



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE  
RESIDÊNCIA MÉDICA DA UFPI - EDITAL 18/2018

*Realização:*



# CADERNO DE QUESTÕES

## PROGRAMAS COM PRÉ-REQUISITO CIRURGIA PLÁSTICA

**DATA: 20/01/2019**

**HORÁRIO: das 08 às 10 horas**

**LEIA AS INSTRUÇÕES E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR O  
CADERNO DE QUESTÕES**

- ✎ Verifique se este CADERNO contém um total de 50 (cinquenta) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de respostas, das quais, apenas uma é correta. Se não estiver completo, solicite ao fiscal de sala outro Caderno de Provas. **Não serão aceitas reclamações posteriores.**
- ✎ O candidato não poderá entregar o caderno de questões antes de decorridos 60 (sessenta) minutos do início da prova, ressalvados os casos de emergência médica.
- ✎ As respostas devem ser marcadas, obrigatoriamente, no **cartão-resposta**, utilizando caneta esferográfica, **tinta preta ou azul, escrita grossa.**
- ✎ Ao concluir a prova, o candidato terá que devolver o **cartão-resposta** devidamente ASSINADO e o **caderno de questões**. A não devolução de qualquer um deles implicará na **eliminação** do candidato.

01. Segundo a classificação de Nyhus para hérnias da virilha, a hérnia Tipo III A é:
- (A) Hérnia indireta com anel inguinal interno dilatado, mas com parede inguinal posterior intacta.
  - (B) Hérnia indireta com anel inguinal interno normal.
  - (C) Hérnia indireta com anel inguinal interno dilatado, mas com parede inguinal posterior comprometida.
  - (D) Hérnia recidivada direta.
  - (E) Hérnia inguinal direta.
02. Um paciente de 45 anos de idade portador de doença do refluxo gastroesofágico comprovada por endoscopia digestiva alta e pHmetria esofágica de 24 horas apresenta recaída dos sintomas durante o tratamento medicamentoso. Sua manometria esofágica apresenta peristalse de 60%. Este paciente deve ser tratado com:
- (A) Hiatoplastia e fundoplicatura total (Nissen).
  - (B) Hiatoplastia e fundoplicatura parcial posterior (Toupet).
  - (C) Hiatoplastia e fundoplicatura parcial anterior (Thal).
  - (D) Hiatoplastia e fundoplicatura parcial anterior (Dor).
  - (E) Manter tratamento clínico com medidas comportamentais.
03. Mulher, 36 anos, vítima de atropelamento por caminhão, chega ao Pronto-Socorro trazida por familiares. Encontrava-se em decúbito dorsal, desorientada, apresentando Saturação de O<sub>2</sub> de 87%. Foi submetida a suporte de máscara com reservatório, elevando a Saturação de O<sub>2</sub> para 97%. Apresentava pressão arterial de 90/60 mmHg, pulso de 125 bpm, escore de Glasgow de 12 (abertura ocular - 4, resposta verbal - 3 e resposta motora - 5) e pupilas isocóricas e fotorreagentes. Foram obtidos dois acessos venosos calibrosos para expansão volêmica com Ringer Lactato. Ausculta pulmonar evidencia roncos de transmissão em base de hemitórax direito anterior. Nestas circunstâncias, a conduta mais adequada é:
- (A) Expor o paciente completamente, averiguando dorso e extremidades, assim como controlar a hipotermia.
  - (B) Garantir via aérea definitiva, para melhorar a ventilação do paciente.
  - (C) Encaminhar o paciente ao setor de radiologia, para realização de tomografia computadorizada de tórax.
  - (D) Encaminhar o paciente ao setor de radiologia, para realização de tomografia computadorizada de crânio.
  - (E) Fazer analgesia intensa e fisioterapia respiratória, para tratamento do trauma pulmonar existente.
04. Homem, 44 anos, obeso, vítima de ferimento por arma de fogo no tórax em briga de trânsito, chega ao pronto atendimento com vias aéreas pervias, dispneico, com saturação de O<sub>2</sub> de 82%, pressão arterial de 60/40 mmHg, pulso de 50 bpm e inconsciente. Apresenta turgência jugular, murmúrios abolidos em hemitórax direito e hipertimpanismo à percussão. A primeira conduta a ser adotada nesse paciente é:
- (A) Realizar drenagem torácica na sala de trauma, com dreno torácico número 36.
  - (B) Realizar toracocentese no 5º espaço intercostal, entre a linha axilar anterior e média à direita.
  - (C) Colocar máscara com reservatório em 15 l/min de O<sub>2</sub> e encaminhar o paciente ao centro cirúrgico para realização de toracotomia.
  - (D) Solicitar radiografia de tórax.
  - (E) Realizar toracocentese no 2º espaço intercostal na linha hemiclavicular direita.
05. A indicação de antibióticos está muito relacionada com o potencial de contaminação. Cirurgias limpas tem risco em torno de 5% de infecção e não requerem uso de antibióticos profiláticos. Todas as situações abaixo justificam o uso de antibióticos em cirurgias limpas, EXCETO:
- (A) Colecistectomia em paciente obeso mórbido.
  - (B) Herniorrafia inguinal em paciente diabético descompensado.
  - (C) Tireoidectomia parcial em portador de doença valvular reumática.
  - (D) Herniorrafia epigástrica em paciente imunocompetente.
  - (E) Hernioplastia videolaparoscópica com uso de tela.

