



**PROVA PARA O CARGO DE MÉDICO PLANTONISTA**

**PORTUGUÊS**

Leia o texto adiante transcrito e, em seguida, responda às questões a ele referentes:

**Bom de copo**  
(Villas Bôas Corrêa)

A candidatura de Jânio à sucessão de JK estava lançada e era uma certeza desde a sua eleição para governador de São Paulo. A popularidade do exótico personagem, com suas esquisitices, abanada pela fama de bom administrador, enérgico e honesto, espalhou-se pelo país.

O namoro com a UDN, em enredo de paparicos e amuos, começou cedo, mas custou a atrair o partido e a conquistar as suas principais lideranças. A avassaladora adesão de Carlos Lacerda, candidato a governador da Guanabara, arrastou a UDN para o aceno da vitória certa, que lavaria a alma das derrotas amargas de três eleições seguidas.

Não foi fácil a articulação do apoio. De ambos os lados, um trajeto pontilhado de intrigas, explosões temperamentais, embaraços e contradições.

Jânio precisava da UDN para a campanha nacional, amparada pelo segundo partido em votos e estrutura nacional ramificada na malha dos diretórios municipais, das lideranças estaduais e o peso de uma elite parlamentar que era a marca da legenda. Mas odiava a DN, que o fustigava em São Paulo e dificultava suas manobras de bastidores para rachar o bloco adversário. Arrepiava-se com o temor de que o carimbo udenista de partido de ricos, com forte penetração na classe média, mas intrigado com os pobres desde a campanha de 1945, o contaminasse com a maldição do desprezo dos marmiteiros. Jânio queria os votos e a companhia da esquerda. A aceitação e o reconhecimento das lideranças populares.

Respeitava o seu companheiro oficial de chapa, Milton Campos, indicado pela UDN e a quem sempre tratou com as devidas reverências. Desconfiado do carisma do impecável homem público – culto, letrado, íntimo dos clássicos da literatura francesa, escritor de excepcional bom gosto, com a limpidez do texto preciso e de alta qualidade literária – na dura briga pelo voto, no tumulto dos comícios.

Dissimulava, sonso e esquivo, até o momento de expor-se aos limites da imprudência. Açoujou o deputado Fernando Ferrari, egresso do

PTB, jeito e comportamento de escoteiro que se lançou candidato solitário a vice-presidente, por uma legenda inexpressiva e com a bandeira do Movimento das Mãos Limpas – indireta explícita ao vice-presidente João Goulart, candidato à reeleição, na chapa do marechal Teixeira Lott.

Fez mais. Em trança equívoca, jamais renegou a jogada do Jan-Jan (Jânio-Jango), que colou cartazes nos muros de todo o país.

Ainda no período de sondagens e conversas da aproximação com a UDN – uma praça ocupada pela candidatura do presidente – Juracy Magalhães -, Jânio veio ao Rio para contatos, cumprindo agenda que incluía um encontro na casa do deputado Castilho Cabral, parceiro da primeira hora e articulador do Movimento Popular Jânio Quadros, que apoiou a traição explícita do Jan-Jan.

Convidado, compareci. Sala entupida por uma fauna heterogênea, misturando lideranças sindicais, parlamentares e desconhecidos movidos a entusiasmo exuberante.

O anfitrião apresentou-me, enfatizando a qualificação profissional de redator de *O Estado de São Paulo*. Jânio caprichou na amabilidade e teceu os mais rasgados elogios ao jornal que tanto o maltratara na meteórica carreira, mas com quem celebrara as pazes, com a solene recepção na casa quatrocentona do doutor Júlio de Mesquita Filho. Longa história de sedução, com lances pitorescos, conduzida, do lado do *Estadão*, pelos manos Ruy e Luiz Carlos Mesquita, o Carlão da minha saudade comovida.

Zanzei pela sala, desinteressado, esperando a oportunidade da retirada. E sou surpreendido pelo convite misterioso do deputado Castilho Cabral para acompanhá-lo ao segundo andar. Na escada, sussurrou-me que o Jânio tivera a iniciativa da conversa a dois.

No pequeno gabinete do dono da casa, Jânio esperava-me, sentado diante de mesa redonda, adornada por garrafa de uísque intacta, balde de gelo, dois copos.

