

Leia o caso clínico abaixo para responder as questões 1 e 2:

Mulher, de 62 anos, apresentou uma lesão de pele em dorso de aproximadamente 10mm de diâmetro, com bordas irregulares, assimétrica e que no último ano aumentou de tamanho e relevo e mudou de cor, sem apresentar ulceração. Realizou procedimento de biópsia excisional da lesão com 1cm de margem e fechamento primário. O laudo histopatológico confirmou melanoma de disseminação superficial com 2.5mm de espessura de Breslow.

1. Sobre a Biópsia de Linfonodo Sentinela (BLS) neste caso, marque a alternativa correta.
 - a) A BLS é contraindicada, pois a espessura do melanoma é inferior a 3 mm.
 - b) A BLS deve ser realizada apenas se houver evidência clínica de metástase nodal.
 - c) A BLS é recomendada em melanomas com espessura superior a 1 mm.
 - d) A BLS não é útil em melanomas de espessura intermediária, exceto se apresentarem ulceração.
 - e) A realização da BLS é indicada quando a espessura de Breslow ultrapassa 4 mm.

2. Sobre a margem cirúrgica neste caso, é correto afirmar que:
 - a) 1 cm de margem é suficiente para este caso.
 - b) 2 cm de margem são recomendados para melanomas com espessura superior a 2 mm.
 - c) 3 cm de margem são necessários para evitar recidivas locais.
 - d) margens de 1 a 2 cm podem ser usadas neste caso, dependendo da viabilidade anatômica.
 - e) margens mais amplas que 2 cm são necessárias para melanomas com mais de 2 mm de espessura.

3. Os quatro defeitos anatômicos característicos da Tetralogia de Fallot são:
 - a) comunicação interventricular, estenose mitral, dextroposição da aorta e sobrecarga atrial esquerda.
 - b) comunicação interatrial, obstrução da via de saída do ventrículo direito, coarctação da aorta e hipertrofia ventricular direita.
 - c) comunicação interventricular, obstrução da via de saída do ventrículo direito, dextroposição da aorta e hipertrofia ventricular direita.
 - d) comunicação interventricular, estenose tricúspide, transposição das grandes artérias e hipertrofia ventricular direita.
 - e) comunicação interatrial, obstrução da via de saída do ventrículo direito, dextroposição da aorta e hipertrofia ventricular esquerda.

4. Entre as alternativas abaixo, a que NÃO contempla uma opção cirúrgica descrita para o reparo da coarctação de aorta em crianças é:
 - a) Ressecção da área coarctada e reconstrução com anastomose terminoterminal.
 - b) Aortoplastia com retalho protético (pericárdio ou dacron).
 - c) Aortoplastia com retalho de artéria subclávia (operação de Waldhausen).
 - d) Ressecção da área coarctada e reconstrução com retalho de músculo diafragmático.
 - e) Ressecção ampliada da região coarctada e reconstrução com anastomose terminoterminal com avanço do arco aórtico.

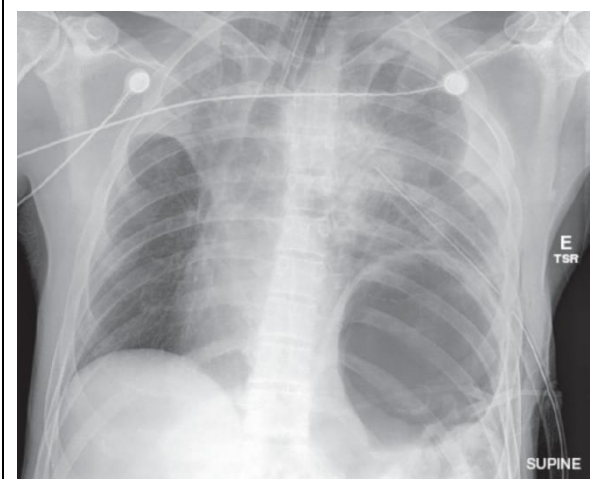
5. A alternativa abaixo que constitui uma opção cirúrgica para a síndrome do coração esquerdo hipoplásico é:
 - a) cirurgia de Senning.
 - b) cirurgia de Norwood.
 - c) cirurgia de Warden.
 - d) operação de Jatene.
 - e) operação de Rastelli.