06. Nos últimos tempos, vários trabalhos relatam programas e protocolos voltados para a otimização da recuperação pós-operatória (FAST TRACK). Estes programas têm rotinas que podem variar de acordo com a especialidade cirúrgica, mas possuem alguns aspectos em comum. Os seguintes itens fazem parte de uma rotina de otimização da recuperação do paciente cirúrgico, EXCETO:
- (A) reduzir o tempo de jejum pré-operatório.
  - (B) obter termo de consentimento livre e informado.
  - (C) estimular a deambulação precoce.
  - (D) evitar uso de antissepsia no local do sítio cirúrgico.
  - (E) fazer uso racional de antibióticos.
07. Considerando-se os aspectos biológicos da cicatrização de feridas, assinale o único item abaixo que NÃO tem relação com a fase inflamatória.
- (A) mastócitos.
  - (B) plaquetas.
  - (C) prostaglandinas.
  - (D) macrófagos.
  - (E) colágeno.
08. Uma mulher de 50 kg foi vítima de incêndio em casa e tem 60% da superfície corporal queimada (SCQ), com queimaduras de espessura parcial e total. O plano inicial de administração de fluidos é:
- (A) Bolus de 1000 ml de solução de Ringer lactato (LR) e depois 750 ml/h.
  - (B) Dextrose a 5% (D5) / LR a 600 ml/h, com controle do débito urinário > 0,5 ml/kg/h.
  - (C) Bolus LR de 500 ml, repetido conforme necessário para pressão venosa central (PVC) até pelo menos 10 cmH<sub>2</sub>O; manter hidratação com cristalóides 375 ml/h.
  - (D) LR a 750 ml/h durante 8 horas e depois a 375 ml/h durante 16 horas.
  - (E) LR a 900 ml/h durante 8 horas e depois 500 ml/h durante 16 horas.
09. Selecione a afirmação verdadeira sobre a epidemiologia da queimadura.
- (A) A maioria das queimaduras ocorre em ambiente de trabalho.
  - (B) A queimadura por líquidos aquecidos é a causa mais comum de queimaduras em crianças menores de 5 anos.
  - (C) Os homens adultos jovens são os mais propensos a sofrer lesões por queimaduras.
  - (D) A causa mais comum de morte em pacientes internados por queimadura é a oclusão das vias aéreas.
  - (E) A prevenção não tem impacto significativo na incidência ou mortalidade de queimadura.
10. Sobre os atos operatórios fundamentais, é INCORRETO afirmar:
- (A) São procedimentos ou manobras consecutivas realizadas pelo cirurgião, desde o início até o término da cirurgia.
  - (B) Os tempos cirúrgicos fundamentais são divididos em: diérese; hemostasia; exérese e síntese. Porém, algumas vezes, apenas um tempo cirúrgico está presente.
  - (C) São tipos de diérese mecânica: serração, curetagem, divulsão, pinçamento e punção.
  - (D) A síntese tem como objetivo facilitar as fases iniciais do processo de cicatrização. O seu resultado é mais fisiológico, quanto mais anatômica for a diérese.
  - (E) A hemostasia definitiva é frequentemente cruenta, realizada para deter o fluxo sanguíneo no local da cirurgia. Pode ser obtida através de cauterizações, ligaduras ou tamponamento.
11. O Escore de Blatchford pode ser utilizado para a avaliação do paciente admitido com hemorragia digestiva alta. Neste escore, são fatores de risco e preditores de gravidade, os seguintes critérios, EXCETO:
- (A) úlcera Forrest 1a (presença de sangramento “em jato”).
  - (B) presença de choque à admissão.
  - (C) presença de melena à admissão.
  - (D) paciente portador de insuficiência cardíaca congestiva.
  - (E) paciente com cirrose hepática.

