

Nome: _____

**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO S.A. (GHC) – HOSPITAL
FEDERAL DE BONSUCESSO – RJ – Concurso Público – 002/2026****056 – MÉDICO (NEUROCIRURGIA PEDIÁTRICA)
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

**056 – MÉDICO (NEUROCIRURGIA PEDIÁTRICA) –
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**

Uma adolescente de 15 anos, acompanhada em ambulatório de neurocirurgia pediátrica por epilepsia farmacorresistente, pede para conversar sem os pais e

relata dificuldades pessoais que não interferem no plano terapêutico atual. Ao final, os responsáveis solicitam ao médico o relato completo da conversa “para decidir a cirurgia”. A adolescente aceita que sejam compartilhadas informações sobre diagnóstico, riscos e preparo, mas pede reserva sobre aspectos íntimos sem relação direta com a cirurgia. Diante do exposto, a conduta CORRETA deve ser:

- a) Repassar aos pais o conteúdo inteiro da conversa, incluindo temas pessoais, argumentando que a menoridade afasta qualquer espaço para reserva de informações.
- b) Manter sigilo sobre todo o conteúdo, inclusive diagnóstico, riscos e preparo, orientando que os responsáveis decidam sem acesso a informações clínicas relevantes.
- c) Compartilhar diagnóstico, riscos e preparo necessários à decisão e à segurança, preservar em sigilo aspectos íntimos sem relevância clínica e estimular diálogo familiar.
- d) Afirmar que só conversará após parecer jurídico e interromper o planejamento cirúrgico até avaliação administrativa, por receio de questionamento pelos responsáveis.
- e) Enviar comunicado padronizado com regras gerais e colher assinatura dos pais, evitando conversa clínica individualizada para reduzir a chance de conflito.

Questão 07

Um menino de 6 anos sofre queda, evolui com sonolência progressiva e anisocoria. A tomografia evidencia hematoma epidural temporal com desvio de linha média. Os pais estão em deslocamento e não atendem telefone. A sala cirúrgica está pronta e o risco de deterioração é imediato. Nesse caso, a conduta CORRETA é:

- a) Manter observação e repetir tomografia em curto intervalo, aguardando contato dos responsáveis para autorização formal antes de qualquer intervenção.
- b) Colher assinatura de dois profissionais como testemunhas e seguir para cirurgia, tratando o consentimento familiar como dispensável em urgência.
- c) Suspender conduta operatória e transferir para unidade com comissão de ética para autorizar o ato, mesmo com risco de deterioração no transporte.

- d) Realizar a intervenção de urgência pelo risco imediato, registrar tentativas de contato e decisões no prontuário e comunicar os pais assim que possível.
- e) Executar punção lombar para reduzir pressão e ganhar tempo até falar com a família, postergando a cirurgia por falta de consentimento.

Questão 08

Uma criança de 3 anos, portadora de Derivação Ventriculoperitoneal (DVP), é internada com febre e rebaixamento do nível de consciência e evolui com ventriculite associada ao sistema. A família questiona falha do serviço e solicita explicações imediatas. Em relação ao coordenador do setor, a estratégia CORRETA para reduzir risco assistencial e responder eticamente deve ser:

- a) Orientar a equipe a evitar conversa com a família até o fechamento de culturas e laudos, para minimizar conflito e proteger a instituição.
- b) Realizar comunicação transparente sobre suspeita, plano e riscos, registrar no prontuário e acionar fluxos de segurança do paciente e controle de infecção.
- c) Transferir a criança e registrar o caso de forma resumida, restringindo detalhes no prontuário por receio jurídico e de questionamentos formais.
- d) Delegar comunicação ao jurídico e impedir o contato do médico assistente com a família, inclusive para esclarecimento de condutas terapêuticas.
- e) Enviar mensagem eletrônica padronizada aos responsáveis e dispensar reunião com a equipe, evitando discussão presencial do caso e do plano.

Questão 09

Um adolescente de 12 anos apresenta cefaleia, vômitos, visão borrada e dificuldade de olhar para cima. Ao exame, há paresia do olhar vertical para cima e pupilas com resposta à acomodação preservada, com piora progressiva do nível de consciência. A hipótese topográfica CORRETAMENTE compatível com o conjunto de sinais é lesão comprimindo principalmente:

- a) O giro pré-central, explicando paresia contralateral e preservação de movimentos oculares, com vômitos como sintoma secundário inespecífico.
- b) A ponte ventral, cursando com alterações de abducente, disartria e déficit de vias longas, associado a vômitos por disfunção de tronco.

- c) O bulbo, com instabilidade ventilatória precoce e disfagia, além de alterações pupilares e de olhar vertical por lesão de núcleos inferiores.
- d) O lobo temporal mesial, relacionando-se a crises e amnésia, com vômitos por irritação meníngea, sem relação com via líquórica.
- e) A região tectal do mesencéfalo, com síndrome do olhar vertical e obstrução do aqueduto, levando a hidrocefalia e hipertensão intracraniana.