6. Em relação aos tipos de enxerto que podem ser utilizados em cirurgia de Revascularização do Miocárdio, o melhor em relação ao tempo de patência quando o alvo da revascularização é a artéria descendente anterior:
 - a) Artéria Torácica Interna (ATI).
 - b) Veia safena.
 - c) Artéria radial.
 - d) Artéria gastroepiplóica.
 - e) Artéria epigástrica inferior.

7. Dentre as alternativas abaixo, a que NÃO representa uma técnica utilizada para o reparo da valva mitral é:
 - a) ressecção triangular ou quadrangular de folheto prolapsado.
 - b) criação de neocordas.
 - c) anuloplastia com anel.
 - d) procedimento de David.
 - e) reparos subvalvares envolvendo músculos papilares.

- 8.** Paciente masculino, 68 anos, hipertenso e diabético, apresenta dor torácica súbita e intensa há 12h, descrita como "em facada", sem irradiação para as costas. Ao exame físico, observa-se hipertensão arterial (PA 180/110 mmHg) e ausência de assimetria nos pulsos. Não há sinais de isquemia periférica. Foi descartado infarto agudo do miocárdio e ao ecocardiograma sugeriu-se haver uma lâmina de dissecação de aorta ascendente, ausência de derrame pericárdico e sem alterações valvares. Foi realizada angiotomografia de aorta, que revelou: dissecação limitada à aorta ascendente; falsa luz preenchida por contraste; ausência de envolvimento do arco aórtico ou aorta descendente; ausência de acometimento das artérias coronárias ou da valva aórtica. Neste caso, o melhor tratamento indicado para este paciente é:
- a** controle clínico rigoroso do duplo produto e internação para observação em UTI.
 - b** implante endovascular de endoprótese na aorta descendente.
 - c** cirurgia para a ressecção de aorta ascendente e reconstrução com enxerto de Dacron.
 - d** anticoagulação plena para evitar trombose na falsa luz e tromboembolismo sistêmico.
 - e** observação clínica com reavaliações periódicas por imagem a nível ambulatorial.
- 9.** Paciente masculino, 35 anos, apresenta ferimento penetrante por arma branca na região cervical anterior, zona 2. O paciente chega ao pronto-socorro consciente, com dispneia e hematoma expansivo na região do pescoço, associado a estridor respiratório. Sinais vitais revelam: FC 120 bpm; PA 89x62mmHg; FR 32 irpm; e saturação de oxigênio de 83% em ar ambiente. A prioridade na conduta inicial no atendimento desse paciente é:
- a** realizar compressão direta do ferimento e posterior transferência para sala cirúrgica.
 - b** solicitar angiotomografia de urgência para avaliação da extensão das lesões.
 - c** assegurar a via aérea por meio de intubação orotraqueal ou cricotireoidostomia.
 - d** realizar exploração cirúrgica imediata da lesão cervical para controle de danos.
 - e** administrar fluidos intravenosos e analgesia, além de acionar o protocolo de transfusão maciça.
- 10.** Paciente masculino, 30 anos, vítima de ferimento penetrante por arma branca no hemitórax esquerdo, chega ao pronto-socorro apresentando hipotensão (PA 80/50 mmHg) e taquicardia (FC 130 bpm). Na avaliação inicial, foi identificada ausência de murmúrio vesicular no lado esquerdo. Realizou-se drenagem torácica com dreno 32F com saída imediata de 1.200 mL de conteúdo hemático e nas últimas 2 horas houve débito de 600ml pelo dreno. Após 1000ml de Ringer lactato o paciente mantém os mesmos parâmetros citados acima. A conduta prioritária para o tratamento deste paciente é:
- a** aumentar a reposição volêmica com mais 1000ml de Ringer Lactato e reavaliar.
 - b** solicitar tomografia computadorizada de tórax para definição diagnóstica e terapêutica.
 - c** substituir o dreno torácico por um de maior calibre.
 - d** iniciar protocolo transfusão maciça e seriar hematimetria em UTI.
 - e** realizar toracotomia exploradora em sala de cirurgia.
- 11.** Paciente masculino, 40 anos, vítima de colisão veicular em alta velocidade, é admitido hemodinamicamente estável. A radiografia inicial de tórax evidenciou mediastino alargado. Foi realizada angiotomografia de tórax, que revelou: pseudoaneurisma na aorta descendente, localizado após o istmo aórtico, sem sinais de ruptura completa ou hemorragia significativa. De acordo com a classificação de Lesões Traumáticas da Aorta (LTCA), o grau correspondente à lesão apresentada é:
- a** Lesão não classificável com base na tomografia.
 - b** Grau I.
 - c** Grau II.
 - d** Grau III.
 - e** Grau IV.