12. Sobre hemostasia e terapia transfusional, marque a opção INCORRETA.
- (A) Uma cirurgia com menos de 30% de perda sanguínea rápida de volume provavelmente não precisará de hemotransfusão se o paciente for previamente sadio.
  - (B) O tratamento de trombocitopenias secundárias às doenças hematológicas, como na Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI), deve ser realizado com base em transfusões de plaquetas.
  - (C) A aspirina e os outros AINES atuam bloqueando o metabolismo da prostaglandina nas plaquetas.
  - (D) Os conceitos tradicionais de coagulação sustentam que existem duas vias pelas quais elas podem ocorrer: uma via intrínseca e a outra extrínseca. Nesse modelo de cascata, as duas vias convergem para uma via comum.
  - (E) Os principais riscos associados a hemotransfusão não são mais infecções pelo HIV e hepatites e sim incompatibilidade ABO, contaminação por bactérias e lesão pulmonar relacionada à transfusão.
13. Em seu primeiro plantão de R1 na enfermaria do Hospital Universitário – HU/UPFI, você é chamado para avaliar um paciente internado na enfermaria de clínica médica com dor abdominal difusa, distensão abdominal e parada de eliminação de fezes há 2 dias. Todas as manobras clínicas já foram realizadas, como dieta zero, passagem de sonda nasogástrica, analgesia e hidratação. Com base no enunciado, assinale a opção CORRETA.
- (A) Exames laboratoriais simples podem confirmar abdômen agudo não cirúrgico.
  - (B) A principal suspeita é de obstrução intestinal. A ultrassonografia de abdômen total seria o primeiro exame de imagem a ser solicitado.
  - (C) Apendicite aguda e diverticulite são as principais hipóteses. Deve-se solicitar exame de imagem e, em se confirmando qualquer das duas hipóteses, o tratamento é cirúrgico.
  - (D) A conduta será laparoscopia se o paciente apresentar dor a descompressão brusca em qualquer dos quadrantes abdominais.
  - (E) Isquemia mesentérica não evolui com distensão abdominal. Dessa forma, não faz parte do leque de hipóteses diagnósticas.
14. Jovem vítima de ferimento cervical por estilhaço de artefato explosivo caseiro é conduzido pelo SAMU ao departamento de emergência do hospital com múltiplas lesões em face, região cervical e mão direita. Ao exame físico, o paciente apresenta-se consciente, orientado, eupneico, conversando, com pulso cheio, frequência cardíaca de 128 bpm, pressão arterial de 90/50 mmHg. Ao exame da face, observam-se múltiplas lesões superficiais corto-contusas e sangrantes. Ao exame do pescoço, observa-se lesão penetrante em região cervical à direita, ao nível da cartilagem tireoide, com sangramento local, presença de hematoma pulsátil dolorido, sem desvio da traqueia. Diante do caso clínico apresentado, marque a assertiva CORRETA.
- (A) Realizar observação clínica seriada, considerando paciente hemodinamicamente estável.
  - (B) Realizar US duplex arterial cervical para pesquisa de lesão arterial ou venosa associada.
  - (C) Indicar exploração cirúrgica, com cervicotomia para correção de possível lesão arterial associada.
  - (D) Indicar exploração cirúrgica com esternotomia para controle proximal dos vasos cervicais e então realizar a abordagem direta da lesão.
  - (E) Indicar angiografia cervical para identificação da lesão e então avaliar a necessidade de exploração cirúrgica.
15. Paciente vítima de lesão por arma branca em região cervical à esquerda, abaixo do ângulo da mandíbula, apresenta-se com sangramento intenso e persistente, associado a hematoma em expansão já com desvio da traqueia. Ao exame, paciente consciente, hipocorado 3+/4+, pulso fino, frequência cardíaca de 139 bpm, pressão arterial de 80/40 mmHg, taquipneico. Realizado atendimento inicial e encaminhado ao centro cirúrgico. Diante do caso clínico apresentado, marque a assertiva CORRETA.
- (A) Na sala cirúrgica deve-se realizar angiografia para avaliar se há lesão arterial ou somente venosa.
  - (B) Exploração cirúrgica de imediato. Sendo evidenciada lesão de artéria vertebral esquerda entre as vértebras C4 e C5, deve-se realizar a rafia primária da artéria.
  - (C) Exploração cirúrgica de imediato com cervicotomia. Sendo evidenciada lesão completa da artéria carótida externa, deve-se tentar correção com interposição de segmento venoso de veia safena.
  - (D) Exploração cirúrgica de imediato com cervicotomia. Sendo evidenciada lesão parcial da artéria carótida externa, deve-se realizar a ligadura da mesma para controle do sangramento.
  - (E) Exploração cirúrgica de imediato com toracotomia anterolateral esquerda e para controle proximal dos vasos cervicais e cervicotomia esquerda. Sendo evidenciada lesão parcial da artéria carótida externa, deve-se realizar a ligadura da mesma para controle do sangramento.

