

LÍNGUA PORTUGUESA

Texto 1

Sabe Quem Morreu!?

Por Rômulo Zanotto

(1) A morte atravessa séculos para nos encontrar. Num infarto do miocárdio, num acidente de trânsito, num quarto de hospital, numa poça de vômito no banheiro de casa ou num parque de diversões repleto de gente. É certo que ela virá. Nascemos sentenciados de morte. No entanto, a escondemos debaixo do tapete tanto quanto possível.

(2) No século XX, a morte passou para o ambiente esterilizado dos hospitais, escondida e calada. Até então, morria-se em casa, via-se, velava-se em cima da mesa. Hoje, apesar de o obituário da *Folha* vir editado no caderno *Cotidiano*, como um recado eloquente a nos lembrar muito bem o lugar que a morte ocupa no dia a dia, não se convive com ela. A morte é uma espécie de não acontecimento. Morre-se longe dos olhos. (...)

(3) A despeito de tabu na vida, a morte sempre foi um prato cheio para a literatura e para as artes em geral. Seja no campo das artes visuais, do cinema, do teatro, da dança, da música ou da literatura, a morte inspirou grandes obras, em todos os tempos. (...) Tolstói se tornou uma espécie de “especialista em morte na literatura” de tanto descrever pormenorizadamente o trespassse de seus heróis (...). Maldito fardo! Aqui, no Brasil, Clarice escreveu sobre a hora da morte, que é *A hora da estrela*; Gerald Thomas dirigiu um eloquente espetáculo sobre a morte da mãe, *Rainha Mentira*; Brás Cubas escreveu suas memórias póstumas através de Machado (...).

(4) Mas se as artes sempre tiveram a morte como tema, o morrer artístico também vem se tornando uma narrativa cada vez mais confessional, de não ficção, escrita na primeira pessoa do singular. Nos últimos anos, David Bowie e Leonard Cohen, “ao saber que iam morrer” – digo, na presença iminente da morte; digo, ao saber do diagnóstico incurável de suas doenças – fizeram um álbum de despedida; Oliver Sacks, o neurologista e escritor anglo-americano, ao saber de sua metástase sem volta publicou uma série de belíssimos textos de despedida, tecendo odes à vida; os textos de Sacks, por sua vez, inspiram-se na autobiografia de poucas páginas do filósofo oitocentista David Hume, escrita quando este também soube da sua morte anunciada por uma doença incurável.

(5) Ao escrever seus textos e “compartilhar” a própria morte, como se perguntasse ao leitor “sabe quem vai morrer!”, no futuro, e a resposta entusiástica fosse “eu!” – com exclamação! -, Sacks nos convida a partilhar com ele sua experiência do fim. O exemplo mostra como a morte também começa a ficar desavergonhada e sair do armário, como parece acontecer com tudo neste início de século. E em tons especialmente confessionais, bem aos moldes destes novos tempos.

(6) Assim é que, se boa parte das pessoas, senão a maioria, ainda prefere morrer nos bastidores, longe dos olhos dos outros, uma pequena vanguarda de pioneiros já escolhe vir ao centro do palco para morrer, oferecendo seu “repertório de morte” como arte. (...)

(7) Falando em bastidores, outro que preferiu encarar a própria finitude, ao invés de se trancar no camarim com um bocado de gim, foi Chico Buarque. Mesmo querendo viver para sempre, o compositor sabe que, às vezes, chega a roda-vida e carrega o destino pra lá. Pensando, então, em “quando seu tempo passar”, escreveu para a atual amada – a última? – uma cantiga, Tua Cantiga, para que ela lembre dele quando ele – oh, metade afastada de si! – não estiver mais aqui.

(8) Apesar de “a expressão da morte” estar se tornando cada vez mais presente nos dias de hoje – não só nas artes, mas também nas redes sociais -, Camila Appel volta à conversa para lembrar que a despedida por meio da arte sempre existiu. (...) O que acontece agora é que com a tendência à narrativa íntima e confessional proposta pelas redes sociais, estas expressões artísticas ganham visibilidade e naturalidade. Afinal, se a cultura de massa do século XX colocou todos os tabus no armário e a morte nos bastidores, a cultura da convergência do século XXI tem exibido o making-of desses bastidores.

(9) Mas, como acontece tantas vezes, a arte antecipou a interpretação da sua época. Entre agosto e setembro de 1994, vinte anos antes de Sacks, no Brasil, Caio Fernando Abreu publicou uma série histórica e antológica de crônicas em sua coluna quinzenal no jornal *O Estado de São Paulo*. Vivendo enfermo em Porto Alegre, limitado pelos muros do Hospital Menino Deus, o escritor contava o inefável: que tinha AIDS e morreria. (...) “Em quem está com Aids o que mais dói é a morte antecipada que os outros nos conferem”, escreveu. Talvez por isso Caio conseguisse contar com tanta força o que visse, como a visão do próprio rosto refletido nas pupilas dilatadas da morte: porque já estava lá, sem que ainda tivesse deixado de estar aqui. Pelo lugar privilegiado em que se encontrava.

(10) Após anos de experiência acompanhando a morte de pacientes, especialistas em cuidados paliativos constataam que as pessoas, antes da morte, sentem uma “redenção ao amor”. Talvez por isso Frida Kahlo, que passou a vida inteira pintando suas dores – dores de Frida Kahlo! – tenha mergulhado o pincel na tinta uma última vez dois dias antes da morte para escrever “viva la vida” em uma natureza morta que havia pintado dois anos antes. Fazer o quê, se o infinitivo do verbo viver é também o gerúndio do verbo morrer? Um dia nascemos, um dia morremos, e isso é tudo. (...)