Questão 10

Um recém-nascido prematuro com hemorragia intraventricular evolui, semanas depois, com macrocefalia progressiva e aumento do perímetro cefálico, com ventriculomegalia difusa. Dessa forma, assinale a hipótese fisiopatológica CORRETA para esse padrão de hidrocefalia:

- a) Hipotensão intracraniana por perda de líquido, com colapso ventricular e sinais de baixa pressão e irritabilidade pósural.
- b) Obstrução do forame de Monro unilateral, levando a dilatação isolada de um ventrículo lateral, com assimetria evidente.
- c) Obstrução do aqueduto isolada, produzindo dilatação de laterais e 3º ventrículo, com preservação relativa do 4º ventrículo.
- d) Produção aumentada de líquido por papiloma de plexo, com início mais agudo e necessidade de abordagem oncológica dirigida.
- e) Redução da absorção do líquido por inflamação e fibrose das vias de reabsorção, resultando em ventriculomegalia global.

Questão 11

Um lactente de 7 meses apresenta irritabilidade, vômitos em jato, recusa alimentar e aumento do perímetro cefálico em cruzamentos sucessivos de percentis. Ao exame, há fontanela anterior tensa e olhar em “sol poente”. Considerando a semiologia, assinale a alternativa que apresenta a interpretação e encaminhamento imediato CORRETOS:

- a) Tratar como refluxo e prescrever antiemético domiciliar, mantendo acompanhamento ambulatorial, interpretando o quadro como gastrointestinal sem urgência neurológica.
- b) Reconhecer sinais de hipertensão intracraniana e providenciar neuroimagem apropriada, com avaliação neurocirúrgica prioritária e suporte clínico.

- c) Atribuir a irritabilidade a causa comportamental e encaminhar para avaliação psiquiátrica, mantendo apenas orientações gerais de alimentação.
- d) Tratar como sinusopatia e iniciar antibiótico, solicitando exame otorrinolaringológico, pois vômitos e irritabilidade sugerem foco ORL.
- e) Solicitar EEG ambulatorial e aguardar resultado, considerando crises subclínicas como explicação central, sem priorizar neuroimagem.

Questão 12

Uma criança de 4 anos é trazida após atropelamento. Está sonolenta, mas desperta ao chamado, chora, localiza dor e fala frases curtas. Pupilas isocóricas, sem lateralização motora. Para acompanhamento seriado no pronto-socorro e decisão sobre progressão de cuidados, a estratégia de avaliação clínica CORRETA deve ser:

- a) Aplicar NIHSS como instrumento principal e seguir sua pontuação para conduta, tratando-o como equivalente à avaliação de consciência no trauma pediátrico.
- b) Basear a gravidade em escala de dor e resposta dolorosa, usando analgesia como parâmetro de evolução neurológica ao longo das horas.
- c) Determinar conduta pela tomografia inicial, sem reavaliação seriada, interpretando que exame clínico varia muito e pouco acrescenta.
- d) Usar Glasgow adaptada à idade e exame pupilar com reavaliações seriadas, integrando achados clínicos à decisão de exames e suporte.
- e) Evitar escalas numéricas e registrar descrições livres, pois pontuações padronizadas não seriam aplicáveis em crianças pequenas.

Questão 13

Um prematuro extremo em UTI neonatal evolui com aumento progressivo do perímetro cefálico e episódios de apneia. A ultrassonografia transfontanelar mostra aumento do índice ventricular e dilatação progressiva dos cornos frontais em comparação com exame de 7 dias antes. Acerca do caso, a conduta inicial CORRETA para integrar exame e manejo, deve ser:

- a) Adiar reavaliação por 30 dias e repetir ultrassonografia, considerando que ventriculomegalia em prematuros costuma estabilizar sem repercussão clínica.
- b) Solicitar ressonância com contraste de forma imediata e postergar decisões até testes laboratoriais completos do líquido e marcadores adicionais.

- c) Correlacionar progressão no ultrassom com clínica, discutir medidas temporizadoras de controle do líquor e definir plano com neurocirurgia e neonatologia.
- d) Indicar derivação ventriculoperitoneal imediata, independente de peso e estabilidade, visando normalizar ventrículos rapidamente e reduzir apneias.
- e) Iniciar corticoide sistêmico para reduzir dilatação ventricular, tratando o processo como inflamatório e mantendo seguimento sem intervenção liquórica.