16. Em consulta médica, chega ao seu consultório paciente com 62 anos de idade, do sexo masculino, com queixa de adinamia, fraqueza e emagrecimento (aproximadamente 12 kg em 2 meses). Relata sensação de plenitude gástrica após as refeições principais do dia. Durante a investigação sobre os antecedentes patológicos o mesmo comentou que tem diabetes mellitus não insulino dependente, diagnosticada há 20 anos e hipertensão arterial sistêmica há 25 anos. Relata ter praticado caminhada diária por mais de 30 anos, mas que dos 20 aos 45 anos, fumava 01 carteira de cigarro por dia. Etilista “social” até os dias de hoje. Ao exame físico, observa-se um paciente com aspecto emagrecido com fâcies abatida. Não foram palpados linfonodos, nem visceromegalias. No caso em questão, são sinais de alerta para câncer gástrico, EXCETO:
- (A) Adinamia e fraqueza.
  - (B) Sexo masculino.
  - (C) Sensação de plenitude gástrica após as refeições principais do dia.
  - (D) Emagrecimento (aproximadamente 12 kg em 2 meses).
  - (E) Fumava 01 carteira de cigarro por dia. Etilista “social” até os dias de hoje.
17. Analisando uma peça anatômica, o patologista encontra células que são do sistema APUD (*Amine Precursor Uptake and Decarboxylation*), produtoras de aminas e peptídeos, entre o epitélio folicular e a membrana basal do folículo tireóideo. Encontra ainda depósito de amiloide no estroma, colágeno e áreas de calcificações. Essas células são:
- (A) Células Parafoliculares.
  - (B) Células Foliculares.
  - (C) Células Acinares.
  - (D) Células Fusiformes.
  - (E) Células Basais.
18. Um paciente que chega ao Pronto Atendimento vítima de acidente automobilístico grave, apresentando fratura de face e de mandíbula com considerável edema de língua. O quadro caracteriza uma emergência obstrutiva respiratória. A conduta correta a ser seguida é:
- (A) Intubação nasotraqueal em centro cirúrgico.
  - (B) Traqueostomia permanente.
  - (C) Cricotireoidostomia temporária.
  - (D) Videonasolaringoscopia para intubação correta.
  - (E) Traqueostomia temporária alta com ressecção de cartilagem.
19. NÃO pode ser classificado como trauma renal grau IV:
- (A) laceração única do parênquima até sistema coletor.
  - (B) lacerações com envolvimento segmentar arterial.
  - (C) lesão arterial com hemorragia contida.
  - (D) trauma contuso com trombose da artéria renal principal.
  - (E) trauma contuso com trombose da veia renal principal.
20. O conhecimento da anatomia das glândulas suprarrenais e suas relações são de extrema importância para o cirurgião que aborda o retroperitônio. Sobre as glândulas suprarrenais, é INCORRETO afirmar:
- (A) Cada glândula suprarrenal recebe 3 artérias.
  - (B) A veia suprarrenal direita drena para a veia renal ipsilateral.
  - (C) A veia suprarrenal esquerda drena para a veia renal ipsilateral.
  - (D) A glândula suprarrenal direita está em posição inferior em relação a esquerda.
  - (E) Cada glândula suprarrenal só tem 1 veia.
21. Na região inguinal podem surgir quatro tipos de hérnias (inguinal indireta, inguinal direta, inguinal combinada e femoral). Das técnicas abaixo para reparo cirúrgico, a que promove o reparo de todos os defeitos herniários numa mesma abordagem cirúrgica é:
- (A) Shouldice.
  - (B) Bassini.
  - (C) McVay.
  - (D) TAPP (Trans-Abdominal Pré-Peritoneal).
  - (E) Trato ileopúbico.