12. Paciente masculino, 35 anos, vítima de politraumatismo após acidente automobilístico, é admitido no pronto-socorro. Ao exame inicial, apresenta-se intubado e com dreno torácico inserido no hemitórax esquerdo devido a suspeita de pneumotórax. Os sinais vitais incluem pressão arterial de 90/60 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm, frequência respiratória de 30 irpm e saturação de oxigênio de 88% em ventilação mecânica. Foi realizada a seguinte radiografia de tórax:



Fonte: Sabiston Tratado de Cirurgia / Courtney M. Townsend et al. 20ª edição - Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

Com base no caso clínico acima e nos achados da imagem, o diagnóstico mais provável é:

- a) Intubação seletiva do brônquio-fonte direito.
- b) Pneumomediastino superior extenso.
- c) Hérnia diafragmática esquerda traumática.
- d) Hemotórax moderado à direita.
- e) Pneumotórax hipertensivo não resolvido.

13. Paciente masculino, 28 anos, vítima de acidente automobilístico em colisão frontal, é admitido no pronto-socorro hemodinamicamente estável. Na avaliação inicial, apresenta dor abdominal difusa, sem sinais de irritação peritoneal. A Tomografia Computadorizada (TC) de abdome revelou lesão esplênica grau III com pequeno hematoma subcapsular, sem extravasamento de contraste e mínimo líquido livre na cavidade peritoneal. Foi iniciado Tratamento Não Operatório (TNO), com monitorização rigorosa em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Após 12 horas, o paciente evolui com aumento da dor abdominal, taquicardia (FC 120 bpm), hipotensão (PA 85/55 mmHg) e queda de 3 pontos nos níveis de hemoglobina. A reavaliação por ultrassonografia FAST evidenciou líquido livre na cavidade peritoneal nas três janelas abdominais. A conduta indicada neste caso é:

- a) manter o tratamento não operatório com reposição volêmica e transfusão sanguínea.
- b) solicitar nova tomografia computadorizada de abdome para reavaliação detalhada.
- c) iniciar protocolo de transfusão maciça e observar clinicamente o paciente.
- d) indicar laparotomia exploradora imediata associada a hemotransfusão.
- e) inserir dreno peritoneal para monitorar a evolução da quantidade e do aspecto do líquido livre.

14. A cirurgia robótica tem se tornado uma alternativa cada vez mais utilizada em procedimentos minimamente invasivos. Com base nas vantagens tecnológicas oferecidas pela plataforma robótica em comparação à videolaparoscopia convencional, a característica abaixo que NÃO representa um benefício exclusivo da cirurgia robótica é:

- a) visão operatória aprimorada para o cirurgião.
- b) controle simultâneo de quatro braços robóticos.
- c) instrumentos articulados com maior precisão de movimentos.
- d) redução absoluta do tempo cirúrgico em todos os procedimentos.
- e) possibilidade de realizar suturas e grampeamento com maior sofisticação.