Disponível em: <https://mortesemtabu.blogfolha.uol.com.br/2018/06/15/sabe-quem-morreu/> Acesso em: 15 jun. 2018. Adaptado.

01. A perspectiva sob a qual o Texto 1 aborda o tema da morte está CORRETAMENTE sintetizado em:

- A) A atração mórbida pela morte tem origem na literatura e nas artes em geral.
- B) O ambiente impessoal dos hospitais aumenta a angústia diante da morte.
- C) Artistas que tematizam a própria morte ajudam a naturalizar esse tabu.
- D) Diante da iminência da morte, as pessoas só desejam não ser esquecidas.
- E) Hoje as pessoas preferem não pensar na morte nem nas suas consequências.

02. Quando se compõe um texto, é inevitável que se espere que o leitor empregue o seu conhecimento de mundo para interpretá-lo.

Assinale, entre as opções abaixo, as informações que são essenciais para a compreensão do Texto 1.

1. A Clarice que aparece no trecho: “Aqui, no Brasil, Clarice escreveu sobre a hora da morte (...)” (3º parágrafo) trata-se da escritora Clarice Lispector, nascida na Ucrânia e naturalizada brasileira.
2. Machado de Assis escreveu *Memórias Póstumas de Brás Cubas*, obra em que o personagem-título escreve suas memórias após a própria morte.
3. A canção “Bastidores”, do compositor Chico Buarque de Hollanda, tem versos como: “Chorei, chorei/ Até ficar com dó de mim/ E me tranquei no camarim/ Tomei um calmante, um excitante/ E um bocado de gim”.
4. “Roda viva” é uma composição de Chico Buarque de Hollanda. Alguns de seus versos são: “A gente quer ter voz ativa/ No nosso destino mandar/ Mas eis que chega a roda-viva/ E carrega o destino pra lá”.

São informações essenciais para a compreensão do Texto 1, apenas:

- A) 1, 2 e 4.
- B) 1 e 3.
- C) 1 e 4.
- D) 2 e 3.
- E) 2, 3 e 4.

03. Para melhor dialogar com seus leitores, o autor não se esqueceu de incluir no texto expressões amplamente conhecidas, muitas vezes oriundas de contextos de fala.

São exemplos dessa estratégia as expressões:

1. “infarto do miocárdio” (1º parágrafo).
2. “escondemos debaixo do tapete” (1º parágrafo).
3. “recado eloquente” (2º parágrafo).
4. “prato cheio” (3º parágrafo).
5. “sair do armário” (5º parágrafo).

Estão CORRETAS, apenas:

- A) 1, 2 e 3.
- B) 1, 3 e 5.
- C) 1, 4 e 5.
- D) 2, 3 e 4.
- E) 2, 4 e 5.

04. No enunciado: “É certo que ela virá.” (1º parágrafo), o autor quer dizer que a morte é

- A) indelével.
- B) indescritível.
- C) indesejável.
- D) inexorável.
- E) inexplicável.

05. No Texto 1, a morte é também referida como:

1. “infarto do miocárdio” (1º parágrafo).
2. “o obituário” (2º parágrafo).
3. “o trespasse” (3º parágrafo).
4. “a (...) finitude” (7º parágrafo).

Estão CORRETOS:

- A) 1 e 2, apenas.
- B) 1, 2 e 3, apenas.
- C) 2, 3 e 4, apenas.
- D) 3 e 4, apenas.
- E) 1, 2, 3 e 4.

06. Observe: “apesar de o obituário da *Folha* vir editado no caderno *Cotidiano*, como um recado eloquente a nos lembrar muito bem o lugar que a morte ocupa no dia a dia, não se convive com ela.” (2º parágrafo).

Para substituir “apesar de” por “embora”, mantendo o verbo vir, a forma verbal “vir editado” deve ser alterada para

- A) “veio editado”.
- B) “venha editado”.
- C) “vinhesse editado”.
- D) “viria editado”.
- E) “visse editado”.

07. Considerando alguns dos aspectos formais da gramática de nossa língua, aplicados ao Texto 1, analise as afirmativas a seguir.

1. Em: “A despeito de tabu na vida, a morte sempre foi um prato cheio para a literatura e para as artes em geral.” (3º parágrafo), a locução conjuntiva destacada, de valor concessivo, destaca uma contradição (na vida, a morte é um tabu) e introduz uma oposição (mesmo que a morte seja um tabu, a morte sempre foi um prato cheio (...)).
2. No enunciado: “Tolstói se tornou uma espécie de especialista em morte na literatura de tanto descrever pormenorizadamente o trespasse de seus heróis.” (3º parágrafo), há uma relação sintático-semântica de comparação.
3. No enunciado: “ ‘Em quem está com Aids o que mais dói é a morte antecipada que os outros nos conferem’, escreveu.” (9º parágrafo), os termos destacados exercem, respectivamente, as funções de complemento direto e complemento indireto da forma verbal “conferem”.
4. O enunciado: “Fazer o quê, se o infinitivo do verbo viver é também o gerúndio do verbo morrer?” (10º parágrafo) faz uma alusão ao aspecto processual (que se prolonga no tempo) do gerúndio e se justifica com a ideia de que estar vivo é também estar morrendo.

Estão CORRETAS:

- A) 1 e 2, apenas.
- B) 1, 2 e 3, apenas.
- C) 1, 3 e 4, apenas.
- D) 2 e 4, apenas.
- E) 1, 2, 3 e 4.