22. A profundidade da invasão dos tumores de esôfago (a categoria T do sistema TNM), é importante na determinação do tratamento desses tumores. O tratamento das lesões que se estendem para a adventícia, lesões T3, deve ser:
- (A) Ressecção esofágica conservadora.
  - (B) Ressecção mucosa endoscópica.
  - (C) Quimiorradioterapia e intervenção cirúrgica.
  - (D) Cirurgia minimamente invasiva.
  - (E) Quimiorradioterapia.
23. A profilaxia antibiótica de rotina NÃO é recomendada na:
- (A) Colectomia videolaparoscópica na colecistite aguda.
  - (B) Colectomia videolaparoscópica para colelitíase sintomática não complicada.
  - (C) Herniorrafia inguinal videolaparoscópica com uso de tela inorgânica.
  - (D) Gastroplastia vertical videolaparoscópica na obesidade mórbida.
  - (E) Abordagem cirúrgica videolaparoscópica de cálculos do ducto comum.
24. Homem de 63 anos dá entrada no pronto atendimento vítima de agressão em multidão por ferimento de arma branca em epigástrio. Encontra-se em choque hipovolêmico. Foram obtidos dois acessos venosos calibrosos e o paciente foi encaminhado ao centro-cirúrgico para laparotomia de urgência. O inventário da cavidade abdominal evidencia extenso hemoperitônio e contaminação fecal, lesão em veia mesentérica, lesão grau V de cólon transversal e 3 pequenas lesões em íleo. Nessa circunstância, o planejamento sequencial de tratamento intraoperatório mais adequado para esse paciente é:
- (A) Rafia de veia mesentérica – colostomia terminal com pequena enterectomia das bordas – rafia primária em lesões de íleo.
  - (B) Reparo da lesão venosa – confecção de colostomia em alça – rafia primária de lesões de íleo.
  - (C) Ligadura de veia mesentérica – anastomose primária de cólon – ileostomia de proteção.
  - (D) Rafia de lesão venosa – anastomose primária de cólon – rafia primária de lesões de íleo.
  - (E) Rafia de lesões de íleo – reparo de veia mesentérica – colostomia terminal com enterectomia das bordas.