Questão 14

Uma criança de 6 anos tem cefaleia, vômitos e papiledema. A ressonância mostra estenose do aqueduto com dilatação de ventrículos laterais e 3º ventrículo, sem evidência de hemorragia ou meningite prévia. Nesse contexto, a alternativa terapêutica CORRETA para controle liquórico definitivo é:

- a) Punção lombar seriada para reduzir pressão, pois a hidrocefalia obstrutiva responde a drenagem lombar repetida em curto prazo.
- b) Terceiro Ventriculostomia Endoscópica (ETV) como opção definitiva alinhada ao padrão obstrutivo e à faixa etária do paciente.
- c) Corticoide sistêmico por 14 dias para reduzir edema periaquedutal e evitar intervenção neurocirúrgica no sistema ventricular.
- d) Antibioticoterapia profilática por 7 dias antes de qualquer intervenção, pois estenose do aqueduto sugere ventriculite subclínica.
- e) Craniotomia exploradora do aqueduto com dilatação aberta como primeira estratégia, pela maior taxa de sucesso em longo prazo.

Questão 15

Um prematuro de 1,3 kg evolui com aumento do índice ventricular, apneias e fontanela tensa. A equipe considera derivação definitiva, mas o paciente ainda é instável hemodinamicamente e com alto risco infeccioso. Com base no tema, a estratégia CORRETAMENTE apropriada como etapa inicial de controle do líquor é:

- a) Realizar ETV como primeira linha em prematuros, entendendo que a taxa de sucesso supera a derivação e reduz necessidade de revisões futuras.
- b) Adotar punção lombar diária por tempo prolongado como estratégia definitiva, evitando

procedimentos no SNC durante instabilidade clínica.

- c) Adiar qualquer intervenção até atingir 2,5 kg, aceitando progressão de ventriculomegalia, pois medidas temporizadoras não mudariam prognóstico.
- d) Implantar shunt ventriculoperitoneal imediatamente, considerando que técnicas temporizadoras elevam infecção e atrasam tratamento definitivo.
- e) Adotar medida temporizadora de controle liquórico com a equipe neonatal, visando estabilização clínica antes de definir abordagem definitiva.

Questão 16

Uma criança de 8 anos, com DVP há 2 anos, chega ao pronto-socorro com cefaleia, vômitos, sonolência e piora escolar há 2 semanas. Está afebril. A tomografia atual mostra ventriculomegalia discreta, mas não há exame recente para comparação. A estratégia diagnóstica CORRETA para avaliar disfunção do shunt, nesse caso, é:

- a) Realizar punção lombar para medir pressão e decidir conduta, assumindo que a presença de shunt torna o procedimento seguro e conclusivo.
- b) Administrar corticosteroide e observar por 24 horas para diferenciar edema cerebral, usando melhora sintomática como teste indireto do shunt.
- c) Correlacionar clínica e imagem com exames prévios e considerar radiografia do trajeto para detectar desconexão, fratura ou migração do sistema.
- d) Solicitar hemoculturas e PCR como principal investigação, pois afebrilidade reduziria probabilidade de disfunção e favoreceria causa sistêmica.
- e) Liberar após antiemético e orientação geral, interpretando ventriculomegalia discreta como achado sem relação com o shunt em uso.

Questão 17

Um menino de 5 anos com DVP apresenta febre, rigidez de nuca, rebaixamento do nível de consciência e hiperemia ao longo do trajeto do shunt. A punção do reservatório revela líquor com pleocitose neutrofílica e baixa glicose. Diante do exposto, a conduta CORRETA, de acordo com as recomendações para infecção associada a dispositivo, é:

- a) Manter o shunt e tratar com antibiótico IV, priorizando conservação do sistema para evitar piora da hidrocefalia e reintervenções.
- b) Trocar apenas a válvula do sistema e iniciar antibiótico IV, preservando o cateter ventricular para reduzir complexidade do procedimento.
- c) Iniciar antibiótico oral de amplo espectro e reavaliar em 48 horas, interpretando sinais cutâneos como achados inflamatórios inespecíficos.
- d) Remover o shunt infectado, instituir drenagem ventricular externa quando necessário e administrar antimicrobianos IV ajustados à cultura.
- e) Fazer punção lombar seriada para reduzir pressão e adiar antibioticoterapia até resultado final de cultura do líquido e antibiograma.

Questão 18

Um lactente de 3 meses apresenta escafocefalia progressiva, com fechamento precoce da sutura sagital confirmado por tomografia. Não há sinais clínicos de hipertensão intracraniana. Os pais buscam opção com menor morbidade e recuperação mais rápida. Acerca do tema, a estratégia CORRETA para a faixa etária e o quadro, deve ser:

- a) Acompanhar sem intervenção até 2 anos, tratando a deformidade como estética, com risco funcional considerado baixo e sem necessidade de cirurgia.
- b) Indicar correção minimamente invasiva/endoscópica precoce, com acompanhamento e uso de órtese craniana quando previsto no protocolo do serviço.
- c) Realizar remodelação aberta como conduta de escolha em todos os casos, por considerar técnicas endoscópicas insuficientes para correção sagital.
- d) Implantar derivação liquórica profilática, entendendo que craniossinostose sagital evolui com hidrocefalia e HIC de forma previsível.
- e) Usar capacete como tratamento isolado, assumindo que a moldagem externa pode reabrir suturas fechadas e normalizar crescimento craniano.

