

PRÉ-REQUISITO – CIRURGIA PEDIÁTRICA E CIRURGIA TORÁCICA

Leia atentamente as instruções abaixo

1. PROVA E FOLHA DE RESPOSTAS

- Além deste Caderno de Prova, contendo 30 (trinta) 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

- 01h30 (uma hora e trinta minutos) 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 **45 (quarenta e cinco) minutos** de seu início. Será permitido ao candidato levar **apenas o gabarito de 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 de rascunho do candidato. Essa folha **não possui validade para fins de avaliação**, e o candidato poderá retirá-la e levá-la consigo após 30 (trinta) minutos 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.

CIRURGIA GERAL/ EMERGÊNCIAS**QUESTÃO 01**

Um homem de 38 anos chega ao pronto-socorro após uma colisão automobilística, com dor torácica intensa e dispneia progressiva. Ao realizar exame, há hipotensão, taquicardia, turgência jugular, desvio traqueal, hemitórax direito hiperinsuflado, ausência de murmúrio vesicular e hipersonoridade à percussão. A equipe decide intervir imediatamente, antes de qualquer imagem, para reverter a causa mecânica do choque. Indique a conduta imediata mais apropriada:

- (A) Drenagem torácica em selo d'água.
- (B) Toracotomia de reanimação.
- (C) Punção descompressiva imediata.
- (D) Intubação oro-traqueal e sedação.
- (E) FAST abdominal e observação.

QUESTÃO 02

Um homem de 26 anos apresenta dor em fossa ilíaca direita há 18 horas, anorexia, febre baixa e náuseas. Ao realizar exame, constata-se que há defesa localizada e sinal de Blumberg discreto. Hemograma com leucocitose e neutrofilia. A tomografia evidencia apêndice inflamado com pequena coleção periapendicular e gás extraluminal restrito, sem peritonite difusa. A equipe define como tratamento inicial e estratégia para reduzir as complicações, antibioticoterapia adequada e controle do foco, pois diante do cenário, outras alternativas podem aumentar o risco de complicações. Diante disso, indique a conduta mais apropriada:

- (A) Apendicectomia imediata por via aberta.
- (B) Apenas administração de líquidos.
- (C) Antibiótico e alta ambulatorial.
- (D) Antibiótico e drenagem percutânea.
- (E) Observação clínica sem antibiótico.

QUESTÃO 03

Uma mulher de 72 anos com fibrilação atrial sem anticoagulação apresenta dor abdominal súbita desproporcional ao exame físico, vômitos e diarreia, evoluindo em horas com piora e sinais de irritação peritoneal. Lactato está elevado e há leucocitose. Suspeita-se de isquemia mesentérica aguda por evento embólico, e a decisão diagnóstica precisa orientar o tratamento definitivo com urgência, considerando estabilidade hemodinâmica no momento. Aponte o exame de escolha para confirmação inicial:

- (A) Radiografia simples de abdome.
- (B) Angiotomografia de abdome.
- (C) Ultrassom com Doppler mesentérico.
- (D) Colonoscopia urgente.
- (E) Densitometria.

CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO**QUESTÃO 04**

Paciente, 68 anos, foi submetido a gastrectomia parcial com reconstrução em Y-de-Roux há 7 dias para tratamento de adenocarcinoma gástrico distal. No 5º dia pós-operatório, evoluiu com dor súbita em hipocôndrio direito, febre (38,8 °C), taquicardia e hipertensão arterial. Os exames laboratoriais mostram leucocitose com desvio, amilase normal e bilirrubina total de 3,8 mg/dL (direta 2,9 mg/dL). A ultrassonografia de abdome evidencia coleção heterogênea adjacente ao coto duodenal, sem dilatação de vias biliares. A principal hipótese diagnóstica e a conduta imediata são:

- (A) Fístula pancreática / drenagem percutânea.
- (B) Deiscência de coto duodenal / laparotomia exploradora.
- (C) Abscesso subfrênico / antibioticoterapia exclusiva.
- (D) Colecistite acalculosa / colecistectomia videolaparoscópica.
- (E) Trombose mesentérica / anticoagulação plena.