08. Uma das tipologias de texto mais bem marcadas é a narrativa. O nono parágrafo do Texto 1 está predominantemente estruturado como texto narrativo, como se evidencia:

- A) na descrição do ambiente em: “Mas, como acontece tantas vezes, a arte antecipou a interpretação da sua época.”.
- B) na marcação do tempo em: “Entre agosto e setembro de 1994, vinte anos antes de Sacks (...)”.
- C) na criação do clímax em: “Caio Fernando Abreu publicou uma série histórica e antológica de crônicas em sua coluna quinzenal no jornal *O Estado de São Paulo*.”.
- D) na presença de um narrador de primeira pessoa em: “Vivendo enfermo em Porto Alegre, (...) o escritor contava o inefável (...)”.
- E) na construção do discurso direto em: “o escritor contava o inefável: que tinha AIDS e morreria.”.

09. Assinale a alternativa que apresenta um enunciado no qual a concordância está de acordo com a norma culta da língua.

- A) A maioria das pessoas preferem morrer longe dos olhos de estranhos.
- B) Já fazem vinte e cinco anos da morte do escritor Caio Fernando Abreu.
- C) Deve, o médico, acabar com as esperanças de quem ainda as têm?
- D) Devem haver pessoas serenas, mesmo diante de um prognóstico grave.
- E) Discussões sobre esse tema tão intrigante sempre desperta muitas reflexões.

10. Quanto às convenções ortográficas em vigor, analise as afirmativas a seguir e assinale a CORRETA.

- A) Assim como “tabu”, não devem receber acento gráfico os vocábulos “bau” e “Camboriu”.
- B) A letra X tem o mesmo valor fonológico, isto é, o mesmo som, em “expressão”, “texto” e “experiência”.
- C) Assim como “enchente” e “encharcado”, escrevem-se com **ch** os vocábulos “enchame” e “enchoval”.
- D) Conforme o Acordo Ortográfico, pela mesma razão por que a forma verbal “dói” é acentuada, também recebem acento gráfico os vocábulos “asteróide” e “bóia”.
- E) Em “Fazer o quê?”, o acento gráfico se justifica, porque o referido monossílabo, em final de frase, é átono.

CONHECIMENTOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
--

Para responder as questões 11 e 12, analise o quadro 1.

Quadro 1. Distribuição de uma doença por nº de óbitos, de casos existentes e nº de habitantes, por distrito sanitário em um Município com 90 Km². 2017.

Distrito Sanitário	Nº de Habitantes	Nº de Casos	Nº de Óbitos
DS 1	128.000	1.280	64
DS 2	96.000	1.200	48
DS 3	64.000	800	32
DS 4	32.000	400	16
Total	320.000	3.680	160

11. Assinale a alternativa CORRETA.

- A) O risco de morrer sendo portador da doença é o mesmo para os distritos 1 e 2.
- B) O risco de estar doente é o mesmo para os distritos 1 e 4.
- C) O risco de morrer é o mesmo para os distritos 2 e 3.
- D) O risco de morrer é duas vezes maior no distrito 1 que no 3.
- E) O risco de morrer sendo portador da doença é menor no distrito 1 que nos outros distritos sanitários.

12. Qual dos seguintes indicadores NÃO é possível ser calculado com as informações fornecidas?

- A) Coeficiente de Mortalidade
- B) Coeficiente de Letalidade
- C) Coeficiente de Prevalência
- D) Coeficiente de Incidência
- E) Densidade Demográfica

13. Sobre as Regiões de Saúde (RS), analise os itens abaixo:

- ✓ São instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios.
- ✓ Podem ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.
- ✓ As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.
- ✓ Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde: seus limites geográficos e a população usuária das ações e serviços.
- ✓ Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Todos estão corretos.
- B) Apenas 4 estão corretos.
- C) Apenas 3 estão corretos.
- D) Apenas 2 estão corretos.
- E) Apenas 1 está correto.

14. Sobre a Política Nacional de Atenção Básica, analise os itens abaixo:

- I. Todas as Unidades Básicas de Saúde são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a Rede de Atenção à Saúde.
- II. Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano.
- III. Existem dois tipos de Equipe de Saúde: Equipe de Saúde da Família (eSF) e Equipe da Atenção Básica (eAB).
- IV. O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica.
- V. A Equipe de Saúde Bucal (eSB) é uma modalidade, que pode compor as equipes que atuam na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Todos estão corretos.
- B) Apenas 4 estão corretos.
- C) Apenas 3 estão corretos.
- D) Apenas 2 estão corretos.
- E) Apenas 1 está correto.

15. Segundo a Constituição Federal, no artigo 196: “Saúde é direito de todos e dever do estado”. Sobre o dever do estado, pode-se inferir que será garantido mediante políticas que visem

- I. à produção e à distribuição de riquezas
- II. ao acesso à terra para plantar e para morar
- III. ao acesso à educação
- IV. ao acesso à cultura
- V. ao acesso ao esporte e ao lazer

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Todos estão corretos.
- B) Apenas III está correto.
- C) Apenas I está incorreto.
- D) Apenas II está incorreto.
- E) Existem dois incorretos.

16. Dentre os atributos característicos da Atenção Primária à Saúde, existe um que “implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias, resolvendo a grande maioria das demandas ou por meio de encaminhamentos”.