Pretextando a necessidade de fazer as honras da casa, Castilho Cabral retirou-se. Jânio serviu-se de dose generosa de uísque, instando para que o acompanhasse. Acautelei-me, espaçando os goles.

Durante mais de uma hora e uma garrafa de uísque esvaziada até a última gota, ouvi Jânio contar a história de sua vida, cada lance da ascensão política, as muitas crises e ásperas discussões com vereadores e deputados de goela insaciável e escrúpulos discutíveis, que o cercavam com os pedidos mais absurdos. "Nenhum pleito de

interesse público. A ronda da mesquinha despudorada”.

Laivos avermelhados marcavam o rosto, enopado de suor abundante que pingava do queixo. A voz afinou, alguns tons abaixo, intercalados com explosões de indignação. Em nenhum momento o monólogo perdeu a coerência, em cochilo do raciocínio.

Um espetáculo para um único espectador.

Para o redator do *O Estado de São Paulo*.

Matei a charada simples. Admirei a obstinação e reverenciei a competência.

CORRÊA, Villas Bôas. *Conversa com a memória - A história de meio século de jornalismo político* - Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

1. Qual o foco narrativo do texto?

- a) primeira pessoa do singular
- b) primeira pessoa do plural
- c) terceira pessoa do singular
- d) terceira pessoa do plural
- e) segunda pessoa

2. Aponte a modalidade textual predominante no texto:

- a) figuras de linguagem
- b) conotação
- c) descrição
- d) narração
- e) dissertação

3. Em relação ao título do texto, é CORRETO afirmar o seguinte:

- a) A má articulação das ideias torna o texto incompreensível.
- b) A inadequada aplicação dos elementos coesivos interfere na significação do título do texto.
- c) Há coerência estabelecida entre o título e o texto.
- d) A incoerência existente entre título e texto compromete a base argumentativa.
- e) Por mais que seja coerente o título, falta-lhe aproximação significativa com a textualidade.

4. Qual o tema central focalizado pelo texto?

- a) desenvolvimento do país
- b) política
- c) amenidades
- d) fofocas sociais
- e) ciência

5. Que sentimento ou sensação o personagem Jânio Quadros desperta no narrador?

- a) ternura
- b) ódio
- c) desprezo
- d) admiração
- e) indiferença

6. Aponte o adjetivo que melhor qualifica o personagem Jânio Quadros, de acordo com as impressões do narrador:

- a) ébrio
- b) coerente
- c) sensato
- d) esquisito
- e) irresponsável

7. Quem é o narrador do texto?

- a) um jornalista
- b) um político de oposição a Jânio
- c) um investigador
- d) um colunista esportivo
- e) um repórter policial

8. Assinale a opção CORRETA:

- a) Jânio preferia a UDN aos partidos de esquerda.
- b) A UDN foi adesaista de primeira hora à candidatura de Jânio Quadros.
- c) A adesão de Carlos Lacerda foi determinante para atrair a UDN para apoiar a candidatura de Jânio Quadros
- d) A UDN paulista foi base de apoio a Jânio Quadros, quando este governou São Paulo.
- e) Jânio Quadros rejeitou o apoio da UDN, por discordar de sua linha ideológica.

9. Qual o adjetivo que melhor define o encontro do narrador (na visão deste) com Jânio Quadros?

- a) idealizado
- b) arquitetado
- c) agendado
- d) indesejado
- e) inesperado

10. O texto trata de acontecimentos:

- a) da história política do país
- b) sociais reais
- c) irreais
- d) trágicos
- e) atuais

11. Em “Jânio **caprichou** na amabilidade...” o verbo sublinhado pode significar:

- a) reduziu
- b) se recusou
- c) exagerou
- d) se exasperou
- e) se espantou

O trecho a seguir servirá de base para as **questões 12 e 13**:

“E **sou** surpreendido pelo convite misterioso do deputado Castilho Cabral para acompanhá-**lo** ao segundo andar.”

12. Considerado a estrutura narrativa do texto e a temporalidade das ações expressas no quadro cênico traçado, qual é o tempo do verbo destacado?

