

Nome: _____

**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO S.A. (GHC) – HOSPITAL
FEDERAL DE BONSUCESSO – RJ – Concurso Público – 002/2026****021 – MÉDICO (CIRURGIA GERAL) –
PROVA 01****PROVA ESCRITA OBJETIVA
CADERNO DE QUESTÕES**

ATENÇÃO: Transcreva no espaço do seu CARTÃO-RESPOSTA, com sua caligrafia usual, a frase abaixo.

Sempre parece impossível até que seja feito.

Leia atentamente as instruções abaixo e aguarde a autorização para abertura deste caderno de questões.

1. Confira o **CADERNO DE QUESTÕES** nos primeiros **30 minutos de prova**. Caso haja algum erro de impressão, ausência de questão, dentre outros, a prova poderá ser substituída nesse intervalo de tempo.
2. Confira o **CARTÃO-RESPOSTA** e assine seu nome no espaço próprio, utilizando caneta esferográfica de tinta azul ou preta. A ausência de assinatura incide na desclassificação do candidato.
3. Não dobre, não amasse, nem manche o **CARTÃO-RESPOSTA**. Ele **NÃO** poderá ser substituído.
4. Para cada uma das questões objetivas, são apresentadas 5 opções identificadas com as letras A, B, C, D, E. Assinale apenas uma opção em cada questão, caso contrário, ela será nula.
5. O tempo disponível para esta prova é de **3h**.
6. Reserve os 30 minutos finais para marcar seu **CARTÃO-RESPOSTA**. Os rascunhos e as marcações assinaladas no **CADERNO DE QUESTÕES** não serão considerados na avaliação.
7. Os candidatos, após entrarem na sala da prova, somente poderão retirar-se após decorridas duas horas do tempo de duração previsto.
8. Quando terminar a prova, entregue-a ao fiscal **SEM FALTAR NENHUMA PÁGINA OU PARTE DELA**, juntamente com o **CARTÃO-RESPOSTA**. Em seguida, assine a **LISTA DE PRESENÇA**. Caso o **CADERNO DE QUESTÕES E/OU** o **CARTÃO-RESPOSTA** estejam rasgados ou incompletos, o candidato será eliminado.
9. O candidato também será excluído do certame caso:
 - a) Utilize, durante a realização da prova, máquinas e/ou relógios de calcular, bem como rádios, gravadores, fones de ouvido, telefones celulares ou fonte de consulta de qualquer espécie.
 - b) Ausente-se da sala de prova levando consigo o **CADERNO DE QUESTÕES**, antes do tempo estabelecido, e/ou **CARTÃO-RESPOSTA**.
 - c) Deixe de assinalar corretamente o campo no **CARTÃO-RESPOSTA**.



CONCURSO PÚBLICO



GABARITO

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

021 – MÉDICO (CIRURGIA GERAL) –
PROVA 01**CONHECIMENTOS GERAIS****Questão 01**

As Normas de Habilitação para a Atenção Especializada no Processo Transexualizador, previstas na Portaria de Consolidação n.º 2/2017, estabelecem critérios para serviços de saúde que desejam ofertar esse cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando essas disposições, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A habilitação é restrita a hospitais universitários federais, não podendo ser concedida a serviços estaduais ou municipais.
- b) Os serviços habilitados devem garantir equipe multiprofissional composta, no mínimo, por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, assegurando acompanhamento integral.
- c) A portaria prevê que o processo transexualizador pode ser iniciado apenas após os 25 anos de idade, em consonância com normas internacionais de saúde.
- d) A habilitação dispensa comprovação de capacidade e regulamentação em órgãos competentes, bastando a manifestação de interesse do gestor estadual ou municipal para regulamentação nessas instâncias.
- e) O processo transexualizador é regulamentado apenas para procedimentos cirúrgicos e acompanhamento psicológico.

Questão 02

O Art. 197 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece que são de relevância pública as ações e serviços de saúde. Tais ações e serviços envolvem diretamente a proteção da vida, da dignidade humana e do bem-estar coletivo. Além disso, o exercício da prática assistencial está inserido em um contexto de interesse público e de responsabilidade ética e legal, contribuindo diretamente para a efetivação da cidadania. Com base no Artigo 197, é CORRETO afirmar que:

- a) As ações voltadas à promoção da saúde deixam de ser enquadradas como atividades típicas de prestação de serviços públicos, passando a ser compreendidas, em caráter complementar, como

iniciativas de natureza privada, desvinculadas da obrigação estatal de execução direta.

- b) Tais ações e serviços, mesmo quando prestados por instituições particulares, são passíveis de regulamentação, fiscalização e controle pelo Poder Público, que detém a competência constitucional para assegurar padrões mínimos de qualidade e segurança.
- c) Como as ações e os serviços de saúde são de relevância pública, a consequência jurídica é a vedação de qualquer uso de recursos orçamentários estatais para o pagamento de serviços prestados por instituições privadas de saúde, reforçando a prioridade do investimento no sistema público.
- d) A crescente demanda por cuidados de saúde e sua relevância socioeconômica conferem caráter de relevância pública às ações executadas por pessoas físicas ou jurídicas privadas, dispensando regulamentação e controle estatal por se tratarem de atividades menos complexas e desvinculadas de grandes redes hospitalares.
- e) Segundo o Art. 197, a competência do Poder Público limita-se à prestação direta das ações de saúde, não lhe cabendo regulamentar, fiscalizar ou controlar aquelas executadas por particulares, já que estas se enquadram como atividades de livre iniciativa.

Questão 03

O Art. 6º da Lei n.º 8.080/1990, inclui ações e serviços voltados à saúde do trabalhador nas atribuições do SUS. Com base nesse dispositivo e em seus incisos, assinale a alternativa que apresenta apenas ações que integram as atribuições do SUS no campo de saúde do trabalhador, conforme a Lei Orgânica da Saúde.

- a) Assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou de doença ocupacional; participação na avaliação e controle de riscos no processo de trabalho e revisão periódica da listagem de doenças relacionadas ao trabalho.
- b) Fiscalização de benefícios previdenciários; definição da jornada máxima de trabalho saudável; avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde e concessão de aposentadoria especial ao trabalhador exposto a agentes nocivos.

- c) Realização de perícias trabalhistas judiciais; garantir a interdição de máquinas, setores ou ambientes de trabalho diante de risco iminente à vida ou à saúde, quando solicitado pelo sindicato dos trabalhadores e gestão e fiscalização de programas de seguro de vida.
- d) Avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; captação de recursos para ações de saúde por meio dos Conselhos Profissionais e regulamentação da contribuição sindical para planos coletivos de saúde.
- e) Organização de conselhos de fiscalização do exercício da profissão; criação de normas de registro em conselhos de classe; definição de piso salarial das categorias da saúde e participação na fiscalização dos serviços de saúde do trabalhador nas empresas públicas e privadas.