Questão 19

Um lactente de 5 meses apresenta assimetria craniana occipital. Ao exame, observa-se aplanamento occipital à direita e orelha direita discretamente anteriorizada. Não há abaulamento de suturas. O desenvolvimento neuropsicomotor é adequado. De

acordo com o caso, a interpretação inicial e a conduta são, CORRETA e respectivamente:

- a) Diagnosticar sinostose lambdoide e indicar correção cirúrgica imediata, assumindo que assimetria occipital isolada confirma fechamento sutural precoce.
- b) Interpretar como tumor intracraniano e solicitar ressonância com contraste em urgência, tratando a assimetria como sinal de massa expansiva.
- c) Diagnosticar hidrocefalia e indicar derivação antes de avaliação do formato craniano, pois assimetria occipital sugeriria aumento pressórico.
- d) Classificar como quadro sindrômico e solicitar painéis genéticos completos antes de orientar medidas posturais e reavaliações.
- e) Considerar plagiocefalia posicional, orientar reposicionamento e fisioterapia, e reservar imagem para persistência de sinais sugestivos de sinostose.

Questão 20

Uma criança de 9 meses com craniossinostose multissuturais apresenta irritabilidade, vômitos, papiledema e atraso progressivo do desenvolvimento. A tomografia mostra sinais de crânio em “cobre batido” e redução do volume intracraniano. Conforme o caso, assinale a conduta prioritária CORRETA:

- a) Indicar capacete moldador isolado para aumento do volume intracraniano, sem necessidade de intervenção cirúrgica no primeiro ano de vida.
- b) Iniciar diurético osmótico crônico domiciliar para controle permanente da pressão intracraniana, com reavaliações mensais ambulatoriais.
- c) Priorizar avaliação e planejamento cirúrgico craniofacial/neurocirúrgico para expansão craniana, integrando equipe multidisciplinar no cuidado.
- d) Solicitar EEG seriado, tratando papiledema e vômitos como achados pouco específicos, e postergar intervenção até melhor caracterização elétrica.
- e) Administrar antibiótico empírico para sinusite e reavaliar sinais de hipertensão intracraniana após resolução do quadro infeccioso presumido.

Questão 21

Recém-nascido com mielomeningocele aberta lombossacra, lesão úmida e sem cobertura cutânea adequada. A cirurgia está prevista para ocorrer em 72 horas por limitação logística. A conduta imediata

CORRETA para reduzir risco infeccioso e proteger tecido neural até a correção, nesse caso, é:

- Higienizar vigorosamente e aplicar pomada antibiótica sobre o placode, mantendo o recém-nascido em decúbito dorsal para facilitar cuidados.
- Manter em decúbito dorsal e cobrir a lesão com gaze seca, realizando trocas frequentes, sem necessidade de curativo úmido e estéril.
- Iniciar dieta oral sem restrição e manipular a lesão apenas durante troca de fraldas, evitando medidas adicionais por risco de estresse.
- Cobrir com curativo estéril umedecido, posicionar em decúbito ventral/lateral, instituir fluxos assistenciais e seguir protocolo conforme tempo para fechamento.
- Puncionar o saco para drenagem de líquido e reduzir tensão local, aguardando correção cirúrgica posterior sem outras medidas de proteção.

Questão 22

Uma criança de 7 anos, com história de mielomeningocele corrigida ao nascimento, passa a apresentar piora progressiva da marcha, dor lombar, incontinência urinária recente e deformidade ortopédica em progressão. Ao exame, há aumento de espasticidade em membros inferiores. Dessa forma, assinale a conduta diagnóstica e terapêutica CORRETA.

- Solicitar ressonância de coluna e avaliação urológica, discutindo liberação cirúrgica de medula presa conforme correlação clínica e exames complementares.
- Tratar como infecção urinária isolada com antibiótico e postergar investigação neurológica, assumindo que déficit motor decorre do desconforto miccional.
- Indicar fisioterapia e analgesia, interpretando espasticidade tardia como seqüela fixa, sem necessidade de investigação neurológica adicional.
- Solicitar tomografia de crânio para disfunção de shunt, atribuindo sintomas urinários e ortopédicos a hidrocefalia e não a lesão espinal.
- Encaminhar para avaliação psiquiátrica por queixas somáticas, considerando dor e marcha alterada como fatores emocionais sem base neurológica.