- 15.** Um paciente será submetido a uma colecistectomia videolaparoscópica sob anestesia geral. Durante a verificação de cirurgia segura, ele informa que ingeriu os seguintes alimentos: suco de maçã 2 horas antes do horário previsto para a cirurgia e uma refeição leve 5 horas antes. Com base nos tempos mínimos de jejum recomendados, a conduta mais apropriada para esse paciente é:
- a** proceder com a cirurgia, pois os tempos de jejum para líquidos claros e refeição leve foram adequados.
 - b** adiar a cirurgia, pois o paciente não cumpriu o tempo mínimo de jejum para a refeição leve.
 - c** proceder com a cirurgia, pois o jejum de 2 horas para qualquer alimento é suficiente antes de anestesia geral.
 - d** adiar a cirurgia, pois o suco de maçã não se enquadra como líquido claro e exige 6 horas de jejum.
 - e** proceder com a cirurgia, desde que o paciente seja monitorado em sala por tempo prolongado.
- 16.** O protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) é uma abordagem multimodal baseada em evidências que busca melhorar os resultados cirúrgicos, reduzindo o tempo de internação hospitalar e acelerando a recuperação do paciente. Entre os pilares que compõem o protocolo ERAS, assinale a alternativa correta.
- a** Jejum de líquidos claros por no mínimo 6 horas antes da cirurgia para prevenir aspiração pulmonar.
 - b** Mobilização precoce apenas após a estabilização completa do quadro clínico, geralmente após 48 horas de pós-operatório.
 - c** Uso de sondas nasogástricas em todos os pacientes durante as primeiras 24 horas para evitar íleo paralítico.
 - d** Restrição moderada de líquidos no período pós-operatório imediato para otimizar a recuperação.
 - e** Administração de carboidratos pré-operatórios até 2 horas antes da cirurgia em pacientes selecionados.
- 17.** O rastreamento para detecção precoce de câncer de pulmão utilizando Tomografia Computadorizada (TC) helicoidal de baixa dose é recomendado para populações específicas com base no risco relacionado ao tabagismo e outros fatores. A alternativa que representa um paciente que preenche os critérios para o rastreamento segundo as recomendações da National Comprehensive Cancer Network (NCCN) é:
- a** homem, 60 anos, ex-fumante, histórico de 25 maços-ano, parou de fumar há 20 anos.
 - b** mulher, 55 anos, fumante atual, histórico de 30 maços-ano.
 - c** homem, 48 anos, fumante atual, histórico de 25 maços-ano, com risco de câncer de pulmão estimado em 1,0%.
 - d** mulher, 50 anos, ex-fumante, histórico de 18 maços-ano, parou de fumar há 10 anos.
 - e** homem, 70 anos, ex-fumante, histórico de 15 maços-ano, parou de fumar há 12 anos.
- 18.** A cirurgia é uma opção terapêutica reservada para casos específicos de abscesso pulmonar. A situação clínica abaixo que indica a necessidade de tratamento cirúrgico é:
- a** cavitação persistente com diâmetro de 2,2 cm e paredes espessas após 8 semanas de terapia medicamentosa, associada a sepse.
 - b** abscesso pulmonar com ruptura para a cavidade pleural e drenagem espontânea, após 6 semanas de antibioticoterapia e drenagem pleural.
 - c** abscesso pulmonar com cavitação persistente de 1,8 cm e paredes espessas, após 8 semanas de terapia medicamentosa, apesar de melhora clínica.
 - d** persistência de febre baixa e cavitação residual de 1,5 cm com paredes finas após 10 semanas de antibioticoterapia.
 - e** paciente com abscesso pulmonar associado a escarros hemoptóicos, com melhora clínica e radiológica após 8 semanas de manejo clínico.

