a hipocalcemia, pois o principal distúrbio eletrolítico em pacientes transfundidos é a alcalose metabólica, a qual sempre vem acompanhada de uma hipocalcemia compensatória causada por translocação do potássio do extracelular para o intracelular.

**Alternativa B: INCORRETA.** A concentração extracelular de K<sup>+</sup> aumenta progressivamente durante a estocagem das hemácias; a cada unidade transfundida, seriam administrados 7 mEq de potássio. A hipercalemia esperada durante a transfusão maciça só chega a ser um problema em pacientes com insuficiência renal.

**Alternativa C: INCORRETA.** Os distúrbios hidroeletrolíticos por transfusão são apenas do cálcio e potássio.

**Alternativa D: CORRETA.** Espera-se o aumento do potássio, não sua redução.

**RESPOSTA:** Anulada (A) e (D)

**04 (UNIFESP - SP - 2018)** Paciente de 60 anos de idade, com antecedente de infarto agudo do miocárdio há 1 ano, refere dor e esfriamento (*sic*) do membro inferior esquerdo há 4 horas. Nega antecedentes de claudicação prévia. Exame físico: ausência de pulso da artéria femoral esquerda para baixo e membro contralateral com pulsos normais. Qual a hipótese mais provável e a conduta?

- (A) Embolia arterial aguda; tratamento endovascular.
- (B) Trombose arterial aguda; revascularização com safena.
- (C) Trombose arterial aguda; tratamento endovascular.
- (B) Embolia arterial aguda; heparinização.
- (E) Trombose arterial aguda; heparinização.

#### GRAU DE DIFICULDADE

#### RESOLUÇÃO:

**Alternativa A: CORRETA.** A questão nos traz um paciente que apresenta quadro agudo de oclusão arterial (4 horas), sem nenhum antecedente de claudicação. Por ser um quadro agudo, este paciente não desenvolveu circulação colateral a tempo, o que é perceptível pela ausência de pulso (*pulseless*), dor (*pain*), esfriamento (poiquilotermia). A principal etiologia é embólica, por êmbolos cardíacos (o paciente teve infarto com provável área de hipocinesia) e o tratamento é a embolectomia por cateter de Fogarty (MAIS CLÁSSICO), ou tratamento endovascular com aspiração de trombos ou uso de fibrinolítico.

**Alternativa B: INCORRETA.** Um paciente sem história de claudicação não deve ter trombose aguda.

**Alternativa C: INCORRETA.** A origem embolígenica está correta; deve-se fazer imediatamente a heparinização plena terapêutica, mas apenas isso não será suficiente em um paciente com risco de perda de membro. Deve-se associar um tratamento cirúrgico.

**Alternativa D: INCORRETA.**

**Alternativa E: INCORRETA.**

**RESPOSTA: A**

**05 (UNICAMP - SP - 2018)** Homem, 27 anos, deu entrada no pronto-socorro após queda de escada. Exame físico: consciente, acianótico, PA= 130 x 85 mmHg, FC = 98 bpm, FR = 20 irpm. Membro inferior direito com deformidade e edema na perna. Radiograma do membro: fratura da tíbia e fíbula direitas. Após seis horas da retificação e imobilização com tala da perna, evoluiu com parestesia, dor intensa local e pulso pedioso diminuído em comparação ao contralateral. A CONDUTA É:

- (A) Flebografia.
- (B) Fasciotomia.
- (C) Otimização da analgesia.
- (D) Embolectomia.

## GRAU DE DIFICULDADE

**RESOLUÇÃO:**

**Alternativa A: INCORRETA.** O diagnóstico da síndrome compartimental é clínico, não sendo necessário qualquer exame complementar.

**Alternativa B: CORRETA.** Questão clássica de síndrome compartimental. Esta é uma consequência da alteração da relação entre conteúdo e continente de um compartimento. As principais causas da redução do espaço são imobilização gessada ou por tala e queimadura de terceiro grau. Como causas de aumento do volume temos sangramentos (por fraturas ou lesão vascular) e edema muscular (por esmagamento, reperfusão e TVP). A síndrome geralmente cursa com os 6 "P"s: palidez, pulsação ausente, parestesia, paralisia, hipotermia (*poikilothermia*) e dor (*pain*). Deve-se fazer a descompressão das estruturas por uma incisão na pele e abertura das fâscias que limitam os compartimentos acometidos, a *fasciotomia*.