Esse atributo é conhecido como

- A) Longitudinalidade.
 - B) Coordenação do cuidado.
 - C) Abrangência ou integralidade.
 - D) Primeiro Contato.
 - E) Centralidade na Família.
-

17. Os Sistemas de Saúde, de um modo geral, seguem o tipo de proteção social adotado no país. O sistema de saúde implantado no Brasil, com a Constituição de 1988, conhecido como SUS, é do seguinte tipo:

- A) Demanda espontânea.
 - B) Assistência à Saúde.
 - C) Seguridade Social.
 - D) Seguro Social.
 - E) Seguro Social e Assistência à Saúde.
-

18. Considerando a Constituição Federal de 1988, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
 - B) A assistência à saúde não é livre à iniciativa privada.
 - C) As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.
 - D) Ao Sistema Único de Saúde compete participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos.
 - E) Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde.
-

19. Sobre a Lei Nº 8080/90, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O setor privado de saúde não está subordinado a essa Lei.
 - B) Estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde.
 - C) O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.
 - D) Regulamenta, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público.
 - E) A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
-

20. Em relação à Lei 8142/90, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
 - B) O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.
 - C) A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.
 - D) O Conselho Municipal de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, é órgão colegiado composto por representante do governo municipal mediante o presidente da Câmara de Vereadores.
 - E) Estabelece a criação dos Fundos de Saúde.
-

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

21. Sobre a avaliação e os cuidados iniciais do grande queimado, é CORRETO afirmar que

- A) queimaduras de terceiro grau afetam tecidos mais profundos, apresentando-se enegrecidas ou esbranquiçadas e extremamente dolorosas.
- B) no atendimento inicial do paciente grande queimado, excepcionalmente a ordem da avaliação sistematizada do *advanced trauma life support* (ATLS) deve ser alterada, priorizando o E (exposição) inicialmente.
- C) evidência de lesões de vibrissas nasais deve ser valorizada pela possibilidade de lesão inalatória, a qual é critério de internação em unidade de queimados, devendo ser tratada inicialmente com oxigenioterapia 100%.
- D) o resfriamento da área queimada é contraindicado no atendimento imediato do paciente queimado.
- E) a reposição volêmica deve ser realizada com cautela devido ao risco aumentado de hipervolemia e congestão pulmonar.

22. Paciente mulher, 58 anos, diabética é admitida na emergência com queixa de dor retroesternal e epigástrica em aperto sem irradiação há 1h, associada à “falta de ar” e ao episódio emético. Ao exame, apresentava-se sudoreica, taquipneica, FC 110bpm, FR 28irpm, PA 180x100mmHg, com ausculta cardíaca e pulmonar normais.

Assinale a alternativa que contém o melhor conjunto de medidas a ser tomado na abordagem inicial do caso.

- A) Oxigenioterapia sob cateter, anticoagulação plena e Tomografia contrastada de tórax com protocolo para embolia pulmonar.
- B) Inibidor de bomba de prótons venoso, antiemético, analgésico comum, observação e reavaliação em 2 horas.
- C) Oxigenioterapia sob cateter, ácido acetil-salicílico oral, acesso venoso periférico, nitroglicerina venosa, eletrocardiograma de 12 derivações e dosagem de troponinas.
- D) Morfina venosa, diazepam venoso, oxigenioterapia sob cateter e dosagem de troponinas.
- E) Oxigenioterapia sob cateter, acesso venoso, diurético de alça venoso, inibidor de enzima conversora de angiotensina oral, diazepam oral, eletrocardiograma de 12 derivações.

23. Paciente, no curso da 32ª semana de gestação, dá entrada no pronto-socorro com queixa de cefaleia intensa, edema de membros inferiores e dor em hipocôndrio direito. Pressão arterial da admissão de 170x110mmHg.

Sobre esse caso, é CORRETO afirmar que

- A) o controle pressórico é medida imperativa no atendimento inicial, sendo o uso de anti-hipertensivos inibidores da enzima conversora de angiotensina a classe de escolha, em especial o captopril pelo seu início de ação rápida e proteção renal com diminuição da proteinúria.
- B) presença de plaquetopenia por si só é um indicador de gravidade, devendo a paciente ser encaminhada para serviço especializado.
- C) na presença de crises convulsivas, deve ser instituída imediata terapia com sulfato de magnésio, mantido por 24 horas após o parto, sendo monitorizada frequência respiratória devido ao risco de bradipneia e carbonarose, bem como diurese, devido ao risco de insuficiência renal induzida pelas altas doses de sulfato de magnésio.
- D) presença de anemia, DHL aumentado, hiperbilirrubinemia indireta, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas são indicativos de síndrome HELLP, devendo a paciente, imediatamente, receber infusão de sulfato de magnésio e ser encaminhada a serviço especializado.
- E) transfusão de concentrado de plaquetas é indicada para evitar sangramentos maiores durante o parto.

24. Paciente masculino, 32 anos com quadro de febre aferida há 3 dias, cefaleia frontal e mialgia, dá entrada no pronto-socorro após apresentar manchas cutâneas difusas e pruriginosas. Prova do laço positiva. Exames admissionais: Hb 12,8g/dL; Ht 38%; Leuco 3200/mm³; PlaQ 71.000/mm³; TGO 180 (normal 20-40); TGP 110 (normal 20-40) Bilirr. Total 1,2; Bilirr. Direta 0,6; Ur 54; Cr 1,0; CPK 320 (normal 30-130).