Questão 23

Um menino de 10 anos apresenta crises focais semanais há 2 anos, apesar de uso adequado de dois anticonvulsivantes em doses terapêuticas, com impacto escolar importante. EEG sugere foco temporal esquerdo e RM evidencia lesão compatível com esclerose mesial temporal. Conforme o caso, a conduta CORRETA deve ser:

- Manter ajustes empíricos de anticonvulsivantes por tempo prolongado, postergando investigação cirúrgica até a adolescência por receio de risco funcional.
- Encaminhar para avaliação de cirurgia de epilepsia em centro especializado, com protocolo pré-operatório e discussão multidisciplinar de riscos e benefícios.
- Suspender anticonvulsivantes para observar padrão natural de crises, visando facilitar localização do foco antes de exames estruturados.
- Indicar ressecção imediata baseada em RM e EEG, sem avaliação complementar de linguagem, memória e risco funcional perioperatório.
- Tratar como crise psicogênica e iniciar psicoterapia isolada, desconsiderando achados em EEG/RM e refratariedade farmacológica.

Questão 24

Uma criança de 8 anos chega com cefaleia intensa, vômitos, ataxia e sonolência. A tomografia mostra massa de fossa posterior com compressão do 4º ventrículo e hidrocefalia obstrutiva. Não há sinais infecciosos. Acerca do caso, a conduta inicial CORRETA no pronto-socorro é:

- Realizar punção lombar para aliviar pressão e colher líquido para citologia, entendendo que isso reduz rapidamente HIC em hidrocefalia obstrutiva.
- Administrar diurético de alça e manter observação até vaga eletiva para ressecção tumoral, tratando hidrocefalia como controlável clinicamente.
- Priorizar antibiótico de amplo espectro por risco de meningite subclínica e adiar medidas de controle liquórico até culturas negativas.
- Solicitar PET-CT para planejamento de radioterapia e evitar manipulação liquórica até diagnóstico histológico e estadiamento completo.
- Reconhecer emergência por hidrocefalia, estabilizar e discutir controle liquórico/descompressão urgente com neurocirurgia antes da terapia definitiva.

Questão 25

Uma adolescente de 13 anos apresenta cefaleia súbita intensa e déficit motor focal. A tomografia mostra hemorragia intraparenquimatosa lobar. Angiotomografia sugere Malformação Arteriovenosa (MAV) como provável etiologia. Após estabilização clínica inicial, a abordagem CORRETA em relação ao diagnóstico etiológico definitivo é:

- a) Indicar trombólise sistêmica, interpretando déficit focal e cefaleia como AVC isquêmico primário com sangramento secundário por reperfusão.
- b) Iniciar anticoagulação plena para prevenir trombose e controlar sangramento, assumindo mecanismo venoso predominante na hemorragia por MAV.
- c) Planejar avaliação vascular detalhada com angiografia conforme estabilidade, integrando risco de ressangramento e estratégia de tratamento neurovascular.
- d) Tratar como enxaqueca hemiplégica e evitar exames invasivos, considerando angiografia de risco elevado e baixo impacto terapêutico.
- e) Solicitar EEG e iniciar anticonvulsivante, assumindo que definir etiologia vascular não muda conduta após hemorragia estabelecida.

Questão 26

Uma criança de 9 anos apresenta episódios recorrentes de fraqueza transitória em hemicorpo direito, precipitados por choro e hiperventilação. Angiorressonância mostra estenose progressiva das carótidas internas terminais com rede colateral basal. Dessa forma, a conduta CORRETA para reduzir risco de eventos isquêmicos recorrentes deve ser:

- a) Priorizar anticoagulação plena como tratamento definitivo, pois o mecanismo seria cardioembólico na maioria dos casos pediátricos com esse padrão.
- b) Indicar corticoterapia de alta dose, interpretando o quadro como vasculite primária do SNC e tratando estenose como processo inflamatório.
- c) Discutir revascularização cerebral (direta e/ou indireta) em centro especializado, após confirmação diagnóstica e avaliação de perfusão cerebral.
- d) Orientar hidratação oral e evitar esforço, aguardando resolução com crescimento, sem necessidade de estratégia neurovascular específica.

- e) Solicitar EEG e tratar como crises focais, pois a precipitação por choro sugeriria epilepsia reflexa como principal mecanismo.