**Alternativa C: INCORRETA.** É fundamental fazer a analgesia, porém ela não trata a doença e não é a prioridade, pois somente alivia sintomas.

**Alternativa D: INCORRETA.** A redução de pulso não é por embolização, logo, não há indicação de embolectomia.

**RESPOSTA:** (B)

**06 (UNICAMP - SP - 2018)** Homem, 35 anos, procurou serviço médico com nódulo indolor no testículo direito, observado durante o banho há três dias. Exame físico: genitais: nódulo de 1 cm de diâmetro, de consistência muito endurecida e indolor, sem sinais inflamatórios em testículo direito. OS EXAMES A SEREM SOLICITADOS PARA DIAGNÓSTICO SÃO:

- (A) Cintilografia e ultrassonografia doppler de testículo.
- (B) Ultrassonografia doppler de testículo e tomografia computadorizada abdominal.
- (C) Ultrassonografia de testículo, alfa-feto proteína e beta-HCG.
- (D) Ultrassonografia de testículo, reação Mantoux e pesquisa de BAAR.

## GRAU DE DIFICULDADE

**RESOLUÇÃO:**

**Alternativa A: INCORRETA.** Deve-se solicitar ultrassonografia de testículo, mas não com doppler, e a

cintilografia é solicitada em casos com suspeita de metástase óssea.

**Alternativa B: INCORRETA.** Apenas após o diagnóstico do tumor de testículo devemos solicitar TC de abdome para avaliar acometimento ganglionar e TC de tórax para avaliar acometimento do mediastino e metástase pulmonar.

**Alternativa C: CORRETA.** Como se trata de um paciente jovem com nódulo testicular palpável, temos que pensar na possibilidade de um tumor testicular, sendo o principal exame de imagem a ultrassonografia. Além disso, os principais marcadores tumorais do CA de testículo são a alfa-feto proteína (AFP) e o beta-HCG, lembrando que os CA testiculares são quase sempre de células germinativas, sendo classificados em "seminomas" e "não seminomas". A AFP se elevará apenas nos não seminomas, enquanto o b-HCG pode estar elevado nos dois tipos. A presença de nodulação, com a elevação de qualquer um desses marcadores, é sugestiva de malignidade.

**Alternativa D: INCORRETA.**

**RESPOSTA:** (C)

**07 (UNICAMP - SP - 2018)** Mulher, 58 anos, com dor em fossa ilíaca esquerda e baixo ventre há sete dias e dor miccional, disúria e saída de ar no final da micção há três dias. Antecedentes pessoais: histerectomia há 15 anos e tabagismo 10 maços/ano. A CAUSA DESSA CONDIÇÃO É:

- (A) Doença de Crohn de no ângulo de Treitz.
- (B) Câncer de colo uterino remanescente.
- (C) Câncer de bexiga com invasão do triângulo.
- (D) Diverticulite complicada de cólon.

## GRAU DE DIFICULDADE

**RESOLUÇÃO:**

**Alternativa A: INCORRETA.** A doença de Crohn geralmente ocorre no íleo e cólon, não no ângulo de Treitz (região duodeno jejunal). É a segunda principal causa de fístula enterovesical, após a diverticulite.

**Alternativa B: INCORRETA.** A fístula enterovesical no câncer de colo de útero geralmente ocorre após radioterapia. A paciente não tem relato desse tratamento.

**Alternativa C: INCORRETA.** Apesar de câncer de bexiga poder causar disúria, este não justificaria a presença de ar no fim da micção, característico de fístula enterovesical.

**Alternativa D: CORRETA.** Mulher de meia-idade com dor em FIE, o que pensar? Diverticulite aguda. Entretanto, temos associado ao quadro disúria e pneumatúria. O que está acontecendo? Essa paciente está evoluindo com uma complicação da diverticulite, que é a formação de fístula colovesical, sendo mais comum nos homens ou nas mulheres hysterectomizadas.