O enunciado a seguir é referente as questões 25 e 26:

Gestante de 24 anos, 55 Kg, vítima de acidente automobilístico, chega à sala de trauma trazida pelo serviço pré-hospitalar, em O<sub>2</sub> sob máscara com reservatório. Apresenta saturação de O<sub>2</sub> de 95%, pressão arterial de 100/70 mmHg, pulso de 120 bpm, escore de Glasgow de 10. Encontra-se sem sedação e com pupilas isocóricas e fotorreagentes. Foram feitos 4 litros de Ringer Lactato em um acesso venoso com Jelco 18. O tórax apresenta-se com ruídos adventícios em hemitórax direito e o abdome encontra-se distendido e doloroso a palpação. Os batimentos cardíaco-fetais estão inaudíveis. Há suspeita de fratura de quadril, estabilizada com KED, e sinais de fratura de base de crânio. A equipe da sala de trauma recebe a paciente, solicita 2 unidades de concentrado de hemácias, 2 unidades de plasma fresco e 2 unidades de plaquetas, realiza o tromboelastograma e envia a paciente para realização de tomografia computadorizada, para identificação de lesões cerebrais, cervicais, torácicas, abdominais e pélvicas.

25. De acordo com as atuais diretrizes de atendimento ao paciente politraumatizado, o procedimento considerado ERRO de conduta no atendimento dessa paciente é:
- (A) Usar máscara com reservatório como suporte ventilatório.
  - (B) Infundir 4 litros de Ringer Lactato.
  - (C) Utilizar um acesso venoso periférico com Jelco 18.
  - (D) Solicitar 2 unidades de concentrado de hemácias, 2 unidades de plasma fresco e 2 unidades de plaquetas.
  - (E) Utilizar de KED para estabilização de fratura de quadril.

26. O tromboelastograma da paciente mostra o seguinte gráfico:



Fonte: Sanabria FR *et al.* Rev Colomb Anesthesiol, 2005

A melhor conduta para correção dos defeitos de coagulação dessa paciente é:

- (A) Administrar plasma fresco.
  - (B) Infundir complexos fibrinogênicos.
  - (C) Aplicar ácido tranexâmico.
  - (D) Administrar concentrado de plaquetas.
  - (E) Infundir Vitamina K.
27. Sobre infecção em cirurgia, analise as assertivas abaixo e marque a opção CORRETA.
- I. O diagnóstico de infecção cirúrgica é eminentemente clínico. Anorexia, taquicardia e batimento de asas do nariz podem fazer parte do quadro clínico;
  - II. Tricotomia extensa e precoce deve ser evitada, pois provoca microlesões, aumenta a colonização da pele e dificulta a antisepsia;
  - III. Controlar os níveis glicêmicos em pacientes diabéticos, evitando hiperglicemia no perioperatório, é uma estratégia de prevenção de infecção do sítio cirúrgico.
- (A) Somente I está correta.
  - (B) Somente I e II estão corretas.
  - (C) Somente I e III estão corretas.
  - (D) Somente II e III estão corretas.
  - (E) Todas estão corretas.
28. O “Programa cirurgia segura salva vidas”, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), visa a melhoria da segurança e a redução do número de mortes e complicações cirúrgicas. Todos os objetivos a seguir fazem parte das metas do programa, EXCETO:
- (A) Prevenção de infecção do sítio cirúrgico, pois é um importante marcador epidemiológico.
  - (B) Mensuração da assistência segura, pois só avalia quem mede.
  - (C) Promoção de anestesia segura, pois complicações nesta área ainda representam causa substancial de morte durante as operações.
  - (D) Investimentos e utilização de altas tecnologias, pois para garantir uma cirurgia segura necessita-se de infraestrutura diferenciada.
  - (E) Formação de equipes cirúrgicas eficientes, pois a equipe de trabalho é o componente essencial da prática segura.
29. Na prática médica, a ética pode ser analisada sob três aspectos: a relação médico-paciente, o relacionamento dos médicos entre si e com a sociedade. No âmbito da cirurgia, a integração do paciente cirúrgico com o cirurgião é influenciada pela sua formação, pelo seu treinamento e pela sua sensibilidade em identificar o que é correto. Segundo o código de ética médica, analise como V (Verdadeiro) ou F (Falso) e determine a sequência CORRETA das assertivas a seguir:
- I. Como um dos princípios fundamentais, a medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio;
  - II. É vedado ao médico internar e assistir seus pacientes em hospitais privados ou públicos, com caráter filantrópico ou não, caso não faça parte dos seus corpos clínicos;
  - III. É vedado ao médico deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo;