- 19.** Pacientes com metástases pulmonares isoladas podem apresentar melhores taxas de sobrevida após ressecção cirúrgica, desde que atendam a critérios prognósticos específicos. Dos fatores abaixo, o que está mais associado a um prognóstico favorável após ressecção de metástases pulmonares é:
- a) presença de metástases bilaterais com nódulos múltiplos detectados na tomografia.
 - b) intervalo livre de doença relacionada ao sítio tumoral primário superior a 3 anos.
 - c) controle parcial do tumor primário após tratamento combinado com quimioterapia e radioterapia, mas com lesão residual estável.
 - d) histologia de células germinativas com intervalo livre de doença superior a 1 ano e resposta favorável à quimioterapia.
 - e) indicação de quimioterapia neoadjuvante para reduzir o tamanho das metástases antes da ressecção.
- 20.** O *Pectus Excavatum* é uma deformidade congênita da parede torácica caracterizada pelo afundamento do esterno. O índice de Haller, calculado pela relação entre o diâmetro transversal do tórax e a distância entre o esterno e a coluna vertebral, é utilizado para avaliar a gravidade da deformidade. A alternativa abaixo que indica a necessidade de correção cirúrgica, considerando o índice de Haller é:
- a) Índice de Haller igual a 2,0 em paciente com desconforto relacionado a estética.
 - b) Índice de Haller de 3,5 em paciente com dor torácica e dispneia aos esforços.
 - c) Índice de Haller de 2,8 em paciente com histórico de infecções respiratórias recorrentes.
 - d) Índice de Haller de 4,0 em paciente assintomático.
 - e) Índice de Haller de 2,2 em paciente com leve dor torácica.
- 21.** A Síndrome do Desfiladeiro Torácico (SDT) pode causar compressão de estruturas neurovasculares, levando a sintomas variados e manejo diferenciado. A alternativa abaixo que descreve corretamente um aspecto clínico, diagnóstico ou terapêutico da SDT é:
- a) o teste de Adson avalia a compressão da veia subclávia no espaço costoclavicular ao pedir que o paciente rotacione o pescoço para o lado oposto ao acometido.
 - b) a síndrome de Paget-Schroetter, relacionada à SDT venosa, é caracterizada por sintomas neurológicos progressivos devido à compressão do plexo braquial.
 - c) a abordagem inicial para SDT neurogênica envolve fisioterapia e eliminação de fatores desencadeantes, como trauma repetitivo e trabalho mecânico do membro superior.
 - d) a SDT neurogênica é confirmada clinicamente, dispensando exames complementares, como testes de condução nervosa.
 - e) o manejo cirúrgico é indicado para todos os pacientes com SDT neurogênica, independentemente da resposta ao tratamento conservador.
- 22.** Linfomas com envolvimento mediastinal frequentemente requerem métodos diagnósticos específicos para estabelecer o diagnóstico e planejar o tratamento. Com base nas características clínicas e no manejo do linfoma mediastinal, assinale a alternativa correta.
- a) O mediastino é o único local de apresentação em quase todos os casos de linfoma.
 - b) A punção aspirativa é suficiente para diagnóstico em casos de linfoma mediastinal, especialmente em lesões nodulares esclerosantes.
 - c) A PET-FDG é útil para diferenciar entre fibrose e tumor residual após o tratamento, dispensando confirmação tecidual.
 - d) A toracoscopia, mediastinoscopia ou mediastinostomia são frequentemente necessárias para fornecer amostras de tecido adequadas ao diagnóstico.
 - e) A síndrome da veia cava superior é um achado raro em pacientes com linfoma mediastinal não Hodgkin.