- a) futuro do presente
- b) pretérito perfeito
- c) presente
- d) pretérito mais-que-perfeito
- e) futuro do pretérito

13. Dê a classificação morfológica ao vocábulo **lo**:

- a) pronome possessivo
- b) artigo indefinido
- c) artigo definido
- d) pronome pessoal
- e) pronome de tratamento

14. O vocábulo **uísque**, presente no texto, possui, de acordo com as normas vigentes no sistema ortográfico da língua portuguesa:

- a) dois dígrafos
- b) dois hiatos
- c) um hiato e um dígrafo
- d) um ditongo
- e) dois ditongos

15. Em "A candidatura de Jânio à sucessão de JK estava lançada..." temos o seguinte registro gramatical:

- a) colocação pronominal
- b) concordância nominal
- c) concordância verbal
- d) regência verbal
- e) regência nominal

#### **ESPECÍFICA**

16. Assinale a alternativa INCORRETA com relação aos princípios gerais do atendimento ao politraumatizado:

- a) Tratamento só depois do diagnóstico;
- b) Estabelecimento de prioridades no tratamento e ressuscitação;
- c) Reavaliação frequente;
- d) Exame completo;
- e) Abordagem organizada por equipe médica treinada.

17. A escala de pacientes críticos que verifica a extensão dos comas em pacientes com trauma cranioencefálico e baseia-se em abertura ocular, resposta verbal e resposta motora, onde o total é a soma de cada resposta, variando de 3 a 15 pontos é a: escalas:

- a) Escala de gravidade da lesão;
- b) Escala politrauma—Schlussel;
- c) Escala de gravidade da lesão;
- d) Escala de coma de Glasgow;
- e) Escala de trauma (Trauma Score).

18. O processo de identificação e abordagem do politraumatizado constitui o ABCDE do trauma preconizado pelo ATLS (*Advanced Trauma Life Support*, do Colégio Americano de Cirurgiões). Este processo de treinamento é muito útil no sentido de alertar o médico em relação a condições rapidamente fatais, e de como o seu atendimento a um paciente politraumatizado deve ser realizado. Disponível na forma de cursos em muitas cidades brasileiras, recentemente o ATLS tem sido reavaliado por diferentes autores internacionais, sendo verificado que sua utilidade é menor para médicos dos setores de emergência que estejam em atividade, sendo o curso de maior utilidade para profissionais de outras especialidades (e que não estejam habituados à emergência). A maneira como o ATLS aborda o paciente é bastante simples e objetiva, sendo capaz de identificar condições de risco de vida, seguindo a sequência ABCDE. DESSA FORMA, assinale a alternativa correspondente à letra **D** da sequência:

- a) Circulação e controle da hemorragia;
- b) Vias aéreas (com imobilização cervical);
- c) Incapacidade: estado neurológico;
- d) Exposição/controlar ambiental: despir completamente o paciente, mas prevenir a hipotermia;
- e) Respiração e ventilação.

19. Pacientes com queimaduras de face, mãos, pés, períneo e com injúrias respiratórias apresentam \_\_\_\_ morbidade, maior índice de \_\_\_\_\_ e maior incidência de sequelas limitantes na fase \_\_\_\_\_:

- a) Maior-mortalidade-aguda;
- b) Menor-mortalidade-crônica;
- c) Maior- mortalidade-crônica;
- d) Menor-recuperação-crônica;
- e) Maior-recuperação-aguda.

20. Com relação ao tratamento inicial do paciente queimado, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Pesquisa-se a permeabilidade das vias aéreas do paciente e, se necessário, realiza-se a intubação orotraqueal; inicia-se oxigenação suplementar pelo tubo ou por cateter nasal;
- b) Realiza-se a estimulação do paciente com meperidina injetável, na dose de 500-1000mg EV para adultos e de 5mg/kg de peso corporal para crianças;
- c) Introduzem-se dois cateteres venosos de grosso calibre (Jelco® n. 14 ou 16) em veias periféricas ou, nos casos mais graves, um cateter em veia periférica e um cateter em posição central (para medida de PVC);
- d) Introduz-se um cateter vesical de demora (para medida do fluxo urinário horário);
- e) Introduz-se um cateter nasogástrico nos queimados graves, especialmente naqueles com suspeita de lesão das vias aéreas.