QUESTÃO 05

Paciente, 35 anos, com diagnóstico de retocolite ulcerativa há 8 anos, dá entrada na emergência com quadro de dor abdominal difusa, febre (39 °C), taquicardia (120 bpm), desidratação e distensão abdominal importante. A radiografia simples de abdome revela dilatação do cólon transverso com 7 cm de diâmetro e perda das haustrações. Após 24 horas de tratamento clínico com corticoides, antibióticos e hidratação, o paciente evolui com piora clínica, sinais de peritonite difusa e choque séptico. A conduta cirúrgica imediata de escolha é:

- (A) Colectomia total com ileostomia.
- (B) Proctocolectomia com bolsa ileal.
- (C) Colectomia segmentar com anastomose.
- (D) Ileostomia de derivação exclusiva.
- (E) Colostomia descompressiva em alça.

QUESTÃO 06

Paciente, 40 anos, apresenta disfagia progressiva para sólidos, regurgitação de alimentos não digeridos com odor fétido, halitose e episódios de pneumonia aspirativa nos últimos 6 meses. A esofagografia contrastada demonstra formação sacular posterior na transição faringoesofágica, com nível hidroaéreo, em topografia de C5-C6, compatível com divertículo de Zenker. Durante o tratamento cirúrgico, além da diverticulectomia, o procedimento adicional obrigatório para garantir resultado duradouro e evitar recidiva é:

- (A) Esofagectomia distal.
- (B) Cardiomiectomia a Heller.
- (C) Miotomia do cricofaríngeo.
- (D) Funduplicatura parcial.
- (E) Esofagoplastia cervical.

CIRURGIA PEDIÁTRICA**QUESTÃO 07**

Recém-nascido de 12 horas de vida apresenta salivação excessiva e episódios de engasgo e cianose à tentativa de amamentação. A radiografia de tórax e abdome, após introdução de sonda orogástrica, mostra a sonda fletida em fundo de saco cego na altura da 4ª vértebra torácica e presença de grande quantidade de gás no estômago e alças intestinais. Diante deste quadro, a classificação mais provável desta Atresia de Esôfago é:

- (A) Tipo A (Atresia pura sem fístula).
- (B) Tipo B (Atresia com fístula traqueoesofágica proximal).
- (C) Tipo C (Atresia com fístula traqueoesofágica distal).
- (D) Tipo D (Atresia com fístula proximal e distal).
- (E) Tipo E (Fístula em "H" sem atresia).

QUESTÃO 08

Recém-nascido apresenta desconforto respiratório grave logo após o parto, abdome escavado e ausculta de bulhas cardíacas desviadas para a direita. A principal suspeita é de Hérnia Diafragmática Congênita de Bochdalek. Em relação ao manejo atual desta condição, é correto afirmar que:

- (A) A cirurgia deve ser realizada nas primeiras 6 horas de vida como emergência absoluta.
- (B) O uso de ventilação por máscara e balão é a primeira escolha para estabilização.
- (C) A correção cirúrgica por via abdominal impede a recidiva da hérnia.
- (D) O defeito ocorre mais frequentemente no lado direito do diafragma.
- (E) A hipoplasia pulmonar e a hipertensão pulmonar são os principais determinantes do prognóstico.

QUESTÃO 09

O diagnóstico diferencial das massas cervicais na infância é amplo. Uma criança de 4 anos apresenta abaulamento indolor em linha média cervical, na altura do osso hioide, que se move +verticalmente à protrusão da língua. A principal hipótese diagnóstica e a conduta cirúrgica definitiva (Operação de Sistrunk) baseiam-se na exérese do cisto associada à:

- (A) Ressecção da porção central do osso hioide.
- (B) Esvaziamento ganglionar cervical seletivo.
- (C) Lobectomia tireoidiana ipsilateral.
- (D) Ligadura do ducto torácico.
- (E) Cauterização do forame cego na base da língua.