- IV. É dever do médico informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, em quaisquer circunstâncias;
- V. O médico portador de doença incapacitante para o exercício profissional, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.
- (A) V, F, V, F, V.  
(B) F, F, V, V, V.  
(C) V, V, F, F, F.  
(D) F, V, F, V, F.  
(E) V, F, V, F, F.
30. A lesão cutânea precursora do melanoma é:
- (A) Keratoacanthoma.  
(B) Nevo displásico.  
(C) Ceratose actínica.  
(D) Ceratose seborreica.  
(E) Doença de Bowen.
31. Paciente vítima de acidente motociclístico sem capacete foi encaminhado ao hospital de urgência com trauma facial. Sobre trauma nasal, é CORRETO afirmar:
- (A) Pacientes com telecanto geralmente requerem cantoplastia para fixação medial.  
(B) O hematoma septal não deve ser abordado, sendo a absorção espontânea a melhor abordagem terapêutica.  
(C) Tomografia computadorizada de face é imprescindível para o diagnóstico de fratura do osso nasal.  
(D) As fraturas naso-orbitotimoidais devem ser abordadas com redução fechada e colocação de *splints* e tampões nasais.  
(E) A cateterização do ducto nasolacrimal deve ser evitada pelo risco de estenose do mesmo.
32. São exemplos de retalhos randômicos, EXCETO:
- (A) zetaplastia.  
(B) retalho V-Y.  
(C) retalho romboide.  
(D) retalho de interpolação.  
(E) retalho nasogeniano.
33. Paciente de 39 anos, procurou o Pronto Atendimento com queixas de astenia e hematoquezia. A endoscopia digestiva alta, realizada na admissão, evidenciou múltiplos pólipos gástricos, sem sinais de sangramento. Dando seguimento à investigação diagnóstica, a colonoscopia apresentava mais de cem pólipos, de superfícies hiperêmicas em todo cólon, sem alterações retais. Com base na principal suspeita diagnóstica para este paciente, assinale a opção CORRETA.
- (A) Os pólipos gástricos são mais frequentemente hiperplásicos que adenomatosos e tem baixo potencial de malignidade.  
(B) Trata-se de polipose adenomatosa familiar (PAF), doença autossômica recessiva.  
(C) O risco de neoplasia periampular, nestes pacientes é igual ao da população em geral.  
(D) Há maior frequência de câncer extracolônico quando comparado ao câncer colorretal hereditário não polipoide (HNPCC).  
(E) Proctocolectomia total é a única opção de tratamento.
34. Em relação às suturas do trato gastrointestinal e às ostomias, assinale a opção CORRETA.
- (A) Durante a confecção de uma jejunostomia, com auxílio de sonda, uma das recomendações é utilizar fios inabsorvíveis e sonda calibrosa, mantendo a mesma tracionada, para se evitar obstrução e extravasamento de secreções.  
(B) Após a confecção de uma colostomia, é recomendada a realização de toques digitais através do orifício, a fim de verificar a presença de fecalomas, que podem causar obstrução da ostomia.  
(C) Considerando as anastomoses do tubo digestório, com o advento da videolaparoscopia, as anastomoses mecânicas se mostraram superiores às anastomoses manuais.