Questão 04

Conforme o Art. 198 da Constituição Federal (CF) de 1988, que estabelece que as ações e serviços do SUS integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema organizado segundo diretrizes específicas, é CORRETO afirmar que:

- a) O SUS é centralizado pela União, que detém direção única em todo o território nacional, capitaneada pelo Poder Executivo, mas fiscalizada pelo Legislativo, que representa a participação popular.
- b) O atendimento integral deve priorizar serviços hospitalares, distribuídos em rede colaborativa e racionalizada, em detrimento das atividades preventivas, com base nos agravos com maior incidência nacional.
- c) A participação da comunidade é garantida pelo serviço de Ouvidoria e pela possibilidade de a liderança estadual opcionalmente aceitar as solicitações e julgar quais as melhores ações adotadas no território.
- d) O SUS é organizado em rede regionalizada e hierarquizada, com descentralização e direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, priorizando atividades preventivas, sem prejudicar os serviços assistenciais, e participação da comunidade.
- e) O SUS é estruturado pela União de acordo com critérios clínicos e epidemiológicos, baseado em hierarquia centralizada que determina a composição da rede regional, que dá suporte às unidades do município.

Questão 05

A Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), instituída em 2003, buscou transformar práticas de atenção e gestão no SUS, valorizando o acolhimento, o vínculo e a corresponsabilidade entre profissionais, usuários e gestores. A Lei 15.126, sancionada em 28 de abril de 2025, trouxe uma mudança importante a respeito dessa política pública tão relevante. Considerando esses elementos, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A Lei n.º 15.126/2025 consolidou a atenção humanizada como princípio legal do SUS, reforçando que o cuidado deve integrar dimensões técnicas e subjetivas, sem restringir-se a protocolos clínicos, e garantindo que a humanização seja obrigatória em todas as esferas de gestão e atenção.
- b) A HumanizaSUS, após a Lei n.º 15.126/2025, passou a ser considerada política estadual sem força normativa vinculante, cabendo a cada ente federativo adotar práticas humanizadas, garantindo que o acolhimento e a clínica ampliada sejam obrigatórios em todos os hospitais gerais dos municípios.
- c) A atualização normativa de 2025 revogou a Política Nacional de Humanização, substituindo-a por um novo programa de gestão hospitalar voltado para a eficiência administrativa, o acolhimento por classificação de risco, a participação dos usuários na cogestão de unidades.
- d) A Lei n.º 15.126/2025 incluiu a atenção humanizada como princípio constitucional do SUS, alterando diretamente o Art. 198 da Constituição Federal (CF) de 1988, de modo que a humanização passou a ser diretriz constitucional, reforçando o compromisso do Estado brasileiro com a humanização das unidades de saúde.
- e) A Política Nacional de Humanização, após a Lei n.º 15.126/2025, foi ampliada como programa ministerial transversal, para ser aplicada em todas as unidades hospitalares de grande porte, e em unidades da atenção básica ou especializada em municípios estratégicos, expandindo os serviços de acolhimento.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**Questão 06**

Paciente de 58 anos, com diagnóstico de neoplasia gástrica avançada, foi informada pelo Cirurgião sobre as opções terapêuticas: gastrectomia total com

intenção curativa, quimioterapia paliativa ou cuidados paliativos exclusivos. Após esclarecimentos detalhados, a paciente optou por não se submeter ao procedimento cirúrgico, mesmo ciente de que esta decisão poderá reduzir sua sobrevida. O Cirurgião respeitou sua escolha e encaminhou-a para a equipe de cuidados paliativos. De acordo com os princípios fundamentais da bioética e o Código de Ética Médica (CEM), a conduta do Cirurgião está CORRETA pois privilegiou o princípio da:

- a) Beneficência, ao indicar o tratamento que considera mais adequado do ponto de vista técnico.
- b) Não maleficência, ao evitar um procedimento cirúrgico de alto risco.
- c) Justiça, ao garantir que a paciente teria acesso a qualquer tratamento disponível no sistema.
- d) Autonomia, por respeitar a decisão livre e esclarecida da paciente.
- e) Solidariedade, ao encaminhar a paciente para a equipe de cuidados paliativos.

Questão 07

Cirurgião geral utiliza um sistema de Inteligência Artificial (IA) durante o pré-operatório de uma colecistectomia videolaparoscópica. O *software*, baseado em aprendizado de máquina, sugere condutas específicas e estratifica o risco cirúrgico do paciente. Considerando a recente Resolução CFM n.º 2.454/2026, que normatiza o uso da IA na medicina, assinale a alternativa que apresenta a conduta ética e legalmente CORRETA do Cirurgião:

- a) Seguir automaticamente as recomendações da IA, desde que validadas cientificamente, pois a tecnologia é mais precisa que o julgamento humano.
- b) Delegar à IA a comunicação do diagnóstico e do prognóstico ao paciente, uma vez que as informações são geradas de forma padronizada e imparcial.
- c) Utilizar a IA como ferramenta de apoio, manter-se responsável final, exercer julgamento crítico e registrar seu uso no prontuário.
- d) Recusar-se terminantemente a utilizar qualquer sistema de IA, pois a tecnologia compromete a relação médico-paciente e fere o Código de Ética Médica.
- e) Compartilhar os dados do paciente com a plataforma de IA sem necessidade de consentimento, desde que a finalidade seja exclusivamente clínica e não comercial.

Questão 08

A hemorragia digestiva baixa representa 20 a 25% de todos os pacientes com sangramento do trato digestório. Embora represente uma incidência até 10 vezes menor que a hemorragia digestiva alta, determina uma elevada taxa de internação, além de maior morbidade em especial pelo fato da sua incidência aumentar com a idade dos pacientes. Em relação às hemorragias digestivas, analise as sentenças a seguir:

- I- A hemorragia digestiva baixa é definida como sendo aquela cuja causa situa-se distal ao ângulo de Treitz.
- II- A hemorragia digestiva baixa é definida como sendo aquela cuja causa situa-se proximal ao ângulo de Treitz.
- III- Na prática, cerca de 80 a 85% dos casos de hemorragia digestiva baixa tem origem distal à válvula ileocecal.
- IV- Cerca de 80 a 85% dos casos de hemorragia digestiva baixa param espontaneamente.

Analisadas as sentenças, está CORRETO o que se afirma apenas em:

- a) I e III.
- b) II, III e IV.
- c) I, II e III.
- d) I, III e IV.
- e) Todas estão corretas.

Questão 09

Um grande número de pacientes com hérnias da parede abdominal se apresenta com quadros agudos, como o encarceramento e estrangulamento, necessitando de cirurgia de urgência. Assim, esses procedimentos podem estar associados com um pior prognóstico e uma taxa significativamente maior de complicações pós-operatórias. Esta situação clínica é frequente em serviços de cirurgia de emergência, em especial as hérnias da região inguinal e crural.

Acerca das hernias abdominais, analise as sentenças a seguir:

- I- Uma hérnia encarcerada é aquela cujo conteúdo se torna irreduzível agudamente com dor, seja por uma abertura da parede abdominal ou em decorrência de aderências entre o conteúdo e o saco herniário.
- II- Pode ocorrer uma obstrução intestinal, como complicação da hérnia encarcerada.

- III- Uma hérnia estrangulada ocorre quando há comprometimento do fluxo sanguíneo do conteúdo herniado, como por exemplo omento, intestino delgado.
- IV- O exame clínico da região inguinal e crural de forma sistemática na avaliação dos pacientes com dor abdominal não deve ser “esquecido”, sendo a grande maioria dos casos de hérnias estranguladas de diagnóstico clínico.

