

D

Médico
Área de Cirurgia



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

CONCURSO PÚBLICO – EDITAL HU Nº 37/2022

Instruções

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter 05 questões de múltipla escolha, compostas da raiz da questão e cinco alternativas, e 02 questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul**. Escreva com letra legível e não assine as suas respostas, para não as identificar.
6. As respostas das questões dissertativas deverão ser escritas exclusivamente nos espaços destinados a elas. O verso das folhas poderá ser utilizado para rascunho e não será considerado na correção.
7. Duração da prova: **2h30**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: **1h00**. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
8. Uma foto sua poderá ser coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST, nos termos da lei.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

01

Paciente feminina de 62 anos, IMC de 30, chega ao Pronto Socorro com história de três meses de episódios de sangue nas fezes e cólicas, com piora progressiva. Ao exame físico, está em bom estado geral, corada e hidratada, porém com abdome distendido, timpânico, sem sinais de peritonite e, ao toque retal, ausência de fezes ou sangue. A tomografia de abdome revela alças intestinais distendidas até imagem densa na transição sigmóide-retal, sugestiva de neoplasia T3N1M0 de 4cm de diâmetro. A retossigmoidoscopia confirma presença de adenocarcinoma a 25cm da borda anal e o aparelho não consegue ultrapassar a lesão. Faz parte do tratamento desta paciente, **EXCETO:**

- (A) Preparo pré-operatório em duas a seis horas.
- (B) Retossigmoidectomia com anastomose primária, sem preparo intestinal.
- (C) Retossigmoidectomia a Hartmann.
- (D) Colostomia em alça e enviar a paciente para quimioterapia e radioterapia neoadjuvante.
- (E) Encaminhar a paciente para quimioterapia após ressecção do tumor.

02

Quanto à cicatrização, pode-se afirmar:

- (A) A força tênsil máxima da cicatriz é atingida em três semanas, quando termina a fase inflamatória e se inicia a fase de maturação.
- (B) A fase proliferativa inicia-se já duas semanas após a lesão tecidual e tem como principais elementos celulares os linfócitos B.
- (C) A síntese de colágeno vai aumentando após 4 semanas, o que caracteriza a fase de maturação, que termina a regeneração tecidual.
- (D) O tecido de granulação é constituído por um leito capilar, fibroblastos e macrófagos, além de colágeno, fibronectina e ácido hialurônico.
- (E) A infecção facilita a cicatrização da ferida, uma vez que as endotoxinas estimulam a fagocitose e liberação de colagenase.

03

Quanto à utilização de antibióticos em Cirurgia, é correto afirmar:

- (A) Na maioria das vezes, 48-72hs de antibioticoterapia será suficiente para controlar a infecção, após appendicectomia e drenagem de abscesso periappendicular.
- (B) As evidências demonstraram que a antibioticoprofilaxia é mais eficiente quando administrada um dia antes até três dias após procedimento contaminado.
- (C) Na colecistectomia, por colecistite aguda com empiema de vesícula, a antibioticoterapia deve ser mantida, no mínimo, por sete dias.

- (D) O conceito de antibioticoprofilaxia é aplicado para cirurgias limpas e potencialmente contaminadas. Nas cirurgias contaminadas se faz antibioticoterapia.
- (E) Na peritonite terciária é comum isolar-se, em cultura do fluido colhido na reoperação, *E.coli* e *B.fragilis*, justificando antibioticoterapia com Ceftazidima.

04

Quanto ao cuidado inicial com feridas traumáticas, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) Queimaduras de segundo grau na face são, preferencialmente, deixadas expostas, e não com curativo oclusivo, após limpeza.
- (B) Iodopovidona solução a 10% pode ser utilizada para lavar feridas, pois possui ação contra bactérias, esporos, fungos e vírus.
- (C) A amoxacilina-clavulanato é antibiótico de escolha na profilaxia de infecção de feridas causadas por mordedura de animais.
- (D) Feridas traumáticas com mais de 12 horas de evolução não devem ser suturadas, mas deixadas abertas, mesmo na face.
- (E) Lavar as feridas, retirar corpos estranhos e desbridar tecido desvitalizado diminuem a incidência de tétano e raiva.

05

Quanto às medidas para evitar infecção do sítio cirúrgico no pós-operatório, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- (A) A internação do paciente no dia do procedimento operatório, ou na véspera, diminui a colonização de sua pele e mucosas por flora hospitalar.
- (B) O banho e a tricotomia, realizada minutos antes de o paciente ser encaminhado à Sala Cirúrgica, promovem a diminuição da flora da pele e impedem que pelos sejam incluídos na ferida cirúrgica.
- (C) O conjunto de medidas adotadas para impedir o acesso de microrganismos ao sítio cirúrgico é denominado assepsia, ou técnica asséptica, e inclui a antisepsia.
- (D) Pontos próximos para fechamento do subcutâneo e da pele podem causar isquemia da ferida, o que não tem relação com infecção.
- (E) Quanto mais a técnica anestésica promover a normalização fisiológica durante e ao final do ato operatório, menor o risco de infecção.

1. Descreva a evolução clínica, os exames complementares relevantes e o tratamento da pancreatite aguda, leve e grave, em um paciente do sexo masculino, de 38 anos, com Índice de Massa Corpórea (IMC) de 34. Desconsidere a evolução com pseudocisto.

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

2. Descreva a evolução clínica, os exames complementares relevantes e o tratamento da fasciite necrotizante da região perianal/perineal/escrotal (Síndrome de Fournier) em um paciente do sexo masculino, de 64 anos, com IMC de 30, e diabetes tipo II.

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