Sobre o caso em questão, é CORRETO afirmar que

- A) a principal hipótese diagnóstica dessa síndrome febril aguda é a Dengue, a qual, na avaliação inicial, não apresenta critérios de gravidade, devendo o paciente ser orientado a retornar para avaliação; caso surjam sinais de alarme, manter boa hidratação oral e uso de analgésicos e antipiréticos.
- B) a principal hipótese diagnóstica dessa síndrome febril aguda é a Dengue a qual cursa com indícios de gravidade pela positividade da prova do laço e com evidências laboratoriais de hepatite e plaquetopenia, devendo ser internado e receber expansão volêmica vigorosa.
- C) a principal hipótese diagnóstica dessa síndrome febril aguda é a Dengue, a qual deve, nesse atendimento, ser notificada em formulário específico e coletadas sorologias específicas para confirmação do caso.

- D) a principal hipótese diagnóstica dessa síndrome febril aguda é a Dengue, a qual, no momento não apresenta sinais de gravidade sugestivos de Febre Hemorrágica da Dengue. No entanto, o paciente deve retornar a cada 2 dias para refazer os exames e acompanhar a curva de plaquetas.
- E) os dados objetivos do caso que são compatíveis com Febre Hemorrágica da Dengue são as plaquetas de 71.000, o hematócrito de 38% e a prova do laço positiva.

25. Menor, 6 anos é levado à Unidade de Pronto Atendimento por apresentar febre, vômitos e diarreia há 8 dias. Refere que vômitos só apareceram no 1º dia e que febre durou 3 dias, porém com evacuações mais frequentes; até então, já tinha evacuado 12 vezes, com fezes aquosas, sem sangue ou muco. Ao exame, EGRegular, hipoativo, reativo, eupneico, boca seca, olhos fundos, tempo de enchimento capilar de 3 segundos, acianótico, anictérico, FC: 120bpm PA: 95x60 mmHg. Abdome distendido, depressível, com desconforto leve à palpação, RHA+. SNC: Nuca livre. Sobre diarreia na infância e seu tratamento, é CORRETO afirmar que o menor

- A) apresenta quadro de diarreia aguda, provavelmente viral. Em relação ao tratamento, devemos orientar hidratação domiciliar, com SRO após episódios diarreicos ou líquidos caseiros, como chá, sucos, água de arroz, soro caseiro, e reavaliar se sangue nas fezes.
- B) com quadro de diarreia persistente, já que tem mais de 7 dias, provavelmente viral. Em relação ao tratamento, devemos iniciar o plano B com SRO para na Unidade de Pronto Atendimento, com reavaliações frequentes, suspender alimentação até completar hidratação. E como orientação para casa, retirar lactose da dieta.
- C) com quadro de diarreia aguda, provavelmente viral, em relação ao tratamento, devemos iniciar o plano B com SRO para na Unidade de Pronto Atendimento, com reavaliações frequentes, suspender alimentação até completar hidratação.
- D) com quadro de diarreia aguda, provavelmente viral, em relação ao tratamento, devemos iniciar expansão com SF0,9% ou Ringer lactato 20ml/kg, já que menor com desidratação grave.
- E) com quadro de diarreia persistente, já que tem mais de 7 dias, provavelmente viral, em relação ao tratamento, devemos iniciar expansão com SF0,9% ou Ringer lactato 20ml/kg, já que menor com desidratação grave. E como orientação para casa, retirar lactose da dieta.

26. Paciente jovem 28 anos, vítima de politrauma chega à emergência trazido por familiares que estavam no local do trauma. Apresenta-se comatoso, sem abertura ocular, com pupila direita de diâmetro maior que a esquerda, sem resposta verbal, reagendo apenas a estímulos dolorosos; FC 140bpm, PA 70x40mmHg; FR 32 com desconforto respiratório.

A pontuação da Escala de Coma de Glasgow (ECG) conferida e a sequência mais adequada de medidas se encontram na alternativa

- A) ECG = 6, punção venosa periférica, ventilação com Ambu e máscara e radiografia de crânio e cervical.
- B) ECG = 6, cânula orofaríngea, ventilação com Ambu e punção venosa periférica.
- C) ECG = 7, tomografia de crânio, intubação orotraqueal e punção venosa periférica.
- D) ECG = 8, punção venosa periférica, ventilação com Ambu e máscara e radiografia de crânio e cervical.
- E) ECG = 8, cânula orofaríngea, ventilação com Ambu e punção venosa periférica.

27. Sobre a abordagem inicial da Hemorragia Digestiva Alta (HDA), é CORRETO afirmar que

- A) passagem de sonda nasogástrica, seguida de lavagem gástrica com solução salina fria, é procedimento indispensável na abordagem inicial da HDA de qualquer etiologia.
- B) lavado gástrico “limpo” exclui a possibilidade de HDA.
- C) a medida inicial mais importante na abordagem da HDA de qualquer etiologia é a restauração da volemia, a princípio com utilização de soluções cristaloides e, em caso de necessidade, hemotransfusão com o objetivo de manter níveis de hemoglobina acima de 10g/dL.
- D) o procedimento de Endoscopia Digestiva Alta deve ser realizado dentro das primeiras 4h do sangramento.
- E) a doença ulcerosa péptica representa a principal etiologia das HDA, sendo indispensável na abordagem inicial, além da ressuscitação volêmica e hemodinâmica, o uso de inibidores da bomba de prótons, mesmo antes da realização da endoscopia digestiva.