Analizadas as sentenças, estão CORRETAS apenas:

- I e III.
- II, III e IV.
- I, II e III.
- I, III e IV.
- Todas estão corretas.

Questão 10

Paciente de 68 anos, admitido na UTI há 5 dias com diagnóstico de choque séptico de foco abdominal (perfuração de víscera oca), em uso de noradrenalina (0,5 mcg/kg/min) e ventilação mecânica. Apresenta atualmente: relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 = 190$, creatinina sérica = 3,5 mg/dL (basal 0,8 mg/dL), bilirrubina total = 4,2 mg/dL (direta = 3,1 mg/dL), plaquetas = 75.000/mm³ e escore SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) de 12 pontos.

De acordo com a definição mais atual da síndrome, assinale a alternativa CORRETA sobre o diagnóstico e prognóstico do paciente:

- Trata-se de sepse sem disfunção orgânica significativa, com prognóstico favorável se mantido o suporte hemodinâmico atual.
- O paciente tem SDMO, condição com mortalidade que aumenta conforme o número e a duração das disfunções orgânicas.
- A SDMO é uma condição reversível na maioria dos casos, com mortalidade inferior a 10% quando há suporte intensivo adequado.
- A disfunção orgânica presente é exclusivamente de origem hemodinâmica, não caracterizando SDMO por ausência de critérios respiratórios e hepáticos.
- O diagnóstico de SDMO exige obrigatoriamente a presença de Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD) associada às disfunções orgânicas.

Questão 11

O abdome agudo é, sem dúvida, uma das queixas mais frequentes, sendo responsável por 5 a 10% das consultas nos serviços de urgência do mundo todo,

sendo que no Brasil os estudos demonstram variação entre 8,6 e 12%. Em relação ao abdome agudo, analise as sentenças a seguir:

- A forma perfurativa é a terceira mais comum de abdome agudo, contendo diversas etiologias. A principal causa é a Doença Ulcerosa Péptica (DUP), seguida de diverticulite aguda.
- No caso de Doença Ulcerosa Péptica (DUP) a perfuração ocorre em 2-10% dos pacientes.
- A perfuração intestinal por corpo estranho é pouco frequente, ocorrendo em aproximadamente 1% dos casos de ingestão de corpo estranho, sendo de maior risco de perfuração quando longos e pontiagudos como espinhas de peixe, ossos de galinha e palitos de dente.
- As localizações mais frequentes da perfuração intestinal por corpo estranho são válvula ileocecal (até 39% dos casos), íleo e transição sigmoide-retal.

Analizadas as sentenças, estão CORRETAS apenas:

- I e II.
- I e III.
- I, III e IV.
- II, III e IV.
- Todas estão corretas.

Questão 12

Paciente de 68 anos, no 1º pós-operatório de gastrectomia total por adenocarcinoma gástrico, apresenta-se na UTI com os seguintes parâmetros hemodinâmicos: Pressão Arterial Média (PAM) = 58 mmHg, frequência cardíaca = 132 bpm, Pressão Venosa Central (PVC) = 2 mmHg (basal pré-operatório = 8 mmHg), Variação da Pressão de Pulso (ΔPP) = 20%, Índice Cardíaco (IC) = 1,9 L/min/m², lactato arterial = 4,2 mmol/L e débito urinário nas últimas 3 horas = 35 mL. Não há sinais de sangramento ativo. De acordo com as diretrizes internacionais mais recentes para ressuscitação hemodinâmica no perioperatório, a conduta imediata CORRETA é:

- Iniciar noradrenalina em infusão contínua visando $\text{PAM} \geq 80$ mmHg antes de qualquer reposição volêmica.
- Administrar furosemida 40 mg endovenosa para estimular diurese e evitar sobrecarga hídrica.

- c) Realizar prova de volume com 250-500 mL de cristalóide balanceado em 15-30 minutos e reavaliar a resposta hemodinâmica.
- d) Iniciar dobutamina em dose de 5 mcg/kg/min para aumento do débito cardíaco e melhora da perfusão tecidual.
- e) Prescrever restrição hídrica rigorosa e hemoderivados para otimizar a oferta de oxigênio.

Questão 13

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, em 2008, o desafio global "Cirurgias Seguras Salvam Vidas", que resultou na elaboração do Checklist de Cirurgia Segura. No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Protocolo de Cirurgia Segura por meio da Portaria n.º 1.377/2013. O protocolo estabelece a verificação de itens críticos em três momentos distintos. Sobre o Protocolo de Cirurgia Segura e suas diretrizes, analise as sentenças a seguir:

- I- O objetivo central do Protocolo de Cirurgia Segura é prevenir a ocorrência de eventos adversos evitáveis, tais como cirurgia em lado errado, procedimento em paciente errado e retenção inadvertida de compressas ou instrumentos.
- II- A primeira etapa do checklist (*entrada/sign in*), realizada antes da indução anestésica, inclui a confirmação da identidade do paciente, do local e lado da cirurgia, do procedimento a ser realizado, e a verificação da disponibilidade de hemoderivados, quando necessário.
- III- A segunda etapa (*pausa cirúrgica/time out*), realizada imediatamente antes da incisão cirúrgica, envolve a apresentação nominal dos membros da equipe, a confirmação coletiva do paciente, procedimento, local e lado da cirurgia, e a revisão de eventos críticos esperados.
- IV- A terceira etapa (*saída/sign out*), realizada antes da saída do paciente da sala operatória, inclui a contagem de compressas, agulhas e instrumentais, a identificação correta de amostras cirúrgicas para anatomia patológica, e a revisão de eventuais problemas com equipamentos.
- V- O Checklist de Cirurgia Segura da OMS é composto por 19 itens distribuídos nas três etapas, sendo sua aplicação recomendada internacionalmente e obrigatória nos serviços de saúde brasileiros com centro cirúrgico, conforme determina a Portaria MS/GM n.º 1.377/2013.

Analizadas as sentenças, estão CORRETAS apenas:

- a) I, II, III, IV.
- b) II, III, IV, V.
- c) I, III, IV, V.
- d) I, II, III, V.
- e) Todas estão corretas.

Questão 14

A Lei Federal n.º 14.510/2022 estabelece o marco legal da telessaúde no Brasil, enquanto a Resolução CFM n.º 2.314/2022 define os preceitos éticos para o exercício da telemedicina. Considerando o arcabouço normativo atualmente em vigor, analise as sentenças a seguir:

- I- A teleconsulta, como primeira consulta médica, pode ser realizada de modo virtual, desde que atendidas as condições técnicas e éticas, devendo o médico dar seguimento ao acompanhamento com consulta presencial, conforme a necessidade clínica do paciente.
- II- Na telecirurgia, a norma do CFM exige a presença, no local do paciente, de médico com a mesma habilitação do cirurgião remoto, para garantir a continuidade do procedimento em caso de intercorrências técnicas, como falha de conectividade.
- III- O consentimento livre e esclarecido do paciente é obrigatório nos atendimentos por telemedicina, devendo ser obtido previamente e registrado formalmente, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e das resoluções do CFM.
- IV- Empresas que atuam como intermediadoras de serviços de telemedicina devem registrar-se no Conselho Regional de Medicina da jurisdição de sua sede e indicar responsável técnico médico regularmente inscrito.
- V- O médico tem autonomia para decidir se utiliza ou recusa a telemedicina, podendo indicar o atendimento presencial sempre que entender necessário, limitado pelos princípios da beneficência e não maleficência.