- 23.** A expansão tecidual é uma técnica reconstrutiva amplamente utilizada para corrigir defeitos após ressecção de lesões cutâneas. Uma vantagem importante dessa técnica em comparação com outras abordagens reconstrutivas é:
- a** permite a substituição de tecidos perdidos por enxertos de pele derivados de áreas distantes, reduzindo o risco de infecção no sítio doador.
 - b** gera tecido compatível para reconstrução, mantendo sensibilidade normal e menor morbidade da área doadora.
 - c** elimina a necessidade de cirurgia adicional para fechamento primário do defeito, sendo indicada para situações emergenciais.
 - d** possibilita a reconstrução imediata de grandes defeitos oncológicos sem a necessidade de planejamento prévio de procedimento adicional.
 - e** pode ser realizada independentemente de fatores como cicatrizes ou irradiação prévia no local do defeito.
- 24.** A transferência de tecido livre microvascularizado, ou retalho microcirúrgico, é amplamente utilizada na reconstrução de defeitos complexos. Uma característica ou consideração técnica sobre essa abordagem é:
- a** o uso de enxertos venosos é sempre preferido para garantir maior comprimento do pedículo e taxa de sucesso nas anastomoses.
 - b** retalhos perfurantes-perfurantes livres, utilizados na supermicrocirurgia, permitem maior correspondência com o sítio receptor, mas exigem alta habilidade técnica.
 - c** a anticoagulação pós-operatória é obrigatória para evitar trombose e melhorar as taxas de sobrevida dos retalhos.
 - d** o tempo máximo de isquemia quente para retalhos musculares é de 4 a 6 horas, enquanto retalhos cutâneos e fasciocutâneos toleram até 8 horas.
 - e** a principal causa de falha de retalhos microcirúrgicos é a trombose secundária devido a compressão venosa por edema ou hematoma.
- 25.** As lesões por pressão são complicações evitáveis que podem requerer abordagem conservadora ou cirúrgica, dependendo do estágio e gravidade. A alternativa que descreve corretamente o manejo adequado para uma lesão por pressão de estágio III é:
- a** alívio de pressão local, uso de curativos hidrocoloides e prevenção de forças de cisalhamento são suficientes para o tratamento.
 - b** reposição nutricional e desbridamento mecânico com curativos úmidos a secos são suficientes para promover a cicatrização da ferida.
 - c** Necessita de desbridamento cirúrgico seriado e preparo do leito da ferida para planejamento de fechamento cirúrgico com retalhos, se necessário.
 - d** apenas terapia com curativos oclusivos e antibióticos tópicos é recomendada devido à exposição de tecido subcutâneo.
 - e** monitoramento regular e terapia de pressão negativa são reservados exclusivamente para lesões de estágio I e II.
- 26.** Assinale a alternativa que contém o tipo de fístula ano-retal mais frequente segundo a classificação de Parks.
- a** Tipo I
 - b** Tipo II
 - c** Tipo III
 - d** Tipo IV
 - e** Tipo V
- 27.** Assinale a alternativa que contém uma contraindicação absoluta à confecção de uma jejunostomia alimentar.
- a** Edema da parede intestinal.
 - b** Enterite por radiação.
 - c** Doença inflamatória intestinal.
 - d** Isquemia intestinal.
 - e** Obstrução intestinal distal.
- 28.** Em relação ao trauma torácico, assinale a alternativa correta.
- a** O pneumotórax hipertensivo é causa de choque obstrutivo.
 - b** O pneumotórax aberto é caracterizado por uma abertura na parede torácica de aproximadamente três quartos do diâmetro da traquéia.
 - c** O hemotórax maciço é caracterizado por um volume de sangue igual ou maior que 2000 mL em um hemitórax.
 - d** O tamponamento cardíaco é resultante mais comumente de traumas contusos.
 - e** A contusão pulmonar é geralmente diagnosticada no exame primário.