28. Paciente masculino 63 anos vem com queixa de febre, tosse produtiva e falta de ar há 3 dias. Ao exame físico: lúcido, boa aceitação alimentar, orientado, febril (37,8° axilar), PA 110x70mmHg, taquipneico (20irpm), com estertores inspiratórios em terço inferior de hemitórax direito. Exames admissionais: Hb 13,5g/dL, Leuco 17.800/mm³, PCR 32 (normal < 1), Ur 46, Cr 1,1, Na 138, K 3,7.

Sobre o caso, é INCORRETO afirmar que

- A) se trata de paciente com diagnóstico de pneumonia comunitária que preenche critérios de internamento hospitalar, devendo receber antibiótico venoso, tendo como alternativa o uso de ceftriaxone isolado ou em associação com macrolídeo ou monoterapia com quinolona respiratória.
- B) a realização de radiografia de tórax nesse caso pode ser dispensável para confirmação diagnóstica. No entanto, orienta-se realizá-la para avaliação de complicações, como derrame pleural e abscessos pulmonares.
- C) se trata de paciente com diagnóstico de pneumonia comunitária sem necessidade de internamento, podendo ser tratado em domicílio com associação de antibiótico beta-lactâmico e macrolídeo, ou monoterapia com quinolona respiratória.
- D) na presença de derrame pleural, este deve ser puncionado e estudado com dosagem de contagem diferencial de células, DHL, proteínas totais, cultura/Gram, glicose e pH. Na presença de pH < 7,0 e/ou glicose < 40mg/dL, indica-se drenagem torácica.
- E) infiltrados pulmonares podem persistir por até 6 semanas após quadro de pneumonia, mesmo com resolução clínica completa, não havendo necessidade de solicitação de radiografia de tórax de controle.

29. Traumatizado, vítima de colisão de veículo, deu entrada no pronto-socorro semiconsciente e cianótico. Apresentava lacerações em face, pescoço e abdome, FR 36 bpm, FC 136 bpm, PA 80 x 60 mmHg e Glasgow de 7. Observada, ainda, contusão torácica com respiração paradoxal bilateral e fratura fechada em membro superior direito. No atendimento primário à admissão, devem ser efetuados diversos procedimentos, EXCETO

- A) radiografia de tórax e pelve.
- B) ultrassonografia de abdome.
- C) intubação orotraqueal.
- D) redução da fratura do membro.
- E) lavagem peritonial diagnóstica.

30. Paciente masculino 65 anos deu entrada no pronto-socorro com quadro de fala “embolada”, desequilíbrio e cefaleia de início há cerca de 6 horas. Ao exame, apresentava-se consciente, Glasgow 13 (O 4 V 3 M 6) desvio de comissura labial, paresia de membros superior e inferior direitos e disartria. Pressão arterial de entrada 250x140mmHg.

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Paciente com clínica de Acidente Vascular Encefálico (AVE) de provável etiologia isquêmica com indicação imediata de trombólise, devendo ser encaminhado rapidamente a serviço especializado.
- B) Paciente com clínica de Acidente Vascular Encefálico (AVE) hemorrágico com hemorragia intraparenquimatosa, devendo ter como alvos pressóricos níveis de normotensão, com manutenção da pressão arterial média por volta de 70mmHg. Manter vigilância e controle rígido de febre, dor e distúrbios hidroeletrólíticos.
- C) Paciente com clínica de Acidente Vascular Encefálico (AVE) de provável etiologia isquêmica, devendo receber AAS na dose de 325mg, podendo manter os alvos pressóricos com anti-hipertensivos orais, tendo em vista a estabilidade neurológica, antes de ser encaminhado para exame de neuroimagem. Manter vigilância e controle rígido de febre, dor e distúrbios hidroeletrólíticos.
- D) Paciente com clínica de Acidente Vascular Encefálico (AVE) de provável etiologia isquêmica devendo manter seus níveis pressóricos abaixo de 220x120mmHg com anti-hipertensivos parenterais (betabloqueadores ou nitroprussiato de sódio) antes de ser encaminhado para exame de neuroimagem. Manter vigilância e controle rígido de febre, dor e distúrbios hidroeletrólíticos.
- E) Paciente com clínica de Ataque Isquêmico Transitório (AIT), devendo receber AAS na dose de 325mg, podendo manter os alvos pressóricos com anti-hipertensivos orais, tendo em vista a estabilidade neurológica, antes de ser encaminhado para exame de neuroimagem.

31. São indicações de esquema profilático da Raiva Humana, obrigatoriamente com 5 doses da vacina nos dias 0, 3, 7, 14 e 28, EXCETO:

- A) Ferimentos superficiais em mãos e pés envolvendo cães e/ou gatos clinicamente suspeitos.
- B) Ferimentos superficiais em braços, poupando mãos envolvendo cães e/ou gatos desaparecidos.
- C) Acidente de qualquer magnitude envolvendo morcegos como animal agressor.
- D) Ferimentos superficiais em perna poupando pé, envolvendo cães e/ou gatos clinicamente suspeitos.
- E) Lamedura de mucosas por cães e/ou gatos clinicamente suspeitos.

32. Paciente 45 anos é vítima de acidente automobilístico, em que era o motorista do automóvel e não usava cinto de segurança. Deu entrada no pronto-socorro chocado com PA 50x30mmHg, levado por populares presentes no local do acidente. No atendimento inicial, foi puncionado _____ (A) e administrado _____ (B) como expander de volume. Apesar da reposição volêmica adequada, o paciente permanecia em choque, mal-perfundido, com PA 60x40mmHg, PVC de 16cm de água e turgência jugular, sugerindo um choque do tipo _____ (C).