Analizadas as sentenças, estão CORRETAS apenas:

- a) I, II, III e V.
- b) II, III, IV e V.
- c) I, III, IV e V.
- d) I, II, III e IV.
- e) Todas estão corretas.

Questão 15

Paciente de 72 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico, será submetido a gastrectomia total eletiva. Durante a avaliação pré-operatória, o cirurgião identifica perda de peso não intencional de 12% nos últimos 4 meses, Índice de Massa Corporal (IMC) de 19 kg/m² e hipoalbuminemia (albumina sérica = 2,8 g/dL). O paciente nega disfagia ou obstrução. De acordo com as diretrizes mais recentes da *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) para nutrição clínica em cirurgia (atualização 2025), a conduta nutricional pré-operatória CORRETA nesse caso é:

- a) Iniciar nutrição parenteral total exclusiva por 7 a 10 dias antes da cirurgia, visando corrigir rapidamente a desnutrição.
- b) Prescrever dieta oral com suplementos nutricionais por 7 a 14 dias, priorizando imunonutrientes (arginina, ômega-3 e nucleotídeos).
- c) Realizar a cirurgia imediatamente, sem intervenção nutricional prévia, pois o atraso cirúrgico poderia comprometer o prognóstico oncológico.
- d) Indicar nutrição enteral exclusiva por sonda nasoenteral por 5 a 7 dias antes da cirurgia, com dieta polimérica padrão.
- e) Prescrever dieta oral hipocalórica para evitar sobrecarga metabólica no intraoperatório, associada a jejum prolongado de 12 horas.

Questão 16

A Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) é uma das complicações mais frequentes e evitáveis no perioperatório, estando associada a aumento da morbimortalidade, tempo de internação e custos hospitalares. Em 2025, a *European Association of Endoscopic Surgery* (EAES), em parceria com a *European Society of Coloproctology* (ESCP) e a *United European Gastroenterology* (UEG), publicou uma atualização das diretrizes para prevenção de ISC em cirurgia digestiva, com recomendações específicas para o preparo pré-operatório. Considerando essas diretrizes e as melhores práticas baseadas em evidências, assinale a alternativa CORRETA sobre medidas preventivas de ISC:

- a) A antibioticoprofilaxia cirúrgica deve ser mantida por 24 a 48 horas no pós-operatório para todas as cirurgias digestivas, independentemente do porte cirúrgico, visando reduzir o risco de infecção profunda.
- b) A preparação da pele com clorexidina alcoólica é recomendada para cirurgias gastrointestinais e hepatobilíares, exceto em contato com mucosas.
- c) A tricotomia com lâmina deve ser realizada na noite anterior à cirurgia em todos os pacientes, pois reduz a carga microbiana local e facilita a antisepsia.
- d) A antibioticoprofilaxia para cirurgias colorretais deve incluir obrigatoriamente cobertura para anaeróbios com metronidazol endovenoso isolado, sendo desnecessário o preparo mecânico do cólon.
- e) Corticosteroides e anti-TNF devem ser mantidos no pré-operatório imediato de cirurgias digestivas, pois sua suspensão aumenta o risco de exacerbação da doença de base sem impacto comprovado na redução de ISC.

Questão 17

A degermação cirúrgica das mãos constitui medida fundamental para prevenção de ISC, sendo recomendada antes de todos os procedimentos cirúrgicos e invasivos. Em 2022, a OMS publicou a segunda edição do documento *Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection*, atualizando recomendações baseadas em evidências para a prática cirúrgica segura. Acerca das diretrizes atuais para antisepsia cirúrgica das mãos, é CORRETO afirmar que:

- a) A escovação das mãos com escovas de cerdas é obrigatória na primeira cirurgia do dia, sendo dispensada nos procedimentos subsequentes quando utilizado antisséptico degermante.
- b) A degermação cirúrgica das mãos com soluções antissépticas deve durar de 2 a 5 minutos, conforme a OMS, podendo variar segundo instrução do fabricante.
- c) Após a degermação, as mãos devem ser enxaguadas com água corrente e secas com compressa estéril, podendo o profissional calçar as luvas imediatamente, mesmo com as mãos úmidas.
- d) Produtos à base de álcool para fricção antisséptica das mãos (preparações alcoólicas) são recomendados apenas como complemento à escovação tradicional, não podendo substituí-la em nenhuma circunstância.

e) A degermação cirúrgica das mãos deve ser realizada exclusivamente com clorexidina degermante a 2%, sendo o iodo-povidine degermante contraindicado por apresentar maior risco de irritação cutânea e menor espectro de ação.

Questão 18

Paciente de 68 anos, hipertenso e diabético, foi submetido a gastrectomia parcial por adenocarcinoma gástrico há 5 dias. No 5º pós-operatório, apresenta quadro súbito de dispneia, taquipneia (FR = 32 ipm), hipoxemia (SatO₂ = 88% em ar ambiente), taquicardia (FC = 124 bpm) e hipotensão (PA = 86/50 mmHg). Ao exame físico, murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem sinais de congestão. MMI sem edema ou sinais de trombose venosa profunda. Exames laboratoriais: troponina normal, D-dímero = 4.500 ng/mL (valor de referência < 500). Gasometria arterial: PaO₂ = 58 mmHg, PaCO₂ = 32 mmHg, pH = 7,48. Conforme a principal hipótese diagnóstica e as recomendações atuais para manejo de complicações cirúrgicas, assinale CORRETAMENTE:

- a) O quadro é compatível com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) sem supradesnivelamento do segmento ST, devendo-se realizar cineangiocoronariografia de urgência.
- b) A hipótese mais provável é pneumonia aspirativa, indicando-se antibioticoterapia de amplo espectro e coleta de culturas.
- c) O diagnóstico mais provável é TEP, devendo-se realizar angiotomografia de tórax e considerar anticoagulação plena, se não houver contraindicação.
- d) Trata-se de sepse de foco abdominal, sendo necessária laparotomia exploradora de urgência.
- e) O quadro sugere embolia gasosa, indicando-se posição de Trendelenburg e oxigenioterapia em máscara não reinalante.

Questão 19

Durante uma colecistectomia videolaparoscópica eletiva em paciente obeso (IMC = 34 kg/m²), o Cirurgião opta pela técnica de punção com agulha de Veress no quadrante superior esquerdo (ponto de Palmer) devido à suspeita de aderências periumbilicais. Após a insuflação com CO₂ e a introdução do primeiro trocarte, inicia-se o posicionamento dos demais portais. Com base, nos princípios fundamentais da cirurgia laparoscópica, é CORRETO afirmar que:

- a) A pressão do pneumoperitônio deve ser mantida entre 20-25 mmHg durante todo o procedimento em pacientes obesos, pois pressões mais elevadas são necessárias para elevar adequadamente a parede abdominal.
- b) Na inserção de trocartes secundários, recomenda-se visualização direta e posicionamento a 45-90° do eixo da câmera (triangulação) para evitar lesões.
- c) O princípio da triangulação estabelece que os trocartes de trabalho devem ser posicionados em linha reta com o trocarte óptico, formando um ângulo de 180 graus entre si, para facilitar a manipulação dos instrumentos.
- d) O uso de pinças de preensão traumáticas é preferível em relação às atraumáticas durante a manipulação da vesícula biliar, pois garantem maior firmeza na tração e previnem o escorregamento do órgão.
- e) A insuflação com CO₂ deve ser interrompida imediatamente caso a pressão intra-abdominal ultrapasse 10 mmHg durante a inserção da agulha de Veress, pois isso indica obrigatoriamente posicionamento extraperitoneal.