Questão 27

Um adolescente de 14 anos sofre trauma craniano e apresenta intervalo lúcido seguido de rebaixamento progressivo do nível de consciência. A tomografia evidencia hematoma epidural temporal volumoso com desvio de linha média. Nesse contexto, a conduta CORRETA é:

- a) Realizar punção lombar para medir pressão intracraniana e decidir cirurgia com base em valor numérico, mesmo com efeito de massa visível.
- b) Optar por observação clínica por 24 horas, supondo que hematoma epidural volumoso tende a reabsorção sem intervenção em adolescentes.
- c) Administrar antiagregante para prevenir trombose de seio venoso e reduzir pressão, usando mecanismo vascular como hipótese principal.
- d) Indicar evacuação cirúrgica urgente com estabilização simultânea, dada deterioração clínica, efeito de massa e risco de herniação.
- e) Solicitar EEG para explicar rebaixamento por crise não convulsiva e postergar cirurgia até confirmação eletroencefalográfica.

Questão 28

Uma criança de 11 anos apresenta cefaleia súbita intensa, rigidez de nuca e rebaixamento leve. Tomografia evidencia hemorragia subaracnoide difusa. Não há história de trauma. Após estabilização inicial, a avaliação etiológica CORRETA deve ser:

- a) Considerar hemorragia subaracnoide benigna em pediatria e liberar com analgésico, evitando investigação por baixa probabilidade de lesão vascular.
- b) Realizar investigação vascular com angioTC/angioRM e, se necessário, angiografia para identificar aneurisma ou MAV e planejar tratamento definitivo.
- c) Realizar punção lombar repetida para remover sangue e prevenir vasoespasma, tratando o líquido como alvo terapêutico principal.
- d) Iniciar anticoagulação terapêutica para reduzir isquemia por trombose, assumindo que HSA exige prevenção antitrombótica imediata.
- e) Solicitar radiografia de crânio e considerar diagnóstico por calcificações, reservando angiografia apenas se houver crises convulsivas.

Questão 29

Um menino de 9 anos com TCE grave (Glasgow 6) está intubado, com pupila direita dilatada e sinais de piora hemodinâmica. Capnografia mostra EtCO₂ de 45 mmHg e há suspeita clínica de herniação iminente. Acerca do caso, a conduta imediata CORRETA como temporização, integrada à terapia de primeira linha, deve ser:

- a) Reduzir sedação para melhorar exame neurológico e aguardar nova tomografia antes de intervenções, mesmo com sinais de herniação iminente.
- b) Induzir hipotensão controlada para reduzir fluxo cerebral e sangramento, aceitando menor perfusão como estratégia para queda de PIC.
- c) Iniciar terapia hiperosmolar e ajustar ventilação para redução transitória de CO₂, além de suporte e correção de fatores secundários.
- d) Administrar glicose hipertônica como agente osmótico principal, visando aumentar osmolaridade e reduzir edema com estabilidade hemodinâmica.
- e) Realizar punção lombar de urgência para reduzir pressão e ganhar tempo, enquanto aguarda avaliação neurocirúrgica e exames complementares.

Questão 30

Um lactente de 2 meses apresenta convulsões, fontanela abaulada e rebaixamento do nível de consciência. A tomografia evidencia hematoma subdural agudo com efeito de massa e desvio de linha média. Após estabilização clínica inicial, a conduta CORRETA deve ser:

- a) Aguardar reabsorção por 72 horas e tratar convulsões isoladamente, supondo que subdural agudo em lactente evolui sem intervenção.
- b) Iniciar anticoagulação por suspeita de trombose venosa cerebral e observar redução do efeito de massa, assumindo mecanismo venoso primário.
- c) Realizar punção lombar para reduzir pressão e monitorar evolução, evitando intervenção cirúrgica diante de hematoma subdural confirmado.
- d) Solicitar EEG seriado para localizar foco epiléptico e tratar crises, interpretando rebaixamento como consequência principal da atividade elétrica.
- e) Discutir drenagem neurocirúrgica urgente conforme efeito de massa, associar manejo intensivo e investigar etiologia do sangramento.

Questão 31

Uma criança de 5 anos chega ao pronto-socorro em crise tônico-clônica generalizada com 8 minutos de duração. Recebe benzodiazepínico na dose adequada, mas mantém crise e evolui com hipoxemia e rebaixamento. De acordo com o enunciado, a conduta CORRETA como próximo passo integrado ao manejo de via aérea e terapia anticonvulsivante é:

- a) Administrar antibiótico e corticoide como primeira medida, interpretando crise prolongada como manifestação inicial de meningite e encefalite.
- b) Solicitar tomografia antes de nova medicação, pois anticonvulsivantes de segunda linha dificultam avaliação neurológica e interpretação de exames.
- c) Manter oxigênio por máscara e aguardar cessação espontânea, usando a hipoxemia como parâmetro para decidir conduta posterior.
- d) Garantir suporte ventilatório conforme necessidade e administrar fármaco de segunda linha, seguindo protocolo de status epiléptico.
- e) Induzir hiperventilação intensa para reduzir excitabilidade e manter sem escalonamento farmacológico, tratando CO₂ baixo como terapia principal.