QUESTÃO 10

Lactente de 3 semanas de vida, sexo masculino, apresenta vômitos não biliosos, em jato, logo após as mamadas. Ao exame físico, apresenta-se desidratado e é possível palpar uma massa firme, em forma de oliva, no hipocôndrio direito. O distúrbio metabólico e hidroeletrólítico classicamente associado a esta patologia (Estenose Hipertrófica do Píloro) é:

- (A) Acidose metabólica contrátil.
- (B) Alcalose metabólica hipoclorêmica e hipocalêmica.
- (C) Acidose metabólica com hiato aniônico aumentado.
- (D) Alcalose respiratória com hipocalcemia.
- (E) Acidose láctica por hipoperfusão tecidual.

CIRURGIA PLÁSTICA**QUESTÃO 11**

Paciente de 45 anos, vítima de trauma complexo em membro inferior esquerdo com exposição óssea da tíbia distal e perda extensa de partes moles na região anterolateral da perna, foi submetido a desbridamento cirúrgico e estabilização ortopédica com fixador externo. O cirurgião plástico programou cobertura definitiva da área cruenta mediante retalho pediculado fasciocutâneo que utiliza perfurantes da artéria tibial posterior, possui arco de rotação de 180 graus e permite alcançar terço distal da perna e região maleolar sem necessidade de microcirurgia. O retalho indicado para essa reconstrução é:

- (A) Sural reverso
- (B) Grande dorsal pediculado
- (C) Safeno interno
- (D) Gastrocnêmio medial
- (E) Solear

QUESTÃO 12

Paciente do sexo feminino, 52 anos, submetida a mastectomia radical modificada à esquerda por carcinoma ductal invasivo, deseja reconstrução mamária imediata. Após discussão multidisciplinar, optou-se por técnica autóloga que utiliza retalho miocutâneo baseado em pedículo vascular dominante da artéria epigástrica inferior profunda, transposto através de túnel subcutâneo supraumbilical, com sacrifício do músculo reto abdominal ipsilateral. Essa técnica clássica de reconstrução mamária com retalho pediculado denomina-se retalho:

- (A) DIEP microcirúrgico.
- (B) TRAM pediculado.
- (C) Grande dorsal estendido.
- (D) Glúteo superior livre.
- (E) SIEA superficial.

QUESTÃO 13

Paciente de 28 anos, grande queimado com 45% de Superfície Corporal Queimada (SCQ) por chama direta, apresentava no terceiro dia de internação em centro de tratamento de queimados sinais de aprofundamento de queimadura inicialmente classificada como segundo grau superficial em dorso e membros superiores. Ao exame, identificou-se áreas com perda total da derme, coloração esbranquiçada ou acastanhada, aspecto seco e coriáceo, ausência de dor à digitopressão e ausência de retorno capilar. A classificação dessa queimadura que exige excisão cirúrgica e enxertia cutânea é queimadura de:

- (A) Primeiro grau epidérmica.
- (B) Segundo grau superficial.
- (C) Segundo grau profunda.
- (D) Terceiro grau.
- (E) Segundo grau intermediária.

CIRURGIA TORÁCICA**QUESTÃO 14**

Paciente masculino, 25 anos, longilíneo e fumante, apresenta dor torácica súbita à direita acompanhada de dispneia leve. A radiografia de tórax revela pneumotórax espontâneo primário com afastamento da linha pleural de 3 cm em relação à parede torácica. De acordo com as diretrizes da British Thoracic Society (BTS) e da American College of Chest Physicians (ACCP), a conduta inicial recomendada para este paciente estável é:

- (A) Aspiração simples com agulha ou cateter fino.
- (B) Observação clínica e repouso por 24 horas.
- (C) Pleurodese química imediata com talco.
- (D) Toracotomia axilar para bulectomia.
- (E) Pleurectomia parietal por videotoracoscopia.