21. Na fase inicial do choque, os pacientes apresentam-se com \_\_\_\_\_. À medida que o choque progride, surge \_\_\_\_\_, que reflete a diminuição da depuração do lactato no fígado, rins e músculo esquelético. Com a piora do quadro, ocorrendo hipoxemia tissular, \_\_\_\_\_ a produção de lactato (devido ao metabolismo anaeróbico), \_\_\_\_\_ a acidose metabólica:

- a) Acidose respiratória-alcalose metabólica-diminui-piorando;
- b) Acidose respiratória-acidose metabólica-aumenta-melhorando;
- c) Alcalose respiratória-alcalose metabólica-aumenta-melhorando;
- d) Alcalose respiratória-alcalose metabólica-diminui-piorando;
- e) Alcalose respiratória-acidose metabólica-aumenta-piorando.

22. Os principais parâmetros para avaliação da situação clínica de um paciente com choque hipovolêmico são todos os abaixo, EXCETO:

- a) Reflexo Pupilar;
- b) Pulso;
- c) Pressão arterial;
- d) Diurese;
- e) Pressão venosa central.

23. Pode ser definido como insuficiência aguda da perfusão tissular, causada pelo funcionamento cardíaco inadequado ou por qualquer causa que leve à diminuição do débito cardíaco:

- a) Choque cardiogênico;
- b) Choque séptico;
- c) Choque Hipovolêmico;
- d) Choque Indeterminado;
- e) Nenhuma das alternativas anteriores está correta.

24. No IAM, o choque cardiogênico ocorre mais frequentemente após:

- a) Refeições fartas;
- b) Infecções respiratórias;
- c) Esofagite de refluxo;
- d) Tamponamento cardíaco, com ou sem a ruptura da parede livre ventricular;
- e) Vida sedentária.

25. O diagnóstico do choque cardiogênico pode ser feito pelo exame clínico e pela monitoração hemodinâmica. A ecocardiografia transtorácica e/ou transesofágica, associada ao Doppler, pode também ser útil. O diagnóstico é baseado nos seguintes dados:

- a) Volume urinário em torno de 1 a 1,5ml/dia;
- b) Pele quente e enchimento capilar aumentado;
- c) PA sistólica maior do que 100mmHg;
- d) Acidose metabólica (acidose láctica);
- e) Preservação do estado de consciência.

26. Condição decorrente da fratura de vários arcos costais consecutivos, em mais de um local, ocasionando descontinuidade da área acometida com o restante da parede torácica, de modo que ela passa a se movimentar paradoxalmente durante a respiração. Os segmentos instáveis localizam-se principalmente nas porções anteriores e laterais do tórax, a parede posterior sendo poupada por ser mais protegida e estabilizada pela musculatura paravertebral e pela escápula. Quando a área envolvida é extensa, a insuficiência respiratória geralmente está presente:

- a) Tamponamento cardíaco;
- b) Hemotórax;
- c) Pneumotórax aberto;
- d) Tórax Estável;
- e) Tórax Instável.

27. As fraturas costais costumam ocorrer na vida adulta, durante a terceira e quarta décadas de vida. Os primeiros arcos costais estão protegidos anteriormente pelas clavículas, posteriormente pelas escápulas e lateralmente pelos braços. Por isso, quando fraturados, indicam traumatismos de grande intensidade. A fratura do primeiro arco costal é encontrada geralmente em associação a lesões graves nas regiões:

- a) Intratorácicas;
- b) Abdominais;
- c) Cranianas;
- d) Todas as alternativas anteriores estão corretas;
- e) Nenhuma das alternativas anteriores está correta.

28. Assinale a alternativa CORRETA referente à abordagem terapêutica das fraturas causadas por traumatismo torácico:

- a) Internar o paciente nas primeiras 24-48 horas, para observação cirúrgica e radiológica;
- b) Evitar o tratamento com analgésicos do tipo aspirina, propoxifeno ou mesmo meperidina, diluída e administrada por via endovenosa;
- c) Fazer o enfaixamento circunferencial do tórax;
- d) Não internar o paciente, devido o risco de infecção hospitalar;
- e) Todas as alternativas anteriores estão corretas.