- (D) As anastomoses primárias nunca devem ser realizadas em ressecções intestinais realizadas em caráter de emergência.
- (E) Para que uma anastomose intestinal mecânica seja bem-sucedida, ela deve ser preferencialmente laterolateral e protegida por um segundo plano de sutura com fios inabsorvíveis.
35. Paciente de 47 anos, do sexo masculino, foi levado pelo serviço móvel de atendimento de urgências ao Pronto-Socorro, após episódio de hematêmese. O paciente referia quadro de hiporexia, dor abdominal e náuseas há uma semana. Estava em uso profilático de sulfametoxazol-trimetoprim e fluconazol, pois tinha sido submetido à transplante de medula óssea halogênico há cerca de 45 dias. O motivo do transplante foi mielofibrose secundária à trombocitopenia essencial. A endoscopia digestiva alta, realizada após 5 horas da sua admissão, evidenciou coágulos, múltiplas ulcerações e lesões descamativas em câmara gástrica e algumas áreas com sangramento difuso em “porejamento” em duodeno. A principal hipótese diagnóstica é:
- (A) Doença de Whipple.
- (B) Lesão de Dieulafoy duodenal.
- (C) Doença celíaca complicada.
- (D) Estrongilodíase.
- (E) Doença do enxerto *versus* hospedeiro aguda.
36. Sobre cirurgia do baço, marque a opção INCORRETA.
- (A) São localizações comuns de baços acessórios: ligamento gastroesplênico, hilo esplênico, cauda do pâncreas, mesentério e testículo esquerdo.
- (B) Contraindicações absolutas da esplenectomia laparoscópica incluem: doença cardiopulmonar grave, cirrose, esplenomegalia e gravidez.
- (C) Pelo fato de baços acessórios serem muitas vezes mais facilmente palpáveis do que visualizados, a palpação na cirurgia aberta contribui para seu diagnóstico.
- (D) São ligamentos do baço que devem ser desfeitos na cirurgia laparoscópica: gastroesplênico, esplenocólico, frenoesplênico e esplenorrenal.
- (E) Pacientes em programação de esplenectomia devem ser imunizados cerca de 14 dias antes da cirurgia. A imunização padrão inclui: vacina pneumocócica polivalente, *H. Influenzae* tipo b conjugado e vacina de polissacarídeo de meningococo.
37. Em pacientes que sofrem traumas perfurantes na região cervical, o reconhecimento das zonas do pescoço e a divisão anatômica definida pelo músculo esternocleidomastóideo são importantes para definir gravidade da lesão, estruturas possivelmente atingidas e definição de conduta. Com base no enunciado, marque a opção CORRETA.
- (A) Os ferimentos envolvendo apenas o triângulo anterior do pescoço têm uma baixa probabilidade de necessitar de intervenção cirúrgica urgente.
- (B) A zona I é a região do estreito torácico, estendendo-se grosseiramente da fúrcula esternal até a cartilagem cricoide.
- (C) As lesões na zona II apresentam a mais alta mortalidade devido à presença dos grandes vasos e à dificuldade de abordagem cirúrgica.
- (D) A estrutura que divide o pescoço em zonas (I, II e III) é o próprio músculo esternocleidomastóideo.
- (E) Traumas penetrantes do triângulo anterior do pescoço chamam a atenção para a possibilidade de trauma da coluna cervical e medula espinhal.
38. Ao aceitar a regulação de uma paciente com quadro de colangite (icterícia, dor em hipocôndrio direito e febre) e considerando que todos os procedimentos estarão disponíveis, assinale o procedimento que deve ser indicado para a resolução do quadro.
- (A) Exploração cirúrgica das vias biliares por laparotomia.
- (B) Colectistomia videolaparoscópica.
- (C) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.
- (D) Qualquer procedimento cirúrgico só deve ser realizado se surgir hipotensão e rebaixamento do nível de consciência.
- (E) Ressonância magnética das vias biliares.

39. