

# PRÉ-REQUISITO – CIRURGIA GERAL – ENDOSCOPIA

## Leia atentamente as instruções abaixo

### 1. PROVA E FOLHA DE RESPOSTAS

- Além deste Caderno de Prova, contendo 60 (sessenta) questões objetivas, você receberá do Fiscal de Sala:
- 01 (uma) Folha de Respostas destinada às respostas das questões objetivas. Confira se seus dados estão corretos.

### 2. TEMPO

- 03 (três) horas é o tempo disponível para realização da prova, já incluído o tempo para marcação da Folha de Respostas da prova objetiva.
- O candidato somente poderá retirar-se definitivamente da sala de aplicação das provas após **1 (uma) hora** de seu início. Será permitido ao candidato levar **apenas o gabarito rascunho** com suas respostas, para posterior conferência da nota.

### 3. INFORMAÇÕES GERAIS

- O final deste caderno contará com uma folha adicional, destinada exclusivamente para anotações do gabarito rascunho do candidato. Essa folha **não possui validade para fins de avaliação**, e o candidato poderá retirá-la e levá-la consigo após 1 (uma) hora de prova.
- As questões objetivas têm 05 (cinco) alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente **uma** delas está correta.
- Verifique se seu caderno está completo, sem repetição de questões ou falhas. Caso contrário, informe imediatamente o Fiscal da Sala, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Confira seus dados pessoais na Folha de Respostas, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade e leia atentamente as instruções para preenchimento.
- O preenchimento das respostas da prova objetiva é de sua responsabilidade e não será permitida a troca de Folha de Respostas em caso de erro de marcação pelo candidato.

- Marque, na Folha de Respostas, com caneta esferográfica de tinta azul ou preta, feita de material transparente, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- Reserve tempo suficiente para preencher suas respostas. Para fins de avaliação, serão consideradas **apenas** as marcações feitas na Folha de Respostas da prova objetiva.
- Ao se retirar, entregue ao Fiscal de Sala a **Folha de Respostas** preenchida e assinada, bem como o **Caderno de Prova** objetiva.

#### SERÁ ELIMINADO do presente certame o candidato que:

- a) for surpreendido, durante as provas, em qualquer tipo de comunicação com outro candidato;
- b) for surpreendido portando, aparelhos eletrônicos, tais como *wearable tech*, máquinas calculadoras, agendas eletrônicas e(ou) similares, telefones celulares, *smartphones*, *tablets*, *ipods*®, gravadores, pendrive, *mp3* e(ou)similar, relógio de qualquer espécie, alarmes, chaves com alarme ou com qualquer outro componente eletrônico, fones de ouvido e(ou) qualquer transmissor, gravador e(ou) receptor de dados, imagens, vídeos e mensagens etc.;
- c) se ausentar da sala em que se realizam as provas levando consigo o Caderno de Questões e/ou a Folha de Respostas ou se recusar a entregar a Folha de Respostas e o Caderno de Prova, quando terminar o tempo estabelecido;
- d) for surpreendido portando qualquer recipiente ou embalagem que não seja fabricado com material transparente, tais como garrafa de água, suco ou refrigerante e embalagem de alimentos (biscoitos, barras de cereais, chocolate, balas etc.);
- e) não assinar a Lista de Presença e/ou a Folha de Respostas.

**CLÍNICA MÉDICA****QUESTÃO 01**

Paciente de 62 anos, portadora de insuficiência renal crônica em hemodiálise, chega ao pronto-socorro trazida pelo SAMU após ser encontrada confusa em sua residência. Familiares referem que a paciente faltou às últimas duas sessões de diálise. Ao exame físico apresenta-se sonolenta, bradicárdica, com frequência cardíaca de 45 bpm. O eletrocardiograma revela ondas T apiculadas e simétricas, discreto alargamento do complexo QRS e ausência de ondas P identificáveis. Determine a alteração eletrolítica mais provável.

- (A) Hipocalemia grave.
- (B) Hipercalcemia.
- (C) Hipocalcemia.
- (D) Hipercalemia grave.
- (E) Hipomagnesemia.

**QUESTÃO 02**

Médica plantonista avalia paciente de 58 anos com queixa de dispneia aos moderados esforços há 6 meses. Paciente refere história de hipertensão arterial sistêmica há 15 anos, em tratamento irregular. Ao exame físico, pressão arterial de 170/100 mmHg, ictus desviado lateralmente, bulhas rítmicas com presença de B4. Solicitado eletrocardiograma que evidencia: soma da onda S em V3 com onda R em aVL igual a 32 mm, onda R em aVL medindo 13 mm e desvio do eixo do QRS para esquerda além de  $-30^\circ$ . Avalie a presença de sobrecarga ventricular esquerda pelos critérios apresentados:

- (A) Critério de Sokolow-Lyon positivo, RaVL positivo e presença de bloqueio divisional anterossuperior.
- (B) Critério de Cornell negativo e ausência de sobrecarga ventricular.
- (C) Apenas critério de Sokolow-Lyon positivo, sem outros critérios.
- (D) Critério de Cornell positivo apenas para mulheres.
- (E) Critérios de Romhilt-Estes com 3 pontos, sobrecarga provável.

**QUESTÃO 03**

Em um paciente com quadro clínico sugestivo de estado hiperglicêmico hiperosmolar, o plano terapêutico inicial deve incluir:

- (A) Administração imediata de insulina subcutânea.
- (B) Correção rápida da hiperglicemia com solução de glicose hipertônica.
- (C) Início de infusão de bicarbonato de sódio para correção da acidose.
- (D) Realização de hemodiálise de urgência para redução da osmolaridade.
- (E) Reposição volêmica vigorosa com solução salina isotônica.

**QUESTÃO 04**

Paciente de 32 anos, gestante de 18 semanas, comparece à unidade básica de saúde para consulta de pré-natal. Ao realizar exames de rotina, apresenta VDRL reagente 1:64 e teste treponêmico positivo. Nega tratamento prévio para sífilis e não apresenta história de alergia medicamentosa. Ao exame físico, ausência de lesões cutâneas ou mucosas.

Estabeleça o tratamento adequado para essa paciente:

- (A) Doxiciclina 100mg, via oral, de 12 em 12 horas, por 15 dias.
- (B) Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, dose única, com repetição após 1 semana e após 2 semanas, totalizando 7,2 milhões UI.
- (C) Ceftriaxona 2g, via intravenosa, uma vez ao dia, por 10 a 14 dias.
- (D) Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, dose única.
- (E) Benzilpenicilina potássica 18 a 24 milhões UI ao dia, administrada em doses de 3 a 4 milhões UI a cada 4 horas, por via intravenosa, durante 14 dias.

**QUESTÃO 05**

Para um paciente diagnosticado com tuberculose pulmonar sensível, o esquema terapêutico inicial preconizado deve ser constituído por:

- (A) Isoniazida e Etambutol.
- (B) Rifampicina e Pirazinamida.
- (C) Estreptomicina e Levofloxacino.
- (D) Cicloserina e Ácido para-aminossalicílico (PAS).
- (E) Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol.

**QUESTÃO 06**

Homem de 28 anos procura atendimento em serviço de saúde referindo desconforto anal há uma semana. Relata prática de sexo anal receptivo desprotegido. Durante a anamnese, questiona sobre a possibilidade de infecção sexualmente transmissível na região anorretal.

Identifique a frequência de manifestações clínicas na infecção retal por gonococo e clamídia:

- (A) A proctite ocorre em aproximadamente 35% dos casos e o desconforto perianal em 20%.
- (B) A infecção retal é sintomática na maioria dos casos, com proctite presente em mais de 60%.
- (C) A proctite acomete cerca de 12% dos pacientes e o desconforto perianal ou anal aproximadamente 7%.
- (D) Os sintomas anorretais estão presentes em cerca de 50% dos casos, sendo a proctite a manifestação mais comum.
- (E) A infecção retal é sempre assintomática, não cursando com proctite ou desconforto anal.

**QUESTÃO 07**

Mulher de 24 anos, em tratamento para cervicite gonocócica não complicada, comparece à unidade de saúde após 5 dias com quadro de febre, artralgia em punhos e joelhos, além de lesões cutâneas pustulosas em membros superiores. Nega comorbidades prévias. Exame físico revela edema e dor à mobilização de articulação do punho direito.

Determine a prevalência da complicação apresentada pela paciente no contexto de infecção gonocócica:

- (A) A infecção gonocócica disseminada é rara, acometendo entre 0,5% e 3% dos casos.
- (B) A infecção gonocócica disseminada ocorre em aproximadamente 15% a 20% dos casos de gonorreia.
- (C) A disseminação hematogênica do gonococo acontece em 30% a 40% das infecções não tratadas.
- (D) A bacteremia gonocócica com manifestações sistêmicas ocorre em cerca de 10% dos pacientes infectados.
- (E) A disseminação do gonococo para articulações e pele acontece em aproximadamente 8% a 12% dos casos.

**QUESTÃO 08**

Um paciente de 45 anos, previamente hígido, apresenta tosse produtiva, febre e dispneia há 3 dias. A radiografia de tórax evidencia consolidação lobar única com broncograma aéreo. O hemograma mostra leucocitose com desvio à esquerda. O agente etiológico mais provável para este quadro de pneumonia adquirida na comunidade é:

- (A) *Mycoplasma pneumoniae*.
- (B) *Pseudomonas aeruginosa*.
- (C) *Klebsiella pneumoniae*.
- (D) *Chlamydia pneumoniae*.
- (E) *Streptococcus pneumoniae*.

**QUESTÃO 09**

Um paciente é admitido na enfermaria e inicia antibioticoterapia para um quadro infeccioso. Após 5 dias de internação, ele desenvolve novo início de febre, expectoração purulenta e um novo infiltrado pulmonar progressivo à radiografia de tórax. O critério que define este quadro como uma pneumonia nosocomial, e não como uma complicação da infecção pré-existente, é:

- (A) A necessidade de suplementação de oxigênio para manter  $\text{SatO}_2 > 92\%$ .
- (B) A identificação de um agente bacteriano multirresistente na cultura de escarro.
- (C) O aparecimento dos sintomas após 48 horas da admissão hospitalar.
- (D) A presença de leucocitose  $> 12.000$  células/ $\text{mm}^3$  no hemograma.
- (E) O achado de consolidação multilobar na radiografia de tórax.

**QUESTÃO 10**

Ao analisar a fisiopatologia da COVID-19, identifique o mecanismo celular primário e sequencial pelo qual o SARS-CoV-2 promove a entrada na célula hospedeira:

- (A) Ligação da proteína S ao receptor CD4 e internalização por endocitose mediada por clatrina.
- (B) Interação da subunidade S1 com o receptor ECA2, seguida pela ativação da protease TMPRSS2 que facilita a entrada.
- (C) Fusão direta do envelope viral com a membrana plasmática através da glicoproteína de superfície M.
- (D) Reconhecimento da proteína N por receptores Toll-like 7 e 8, desencadeando fagocitose ativa pelo macrófago.
- (E) Clivagem da proteína S pela enzima conversora de angiotensina 1 (ECA1), permitindo a ligação ao nucleotransportador.

**QUESTÃO 11**

Para o diagnóstico da tuberculose pulmonar, avalie a assertiva que correlaciona corretamente o exame complementar com sua principal característica operacional:

- (A) A baciloscopia direta do escarro possui alta sensibilidade, sendo o método ideal para o acompanhamento da cura bacteriológica.
- (B) O teste rápido molecular (TRM-TB) é capaz de detectar exclusivamente bacilos vivos e viáveis em amostras respiratórias.
- (C) A cultura em meio sólido de Löwenstein-Jensen tem como principal vantagem o resultado rápido, geralmente em até 72 horas.
- (D) O teste rápido molecular (TRM-TB) detecta DNA do complexo *M. tuberculosis* e pesquisa resistência à rifampicina.
- (E) A radiografia de tórax é um exame com alta especificidade, permitindo confirmar o diagnóstico de tuberculose de forma isolada.

**QUESTÃO 12**

Homem de 58 anos, 40 maços-ano, tosse produtiva matinal há anos, dispneia aos esforços progressiva, tórax em tonel e hipertransparência difusa no RX de tórax. Ausculta com roncospinosos e sibilos esparsos. Sem exacerbação aguda. Definir o passo diagnóstico prioritário para confirmar limitação persistente do fluxo aéreo e estabelecer o diagnóstico sintomático de DPOC:

- (A) Solicitar gasometria arterial de rotina e concluir pela presença de hipercapnia.
- (B) Determinar tomografia computadorizada de tórax com contraste para caracterizar o padrão de enfisema como prova conclusiva.
- (C) Priorizar pletismografia corporal para estimar volumes pulmonares e firmar o diagnóstico inicial.
- (D) Confirmar por espirometria com razão  $\text{VEF1/CVF} < 0,70$  após broncodilatador, articulando a história de exposição compatível.
- (E) Solicitar radiografia seriada de tórax e encerrar o diagnóstico diante de hiperinsuflação.

---

**QUESTÃO 13**

---

Mulher de 69 anos, hipertensa e dislipidêmica, com início súbito há 90 minutos de paresia braquiocrural direita e afasia motora. Glicemia capilar normal, PA controlada na admissão, sem uso prévio de anticoagulantes. Escala pré-hospitalar positiva para AVE. Estabelecer a etapa diagnóstica imediata para distinguir subtipo e direcionar a conduta:

- (A) Iniciar trombólise endovenosa com rtPA antes da avaliação por imagem para não perder a janela.
- (B) Realizar tomografia de crânio sem contraste para diferenciar AVE isquêmico de hemorrágico e orientar as próximas decisões.
- (C) Solicitar ressonância magnética com contraste como exame de triagem universal.
- (D) Dosar troponina sérica e inferir subtipo de AVE conforme a magnitude de elevação.
- (E) Aplicar apenas escala clínica e indicar antiagregação logo após a triagem.

---

**QUESTÃO 14**

---

Mulher de 28 anos, LES há 3 anos, evolui com edema, pressão arterial elevada, creatinina de 1,6 mg/dL e proteinúria de 2,1 g/24 h; EAS com hematúria e cilindrúria. Assinale a alternativa que delinea a abordagem para definir diagnóstico e classificação de nefrite lúpica:

- (A) Confirmar pelo FAN isolado e dispensar investigação adicional.
- (B) Solicitar biópsia renal para estabelecer o diagnóstico preciso, considerando proteinúria, cilindrúria, hematúria e creatinina na avaliação inicial.
- (C) Basear apenas na magnitude da proteinúria e instituir imunossupressão sem avaliação histológica.
- (D) Realizar ultrassonografia renal e concluir a classe histológica pela ecotextura.
- (E) Dosar complemento e anti-DNA nativo e encerrar o diagnóstico sem necessidade de histologia.

---

**QUESTÃO 15**

---

Um paciente de 65 anos, hipertenso em uso de atenolol, chega ao departamento de urgência com síncope precedida de breve sensação de aperto precordial. Ao exame, apresenta frequência cardíaca de 35 batidas por minuto e pressão arterial de 80x50 mmHg. O eletrocardiograma evidencia ausência de condução atrioventricular com ritmo idioventricular. Considere os achados clínicos e laboratoriais apresentados:

- (A) Síncope vasovagal com bradicardia reflexa provocada por redução aguda do débito cardíaco associada a hipotensão, não necessariamente requerendo intervenção urgente.
- (B) Bloqueio atrioventricular de primeiro grau com condução prejudicada, apresentando ritmo cardíaco lentificado que persiste mesmo com estímulo simpático.
- (C) Bloqueio atrioventricular de terceiro grau com dissociação atrioventricular completa, ritmo idioventricular lento e instabilidade hemodinâmica requerendo marcapasso transcutâneo emergencial.
- (D) Síncope de origem arritológica secundária ao fármaco betabloqueador, com resolução esperada após descontinuação medicamentosa e observação clínica.
- (E) Flutter atrial com resposta ventricular lenta em uso de medicação cronotrópica negativa, simulando bloqueio completo ao eletrocardiograma.

---

**QUESTÃO 16**

---

Paciente em uso crônico de varfarina para fibrilação atrial apresenta-se na emergência com hematêmese e melena. Exames laboratoriais confirmam um INR supratrapêutico com sangramento ativo.

Indique o antídoto específico para a reversão da anticoagulação pela Varfarina:

- (A) Naloxona.
- (B) Flumazenil.
- (C) Atropina.
- (D) Fitomenadiona.
- (E) Sulfato de Magnésio.

---

**QUESTÃO 17**

---

Uma mulher de 52 anos com diagnóstico de tromboembolismo pulmonar apresenta-se com dispneia aguda, dor torácica pleurética e hipoxemia. O tomograma computadorizado com angiografia pulmonar confirma oclusão segmentar de artérias pulmonares bilateralmente. A avaliação hemodinâmica revela frequência cardíaca de 110 batidas por minuto, pressão sistólica do ventrículo direito elevada e elevação de troponina sérica. Estratifique o risco de morbimortalidade desta paciente conforme apresentação clínica:

- (A) Risco baixo, pois não apresenta hipotensão sistêmica ou evidência de choque cardiogênico, bastando anticoagulação oral inicial com varfarina.
- (B) Risco intermediário com comprometimento moderado da função ventricular direita ou elevação de biomarcadores de necrose miocárdica, justificando anticoagulação parenteral e observação.
- (C) Risco intermediário-alto com aumento de pressão do ventrículo direito associado a marcadores de injúria miocárdica em ausência de hipotensão, requerendo anticoagulação intensiva e considerar trombolítico.
- (D) Risco catastrófico com dados inequívocos de choque, determinado pela presença de hipotensão refratária e elevação simultânea de todos os marcadores de dano miocárdico.
- (E) Risco baixo-intermediário devido à anticoagulação parenteral ser suficiente para reverter o comprometimento hemodinâmico em fases iniciais.

---

**QUESTÃO 18**

---

Adolescente de 17 anos, previamente hígido, relata poliúria, polidipsia, perda de 6 kg em 2 meses e visão turva. Exame mostra cetonúria positiva, PA normal e IMC limítrofe. Estabeleça a estratégia laboratorial para sustentar diabetes tipo 1 e caracterizar falência de célula  $\beta$  pancreática por autoimunidade:

- (A) Dosar peptídeo C sérico para evidenciar níveis baixos ou ausentes e pesquisar autoanticorpos (anti-ilhotas/IAA/IA2/GAD) para confirmar autoimunidade.
- (B) Solicitar apenas hemoglobina A1c elevada e concluir fenótipo de diabetes tipo 2.
- (C) Priorizar perfil lipídico e classificar risco cardiovascular como definidor do quadro.
- (D) Realizar teste oral de tolerância à glicose como critério único de confirmação.
- (E) Determinar insulinemia normal e afastar autoimunidade sem investigação adicional.

---

**QUESTÃO 19**

---

Um paciente de 60 anos, diabético tipo 2, é atendido na unidade básica com picos hipertensivos. O médico opta por iniciar uma terapia que, além de controlar a pressão arterial, oferece proteção renal. O mecanismo do fármaco envolve o bloqueio da conversão de angiotensina I em angiotensina II.

Identifique o fármaco que atua através deste mecanismo:

- (A) Losartana.
- (B) Anlodipino.
- (C) Hidroclorotiazida.
- (D) Enalapril.
- (E) Carvedilol.

**QUESTÃO 20**

A fisiopatologia da doença arterial coronária envolve um processo complexo de instabilização de placas ateroscleróticas. Durante a ruptura da placa, mecanismos compensatórios são ativados pelo sistema nervoso simpático resultando em alterações hemodinâmicas significativas. Analise os eventos fisiopatológicos subsequentes à ruptura da placa coronária e defina qual componente representa o fator determinante para oclusão ou suboclusão do lúmen arterial coronário:

- (A) Aumento da contratilidade miocárdica mediado por hiperatividade adrenérgica, sem necessidade de envolvimento da cascata de coagulação.
- (B) Adesão de plaquetas e proteínas da coagulação levando a trombose sanguínea, potencializada por disfunção endotelial incapaz de sintetizar anticoagulantes, antiplaquetários e vasodilatadores.
- (C) Edema intersticial das células miocárdicas resultante da hiperpermeabilidade capilar induzida por citocinas inflamatórias isoladamente.
- (D) Espasmo vascular reflexo mediado exclusivamente pelo sistema parassimpático sem formação de agregados plaquetários.
- (E) Remobilização compensatória da placa aterosclerótica pela vasodilatação dependente de óxido nítrico, evitando obstrução luminal.