Questão 20

O choque hemorrágico representa a causa mais comum e potencialmente evitável de mortalidade precoce em pacientes politraumatizados. O manejo adequado desses pacientes evoluiu significativamente nas últimas décadas, com o desenvolvimento de sistemas de trauma, melhoria na avaliação pré-hospitalar e otimização do cuidado intra-hospitalar baseado em parâmetros clínicos e fisiológicos. Paciente de 34 anos, vítima de acidente automobilístico de alta energia, dá entrada no pronto-socorro consciente, porém confuso. Apresenta frequência cardíaca de 128 bpm, pressão arterial de 80/50 mmHg, frequência respiratória de 26 ipm, pele fria e pegajosa. À avaliação secundária, identifica-se fratura exposta de fêmur esquerdo e instabilidade pélvica à compressão. Considerando as diretrizes atuais para ressuscitação no politrauma, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A reposição volêmica inicial deve ser agressiva com cristaloides (aquecidos) na proporção de 3 mL para cada 1 mL de perda sanguínea estimada, visando restaurar rapidamente a pressão arterial aos níveis normais.

- b) Recomenda-se hipotensão permissiva (PAS 80-90 mmHg) até o controle definitivo da hemorragia, evitando sobrecarga de cristaloides e atenuando a tríade letal.
- c) A correção da coagulopatia deve ser postergada até a chegada do paciente ao centro cirúrgico, priorizando-se inicialmente a reposição volêmica com solução salina a 0,9%.
- d) O ácido tranexâmico está contraindicado nas primeiras 3 horas após o trauma, pois aumenta o risco de eventos tromboembólicos sem benefício comprovado na redução da mortalidade.
- e) A avaliação da via aérea (A do ABCDE) deve ser realizada somente após a obtenção de acesso venoso calibroso e início da reposição volêmica, dada a prioridade da correção do choque.

Questão 21

A cirurgia ambulatorial, também denominada cirurgia de curta permanência ou *ambulatory surgery*, caracteriza-se pela realização de procedimentos cirúrgicos ou invasivos em regime de hospital-dia, com alta programada para o mesmo dia, sem necessidade de internação hospitalar prolongada. O avanço tecnológico e o aprimoramento das técnicas anestésicas permitiram a expansão significativa da lista de procedimentos passíveis de execução nesse regime. Em relação aos critérios de seleção de pacientes e procedimentos para cirurgia ambulatorial estabelecidos na literatura internacional, assinale CORRETAMENTE:

- a) São candidatos ideais à cirurgia ambulatorial pacientes classificados como ASA IV (*American Society of Anesthesiologists physical status IV*), desde que a cirurgia seja de pequeno porte e haja suporte intensivo disponível.
- b) Procedimentos que exigem anestesia geral com intubação orotraqueal são contraindicação absoluta para regime ambulatorial, devendo ser realizados exclusivamente em regime de internação hospitalar.
- c) O centro cirúrgico ambulatorial é necessário quando o procedimento exige anestesia além da local, monitorização fisiológica, ou quando o paciente tem comorbidades graves ($ASA \geq III$) que comprometem a segurança em consultório.
- d) Cirurgias para implante ou retirada de implantes contraceptivos subcutâneos são procedimentos de complexidade intermediária que obrigatoriamente devem ser realizados em centro cirúrgico

ambulatorial, sendo vedada sua execução em consultório médico.

- e) O tempo de recuperação pós-anestésica não constitui fator relevante na seleção de pacientes para cirurgia ambulatorial, pois todos os procedimentos, independentemente da complexidade, permitem alta em até 2 horas.

Questão 22

A avaliação pré-operatória e a estratificação de risco cirúrgico são etapas fundamentais para a segurança do paciente e para a definição do local adequado de realização do procedimento. Diversos sistemas de classificação e escores prognósticos auxiliam na identificação de pacientes com maior risco de complicações perioperatórias. Com base nos fatores de risco no paciente cirúrgico e os critérios estabelecidos para seleção do local de realização do procedimento, é CORRETO afirmar que:

- a) A classificação ASA (*American Society of Anesthesiologists*) I indica paciente com doença sistêmica grave, porém controlada, sendo considerado de risco moderado para procedimentos em regime ambulatorial.
- b) Pacientes ASA III ou superior têm maior risco de complicações e podem necessitar de ambiente cirúrgico com mais suporte (centro ambulatorial ou hospitalar) em vez de consultório.
- c) A presença de comorbidades como diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica, isoladamente, contraindica absolutamente a realização de qualquer procedimento cirúrgico em regime ambulatorial.
- d) O Índice de Massa Corporal (IMC) elevado (obesidade grau III) é considerado fator protetor para complicações cirúrgicas, pois o excesso de tecido adiposo funciona como reserva metabólica no pós-operatório.
- e) A idade avançada (> 80 anos) constitui contraindicação formal para procedimentos cirúrgicos em regime ambulatorial, independentemente do estado funcional e das comorbidades associadas.

Questão 23

Os exames diagnósticos complementares desempenham papel fundamental na propedêutica cirúrgica, auxiliando no diagnóstico, estadiamento, planejamento terapêutico e avaliação pré-operatória. No contexto dos serviços ambulatoriais especializados, o acesso adequado a exames

diagnósticos é componente essencial para a qualidade assistencial e segurança do paciente. Acerca da solicitação racional de exames diagnósticos no perioperatório, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A solicitação de exames pré-operatórios deve ser padronizada para todos os pacientes cirúrgicos, independentemente da idade, comorbidades ou porte cirúrgico, incluindo obrigatoriamente eletrocardiograma, radiografia de tórax e hemograma completo.
- b) Exames de imagem como ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética são sempre necessários no pré-operatório de cirurgias de médio e grande porte, mesmo quando a hipótese diagnóstica já está bem estabelecida clinicamente.
- c) O acesso regulado a exames diagnósticos especializados deve ser baseado em protocolos assistenciais que considerem critérios de prioridade clínica, risco-benefício e custo-efetividade, garantindo que os recursos sejam alocados para pacientes com real necessidade.
- d) A realização de exames diagnósticos no pré-operatório imediato (menos de 24 horas antes da cirurgia) é sempre preferível, pois garante que os resultados reflitam com maior acurácia as condições atuais do paciente.
- e) Exames de medicina nuclear, como PET-CT, são considerados de primeira linha na avaliação pré-operatória de todos os pacientes com neoplasias, independentemente do tipo histológico ou estadiamento clínico.