QUESTÃO 15

No estadiamento do Câncer de Pulmão Não Pequenas Células (CPNPC), a avaliação linfonodal mediastinal é determinante para a conduta terapêutica. Um paciente apresenta massa em lobo superior direito e linfonodo de 1,5 cm em estação 4R (paratraqueal inferior direita) positivo no PET-CT. Para a confirmação histológica desta estação linfonodal, o procedimento minimamente invasivo de escolha é:

- (A) Mediastinoscopia cervical padrão.
- (B) Biópsia transtorácica guiada por tomografia.
- (C) EBUS-TBNA (Ultrassonografia endobronquial com agulha).
- (D) Toracotomia exploradora lateral.
- (E) Mediastinotomia anterior (Cirurgia de Chamberlain).

QUESTÃO 16

O trauma torácico é uma causa importante de morbimortalidade. Um paciente vítima de colisão automobilística chega ao pronto-socorro com instabilidade hemodinâmica, ausência de murmúrio vesicular à esquerda e hipertimpanismo à percussão. Após a decompressão torácica imediata, observa-se drenagem de 1.600 mL de sangue de início imediato no dreno de tórax. A indicação de toracotomia de urgência neste caso baseia-se no volume de hemotórax drenado, cujo ponto de corte inicial é:

- (A) > 500 mL
- (B) > 800 mL
- (C) > 1.000 mL
- (D) > 1.500 mL
- (E) > 2.500 mL

QUESTÃO 17

Uma mulher de 45 anos, não tabagista, apresenta-se com tosse persistente. A tomografia computadorizada de tórax demonstra um nódulo pulmonar periférico de 2,5 cm no lobo inferior esquerdo. A biópsia revela adenocarcinoma pulmonar. De acordo com a classificação da IASLC/ATS/ERS, o padrão histológico que confere o pior prognóstico e maior risco de recorrência local é o:

- (A) Lepídico
- (B) Acinar
- (C) Papilar
- (D) Micropapilar
- (E) Sólido

CIRURGIA VASCULAR**QUESTÃO 18**

Uma mulher de 71 anos apresenta amaurose fugaz há 10 dias e novo episódio de disfasia transitória há 48 horas. Doppler de carótidas mostra estenose de 75% da carótida interna ipsilateral, placa ulcerada, e anatomia favorável. Risco cirúrgico global aceitável. A conduta deve reduzir a recorrência precoce de AVC em um cenário sintomático recente, respeitando a janela temporal e o benefício comprovado do procedimento. Indique a conduta mais apropriada:

- (A) Tratamento clínico isolado por 6 meses.
- (B) Angioplastia carotídea imediata para todos os casos.
- (C) Endarterectomia apenas se estenose > 90%.
- (D) Endarterectomia carotídea precoce.
- (E) Observação com novo Doppler em 30 dias.

QUESTÃO 19

Um homem de 66 anos, tabagista, com fibrilação atrial sem anticoagulação, inicia subitamente dor intensa em membro inferior esquerdo, parestesia e palidez. Ao exame: extremidade fria, ausência de pulsos distais, déficit motor discreto, e Doppler portátil sem sinal arterial distal. Sem sinais de síndrome compartimental no momento. A equipe precisa iniciar a medida farmacológica imediata que reduz progressão trombótica enquanto organiza revascularização urgente. Indique a conduta inicial prioritária:

- (A) Trombolítico sistêmico imediato.
- (B) Heparina não fracionada EV.
- (C) Aspirina em dose de ataque.
- (D) Varfarina VO imediata.
- (E) Compressão elástica graduada.

QUESTÃO 20

Um homem de 74 anos chega com dor lombar súbita, lipotímia, pele fria, PA 80/50 mmHg e massa abdominal pulsátil. A suspeita é ruptura de aneurisma de aorta abdominal. Após reposição mínima para manter perfusão, a equipe precisa decidir o exame/conduta que confirma o diagnóstico sem atrasar o tratamento definitivo, considerando instabilidade hemodinâmica. Indique a melhor estratégia diagnóstica imediata:

- (A) Angiotomografia com contraste obrigatória.
- (B) Aortografia diagnóstica.
- (C) Ressonância de abdome.
- (D) Radiografia simples de abdome.
- (E) Ultrassom à beira-leito.