**QUESTÃO 21**

A hipertensão arterial sistêmica envolve alterações vasculares progressivas mediadas pelo sistema renina-angiotensina-aldosterona e pelo sistema nervoso simpático hiperativo. Considere o desequilíbrio entre vasodilatação e vasoconstrição no contexto fisiopatológico hipertensivo e identifique qual mecanismo endotelial representa a base para desenvolvimento de rigidez arterial neste contexto:

- (A) Resposta vasoconstritora predominante aos estímulos de pressão associada ao aumento de rigidez das artérias decorrente de remodelamento estrutural vascular.
- (B) Síntese aumentada de óxido nítrico estimulada pela pressão arterial elevada, promovendo vasodilatação compensatória contínua.
- (C) Redução da atividade simpática com abolição de mecanismos de autoregulação pressórica normal.
- (D) Hiperfunção do sistema parassimpático provocando relaxamento vascular persistente e incontrolável.
- (E) Aumento de apoptose de células endoteliais causando diminuição da resistência vascular periférica de forma progressiva.

**QUESTÃO 22**

Um paciente com antecedentes de etilismo crônico apresenta epigastria progressiva acompanhada de esteatorreia, desnutrição e perda ponderal sustentada nos últimos três meses. Os exames laboratoriais evidenciam déficit de absorção de gorduras e comprometimento da função pancreática. Analise os mecanismos fisiopatológicos envolvidos na progressão de pancreatite aguda para o estágio crônico:

- (A) Inflamação aguda reversível sem comprometimento estrutural do parênquima, permitindo recuperação completa da função pancreática mediante cessação da exposição alcoólica.
- (B) Transformação de um processo inflamatório agudo em inflamação crônica com fibrose progressiva do tecido pancreático, resultando em perda de função exócrina e endócrina reversível parcialmente.
- (C) Destruição exclusivamente de células beta, mantendo indenizadas as estruturas acinares e ductais com preservação da função digestiva.
- (D) Atrofia seletiva dos ácinos pancreáticos sem alteração estrutural dos ductos, determinando dor crônica isolada sem déficit funcional.
- (E) Substituição da inflamação por fibrose intersticial e intraluminal progressiva nos ductos pancreáticos, provocando obstrução, dilatação proximal e perda funcional permanente do órgão.

**QUESTÃO 23**

Em uma UBS, a equipe recebe diferentes pacientes no mesmo turno: um com febre e mialgias, outro com icterícia e colúria e um terceiro com diarreia aquosa. O preceptor orienta os internos a estruturarem primeiro um diagnóstico sindrômico, antes de aventar hipóteses etiológicas específicas, para reduzir o leque de possibilidades e guiar exames iniciais. Estabeleça o propósito central dessa etapa do raciocínio, conforme o manual, para organizar eficientemente a investigação diagnóstica:

- (A) Listar diagnósticos diferenciais por ordem alfabética para padronizar a anamnese.
- (B) Classificar gravidade apenas pela intensidade dos sintomas referidos pelo paciente.
- (C) Selecionar exames de imagem como método universal de confirmação clínica.
- (D) Definir terapêutica empírica fixada previamente para cada queixa isolada.
- (E) Caracterizar o conjunto de sinais e/ou sintomas em síndromes para restringir o rol de doenças consideradas e orientar o diagnóstico diferencial.

**QUESTÃO 24**

Um paciente dá entrada no pronto-socorro com quadro de miose puntiforme, sonolência profunda e depressão respiratória severa (bradipneia). A suspeita imediata é de superdosagem por opioides (narcóticos), como Morfina ou Fentanil.

Determine o fármaco antídoto cujo mecanismo de ação é o antagonismo competitivo nos receptores opioides:

- (A) Flumazenil.
- (B) Naloxona.
- (C) Atropina.
- (D) Diazepam.
- (E) Epinefrina.

---

**QUESTÃO 25**

---

Um paciente é admitido na unidade de terapia intensiva com diagnóstico de choque séptico, apresentando hipotensão refratária à reposição volêmica. A equipe médica inicia a infusão de Norepinefrina para restaurar a pressão arterial média.

Determine o mecanismo de ação primário deste fármaco:

- (A) Inibição da enzima conversora de angiotensina, impedindo a vasoconstrição.
- (B) Atuação como agonista adrenérgico, promovendo vasoconstrição periférica.
- (C) Bloqueio dos canais de cálcio, resultando em relaxamento da musculatura lisa vascular.
- (D) Antagonismo dos receptores beta-adrenérgicos, diminuindo o débito cardíaco.
- (E) Aumento da diurese através do bloqueio dos receptores de alça de Henle.

---

**QUESTÃO 26**

---

A associação Meropenem-Vaborbactam (MVB) foi desenvolvida para restaurar a atividade do Meropenem contra bacilos Gram-negativos produtores de  $\beta$ -lactamases. O Vaborbactam é um inibidor de  $\beta$ -lactamase que atua especificamente contra:

- (A) Metalobactamases (Classe B), como NDM e VIM.
- (B) Oxacilinas (Classe D), como OXA-48, e enzimas da Classe C (AmpC).
- (C)  $\beta$ -lactamases da Classe A, incluindo KPC e ESBL.
- (D) Mecanismos de efluxo e alterações de porinas em *P. aeruginosa*.
- (E) Enzimas modificadoras de aminoglicosídeos (AMEs).

---

**QUESTÃO 27**

---

A Ceftolozana-Tazobactam (C/T) é uma cefalosporina de 5ª geração associada a um inibidor, com potente atividade contra um patógeno específico. Sua principal indicação no tratamento de bacilos Gram-negativos é:

- (A) *Enterobacterales* produtoras de KPC, sendo superior ao Meropenem.
- (B) *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenêmicos.
- (C) *Stenotrophomonas maltophilia* com resistência ao Sulfametoxazol-Trimetoprim.
- (D) *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente (MDR) e extensivamente resistente (XDR).
- (E) *Enterococcus faecium* resistente à Vancomicina (VRE).

---

**QUESTÃO 28**

---

A Eravaciclina é uma tetraciclina fluorociclina de nova geração. Seu espectro de ação se destaca por incluir atividade contra patógenos Gram-negativos multirresistentes, mas ela NÃO possui atividade contra:

- (A) *Enterococcus faecalis* e *Enterococcus faecium* (VRE).
- (B) *Enterobacterales* produtoras de ESBL, KPC e AmpC.
- (C) *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenêmicos (CRAB).
- (D) *Stenotrophomonas maltophilia*.
- (E) *Pseudomonas aeruginosa*.

---

**QUESTÃO 29**

---

Em paciente politraumatizado com trauma abdominal contuso, hipotenso após reposição inicial e ultrassom FAST à beira-leito positivo para líquido livre, a conduta imediata que melhor preserva a sobrevivência deve ser indicada com prioridade sobre exames de imagem avançados. Assinale a alternativa correta:

- (A) Observação em sala de emergência com reavaliação seriada.
- (B) Lavado peritoneal diagnóstico para confirmar hemoperitônio.
- (C) Laparotomia de urgência sem aguardar tomografia.
- (D) Tomografia computadorizada de abdome com contraste.
- (E) Repetição do FAST em 30 minutos.

---

**QUESTÃO 30**

---

Um paciente adulto sofreu queimadura por chama direta em acidente doméstico, acometendo todo o membro superior direito (superfície anterior e posterior) e face anterior do tórax. Aplicando a Regra dos Nove de Wallace para estimar a extensão da superfície corporal queimada, qual a porcentagem de área corporal total acometida?

- (A) 18% da superfície corporal total.
- (B) 27% da superfície corporal total.
- (C) 36% da superfície corporal total.
- (D) 45% da superfície corporal total.
- (E) 54% da superfície corporal total.

---

**CIRURGIA GERAL**

---

---

**QUESTÃO 31**

---

São ramos da aorta abdominal no sentido craniocaudal:

- (A) Tronco celíaco, frênica inferior, mesentérica superior, mesentérica inferior, gonadal e renal.
- (B) Frênica inferior, tronco celíaco, mesentérica superior, renal, mesentérica inferior e gonadal.
- (C) Tronco celíaco, frênica inferior, mesentérica superior, gonadal, renal, mesentérica inferior.
- (D) Frênica inferior, tronco celíaco, mesentérica superior, renal, gonadal e mesentérica inferior.
- (E) Frênica inferior, tronco celíaco, gonadal, mesentérica superior, renal e mesentérica inferior.

---

**QUESTÃO 32**

---

Paciente apresentou perfuração iatrogênica durante dilatação de esôfago (para tratamento de acalasia). Foi submetido a reparo cirúrgico que encontrou muita dificuldade devido ao processo inflamatório e hematoma. O cirurgião optou por rafia do esôfago na transição (4 pontos) e uma válvula total cobrindo a sutura. No 7 pós-operatório apresentava vômitos com restos alimentares e distensão epigástrica. Qual é a principal hipótese?

- (A) Estenose na rafia
- (B) Obstrução da funduplicatura
- (C) Lesão inadvertida de nervo vago
- (D) Úlcera péptica
- (E) Abscesso subfrênico

---

**QUESTÃO 33**

---

Paciente de 78 anos, masculino, operado em urgência com neoplasia cólon sincrônica, realizado colectomia total com ileostomia terminal. IMC:20, albumina de 3,0 g perda de peso 5% em 15 dias. No 2 PO com dose baixa de noradrenalina, entubado, SNG débito de 1200 ml e ileostomia não funcionante. Assinale a alternativa que indica a conduta correta.

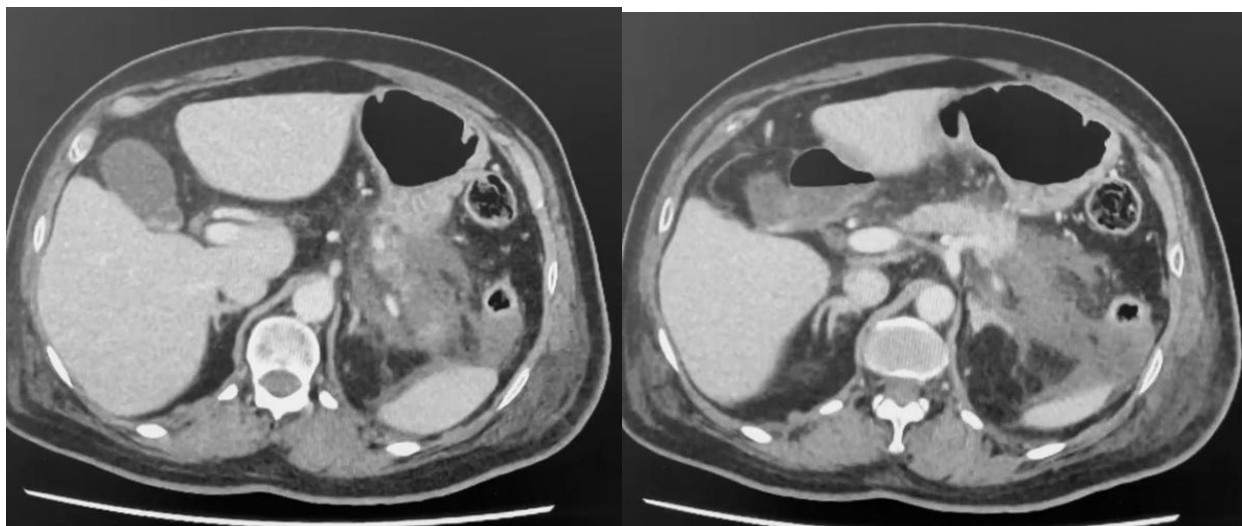
- (A) Iniciar suporte nutricional imediato com dieta por sonda gástrica.
- (B) Aguardar até o 5 PO para iniciar suporte nutricional enteral.
- (C) Iniciar suporte nutricional com nutrição parenteral imediatamente.
- (D) Aguardar até 5 PO para iniciar dieta parenteral.
- (E) Manter sem suporte até 10 PO e então decidir a melhor via nutricional.

---

**QUESTÃO 34**

---

Paciente com pancreatite aguda que necessitou durante 36 h de droga vasoativa no início de tratamento, realizou a tomografia com contraste endovenoso no quinto dia de internação, conforme abaixo.



De acordo com as informações e tomografia acima, assinale a alternativa correta.

- (A) Pancreatite leve com coleção necrótica.
- (B) Pancreatite moderadamente grave com coleção fluida.
- (C) Pancreatite grave com coleção fluida.
- (D) Pancreatite grave com necrose.
- (E) Pancreatite moderadamente grave com necrose.

---

**QUESTÃO 35**

---

Qual técnica cirúrgica de correção de hérnia não utiliza prótese?

- (A) Shouldice
- (B) Tapp
- (C) TEP
- (D) Stoppa
- (E) Rives-stoppa

---

**QUESTÃO 36**

---

A utilização de ampicilina em esquema terapêutico empírico para tratamento de peritonite tem como principal objetivo cobertura para:

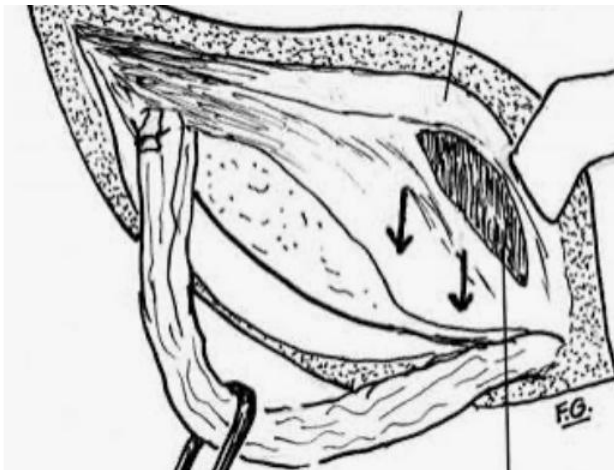
- (A) *Pseudomonas*.
- (B) *Enterococcus faecalis*.
- (C) *Streptococcus*.
- (D) *Haemophilus influenzae*.
- (E) Bactérias ESBL positiva.

---

**QUESTÃO 37**

---

Observe este esquema de uma cirurgia de correção de hérnia:



As duas setas representam uma incisão relaxadora sobre:

- (A) o reto abdominal.
- (B) a fáscia transversal.
- (C) o oblíquo interno.
- (D) o oblíquo externo.
- (E) o ligamento inguinal.

**QUESTÃO 38**

Paciente de 62 anos em pré-operatório para gastrectomia subtotal (adenocarcinoma de antro) por vídeo. Dos exames pré-operatório relevante tem albumina de 2,5 mg/dl, creatinina de 0,9 mg/dl, proteína C reativa normal. Hemoglobina de 9,8 g/d e tomografia sem metástase ou linfonodos suspeitos. Em relação ao suporte nutricional, assinale a alternativa correta.

- (A) Nutrição pré-operatória até albumina sérica de controle atingir 3,0 g/dl e sulfato ferroso oral.
- (B) Nutrição enteral com meta proteica de 0,9 g/kg por dia por 10 dias e transfusão de 1 unidade de sangue na véspera da cirurgia.
- (C) Nutrição parenteral por 7 dias e sulfato ferroso com ácido fólico por via oral.
- (D) Nutrição enteral por 14 dias na meta proteica e calórica associado a sulfato ferroso e ácido fólico por via oral.
- (E) Suporte nutricional por via oral com 1,5 g/kg dia de proteína por 10-14 dias e ferro injetável e ácido fólico.

**QUESTÃO 39**

Quanto à diverticulite de cólon qual destes fatores não representa maior risco?

- (A) Primeiro surto
- (B) Coleção maior 5 centímetros
- (C) Tabagismo
- (D) PCR menor que 15
- (E) Peritonite

**QUESTÃO 40**

Qual destes sinais/sintomas pode ocorrer na hérnia de hiato mista que raramente se apresentam na hérnia de hiato por deslizamento?

- (A) Azia
- (B) Disfagia
- (C) Regurgitação
- (D) Anemia
- (E) Dor torácica

**QUESTÃO 41**

Paciente de 42 anos, portador de megaesôfago chagásico grau 3 de Rezende, foi submetido a cardiomiectomia por vídeo com funduplicatura parcial de 180 graus. Refere não ter tido melhora significativa da disfagia mesmo após 60 dias do procedimento. Assinale a alternativa correta em relação à provável causa.

- (A) Refluxo por falta da histoplastia.
- (B) Refluxo por válvula parcial ineficaz.
- (C) Estenose péptica do esôfago.
- (D) História natural de megaesôfago avançada.
- (E) Miotomia incompleta.

**QUESTÃO 42**

A neoplasia intraductal mucinosa de pâncreas (IPMN) tem, nos critérios de Fukuoka, as melhores diretrizes. Qual das alternativas a seguir representa a indicação cirúrgica mais incontestável?

- (A) Ducto pancreático principal com tamanho de 13 mm.
- (B) Nódulo de 3 mm em ducto pancreatite principal de 8 mm.
- (C) Nódulo de 6 mm sem realce vascular em cisto de ducto secundário de 25 mm.
- (D) Amilase e CA 19.9 elevado em líquido cístico.
- (E) Glicose menor de 40 mg/dl em líquido cístico.

**QUESTÃO 43**

Paciente de 52 anos, feminino, com pancreatite aguda não complicada BISAP 0. Fez ultrassom que mostrou colelitíase, colédoco de 5 mm sem cálculo. Bilirrubina de 3,8 às custas de direta, com gamaGT e fosfatase alcalina com elevação de 1x o valor normal. Assinale a alternativa correta quanto ao risco de colelitíase e conduta segundo Guide da Associação Americana de Gastroenterologia (AAG), 2022.

- (A) Risco baixo, só “colangio” intraoperatória.
- (B) Risco intermediário, “colangio” intraoperatório ou colangioproctografia.
- (C) Risco intermediário, “colangio” intraoperatória, colangioproctografia ou colangioproctografia endoscópica retrógrada (CPR).
- (D) Risco alto, colangioproctografia endoscópica retrógrada (CPR).
- (E) Risco baixo, colangioproctografia endoscópica retrógrada (CPR).

**QUESTÃO 44**

Durante uma colecistectomia por videolaparoscopia complicada (colecistite aguda com 5 dias de história), após horas de dissecação conseguiu-se liberar todo o infundíbulo, sem lesão, e isolar a artéria cística. Não se consegue identificar com clareza a transição do ducto cístico com o colédoco. Nesta situação qual conduta não é apropriada?

- (A) Realização de colecistectomia parcial.
- (B) Colangiografia pela vesícula.
- (C) Conversão para a cirurgia aberta.
- (D) Continuação da dissecação na região do colédoco e possível ducto cístico.
- (E) Colecistotomia no fundo da vesícula.

**QUESTÃO 45**

Paciente de 32 anos retorna após apendicectomia realizada por videolaparoscopia (apendicite perfurado na ponta do órgão). Familiar encontra-se muito nervoso, tendo lido na biópsia que havia um câncer associado à apendicite, e teme que o paciente provavelmente seja reoperado. Em relação a esse cenário, analise a alternativa correta.

- (A) A reoperação só seria indicada se fosse um adenocarcinoma.
- (B) A reoperação seria indicada pois era uma apendicite perfurada e um tumor neuroendócrino bem diferenciado de 0,9 mm.
- (C) Não tem indicação pra colectomia complementar em neoplasia de apêndice.
- (D) O melhor cenário seria um tumor neuroendócrino bem diferenciado de 1,5 cm comparado com neoplasia mucinosa bem diferenciado.
- (E) Uma PET CT com FDG imediatamente seria a melhor conduta para qualquer tipo neoplasia de apêndice nesse caso.

**QUESTÃO 46**

Mulher de 42 anos procura o serviço de emergência com dor abdominal de forte intensidade iniciada há 3 horas, de caráter súbito, acompanhada de náuseas e defesa abdominal difusa. Nega traumatismo. A hipótese diagnóstica é de abdome agudo perfurativo. Identifique o exame de imagem mais adequado para confirmar o diagnóstico e localizar a perfuração:

- (A) Ultrassonografia de abdome total.
- (B) Radiografia simples de abdome em três incidências.
- (C) Ressonância magnética de abdome.
- (D) Tomografia computadorizada de abdome com contraste.
- (E) Endoscopia digestiva alta.

---

**QUESTÃO 47**

---

Pós-operatório imediato de neurólise periférica em hanseníase, com foco em controle inflamatório sistêmico, indique a conduta medicamentosa padrão na ausência de contraindicações:

- (A) Anti-inflamatório não esteroidal por 14 dias, sem desmame.
- (B) Talidomida em baixa dose contínua por 8 semanas.
- (C) Prednisona 1 mg/kg por 4 semanas, com redução semanal de 5 mg após esse período.
- (D) Corticoide em choque por 3 dias e suspensão imediata.
- (E) Gabapentinoide diário por 6 semanas como monoterapia.

---

**QUESTÃO 48**

---

Em um procedimento cirúrgico ambulatorial, o rigor no controle da temperatura e do ambiente acústico da sala é fundamental, não apenas para a equipe, mas também para o bem-estar e a cooperação do paciente, especialmente enquanto consciente:

- (A) Conversas colaterais e ruídos metálicos devem ser atenuados apenas após a indução anestésica, pois o paciente sedado não assimila estímulos externos.
- (B) A temperatura da sala deve ser mantida preferencialmente acima de 25 °C para garantir o conforto térmico do paciente e evitar hipotermia.
- (C) Rangidos de metais, comuns na lida com instrumentais, devem ser atenuados enquanto o paciente estiver consciente; porque podem ser interpretados como evento nocivo prestes a acontecer.
- (D) O silêncio absoluto não é necessário, desde que a temperatura da sala seja mantida rigorosamente entre 24 °C e 26 °C.
- (E) A cooperação e a confiança do paciente não são influenciadas pelos cuidados com o ambiente acústico da sala cirúrgica.

---

**QUESTÃO 49**

---

Durante a preparação para um procedimento cirúrgico, a escolha do agente antisséptico é crucial para a degermação. Diferentes substâncias possuem perfis de ação, eficácia e poder residual distintos. Considerando as características dos antissépticos mais utilizados na prática cirúrgica, selecione a afirmativa correta:

- (A) Os álcoois, como o etanol, possuem excelente atividade bacteriana e fungicida, destacando-se por um potente e duradouro poder residual.
- (B) Os iodóforos são conhecidos por sua rápida ação microbiana, sendo a primeira escolha em presença de matéria orgânica, como o sangue.
- (C) A eficácia dos álcoois alifáticos não é alterada caso as mãos estejam sujas ou contaminadas, devido à sua rápida ação por desnaturação proteica.
- (D) A clorexidina apresenta uma atividade microbiana mais lenta que a dos álcoois, porém com um potente poder residual e baixa interferência de matéria orgânica.
- (E) O gluconato de clorexidina em formulações acima de 5% é o ideal, pois apresenta a menor taxa de reações alérgicas ou tóxicas.

---

**QUESTÃO 50**

---

Em infecções da mão em pacientes com hanseníase, considere a antibioticoterapia e assinale a conduta inicial ideal quanto à coleta de material e início do antibiótico:

- (A) Iniciar antibiótico empírico e dispensar coleta para cultura.
- (B) Coletar material para antibiograma e aguardar o resultado sem cobertura.
- (C) Coletar material para antibiograma e iniciar antibioticoterapia após a coleta; se houver demora, iniciar de amplo espectro.
- (D) Prescrever antibiótico tópico exclusivamente após drenagem.
- (E) Realizar corticosteroide sistêmico e postergar antibiótico.

**QUESTÃO 51**

Um cirurgião, ao planejar o fechamento de uma ferida, deve considerar a configuração física do fio de sutura, pois isso impacta diretamente o risco infeccioso e o manuseio. Os fios podem ser monofilamentares ou multifilamentares, cada um com vantagens e desvantagens específicas:

- (A) Os fios multifilamentares são preferidos por apresentarem menor risco infeccioso e menor traumatismo tecidual.
- (B) Os fios monofilamentares, apesar de menos flexíveis, são vantajosos por não proporcionarem espaços para a formação de colônias bacterianas.
- (C) Os fios multifilamentares possuem menor força tênsil, embora sejam mais fáceis de manusear que os monofilamentares.
- (D) A Poliglactina 910 (Vicryl) é um exemplo clássico de fio monofilamentar sintético utilizado para fechar aponeuroses.
- (E) A Poliamida (Nylon) é um fio sintético disponível exclusivamente na configuração multifilamentar.

**QUESTÃO 52**

Na prática cirúrgica, diferentes técnicas de sutura com pontos separados são empregadas para garantir a correta coaptação das bordas da ferida, variando em tensão, resultado estético e indicação. Os pontos em U são frequentemente utilizados em situações específicas:

- (A) O ponto em U horizontal (Colchoeiro) é primariamente utilizado para promover a invaginação das bordas da ferida.
- (B) O ponto em U vertical (Donatti) não é recomendado para suturas sob tensão, pois possui um resultado estético superior ao ponto simples.
- (C) O ponto em U vertical (Donatti) consiste em duas transfixações no mesmo nível de profundidade, visando apenas a sustentação da pele.
- (D) O ponto em U horizontal (Donatti) e o ponto em U vertical (Colchoeiro) são sinônimos e usados para o fechamento da pele sem tensão.
- (E) O ponto em U horizontal (Colchoeiro) é considerado um bom ponto para hemostasia e suturas com tensão, como em aponeuroses.

**QUESTÃO 53**

Durante a realização de uma laparotomia exploradora, o cirurgião opta por antissepsia da pele utilizando solução alcoólica. Sobre a escolha e uso de antissépticos em cirurgias do trato digestivo, selecione a alternativa correta:

- (A) O gluconato de clorexidina é contraindicado em todos os procedimentos abdominais devido risco de toxicidade sistêmica.
- (B) O álcool a 70% é mais indicado que a povidona-iodo para procedimentos envolvendo mucosas extensas.
- (C) A clorexidina apresenta vantagem sobre outros agentes por manter efeito residual sobre a pele após a aplicação.
- (D) A povidona-iodo não possui ação contra bactérias gram-negativas e, por isso, deve ser evitada em cirurgias intestinais.
- (E) O ácido peracético é recomendado para preparo de pele em cirurgias com tempo prolongado de duração.

**QUESTÃO 54**

Paciente diabético é submetido à cirurgia vascular periférica. Durante o seguimento pós-operatório, observa-se atraso no processo de cicatrização. Qual fator está associado especificamente à cicatrização prejudicada em pacientes com essa condição?

- (A) Deficiente angiogênese causada por hiperglicemia persistente.
- (B) Excessiva deposição de matriz extracelular pelo tecido conectivo.
- (C) Ativação exagerada da resposta inflamatória sistêmica.
- (D) Destruição acelerada de fibroblastos por ação de antibióticos tópicos.
- (E) Aumento da síntese de colágeno tipo III nas fases finais da reparação.

**QUESTÃO 55**

A eficácia de um nó cirúrgico depende da técnica empregada, do tipo de fio utilizado e da tensão nos tecidos. A escolha inadequada do nó pode resultar em deslizamento e falha da sutura. Considerando os tipos de nós cirúrgicos e suas propriedades, identifique a afirmativa correta:

- (A) O nó do cirurgião, ou duplo, é útil em tecidos sob tensão, pois a volta dupla inicial confere-lhe uma propriedade autoestática que evita o deslizamento.
- (B) O nó antideslizante, ou quadrado, é formado por dois seminós aplicados no mesmo sentido, sendo o mais suscetível a deslizamentos.
- (C) O nó deslizante comum, ou torto, é o mais utilizado em cirurgias, pois seus seminós em espelho garantem a maior segurança contra o afrouxamento.
- (D) O nó do cirurgião é preferido por possuir um volume menor em comparação aos demais, o que diminui a reação tecidual do tipo corpo estranho.
- (E) O nó em roseta é especificamente utilizado para a ligadura de grandes vasos, pois sua técnica por torção garante hemostasia eficaz.

**QUESTÃO 56**

O acesso venoso periférico, embora rotineiro, está sujeito a complicações locais que podem ocorrer tanto durante a inserção quanto na sua utilização. O reconhecimento preciso desses eventos adversos é essencial para o manejo adequado do paciente:

- (A) A flebite é definida como o derramamento de uma solução não vesicante do vaso para o tecido circunvizinho.
- (B) A infiltração é uma complicação grave caracterizada pela presença de trombose associada à inflamação da veia.
- (C) O extravasamento ocorre quando há o derramamento de uma solução não vesicante, causando apenas edema local.
- (D) A flebite, uma complicação comum, manifesta-se por dor, hiperemia, calor local e, por vezes, a presença de um cordão fibroso palpável no trajeto da veia.
- (E) Danos a nervos durante a punção são caracterizados por um hematoma local com interrupção do fluxo de infusão.

**QUESTÃO 57**

Paciente feminina, 73 anos, portadora de Alzheimer, é admitida para correção cirúrgica de fratura de fêmur. No pós-operatório, há indicação de sondagem vesical para controle de débito urinário. Qual medida minimiza o risco de infecção urinária nesse procedimento?

- (A) Utilizar sonda Foley sem rigor de técnica asséptica, trocando a sonda a cada dois dias.
- (B) Realizar antisepsia rigorosa do meato uretral antes da inserção da sonda, mantendo sistema fechado.
- (C) Priorizar sistema aberto para facilitar avaliação do débito, optando por troca diária da sonda.
- (D) Utilizar sonda rígida, introduzindo sem lubrificação a cada troca de plantão.
- (E) Manter irrigação vesical contínua durante todo o pós-operatório, independentemente de indicação clínica.

**QUESTÃO 58**

Ao selecionar o sítio de punção para um acesso venoso central, o profissional deve considerar a anatomia do paciente, a urgência do procedimento e os riscos associados a cada local. Com base nas características dos principais acessos, indique a afirmativa correta:

- (A) A punção da veia femoral comum é preferida em cenários de emergência por não apresentar risco de pneumotórax, sendo também o sítio com menor taxa de infecção.
- (B) A punção da veia subclávia é a via de menor risco para pneumotórax, sendo ideal para profissionais inexperientes.
- (C) A veia jugular interna esquerda é preferida à direita, pois se distancia do ducto torácico e possui um trajeto mais curto.
- (D) A veia jugular interna é o acesso de maior risco para pneumotórax, devendo ser evitada em pacientes submetidos à traqueostomia.
- (E) O acesso pela veia subclávia apresenta vantagens como menor tendência de colapamento venoso e é considerado o acesso com menor risco de infecção de sítio de punção.

**QUESTÃO 59**

A obtenção de um acesso venoso central pela técnica de Seldinger envolve uma sequência de passos precisos, desde a localização da veia até a passagem do cateter, exigindo preparação e antisepsia rigorosas. Sobre estas etapas, assinale a alternativa correta:

- (A) A técnica de Seldinger preconiza a punção venosa com agulha, a introdução do dilatador tecidual e, somente então, a passagem do fio-guia.
- (B) A antisepsia cutânea para o acesso venoso central deve ser feita preferencialmente com soluções aquosas, pois a clorexidina alcoólica a 0,5% está associada a maiores taxas de infecção.
- (C) A profilaxia antimicrobiana antes da colocação de um cateter venoso central percutâneo é uma prática padrão e obrigatória para reduzir infecções.
- (D) Após a punção venosa com agulha e a introdução do fio-guia, realiza-se a retirada da agulha, podendo-se fazer uma pequena incisão para facilitar a passagem do dilatador tecidual sobre o fio-guia.
- (E) O uso de ultrassom é indicado apenas para avaliar variações anatômicas antes do procedimento, não sendo útil para guiar a inserção da agulha dinamicamente.

**QUESTÃO 60**

Durante a realização de uma drenagem torácica no quinto espaço intercostal, a equipe cirúrgica deve ter conhecimento preciso da anatomia local para evitar lesões iatrogênicas. Considerando a técnica de dissecação e a relação com estruturas vasculonervosas, identifique o passo técnico descrito corretamente:

- (A) A incisão transversa de 2 cm a 3 cm deve ser seguida pela dissecação romba das partes moles junto à borda inferior do arco costal.
- (B) A perfuração da pleura parietal deve ser realizada com a ponta do bisturi para garantir uma abertura precisa e evitar lesões pulmonares.
- (C) O dreno, em casos de pneumotórax, deve ser direcionado inferiormente e anteriormente à parede interna da caixa torácica.
- (D) O local de eleição para a incisão é o quinto espaço intercostal, na linha axilar posterior, para melhor drenagem de hemotórax.
- (E) A dissecação romba das partes moles deve ser feita junto à borda superior do arco costal para evitar o feixe vasculonervoso.

Esta folha não possui validade para fins de avaliação, servindo apenas como rascunho e podendo ser destacada e levada pelo candidato para conferência.

### GABARITO – RASCUNHO

1	A	B	C	D	E
2	A	B	C	D	E
3	A	B	C	D	E
4	A	B	C	D	E
5	A	B	C	D	E
6	A	B	C	D	E
7	A	B	C	D	E
8	A	B	C	D	E
9	A	B	C	D	E
10	A	B	C	D	E
11	A	B	C	D	E
12	A	B	C	D	E
13	A	B	C	D	E
14	A	B	C	D	E
15	A	B	C	D	E
16	A	B	C	D	E
17	A	B	C	D	E
18	A	B	C	D	E
19	A	B	C	D	E
20	A	B	C	D	E

21	A	B	C	D	E
22	A	B	C	D	E
23	A	B	C	D	E
24	A	B	C	D	E
25	A	B	C	D	E
26	A	B	C	D	E
27	A	B	C	D	E
28	A	B	C	D	E
29	A	B	C	D	E
30	A	B	C	D	E
31	A	B	C	D	E
32	A	B	C	D	E
33	A	B	C	D	E
34	A	B	C	D	E
35	A	B	C	D	E
36	A	B	C	D	E
37	A	B	C	D	E
38	A	B	C	D	E
39	A	B	C	D	E
40	A	B	C	D	E

41	A	B	C	D	E
42	A	B	C	D	E
43	A	B	C	D	E
44	A	B	C	D	E
45	A	B	C	D	E
46	A	B	C	D	E
47	A	B	C	D	E
48	A	B	C	D	E
49	A	B	C	D	E
50	A	B	C	D	E
51	A	B	C	D	E
52	A	B	C	D	E
53	A	B	C	D	E
54	A	B	C	D	E
55	A	B	C	D	E
56	A	B	C	D	E
57	A	B	C	D	E
58	A	B	C	D	E
59	A	B	C	D	E
60	A	B	C	D	E