**RESPOSTA:** Ⓓ

**08 (UNICAMP - SP - 2018)** Homem, 52 anos, com diagnóstico de espondilolistese com protrusão discal L5-S1, em uso de tramadol nas últimas 24 horas, foi submetido a cirurgia. Foi realizado midazolam no pré-anestésico, sendo a anestesia induzida com propofol, fentanil e rocurônio. Para prevenir vômitos foi administrado ondasetrona e o bloqueio neuromuscular revertido com piridostigmina. Após extubação queixou-se de náuseas, sendo administrada metoclopramida. Na reavaliação, o paciente apresentava desvio da visão para cima, rigidez muscular e pescoço fixo. ESSES EVENTOS SÃO ATRIBUÍDOS A:

- Ⓐ Ondasetrona e metoclopramida.
- Ⓑ Rocuronium e piridostigmina.
- Ⓒ Midazolam e tramadol.
- Ⓓ Propofol e fentanil.

**GRAU DE DIFICULDADE**

**RESOLUÇÃO:**

**Alternativa A: CORRETA.** Paciente que foi submetido a cirurgia, apresentando, após extubação, desvio da visão para cima, rigidez muscular e pescoço fixo. Esse é um quadro típico de síndrome extrapiramidal, que poderia estar acompanhada também de discinesia, hipertonia, acatisia e acinesia. A droga usada frequentemente nos pronto-socorros, e que classicamente associamos à Síndrome Extrapiramidal, é o Plasil (metoclopramida). Outros antieméticos, como a ondasetrona e a bromoprida, também podem causar essa síndrome.

**Alternativa B: INCORRETA.** Drogas não relacionadas ao efeito extrapiramidal, assim como as citadas na letra C e D.

**Alternativa C: INCORRETA.**

**Alternativa D: INCORRETA.**

**RESPOSTA:** Ⓐ

**09 (UNESP - SP - 2018)** A toxicidade ao sistema nervoso central pela administração de anestésicos locais é:

- Ⓐ Reduzida devido à diminuição da ligação dessas drogas às proteínas plasmáticas.
- Ⓑ Relacionada a efeitos excitatórios resultantes, frequentemente, das baixas concentrações plasmáticas dessas drogas.
- Ⓒ Caracterizada por efeitos excitatórios se as drogas forem lipofílicas e estiverem em altas concentrações plasmáticas.
- Ⓓ Manifestada, por exemplo, por convulsão, sendo que o limiar convulsivo pode ser aumentado pela administração de benzodiazepínicos.

**GRAU DE DIFICULDADE**

**RESOLUÇÃO:**

**Alternativa A: INCORRETA.** Os anestésicos locais não se ligam às proteínas plasmáticas e, por isso, chegam rapidamente ao SNC.

**Alternativa B: INCORRETA.** Seu efeito é potencializado quanto maior for sua concentração plasmática.

**Alternativa C: INCORRETA.** O efeito estimulatório dos anestésicos locais é o resultado indireto de uma depressão de centros inibitórios cerebrais.

**Alternativa D: CORRETA.** A toxicidade pode ser manifestada como uma crise convulsiva, e os benzodiazepínicos aumentam esse limiar de convulsão, além de serem utilizados para tratar eventuais crises causadas pela intoxicação por anestésicos locais.

**RESPOSTA:** Ⓓ

**10 (UNICAMP - SP - 2018)** Homem, 59 anos, vai a uma Unidade de Pronto Atendimento referindo dor torácica súbita, à direita, há 30 minutos enquanto trabalhava, seguida de falta de ar. Nega história de trauma. Antecedente pessoal: tabagismo 70 maços/ano. Exame físico: regular; estado geral agitado, corado, FR = 24 irpm; FC = 120 bpm; PA = 92 x 66 mmHg; região cervical: estase jugular bilateral e desvio da traqueia para a esquerda; pulmões: percussão hipertimpânica e murmúrio vesicular abolido em todo o hemitórax direito. A CON-DUTA INICIAL É:

- Ⓐ Drenagem torácica em selo d'água.
- Ⓑ Radiograma de tórax no leito.
- Ⓒ Toracocentese de alívio.
- Ⓓ Encaminhamento para Unidade de Emergência Referenciada.

**GRAU DE DIFICULDADE**

**RESOLUÇÃO:**

**Alternativa A: INCORRETA.** Em um pneumotórax, deve-se realizar toracocentese de alívio e, na sequência, a drenagem em selo d'água.

**Alternativa B: INCORRETA.** Pela clínica, já se tem o diagnóstico de pneumotórax, portanto, não há necessidade nem tempo para o raio-X.