UROLOGIA**QUESTÃO 21**

Paciente, 24 anos, vítima de acidente automobilístico de alta velocidade, dá entrada na emergência com dor lombar esquerda intensa e hematúria macroscópica. Após estabilização hemodinâmica, a tomografia computadorizada com contraste revela laceração parenquimatosa profunda (>1 cm) que se estende ao sistema coletor, com extravasamento de urina para o espaço perirrenal, porém sem envolvimento do pedículo vascular. Não há sinais de instabilidade hemodinâmica ou sangramento ativo. De acordo com a classificação da American Association for the Surgery of Trauma (AAST) para traumas renais, a lesão descrita é classificada como:

- (A) Grau I
- (B) Grau II
- (C) Grau III
- (D) Grau IV
- (E) Grau V

QUESTÃO 22

Paciente, 52 anos, sexo feminino, apresenta perda urinária aos mínimos esforços, como ao tossir ou levantar-se da cadeira, há 3 anos. Já foi submetida a dois procedimentos cirúrgicos prévios para incontinência urinária de esforço (sling e Burch), sem sucesso. O estudo urodinâmico demonstra perda urinária aos esforços, sem contração detrusora, e pressão de perda ao esforço (VLPP) de 45 cmH₂O. O parâmetro urodinâmico confirmatório e a classificação da disfunção esfíncteriana são:

- (A) Pressão de perda < 60 cmH₂O / deficiência esfíncteriana intrínseca.
- (B) Complacência reduzida / hipoatividade detrusora.
- (C) Pressão detrusora elevada / obstrução infravesical.
- (D) Fluxo máximo reduzido / bexiga hipoativa.
- (E) Resíduo pós-miccional elevado / incontinência por transbordamento.

QUESTÃO 23

Gestante, 27 anos, 26 semanas, dá entrada na emergência com febre (39°C), calafrios, dor lombar à direita e disúria há 48 horas. Ao realizar exame apresenta punho-percussão lombar direita positiva. A sumária de urina revela piúria intensa e bacterioscopia com bastonetes Gram-negativos. O diagnóstico é de pielonefrite aguda na gestação. Considerando as particularidades fisiológicas da gestante e o espectro antimicrobiano adequado, o antibiótico empírico de escolha para internação hospitalar é:

- (A) Ciprofloxacino.
- (B) Nitrofurantoína.
- (C) Ceftriaxona.
- (D) Fosfomicina trometamol.
- (E) Sulfametoxazol-trimetoprima.

CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**QUESTÃO 24**

Paciente masculino de 58 anos, tabagista e etilista crônico, apresentou disfonia progressiva há 6 meses, sem disfagia ou dispneia. À videolaringoscopia, identificou-se lesão vegetante na prega vocal direita com mobilidade preservada, sem extensão para comissura anterior, subglote ou região supraglótica. A tomografia de pescoço não evidenciou linfonodos suspeitos. Biópsia confirmou carcinoma epidermoide bem diferenciado. Conforme a classificação TNM 8ª edição da AJCC/UICC, o estadiamento clínico desse tumor glótico com lesão limitada à prega vocal e mobilidade preservada é:

- (A) T1aN0M0 — Estádio I.
- (B) T2N0M0 — Estádio II.
- (C) T3N0M0 — Estádio III.
- (D) T1bN0M0 — Estádio I.
- (E) T4aN0M0 — Estádio IV.

QUESTÃO 25

Paciente de 52 anos com diagnóstico de carcinoma papilífero de tireoide de 3,5 cm no lobo direito, confirmado por Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF), sem sinais de invasão extratireoidiana ou metástases à distância, apresentando linfonomegalia palpável em nível III cervical direito com confirmação citológica de metástase. O cirurgião de cabeça e pescoço planejou tireoidectomia total associada ao esvaziamento cervical. O tipo de esvaziamento cervical indicado para câncer de tireoide com metástase linfonodal lateral comprovada, que remove os níveis II, III, IV, V e VI preservando nervo acessório, veia jugular interna e músculo esternocleidomastoideo, denomina-se esvaziamento cervical:

- (A) Radical modificado tipo I.
- (B) Seletivo lateral (II-IV).
- (C) Radical clássico.
- (D) Seletivo central (VI).
- (E) Radical modificado tipo III.