Assinale a alternativa com as opções que preenchem as lacunas de acordo com os princípios de atendimento inicial à vítima de politrauma e da avaliação e condução dos estados de choque.

- A) (A) acesso venoso periférico, (B) cristaloides, (C) hipovolêmico.
- B) (A) acesso venoso central, (B) dextran, (C) cardiogênico.
- C) (A) acesso venoso periférico, (B) cristaloides, (C) cardiogênico.
- D) (A) acesso venoso central, (B) cristaloides, (C) distributivo.
- E) (A) acesso venoso periférico, (B) sangue, (C) hipovolêmico.

33. Paciente 40 anos, grande etilista deu entrada na emergência com história de vômitos e de crise convulsiva resolvida há 2 horas. Apresenta-se agitado, desorientado, confuso, com tremores intensos de extremidades. Relata última ingestão alcoólica há 3 dias.

Sobre o caso descrito, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Trata-se de caso de síndrome de abstinência alcoólica, devendo ser prontamente tratada com drogas neurolépticas, como haloperidol para controle dos sintomas de agitação e desorientação.
- B) Trata-se de caso sugestivo de manifestações iniciais de transtorno psicótico, devendo o paciente ser manejado com medicações neurolépticas, como haloperidol, clorpromazina ou risperidona.
- C) O uso de betabloqueadores é fundamental para o controle de sintomas adrenérgicos relacionados à síndrome de abstinência alcoólica.
- D) A deficiência de vitamina B12 (cianocobalamina) é comum em alcoolistas, e sua reposição está indicada na fase inicial de tratamento para prevenção da síndrome de Wernicke-Korsakoff.
- E) Benzodiazepínicos são as drogas de escolha, devendo ser administradas de horário e, no caso descrito, preferencialmente parenteral devido à gravidade do quadro.

34. No atendimento de um paciente politraumatizado, vítima de acidente automobilístico frontal, em que o cinto de segurança não era usado, verifica-se um quadro de agitação e confusão mental. A avaliação inicial revela dispneia, hipotensão, PA 80x40mmHg, turgência jugular, bulhas cardíacas abafadas, murmúrios vesiculares presentes bilateralmente à ausculta pulmonar, sem aparentes desvios no tórax.

Qual é a principal hipótese diagnóstica e o tratamento imediato a ser instituído?

- A) Tamponamento cardíaco; toracotomia pelo quinto espaço intercostal esquerdo e drenagem torácica em selo d'água.
- B) Tamponamento cardíaco; pericardiocentese via subxifoide com retirada de 15 a 20 ml de sangue.
- C) Hemotórax maciço bilateral; intubação orotraqueal, ventilação mecânica, reposição de volume e drenagem torácica em selo d'água.
- D) Pneumotórax hipertensivo; punção do segundo espaço intercostal anterior à linha axilar média.
- E) Pneumotórax hipertensivo; punção do segundo espaço intercostal na linha hemiclavicular.

35. Mulher, 64 anos, hipertensa de longa data, relatava história de “coração crescido”. Deu entrada no pronto-socorro com queixa de dispneia progressiva até o repouso nas últimas 36 horas. Negava dor torácica. Ao exame sem edemas, apresentava-se intensamente taquidispneica, tempo de enchimento capilar menor que 3 segundos, SO₂ 97%, FC 120bpm, PA 180x110mmHg, ritmo de galope (B3) em ausculta cardíaca e estertores bolhosos até ápice de ambos os hemitórax na ausculta pulmonar.

Sobre o caso em questão, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Trata-se de caso de Insuficiência Cardíaca Aguda de etiologia hipertensiva com indícios clínicos de choque cardiogênico e necessidade imediata de início de drogas inotrópicas parenterais, sendo a escolha a dobutamina.
- B) Trata-se de caso de Insuficiência Cardíaca Aguda de etiologia hipertensiva com evolução para Edema Agudo Pulmonar hipertensivo, devendo, no primeiro momento, se iniciar terapia diurética parenteral com diurético de alça, vasodilatador parenteral com nitroglicerina, ventilação não invasiva e, em caso de uso prévio, manutenção do uso do betabloqueador.
- C) Trata-se de caso de Insuficiência Cardíaca Aguda de etiologia hipertensiva com evolução para Edema Agudo Pulmonar hipertensivo, devendo, no primeiro momento, se iniciar terapia diurética parenteral com diurético de alça, vasodilatador parenteral com nitroglicerina, ventilação não invasiva e, em caso de uso prévio, suspensão imediata do uso do betabloqueador.
- D) Trata-se de caso de Insuficiência Cardíaca Aguda com um perfil frio e úmido, podendo ser manejado no ambiente da emergência inicialmente com drogas orais.
- E) Trata-se de caso de Insuficiência Cardíaca Aguda com um perfil seco e quente, tendo em vista a ausência de edemas. Dessa forma, deve-se inicialmente fazer reposição volêmica gradual e vigiada.

36. Paciente com 30 anos de idade é vítima de acidente com auto, com colisão frontal em alta velocidade. É trazido ao pronto-socorro consciente, informa ter utilizado cinto de segurança de duas pontas e queixa-se de dor abdominal generalizada. Ao exame físico, nota-se dor intensa à descompressão brusca do abdome e espasmo involuntário muscular no hipogástrio. Sua pressão arterial é de 90 x 60 mmHg, e o pulso, de 120 bpm. A radiografia de tórax e o hematócrito são normais.