**Alternativa C: CORRETA.** Paciente apresentando dispnéia + instabilidade hemodinâmica + estase jugular bilateral + desvio de traqueia para a esquerda + murmúrio vesicular abolido + percussão pulmonar hipertimpânica, um quadro típico de pneumotórax hipertensivo. Esse quadro tipicamente está associado a situações de trauma. Embora menos comum, também existe o pneumotórax espontâneo, que geralmente ocorre em homem jovem, longilíneo e tabagista.

**Alternativa D: INCORRETA.** Deve-se retirar o paciente da urgência com uma toracocentese de alívio e depois, se necessário, fazer o encaminhamento.

**RESPOSTA:** (C)

**11 (UNICAMP - SP - 2018)** Homem de 26 anos deu entrada no pronto-socorro após queimadura por chamas. Exame físico: consciente, orientado, peso = 100 kg, FR = 16 irpm; FC = 78 bpm; PA = 126 x 80 mmHg. Oximetria (ar ambiente) = 100%; pele: queimadura de primeiro grau em todo o membro superior direito; queimaduras de segundo grau nas faces anteriores do membro superior esquerdo, do tórax e do abdome. A SOLUÇÃO AQUECIDA E O VOLUME A SER RESPONTO NAS PRIMEIRAS 24 HORAS SÃO:

- (A) Ringer com lactato; 9000 mL.
- (B) Solução fisiológica; 9000 mL.
- (C) Ringer com lactato; 12600 mL.
- (D) Solução fisiológica; 12600 mL.

**GRAU DE DIFICULDADE**

**RESOLUÇÃO:**

**Alternativa A: CORRETA.** Questão sobre queimaduras, em que precisamos saber calcular a superfície corporal queimada (SCQ) e, posteriormente, saber hidratar esse paciente. Primeiramente, qual a SCQ desse paciente? Tome cuidado com a "pegadinha", pois queimaduras de primeiro grau não entram no cálculo. Portanto, consideramos apenas faces anteriores do MSE (4,5), tórax (9) e abdome (9), o que resulta numa soma de 22,5. De acordo com a fórmula de Parkland, obteremos o quanto precisamos

hidratar o paciente em 24 horas: peso (kg) x SCQ (%) x 4. Portanto,  $100 \times 22,5 \times 4 = 9.000 \text{ mL}/24\text{h}$ . E se a questão perguntasse o volume a ser feito nas PRIMEIRAS 8 HORAS? Dividiríamos o valor obtido por 2, ministrando metade do volume nas primeiras 8 horas, e a outra metade seria dividida nas 16 horas restantes.

Observação: Qual o cristalóide de escolha em quemados? *Ringer Lactato!*

**Alternativa B: INCORRETA.**

**Alternativa C: INCORRETA.**

**Alternativa D: INCORRETA.**

**RESPOSTA:** (A)

**12 (UNICAMP - SP - 2018)** Homem, 57 anos, submetido a gastrectomia subtotal devido a neoplasia, encontra-se extubado no primeiro dia de pós-operatório em UTI e apresenta febre. Refere dor na incisão cirúrgica. Antecedentes pessoais: tabagismo 20 maços/ano. Exame físico: consciente, orientado, acianótico, T = 38 °C, PA = 126 x 86 mmHg, FC = 98 bpm, FR = 24 irpm, IMC = 37 kg/m<sup>2</sup>; pulmão: murmúrio vesicular presente, diminuído em base esquerda; abdome: incisão cirúrgica de bom aspecto, sem irritação peritoneal. A CONDUTA É:

- (A) Tomografia computadorizada de tórax.
- (B) Fisioterapia respiratória.
- (C) Cultura de secreção traqueal.
- (D) Ultrassonografia de abdome.

**GRAU DE DIFICULDADE**

**RESOLUÇÃO:**

**Alternativa A: INCORRETA.** Quadro clássico de atelectasia, sem necessidade de excluir outras complicações no momento.

**Alternativa B: CORRETA.** Questão clássica de complicações pós-operatórias! Qual a principal causa de febre pós-operatória, ocorrendo em até 72h da cirurgia? Atelectasia. Ocorre principalmente em cirurgias torácicas e abdominais, por dor no pós-operatório, que limita a ventilação e a tosse. Além disso, as operações em órgãos abdominais resultam em diminuição da função do diafragma por interferência nos impulsos nervosos para a musculatura respiratória, sobretudo o diafragma. Seu tratamento consiste em analgesia + fisioterapia respiratória. Também deve-se estimular a mobilização precoce no pós-operatório, propiciando melhora da ventilação, e hidratação adequada com fluidificação das secreções.