- 29.** Em relação aos exames complementares que podem ser utilizados no trauma abdominal, assinale a alternativa correta.
- a) O lavado peritoneal não pode detectar lesão intestinal.
 - b) A acurácia do FAST independe de quem o realiza.
 - c) A tomografia computadorizada é um método diagnóstico não invasivo.
 - d) O lavado peritoneal não pode ser realizado em pacientes hemodinamicamente instáveis.
 - e) A tomografia computadorizada não pode ser repetida para fins de comparação.
- 30.** Em relação às alterações da motilidade esofagiana, assinale a alternativa correta.
- a) Na acalasia há aumento de peristalse no corpo esofágico.
 - b) No esôfago em quebra nozes a duração média das contrações é maior que 10 segundos.
 - c) Na acalasia a pressão do esfíncter esofágico inferior é menor ou igual a 26 mmHg.
 - d) No espasmo difuso do esôfago há contrações não peristálticas em mais de 10% das deglutições úmidas.
 - e) O esfíncter esofágico inferior hipertenso é caracterizado por um relaxamento anormal do mesmo.
- 31.** Assinale a alternativa que contém a correta classificação de Bismuth de um colangiocarcinoma que invade o duto biliar direito.
- a) Tipo I
 - b) Tipo II
 - c) Tipo III A
 - d) Tipo III B
 - e) Tipo IV
- 32.** Assinale a alternativa que contém a correta classificação TNM de uma neoplasia gástrica que invade a submucosa.
- a) T1b
 - b) T2
 - c) T3
 - d) T4a
 - e) T4b
- 33.** Sobre as hérnias abdominais é correto afirmar que:
- a) hérnias inguinais indiretas ocorrem mais frequentemente do lado esquerdo.
 - b) as hérnias femorais têm a maior taxa de estrangulamento entre as hérnias.
 - c) as hérnias femorais são mais frequentes nos homens do que nas mulheres.
 - d) as hérnias diretas são as mais comuns nas mulheres.
 - e) as hérnias umbilicais são mais comuns nos homens do que nas mulheres.
- 34.** Sobre a cirurgia bariátrica é correto afirmar que:
- a) em pacientes com doença de Crohn é preferível realizar o bypass em Y de Roux do que o sleeve.
 - b) em pacientes com anemia por deficiência de ferro é preferível realizar o bypass em Y de Roux do que o sleeve.
 - c) em pacientes com doença do refluxo gastroesofágico é preferível realizar o bypass em Y de Roux do que o sleeve.
 - d) a hérnia de Petersen é uma complicação do sleeve.
 - e) nos Estados Unidos o bypass em Y de Roux é mais realizado que o sleeve.
- 35.** Sobre a neoplasia de pâncreas é correto afirmar que:
- a) o principal fator de risco é a obesidade.
 - b) a perda de peso é o sintoma mais frequente na neoplasia periampular de pâncreas.
 - c) o CA 125 é um marcador mais sensível que o CA 19-9 para adenocarcinoma de pâncreas.
 - d) a ressonância nuclear magnética é o método de escolha para avaliar lesões pancreáticas.
 - e) a pancreatemia corpo caudal pode ser realizada com a preservação esplênica.
- 36.** Durante a resposta metabólica ao trauma, a hiperglicemia é comumente causada por:
- a) inibição do sistema nervoso simpático.
 - b) aumento da glicogenólise hepática e resistência à insulina.
 - c) supressão de cortisol e catecolaminas.
 - d) bloqueio da gliconeogênese muscular.
 - e) aumento da secreção de insulina pelo pâncreas.
- 37.** Em pacientes gravemente traumatizados, o estado hipermetabólico é caracterizado por:
- a) redução do consumo de oxigênio e aumento da insulina.
 - b) aumento da glicólise aeróbica.
 - c) hipoglicemia e menor secreção de glucagon.
 - d) aumento da síntese de proteínas musculares.
 - e) catabolismo proteico, aumento da lipólise e resistência à insulina.
- 38.** A indicação mais comum para cirurgia de emergência em hérnia inguinal é:
- a) aumento progressivo do volume abdominal.
 - b) obstrução intestinal com estrangulamento.
 - c) presença de hérnia bilateral.
 - d) hérnia assintomática em idosos.
 - e) recorrência de hérnia após cirurgia prévia.

- 39.** Em relação à correção laparoscópica de hérnias inguinais, uma vantagem em relação à abordagem aberta é:
- a) menor tempo cirúrgico.
 - b) menor taxa de recidiva em hérnias primárias.
 - c) redução da dor no pós-operatório e retorno mais rápido às atividades.
 - d) não necessidade de anestesia geral.
 - e) melhor resultado estético em hérnias estranguladas.
- 40.** Em hérnias abdominais complexas com defeitos de parede maiores que 10 cm, a técnica de escolha para reconstrução é:
- a) sutura simples sem tensão.
 - b) uso de tela com reposição intraperitoneal.
 - c) abordagem por separação de componentes.
 - d) herniorrafia laparoscópica.
 - e) colocação de tela biológica subcutânea.
- 41.** Em um paciente politraumatizado, o exame FAST positivo indica:
- a) presença de líquido intraperitoneal ou pericárdico.
 - b) pneumotórax hipertensivo.
 - c) laceração de fígado ou baço.
 - d) obstrução intestinal com peritonite.
 - e) presença de lesão vascular torácica.
- 42.** Em trauma torácico com pneumotórax hipertensivo, a principal complicação evitada com a descompressão imediata é:
- a) isquemia mesentérica.
 - b) hipoxemia severa e choque obstrutivo.
 - c) ruptura do diafragma.
 - d) hemorragia interna.
 - e) embolia pulmonar.
- 43.** A indicação absoluta de laparotomia exploradora em trauma abdominal penetrante é:
- a) Lesão de alça intestinal detectada na tomografia.
 - b) Sangramento ativo documentado por angiografia.
 - c) Hipotensão com sinais de peritonite.
 - d) Fratura pélvica associada a hemorragia.
 - e) Presença de líquido livre sem hemoperitônio.
- 44.** Na avaliação inicial de lesões em trauma fechado, a realização do exame radiológico de tórax é essencial para:
- a) diagnosticar hemotórax ou pneumotórax maciço.
 - b) identificar lacerações hepáticas.
 - c) avaliar lesões intestinais.
 - d) confirmar perfuração esofágica.
 - e) avaliar fraturas lombares associadas.
- 45.** Em pacientes com suspeita de apendicite aguda, o exame de imagem que tem maior especificidade é:
- a) Ultrassonografia abdominal.
 - b) Tomografia computadorizada com contraste.
 - c) Radiografia de abdome em pé.
 - d) Ressonância magnética.
 - e) Laparoscopia diagnóstica.
- 46.** A principal conduta em diverticulite complicada com abscesso pericolônico > 4 cm é:
- a) colectomia eletiva imediata.
 - b) tratamento clínico com dieta líquida.
 - c) drenagem percutânea guiada por imagem.
 - d) uso exclusivo de antibioticoterapia.
 - e) jejum e nutrição parenteral total.
- 47.** Na úlcera péptica perfurada, o achado clínico mais sugestivo é:
- a) rigidez abdominal e pneumoperitônio.
 - b) peritonite localizada no epigástrico.
 - c) dor abdominal difusa e alívio com anticolinérgicos.
 - d) hematoquezia associada.
 - e) hipotensão súbita com abdome flácido.
- 48.** Em caso de obstrução intestinal alta, a conduta inicial mais indicada é:
- a) cirurgia laparoscópica de emergência.
 - b) administração de soluções eletrolíticas orais.
 - c) suporte clínico com sonda nasogástrica e hidratação venosa.
 - d) antibioticoterapia empírica.
 - e) laparotomia com ressecção de alça comprometida.
- 49.** A indicação absoluta de intubação orotraqueal em pacientes com queimaduras é:
- a) área corporal queimada superior a 20%.
 - b) presença de queimaduras de terceiro grau em membros inferiores.
 - c) lesão por inalação com sinais de comprometimento das vias aéreas superiores.
 - d) história de exposição a chamas por menos de 5 minutos.
 - e) qualquer queimadura facial sem sinais respiratórios.
- 50.** Na ressuscitação volêmica de grandes queimados, o objetivo da infusão de cristaloides é:
- a) manter diurese de aproximadamente 0,5 mL/kg/h.
 - b) reduzir a concentração sérica de sódio.
 - c) aumentar a pressão arterial média para > 100 mmHg.
 - d) evitar a necessidade de transfusões sanguíneas.
 - e) prevenir insuficiência respiratória associada à hipervolemia.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2025
Grupo B: Pré-Requisito: Cirurgia Básica ou Cirurgia Geral

Especialidades: Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Oncológica, Cirurgia Pediátrica, Urologia.

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	