Questão 32

Uma criança de 6 anos apresenta febre, cefaleia, rigidez de nuca e rebaixamento do nível de consciência. Ao exame, há papiledema e anisocoria discreta. Suspeita-se meningoencefalite, porém há sinais de hipertensão intracraniana. Dessa forma, a sequência CORRETA para equilibrar diagnóstico e segurança é:

- a) Realizar punção lombar imediata para confirmar etiologia e iniciar antimicrobianos após coleta do líquido, priorizando cultura e citologia.
- b) Administrar manitol e observar evolução, postergando antimicrobianos até confirmação etiológica, para evitar uso desnecessário de antibióticos.
- c) Coletar hemoculturas, iniciar antimicrobianos/antivirais e fazer neuroimagem antes da punção lombar, realizando PL após excluir efeito de massa.
- d) Solicitar EEG e potenciais evocados como primeira etapa diagnóstica, evitando neuroimagem e líquido por risco de piora clínica.
- e) Iniciar corticoterapia isolada e aguardar sorologias, interpretando papiledema como marcador de etiologia autoimune de início agudo.

Questão 33

Um hospital de pequena cidade liga para o neurocirurgião pediátrico de referência solicitando parecer sobre criança de 2 anos com DVP, febre alta, rebaixamento e sinais cutâneos no trajeto. A unidade não possui neurocirurgia e planeja transferir por ambulância. Acerca do caso, a conduta CORRETA do consultor, adequada para segurança e continuidade do cuidado, é:

- a) Orientar apenas verbalmente e recusar registro do parecer, alegando impossibilidade de documentação sem exame presencial e sem acesso ao prontuário.
- b) Pedir hemograma e orientar alta com antitérmico, considerando febre em criança com shunt evento comum e sem gravidade imediata.
- c) Recomendar transferência após estabilização, orientar medidas iniciais conforme protocolos, solicitar dados objetivos e registrar o parecer no sistema disponível.
- d) Exigir punção lombar antes da transferência para confirmar diagnóstico, mesmo com instabilidade e risco de hipertensão intracraniana.
- e) Orientar aguardar melhora por 12 horas e evitar transporte, assumindo que suspeita de infecção de shunt raramente exige intervenção.

Questão 34

Uma criança de 10 anos com drenagem ventricular externa (DVE) por hidrocefalia obstrutiva está estável e precisa ser levada para tomografia. A DVE está prescrita para drenagem a um nível específico em relação ao tragus. Nesse contexto, a conduta CORRETA para reduzir risco de drenagem excessiva ou hipertensão intracraniana durante transporte é:

- a) Manter a DVE aberta sem referência de nível durante transporte, acreditando que drenagem contínua elimina risco de hipertensão intracraniana no deslocamento.
- b) Transportar com monitorização, assegurar referência do nível da DVE e optar por clamp temporário quando nivelamento não for possível, com estratégia individualizada.
- c) Desconectar a bolsa e manter o cateter aberto ao ambiente, pois isso reduziria contaminação ao diminuir manipulações do sistema de drenagem.
- d) Abaixar a DVE abaixo do nível prescrito para aumentar drenagem e reduzir cefaleia durante o trajeto, facilitando tolerância ao transporte.

- e) Suspender monitorização no transporte para evitar alarmes e acelerar deslocamento, retomando a vigilância ao chegar ao setor de imagem.

Questão 35

Uma criança de 12 anos será submetida a craniotomia eletiva para ressecção de tumor supratentorial, sem sinais de infecção e sem colonização conhecida por MRSA. Conforme o enunciado, a estratégia de profilaxia antimicrobiana CORRETA deve ser:

- a) Iniciar antibiótico 24 horas antes e manter por 7 dias, tratando profilaxia prolongada como forma de reduzir infecção de sítio cirúrgico.
- b) Administrar antibiótico após fechamento da pele, para evitar interferência com culturas intraoperatórias e reduzir exposição do paciente.
- c) Prescrever antibiótico oral na noite anterior, assumindo que craniotomia eletiva tem baixo risco e não exige via endovenosa.
- d) Realizar craniotomia sem profilaxia antimicrobiana, considerando procedimento limpo e colonização cutânea sem impacto em infecção cirúrgica.
- e) Administrar dose IV antes da incisão no tempo adequado, com redose conforme duração do ato e protocolo institucional.

Questão 36

Durante correção cirúrgica de deformidade espinal em adolescente, a monitorização intraoperatória mostra queda súbita e sustentada de Potenciais Evocados Motores (MEP), com potenciais somatossensitivos preservados. Pressão arterial média está borderline e houve ajuste recente do plano anestésico. Com base no tema, assinale a conduta CORRETA:

- a) Desconsiderar o alerta porque SSEP preservado excluiria lesão medular e seguir a correção planejada, tratando MEP como achado inespecífico.
- b) Encerrar o procedimento e transferir para UTI sem medidas corretivas, assumindo que qualquer queda em MEP representa lesão irreversível.
- c) Solicitar tomografia intraoperatória como primeira etapa, pois apenas imagem confirmaria lesão neurológica durante a correção espinal.
- d) Comunicar a equipe, otimizar hemodinâmica e anestesia, reverter manobra recente e reavaliar a neuromonitorização antes de prosseguir.