O passo subsequente para esse paciente é a realização de

- A) lavagem peritoneal.
- B) ultrassonografia abdominal.
- C) tomografia computadorizada de abdome.
- D) punção abdominal.
- E) laparotomia exploradora.

37. Sobre a assistência à vítima de Parada Cardiorrespiratória (PCR), assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A sequência A > B > C (via aérea > respiração > compressão) foi alterada para C > A > B no atendimento inicial da vítima de PCR fora do hospital, para priorizar as compressões torácicas.
- B) Na sequência de manejo da PCR intra-hospitalar de pacientes em assistolia e/ou atividade elétrica sem pulso (AESP), além das compressões torácicas efetivas e garantir via aérea definitiva, deve-se manter um acesso venoso de boa qualidade para administração de doses sequenciais de adrenalina a cada 3-5min e amiodarona após o terceiro ciclo.
- C) No atendimento de vítima de PCR fora do hospital, é permitido proceder a manobras de reanimação somente com compressões torácicas sem ventilação, especialmente quando conduzidas por leigos.
- D) Quando diante de um paciente vítima de PCR é flagrada assistolia, deve-se realizar o chamado “protocolo de linha reta”, checando a integridade e adequada colocação dos cabos, aumentando-se o ganho do aparelho de monitorização e trocando-se as derivações.
- E) Devem ser consideradas e pesquisadas causas tratáveis e/ou agravantes (5 H’s e 5 T’s) durante qualquer PCR.

38. Sobre o manejo inicial do paciente vítima de Trauma Crânio Encefálico (TCE) grave, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Está indicado rotineiramente o uso precoce de corticosteroides, sendo de escolha a dexametasona, como estratégia de prevenção de hipertensão intracraniana.
- B) Como estratégia ventilatória nos casos de TCE grave, deve-se combater a hipoxemia e se manter a normocapnia, porém, em casos de hipertensão intracraniana, é possível se manter uma hipercapnia permissiva.
- C) Pacientes sem sinais de hipertensão intracraniana não necessitam de controles rígidos da pressão arterial.
- D) Deve-se evitar sedação para não comprometer o nível de consciência e as avaliações neurológicas.
- E) É importante se manter o paciente em decúbito dorsal com a cabeceira do leito retificada (0°) e se posicionar a cabeça para o lado oposto do trauma.

39. Paciente 72 anos, diabética, dislipidêmica e hipertensa com passado de infarto agudo do miocárdio há 10 anos, submetida à angioplastia percutânea com implantação de stent, deu entrada na emergência com quadro de dor abdominal progressiva nas últimas 48 horas. Ao exame, apresentava-se afebril, pálida, sudoreica, pulsos periféricos finos e taquipneica. FC 120bpm, FR 30irpm, PA 80x50mmHg, ausculta respiratória normal. Abdomo mostrava-se distendido, timpânico, difusamente doloroso e com descompressão brusca dolorosa. Toque retal com sangue em dedo de luva. Radiografia de abdome com dilatação nível hidroaéreo em delgado. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável e a propedêutica para confirmação.

- A) Apendicite aguda/ ultrassonografia de abdome total
 - B) Isquemia mesentérica/ Tomografia contrastada de abdome total
 - C) Diverticulite perfurada/ Tomografia contrastada de pelve
 - D) Invaginação intestinal aguda/ Enema baritado
 - E) Volvo de cólon sigmoide/ Colonoscopia descompressiva
-

40. Menor 6 anos deu entrada no pronto-socorro com quadro de tosse seca, taquidispneia e chiado há 48 horas com piora há 6 horas. Genitora negava febre ou sintomas de vias aéreas superiores. Relatava episódios semelhantes prévios, tratados na emergência. Na admissão, apresentava-se normocorado, perfusão periférica menor que 3 segundos, normoativo e alerta, retração de fúrcula, FR 42irpm, FC 112bpm. Sobre o caso descrito, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Quadro clínico e história compatíveis com crise asmática moderada, devendo ser administrado corticosteroide, preferencialmente venoso na dose de 10mg/Kg de hidrocortisona, realização de 3 ciclos de nebulização com salbutamol isoladamente e adição de aminofilina oral ou venosa em caso de falha na resposta aos primeiros ciclos de nebulização.
 - B) Quadro clínico e história compatíveis com crise asmática moderada, devendo ser administrado corticosteroide, preferencialmente venoso, pela maior rapidez de ação na dose de 10mg/Kg de hidrocortisona, realização de 3 ciclos de nebulização com salbutamol isoladamente e reavaliar a criança após o segundo ciclo.
 - C) Quadro clínico e história compatíveis com crise asmática moderada, devendo ser administrado corticosteroide, preferencialmente oral na dose de 1-2mg/Kg de prednisona/prednisolona, realização de 3 ciclos de nebulização sempre com a associação de salbutamol e brometo de ipatrópio e reavaliar a criança após o segundo ciclo.
 - D) Quadro clínico e história compatíveis com crise asmática moderada, devendo ser administrado corticosteroide, preferencialmente via oral na dose de 1-2mg/Kg de prednisona/prednisolona, realização de 3 ciclos de nebulização com salbutamol isoladamente a intervalos de 20 minutos e reavaliar a criança após o segundo ciclo.
 - E) Quadro clínico e história compatíveis com crise asmática moderada, devendo ser administrado corticosteroide, preferencialmente oral na dose de 1-2mg/Kg de prednisona/prednisolona, realização de 3 ciclos de nebulização com salbutamol isoladamente, com associação com salbutamol solução oral em caso de falha na resposta aos primeiros ciclos de nebulização.
-