Questão 24

Paciente de 45 anos, previamente hígido, é admitido na UTI após politraumatismo por acidente automobilístico de alta energia, com fratura de pelve e laceração hepática grau III, submetido a laparotomia para controle de danos. No 2º dia de pós-operatório, apresenta taquicardia (FC 118 bpm), hiperglicemia (glicemia 198 mg/dL), balanço hídrico positivo e discreta hiponatremia. Sobre a resposta endócrino-metabólica desencadeada pelo trauma e sua relação com o quadro clínico apresentado, assinale CORRETAMENTE:

- a) A resposta ao trauma divide-se classicamente em duas fases: fase de "ebb" (queda), caracterizada por hipermetabolismo e balanço nitrogenado positivo, seguida pela fase de "flow" (fluxo),

marcada por hipometabolismo e catabolismo proteico.

- b) A hiperglicemia decorre da ação de hormônios contrarreguladores (catecolaminas, glucagon, cortisol) e resistência à insulina, caracterizando a fase de "flow" do metabolismo pós-traumático.
- c) A resposta endócrino-metabólica ao trauma é sempre benéfica e autolimitada, não estando associada a complicações como Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) ou falência de múltiplos órgãos, mesmo em traumas de grande magnitude.
- d) Na fase inicial pós-trauma (ebb), ocorre predomínio do tônus parassimpático, com redução do débito cardíaco e do consumo de oxigênio, visando à preservação energética e à recuperação tecidual.
- e) O balanço hídrico positivo e a hiponatremia observados são secundários à Síndrome de Secreção Inapropriada do Hormônio Antidiurético (SIADH), que é uma resposta incomum no trauma, restrita a pacientes com traumatismo cranioencefálico associado.

Questão 25

Paciente de 28 anos, vítima de ferimento por arma branca em abdome anterior (região periumbilical), dá entrada no pronto-socorro consciente, orientado, hemodinamicamente estável (PA 120x80 mmHg, FC 98 bpm), sem sinais de peritonite ao exame físico. A ferida apresenta cerca de 2 cm, sem sangramento ativo ou evisceração. Nesse caso, acerca da conduta adequada, de acordo com as diretrizes atuais para trauma abdominal penetrante, assinale CORRETAMENTE:

- a) A indicação de laparotomia exploradora é obrigatória em todos os ferimentos por arma branca em abdome anterior, independentemente da estabilidade hemodinâmica, devido ao alto risco de lesões ocultas.
- b) Pacientes estáveis com ferimento por arma branca em abdome anterior podem ser submetidos a exploração local; se a fáscia estiver íntegra, recebem alta com sutura e profilaxia antitetânica, sem antibioticoprofilaxia ou observação prolongada.
- c) A realização de tomografia computadorizada de abdome com contraste é mandatória em todos os casos de trauma abdominal penetrante, mesmo em pacientes estáveis e assintomáticos, para afastar lesões retroperitoneais.

- d) A laparoscopia diagnóstica está indicada como primeiro exame em todos os pacientes com ferimento por arma branca em abdome anterior, independentemente da estabilidade clínica, por ser menos invasiva que a laparotomia.
- e) A observação hospitalar por 24 horas está indicada apenas para pacientes com ferimentos por arma de fogo, sendo dispensável para vítimas de arma branca com exame físico inicial normal.

Questão 26

Paciente de 35 anos, vítima de acidente automobilístico com impacto lateral, dá entrada no pronto-socorro consciente, porém confuso. Apresenta frequência cardíaca de 132 bpm, pressão arterial de 80/50 mmHg, frequência respiratória de 28 ipm, e abdome distendido, com dor à palpação superficial. A FAST (*Focused Assessment with Sonography in Trauma*) realizada à beira do leito evidencia presença de líquido livre em espaço hepatorenal (espaço de Morrison) e esplenorenal. Diante do exposto, a conduta imediata CORRETA deve ser:

- a) Realizar tomografia computadorizada de abdome com contraste para delimitar a extensão das lesões e planejar a abordagem cirúrgica.
- b) Iniciar reposição volêmica agressiva com cristaloides e, diante da resposta parcial, indicar angiografia com embolização seletiva para controle do sangramento.
- c) Indicar laparotomia exploradora de urgência, considerando a instabilidade hemodinâmica associada à FAST positiva como indicação formal de intervenção cirúrgica imediata.
- d) Manter o paciente em observação na sala de emergência, repetir a FAST em 30 minutos e, se houver aumento do líquido livre, indicar laparotomia.
- e) Realizar laparoscopia diagnóstica como primeiro procedimento, por ser menos invasiva, e decidir pela laparotomia apenas se identificada lesão cirúrgica.

Questão 27

Paciente de 52 anos, com diagnóstico de refluxo gastroesofágico refratário ao tratamento clínico otimizado por 12 meses, apresenta endoscopia digestiva alta com esofagite grau C (classificação de Los Angeles) e pHmetria de 24 horas confirmando exposição ácida patológica. Durante a consulta pré-operatória, questiona o Cirurgião sobre as diferenças entre as abordagens laparoscópica e robótica para a correção cirúrgica do refluxo. Segundo as indicações

e características dessas técnicas minimamente invasivas em cirurgia do aparelho digestivo, é CORRETO afirmar que:

- a) A cirurgia robótica substitui completamente a laparoscopia em todas as indicações de cirurgia antirrefluxo, oferecendo resultados superiores e menor tempo operatório.
- b) Ambas as técnicas são minimamente invasivas; a robótica oferece articulação, estabilidade e visão ampliada, facilitando dissecções finas, mas a decisão deve ser individualizada, não meramente tecnológica.
- c) A laparoscopia está indicada apenas para procedimentos de baixa complexidade, como colecistectomia, sendo contraindicada para cirurgias antirrefluxo, que obrigatoriamente requerem abordagem robótica.
- d) As cirurgias minimamente invasivas (laparoscópica e robótica) apresentam maiores taxas de complicações pós-operatórias quando comparadas à via aberta tradicional, razão pela qual seu uso deve ser restrito.
- e) Na cirurgia robótica, o robô decide autonomamente os passos do procedimento com base em algoritmos de Inteligência Artificial, cabendo ao cirurgião apenas a supervisão do ato operatório.

Questão 28

Paciente de 62 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma de reto médio (a 8 cm da margem anal), estágio clínico T3N1M0 após estadiamento com ressonância magnética de pelve e tomografia computadorizada de tórax e abdome. Foi submetido a neoadjuvância com quimiorradioterapia (QT/RT) e apresenta boa resposta clínica. Durante o planejamento cirúrgico para retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto, discute-se a melhor via de acesso. Com base na abordagem minimamente invasiva nesse contexto, assinale CORRETAMENTE:

- a) A via aberta (laparotomia) é a única opção segura para ressecções oncológicas do reto, pois as técnicas minimamente invasivas não permitem adequada excisão do mesorreto nem margens cirúrgicas satisfatórias.
- b) A cirurgia robótica está formalmente contraindicada em pacientes submetidos a neoadjuvância, devido à fibrose tecidual que dificulta a dissecção e aumenta o risco de complicações.

- c) Laparoscopia e robótica são opções no câncer de reto, desde que respeitados os princípios oncológicos, podendo a robótica oferecer vantagens em disseções pélvicas profundas.
- d) A cirurgia minimamente invasiva para câncer de reto está associada a piores desfechos oncológicos quando comparada à via aberta, com maiores taxas de recidiva local e menor sobrevida, conforme estudos recentes.
- e) A excisão total do mesorreto por via laparoscópica só é possível em tumores de reto superior (> 12 cm da margem anal), sendo tecnicamente inviável para tumores de reto médio e inferior.

Questão 29

Durante uma reunião de equipe no centro cirúrgico, o coordenador propõe uma discussão coletiva sobre um caso de infecção de sítio cirúrgico ocorrido na semana anterior, com o objetivo de analisar criticamente os processos de trabalho e propor mudanças para prevenir novos eventos. Sobre essa estratégia, é CORRETO afirmar que:

- a) Trata-se de educação continuada, pois aborda um tema específico e pontual relacionado à infecção hospitalar.
- b) Trata-se de educação permanente em saúde, por partir da análise do trabalho e envolver reflexão crítica da equipe para transformar a prática cotidiana.
- c) Configura-se como treinamento em serviço, uma vez que o foco é a atualização técnica sobre prevenção de infecção cirúrgica.
- d) Representa uma atividade de capacitação profissional dissociada da rotina assistencial, já que ocorre em ambiente de reunião.
- e) Enquadra-se como especialização lato sensu, por abordar conteúdo específico da área cirúrgica.

Questão 30

Durante o plantão no pronto-socorro, o médico é informado pela vigilância epidemiológica do hospital que, nas últimas 48 horas, deram entrada 12 pacientes com quadro de diarreia aguda, todos residentes no mesmo bairro e com histórico de refeição em um mesmo restaurante *self-service*. Considerando os conceitos epidemiológicos fundamentais para a prática médica, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Trata-se de um exemplo de prevalência, que mede o número total de casos existentes de uma doença em uma população em determinado momento.

- b) O evento caracteriza um surto epidêmico: ocorrência de casos relacionados, com aumento inesperado em curto período e região específica.
- c) A situação relatada exemplifica incidência acumulada, que corresponde ao número de casos novos de uma doença em uma população de risco, dividido pelo tempo de observação.
- d) O quadro clínico apresentado pelos pacientes configura uma pandemia, por se tratar de doença diarreica aguda com potencial de disseminação global.
- e) Trata-se de um caso de endemia, pois a diarreia aguda é uma doença esperada em serviços de urgência, especialmente em períodos de calor.

Questão 31

Um gestor hospitalar recém-contratado identifica que o hospital apresenta altas taxas de infecção de sítio cirúrgico, insatisfação da equipe com as escalas de trabalho e desperdício significativo de materiais no centro cirúrgico. Para atuar de forma efetiva, ele precisa mobilizar diferentes competências. Nesse caso, conforme as funções e competências essenciais do gestor hospitalar, é CORRETO afirmar que:

- a) Sua atuação deve limitar-se à gestão financeira, uma vez que os problemas identificados (infecção, escalas e desperdício) decorrem exclusivamente de falta de recursos.
- b) O gestor hospitalar deve concentrar-se apenas na gestão de pessoas, delegando as questões de infecção à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e os desperdícios à equipe de logística.
- c) O gestor hospitalar deve atuar de forma integrada, com habilidades analíticas e conhecimento técnico-administrativo para planejar, organizar e coordenar soluções nos âmbitos assistencial, RH e suprimentos.
- d) A principal função do gestor hospitalar é a supervisão direta dos atos médicos, cabendo-lhe determinar condutas clínicas e protocolos cirúrgicos para reduzir infecções.
- e) Gestão hospitalar restringe-se à administração de leitos e internações, não sendo de sua competência questões como escalas de trabalho ou gestão de materiais.

Questão 32

Um hospital está avaliando seu desempenho assistencial e utiliza diferentes medidas para monitorar a qualidade dos serviços prestados. Entre

os indicadores adotados, incluem-se: taxa de mortalidade infantil, proporção de cesáreas, número de leitos por habitante e taxa de incidência de infecção de sítio cirúrgico. Sobre a classificação e o uso desses indicadores, assinale CORRETAMENTE:

- a) A taxa de mortalidade infantil é um indicador de morbidade, pois mede a ocorrência de doenças na população infantil.
- b) A proporção de cesáreas é um indicador de recursos, pois reflete a disponibilidade de cirurgiões no serviço.
- c) Indicadores de saúde são medidas de desempenho e são classificados em socioeconômicos, mortalidade, morbidade e cobertura etc.
- d) O número de leitos por habitante é um indicador de mortalidade, pois está diretamente relacionado ao risco de óbito hospitalar.
- e) Indicadores de saúde servem apenas para fins estatísticos e de pesquisa, não tendo aplicação prática na gestão hospitalar cotidiana.

Questão 33

Uma Unidade Básica de Saúde desenvolve diferentes ações voltadas à população adscrita. Entre elas, destacam-se: campanha de vacinação contra influenza, rastreamento de câncer de colo uterino por meio de coleta de citopatológico, e programa de reabilitação para pacientes pós-Acidente Vascular Cerebral (AVC). Considerando os níveis de prevenção em saúde, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A vacinação contra influenza é exemplo de prevenção secundária, pois previne complicações da doença.
- b) O rastreamento de câncer de colo uterino caracteriza prevenção primária, pois atua antes do desenvolvimento da doença.
- c) O programa de reabilitação pós-AVC é prevenção terciária, pois visa reduzir complicações e melhorar a qualidade de vida.
- d) Todas as ações descritas são exemplos de prevenção primária, pois atuam antes da instalação da doença.
- e) A prevenção quaternária é representada pelas campanhas de vacinação em massa.

Questão 34

Um município implementa um programa intersetorial que inclui: construção de ciclovias e parques, incentivo à alimentação saudável nas escolas, criação de hortas comunitárias e campanhas educativas para

redução do tabagismo. Essas ações, que atuam sobre os determinantes sociais da saúde e visam capacitar a população para melhorar sua qualidade de vida, são exemplos de:

- a) Prevenção primária, pois evitam o aparecimento de doenças específicas.
- b) Prevenção secundária, pois detectam precocemente fatores de risco.
- c) Assistência à saúde curativa, pois tratam doenças já estabelecidas.
- d) Promoção da saúde, pois foca na melhoria das condições de vida.
- e) Vigilância sanitária, pois fiscalizam produtos e serviços de saúde.

Questão 35

Paciente de 58 anos, hipertenso e diabético, é trazido ao pronto-socorro por familiares com quadro súbito de hemiparesia à esquerda, desvio de rima labial e dificuldade para falar, iniciado há 1 hora e 30 minutos. Ao exame, apresenta Pressão Arterial = 188/104 mmHg, Glasgow 14, e pontuação NIHSS = 12. A glicemia capilar é 142 mg/dL. Acerca do manejo inicial mais adequado conforme a diretriz da *American Heart Association/American Stroke Association* (AHA/ASA) 2026, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A tomografia de crânio sem contraste é obrigatória e imediata para excluir hemorragia; o trombolítico não deve ser atrasado por outros exames, exceto glicemia capilar, já realizada.
- b) Deve-se aguardar os resultados completos da coagulograma e função renal para então decidir pela trombólise, garantindo maior segurança ao paciente.
- c) A pressão arterial deve ser rigorosamente controlada para níveis inferiores a 140/90 mmHg antes da administração de qualquer trombolítico.
- d) A ressonância magnética de crânio é o exame de escolha na fase hiperaguda, devendo ser realizada antes da trombólise para melhor definição da área de penumbra.
- e) A antiagregação com AAS deve ser iniciada imediatamente, ainda na sala de emergência, antes da realização da tomografia, para reduzir risco de novo evento.