- e) Administrar anticonvulsivante de ataque e aguardar normalização, interpretando a queda de MEP como crise elétrica intraoperatória.

Questão 37

Uma adolescente de 14 anos com epilepsia focal refratária e lesão próxima a áreas eloquentes no hemisfério dominante será avaliada para cirurgia. A equipe busca método não invasivo para auxiliar lateralização e mapeamento funcional de linguagem, integrando o planejamento cirúrgico. Diante do exposto, o exame que atende CORRETAMENTE a esse objetivo é:

- a) Hemograma e marcadores inflamatórios, assumindo correlação entre resposta inflamatória e dominância hemisférica para linguagem no pré-operatório.
- b) Radiografia simples de crânio para identificar calcificações, usando-as como guia para delimitar áreas de linguagem e função cortical.
- c) Tomografia sem contraste para definir dominância hemisférica, interpretando diferenças estruturais como marcadores de função linguística.
- d) fMRI com tarefas de linguagem e integrar resultados ao planejamento cirúrgico, conforme protocolo e disponibilidade do serviço.
- e) Punção lombar com análise de proteínas e células, considerando perfil líquórico como preditor de localização de áreas eloquentes.

Questão 38

Após um quase erro (“near miss”) de lateralidade em procedimento craniano pediátrico, a comissão institucional de segurança do paciente propõe intervenção para reduzir recorrência. Segundo as práticas reconhecidas de cirurgia segura e comunicação em equipe, assinale a conduta CORRETA:

- a) Substituir checklist por assinatura do cirurgião, entendendo que múltiplas etapas prolongam tempo e reduzem adesão da equipe ao protocolo.
- b) Aplicar pausa única após o término do procedimento, discutindo ocorrências ao final, sem checagem estruturada antes da incisão.
- c) Aplicar checklist em três momentos críticos, com confirmação ativa da equipe sobre paciente, procedimento, lateralidade, materiais e planos.
- d) Transferir a conferência de lateralidade ao familiar, usando relato dos pais como etapa principal de confirmação antes da indução anestésica.

- e) Evitar confirmação verbal em sala e restringir comunicação a registros escritos, pois discussões em voz alta aumentariam ansiedade.

Questão 39

Após troca de shunt, o material removido (cateter e válvula) apresenta secreção e foi retirado de paciente com suspeita de infecção associada ao dispositivo. No centro cirúrgico, a conduta de segregação e descarte CORRETA, segundo boas práticas de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, é:

- a) Descartar em lixo comum com saco duplo, tratando o implante removido como resíduo inerte após retirada do corpo e sem risco biológico.
- b) Segregar como resíduo com potencial infectante e, quando houver perfurocortante, usar recipientes rígidos, seguindo PGRSS e RDC aplicável.
- c) Encaminhar para reciclagem após lavagem e esterilização, assumindo que isso elimina risco sanitário e permite reaproveitamento do plástico hospitalar.
- d) Armazenar em local aberto para secagem e reduzir odor, descartando depois junto a resíduos administrativos do centro cirúrgico.
- e) Ignorar o plano institucional e seguir orientação verbal, pois normas ambientais não se aplicariam a dispositivos removidos em cirurgia.

Questão 40

Um médico com CRM ativo no Rio de Janeiro atua em hospital pediátrico e concluiu residência em Neurocirurgia, mas não possui registro adicional de área de atuação. A direção solicita que ele assine e divulgue em materiais institucionais: “Neurocirurgião Pediátrico – especialista” sem mencionar RQE. Em relação ao caso, a orientação CORRETA, conforme aspectos regulatórios e éticos, deve ser:

- a) Autorizar divulgação como “neurocirurgião pediátrico”, entendendo que atuação em hospital infantil caracteriza especialidade pediátrica sem registro adicional.
- b) Usar o termo “especialista” apenas com CRM, sem RQE, considerando que o número do conselho validaria títulos e qualificações publicitadas.
- c) Orientar divulgação compatível com títulos reconhecidos e registro pertinente, incluindo RQE quando aplicável, evitando denominação não registrada.



CONCURSO PÚBLICO



- d) Proibir divulgação institucional de qualificação, assumindo que publicidade médica é vedada em materiais impressos e eletrônicos do hospital.
- e) Manter divulgação proposta e registrar internamente, pois regras de títulos e publicidade não se aplicariam a redes hospitalares e serviços conveniados.