QUESTÃO 26

Paciente de 65 anos com carcinoma epidermoide de cavidade oral (assoalho bucal) T3N2bM0 foi submetido a ressecção tumoral com margens livres associada ao esvaziamento cervical radical modificado bilateral. O exame anatomopatológico evidenciou invasão perineural, embolização angiolinfática e 4 linfonodos metastáticos em nível II direito, sendo o maior linfonodo com 3,5 cm de diâmetro e ruptura capsular microscópica. Esses achados histopatológicos de alto risco para recidiva locorregional indicam tratamento adjuvante. Conforme evidências de ensaios clínicos randomizados (RTOG 9501 e EORTC 22931), a terapia adjuvante indicada para pacientes com ruptura capsular linfonodal ou margens comprometidas é:

- (A) Radioterapia exclusiva.
- (B) Quimioterapia exclusiva.
- (C) Radioquimioterapia concomitante.
- (D) Imunoterapia com pembrolizumab.
- (E) Observação clínica trimestral.

MEDICINA INTENSIVA**QUESTÃO 27**

No pós-operatório de cirurgia abdominal de grande porte, a monitorização da Pressão Intra-abdominal (PIA) é fundamental para a detecção precoce da Síndrome do Compartimento Abdominal (SCA). Segundo a World Society of the Abdominal Compartment Syndrome (WSACS), a SCA é definida como uma pressão intra-abdominal sustentada acima de 20 mmHg associada a uma nova disfunção de órgãos. Para a correta aferição da PIA pelo método de Kron (via vesical), o volume máximo de solução salina instilada na bexiga deve ser de:

- (A) 100 mL
- (B) 75 mL
- (C) 50 mL
- (D) 25 mL
- (E) 10 mL

QUESTÃO 28

Paciente em pós-operatório imediato de esofagectomia transhiatal apresenta drenagem súbita de líquido de aspecto leitoso pelo dreno de tórax à direita (2.000 mL em 24h). A análise laboratorial do líquido confirma se tratar de quilotórax (triglicerídeos > 110 mg/dL). Diante do alto débito e da etiologia traumática pós-cirúrgica, a conduta que apresenta maior taxa de resolução definitiva é:

- (A) Dieta oral zero e Nutrição Parenteral Total por 4 semanas.
- (B) Introdução de dieta enteral rica em triglicerídeos de cadeia longa.
- (C) Pleurodese química com talco via dreno de tórax.
- (D) Administração de octreotida subcutânea.
- (E) Ligadura do ducto torácico por videotoracoscopia.

QUESTÃO 29

A infecção da corrente sanguínea associada ao Cateter Venoso Central (ICSRC) é uma das principais complicações em UTI. No caso de suspeita de ICSRC por *Staphylococcus aureus*, de acordo com as diretrizes da Infectious Diseases Society of America (IDSA), a conduta mandatória, além da antibioticoterapia sistêmica, é:

- (A) Troca do cateter por guia metálica (over-the-wire).
- (B) Retirada imediata do cateter venoso.
- (C) Realização de selo de antibiótico (antibiotic lock) e manutenção do cateter.
- (D) Retirada do cateter apenas se as hemoculturas periféricas forem positivas.
- (E) Manutenção do cateter e início de infusão de heparina local.

QUESTÃO 30

Um dreno de tórax inserido para o tratamento de hemotórax pós-traumático para de oscilar e apresenta queda abrupta no débito, apesar da persistência de imagem de coleção na radiografia de tórax. Ao avaliar o sistema de drenagem subaquática (selo d'água), o intensivista deve considerar que a ausência de oscilação da coluna líquida durante a respiração indica:

- (A) Resolução completa do hemotórax.
- (B) Presença de fístula aérea de alto débito.
- (C) Obstrução do sistema de drenagem ou colapso do dreno.
- (D) Expansão pulmonar completa com sínfise pleural.
- (E) Posicionamento adequado do dreno no espaço pleural.

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