29. Com relação ao trauma abdominal, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Todo paciente traumatizado instável deve ter seu abdômen avaliado quanto à possibilidade de hemoperitônio;
- b) Porcentagem significativa de pacientes com hemoperitônio tem exame físico do abdômen normal;
- c) Sempre é recomendável esperar irritação peritoneal ou distensão abdominal no exame inicial dos pacientes para que seja diagnosticado sangramento intra-abdominal;
- d) Muitas vezes é necessária a utilização de recursos propedêuticos, como o lavado peritoneal diagnóstico (LPD), ou a ultrasonografia abdominal (US), todos realizados na sala de emergência sem atrasar as manobras de reanimação;
- e) No paciente traumatizado **instável hemodinamicamente**, após a avaliação das vias aéreas e ventilação, é mandatório definir a fonte de perda volêmica, e o abdômen deve ser **sempre** considerado como suspeito, mesmo que existam outras fontes de sangramento evidentes já diagnosticadas.

30. No abdome agudo não traumático, quando o examinador, por meio da palpação, comprime o ponto cístico, no hipocôndrio direito, pedindo ao paciente para inspirar profundamente, e o mesmo acusa forte dor, temos um sinal clínico positivo, denominado:

- a) Sinal de Blumberg;
- b) Sinal de Rovsing;
- c) Sinal de Murphy;
- d) Sinal de Jobert;
- e) Sinal de Rupert.

31. Paciente em que os Rx de tórax demonstram um derrame pleural e na radiografia de abdômen, encontramos um íleo segmentar (alça sentinela), sinal da amputação do cólon transversal e apagamento da sombra do músculo psoas, provavelmente trata-se de:

- a) Esofagite de Refluxo;
- b) Pancreatite Aguda;
- c) IAM;
- d) Colecistite Crônica;
- e) Nenhuma das alternativas anteriores está correta.

32. Os abscessos podem desenvolver-se em qualquer local do abdômen, sendo difícil a sua detecção, apesar de exames complementares realizados. Muitos pacientes têm de submeter-se a uma laparotomia exploradora como último recurso. Nesse sentido, qual é o método de escolha para a localização destes abscessos juntamente com a cintilografia:

- a) Ultrassonografia;
- b) Rx de tórax;
- c) Rx de abdome;
- d) Tomografia tóraco-abdominal;
- e) Hemocultura.

33. As causas **mais frequentes** de lesões da bexiga são:

- a) Traumatismos internos iatrogênicos consequentes a manipulações instrumentais intravesicais, como litotricia, ressecção transuretral da próstata ou de tumores vesicais, etc.;
- b) Lesões vesicais produzidas por arma de fogo;
- c) Traumatismos externos fechados, devidos a acidentes automobilísticos, soterramentos e quedas que levam à fratura da bacia;
- d) A alternativa B está correta;
- e) As alternativas A, e C estão corretas.

34. **Não** é comum no traumatismo vesical:

- a) Polaciúria;
- b) Algúria;
- c) Disúria;
- d) Retenção urinária;
- e) Poliúria.

35. No tratamento de trauma vesical, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) A contusão vesical por sua complexidade requer tratamento específico;
- b) Nas lesões com solução de continuidade da parede vesical, o tratamento clássico é cirúrgico e visa saturar a lesão, quando possível, derivar a urina por cistostomia e estabelecer drenagem perivesical adequada, sempre;
- c) Nos pacientes com ruptura espontânea da bexiga fazem-se biópsias da borda da lesão;
- d) A derivação da urina pode ser feita por cateter uretral, e não por cistostomia, somente em casos benignos, jamais em pacientes com a bexiga já patológica, com rupturas múltiplas e/ou extensas que já tenham sido submetidos à radioterapia pélvica, ou cujas lesões tenham sido produzidas por projéteis de arma de fogo ou estejam grosseiramente contaminadas, pois em todos estes casos a cicatrização pode ser retardada ou não ocorrer e o cateter uretral por período prolongado pode conduzir à estenose uretral;
- e) Quando persiste suspeita clínica de lesão do ureter terminal, ela é pesquisada, observando-se a urina ejaculada pelos meatos ureterais, naturalmente, ou após injeção endovenosa de 3,0cc de índigo carmim, que tinge a urina e é eliminado 3-8 minutos depois. Caso persista dúvida, faz-se a exploração cirúrgica dos ureteres.