Questão 36

Paciente de 62 anos, no 2º pós-operatório de gastrectomia total, apresenta-se confuso, com náuseas e fraqueza muscular. Os exames laboratoriais

revelam: $\text{Na}^+ = 118 \text{ mEq/L}$, $\text{K}^+ = 3,9 \text{ mEq/L}$, $\text{Cl}^- = 86 \text{ mEq/L}$, glicemia = 98 mg/dL , osmolaridade plasmática = 248 mOsm/L . Refere uso regular de hidroclorotiazida para hipertensão. De acordo com o caso, assinale a alternativa que indica o diagnóstico e conduta CORRETA.

- a) Hiponatremia hipervolêmica secundária à insuficiência cardíaca. Conduta: restrição hídrica rigorosa e furosemida.
- b) Hiponatremia hipotônica por uso de tiazídico. Conduta: suspensão do diurético, reposição cautelosa com solução salina isotônica e monitorização da correção para evitar mielinólise pontina.
- c) Hiponatremia pós-operatória esperada. Conduta: não requer intervenção específica, apenas observação.
- d) Hiponatremia grave com sintomas neurológicos. Conduta: iniciar imediatamente solução salina hipertônica a 3% em bomba de infusão contínua, independentemente da presença de sintomas neurológicos graves.
- e) Hiponatremia fictícia por hiperglicemia. Conduta: corrigir o valor do sódio para cada 100 mg/dL de glicose acima do normal.

Questão 37

Paciente de 58 anos, diabético tipo 2 com hemoglobina glicada de 9,2%, foi submetido a revascularização do miocárdio há 12 dias. No 10º dia pós-operatório, evoluiu com deiscência parcial da ferida esternal e saída de secreção serossanguinolenta. Não há sinais flogísticos sistêmicos, e a cultura da secreção mostrou crescimento de *Staphylococcus aureus* sensível à oxacilina. Conforme o manejo da ferida cirúrgica nesse caso, é CORRETO afirmar que:

- a) O paciente apresenta Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) profunda, com indicação imediata de reabordagem cirúrgica para desbridamento amplo e antibioticoterapia endovenosa por 4 a 6 semanas, independentemente dos sinais sistêmicos.
- b) A conduta deve ser apenas observacional, uma vez que a deiscência é esperada em pacientes diabéticos e a cultura positiva provavelmente representa colonização, não infecção.
- c) O uso de coberturas com prata é contraindicado em feridas com crescimento bacteriano, pois pode selecionar cepas resistentes.

- d) Diante de cultura com *S. aureus* sensível à oxacilina, antibioticoterapia oral com cefalexina e curativos diários podem ser suficientes, desde que não haja acometimento ósseo ou mediastinal.
- e) A ferida deve ser mantida aberta e tratada com hipoclorito de sódio a 0,5% para desbridamento químico, independentemente da presença de tecido viável.

Questão 38

Paciente de 45 anos, ASA I, será submetido a colecistectomia videolaparoscópica eletiva. Durante a consulta pré-operatória, o cirurgião discute as orientações sobre jejum e preparo para o procedimento. Considerando o consenso internacional de 2026 sobre otimização do jejum pré-operatório, assinale CORRETAMENTE:

- a) O paciente deve manter jejum absoluto de 8 horas para sólidos e 4 horas para líquidos, incluindo água, sendo proibida a ingestão de qualquer líquido no dia da cirurgia.
- b) A ultrassonografia gástrica é recomendada apenas em casos selecionados; líquidos claros até 2 horas antes da cirurgia são seguros em pacientes de baixo risco.
- c) O jejum para líquidos claros deve ser de no mínimo 6 horas, mesmo em pacientes sem fatores de risco, para garantir segurança absoluta contra broncoaspiração.
- d) A administração de carboidratos líquidos no pré-operatório imediato está contraindicada por aumentar o risco de hiperglicemia e complicações metabólicas.
- e) A liberação de dieta líquida no pós-operatório deve ocorrer somente após 24 horas do procedimento, independentemente da estabilidade clínica do paciente.

Questão 39

Paciente de 54 anos, com cirrose hepática por doença hepática alcoólica (Child-Pugh B7), dá entrada no pronto-socorro com quadro de hematêmese de grande volume e melena. Está hemodinamicamente instável (PA 80/50 mmHg, FC 128 bpm). Após estabilização inicial com reposição volêmica e transfusão de hemoderivados, a endoscopia digestiva alta evidencia varizes esofágicas de grosso calibre com sangramento ativo em jato. De acordo com o manejo da hipertensão porta e da hemorragia varicosa neste paciente, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Iniciar imediatamente terlipressina ou somatostatina, associada a antibioticoprofilaxia (ceftriaxone); ligadura elástica endoscópica é o tratamento de escolha.
 - b) A primeira medida deve ser a colocação de balão de Sengstaken-Blakemore, mantido por 48 horas, antes de qualquer tentativa de tratamento endoscópico.
 - c) Betabloqueadores não seletivos (propranolol) estão indicados na fase aguda da hemorragia para reduzir a pressão portal e controlar o sangramento.
 - d) A derivação Portossistêmica Intra-hepática Transjugular (TIPS) é o tratamento de primeira linha para o episódio agudo de sangramento varicoso, devendo ser realizada nas primeiras 12 horas.
 - e) Após o controle do sangramento agudo, a profilaxia secundária deve ser feita exclusivamente com betabloqueadores, sendo a ligadura endoscópica reservada para falha terapêutica.
- invasiva e apresentar menor taxa de complicações tardias.
- e) A paciente, embora elegível, deverá aguardar no mínimo 12 meses de acompanhamento clínico para comprovar falha terapêutica, conforme determina a nova resolução.

Questão 40

Paciente de 38 anos, com IMC de 48 kg/m², apneia obstrutiva do sono grave (índice de apneia-hipopneia = 35 eventos/hora) e diabetes tipo 2 com mau controle glicêmico (HbA1c = 8,9%) apesar de uso regular de metformina e insulina, busca avaliação para cirurgia bariátrica. Nega outras comorbidades. Com base na Resolução CFM n.º 2.429/25, que estabelece os novos parâmetros para cirurgia bariátrica e metabólica no Brasil, assinale a alternativa CORRETA em relação à elegibilidade da paciente e às exigências para a realização do procedimento:

- a) A paciente não é candidata à cirurgia, pois a resolução exige, para todos os casos, falha comprovada em tratamento clínico por no mínimo 2 anos com endocrinologista, independentemente do IMC.
- b) A paciente é elegível por IMC > 40 kg/m², independentemente de comorbidades; a nova resolução não exige tempo mínimo de acompanhamento nem restrição etária.
- c) A cirurgia poderá ser realizada em qualquer hospital com centro cirúrgico, desde que haja equipe multidisciplinar disponível, não havendo exigência de UTI ou plantonista 24 horas para pacientes com IMC < 50 kg/m².
- d) A banda gástrica ajustável permanece como procedimento de primeira linha para pacientes com IMC entre 35 e 40 kg/m², por ser menos