36. Com relação ao traumatismo venoso penetrante, assinale a alternativa correspondente ao tipo classificado como **laceração**:

- a) Ruptura parcial da parede, sem penetração na luz (este tipo de traumatismo não tem importância prática, pois não há solução de continuidade na parede da veia);
- b) Lesão de veias de maior calibre, geralmente associada à lesão arterial;
- c) Lesão venosa cominutiva;
- d) Ocorre penetração na luz do vaso, e é a lesão mais comum, ocasionando hemorragia interna ou externa;
- e) Todas as alternativas anteriores estão incorretas.

37. Cinco tipos de reparo podem ser considerados para o tratamento das lesões venosas. Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) Utilização de enxerto de pele;
- b) Reparo com sutura lateral;
- c) Anastomose término-terminal;
- d) Ligaduras;
- e) Utilização de enxerto venoso.

38. Na úlcera péptica perfurada, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A contratatura abdominal é um sinal que não persiste até a fase de toxemia, sendo indicativo de moderada doença intra-abdominal. Ao exame, encontramos músculos abdominais flácidos à palpação e à respiração, sendo este fenômeno conhecido como abdômen em tábua. A tentativa de se pressionar a musculatura abdominal alivia a dor;
- b) O timpanismo hepático (sinal de Jobert) deve ser pesquisado com percussão sobre a linha axilar média, sendo a evidência de timpanismo até 4cm ou mais da reborda costal indicativa de gás livre na cavidade peritoneal.;
- c) Nas fases iniciais da perfuração, os vômitos nunca aparecem. À medida que o processo evolui, eles aparecem de forma branda;
- d) O paciente portador de perfuração gastroduodenal, ainda nas fases iniciais, jamais apresenta quadro sincopal, extremidades frias e hipotermia;
- e) A dor é o sintoma menos importante e decorre da estimulação de terminações nervosas peritoneais pelo suco gástrico, que inunda a cavidade peritoneal e persiste durante toda a evolução da doença. É de início insidioso, de localização epigástrica e rápida expansão para o flanco e a fossa ilíaca esquerda.

39. O tratamento conservador da perfuração de úlcera péptica, apesar de instituído por Taylor desde 1946, quando ele obteve índice de mortalidade menor do que aqueles obtidos por exploração cirúrgica na época, ainda é considerado como tratamento de exceção em nosso meio. Atualmente, alguns trabalhos têm mostrado que \_\_\_\_ de \_\_\_\_ dos pacientes com úlceras pépticas perfuradas podem ser tratados conservadoramente:

- a) Mais-50%;
- b) Menos-40%;
- c) Menos-45%;
- d) Em torno de-50%;
- e) Em torno de-25%.

40. Com relação ao tratamento conservador da úlcera péptica, podemos afirmar:

- a) Constitui-se em aspiração do conteúdo gástrico, reposição hidroeletrólítica, antibioticoterapia sistêmica e analgésicos;
- b) Deve ser acompanhado por cirurgiões experientes, para que a cirurgia não seja indicada tardiamente em caso de insucesso no tratamento;
- c) De preferência, deve-se evidenciar tamponamento da perfuração por exame usando contraste hidrossolúvel e, após 5 a 6 horas de tratamento, pesquisar se houve melhora dos achados abdominais, se não ocorreu aumento do pneumoperitônio e se os sinais vitais encontram-se estáveis. Caso o exame clínico indique piora nesses parâmetros, a indicação da exploração cirúrgica será formalizada ;
- d) O tratamento conservador estaria indicado em pacientes com grande risco cirúrgico, nos pacientes idosos e em portadores de doenças graves; está contraindicado em pacientes com mais de 70 anos, pois o índice de insucesso é muito grande, e em úlceras gástricas perfuradas, pelo risco de tratar-se de carcinoma perfurado;
- e) Todas as alternativas anteriores estão corretas.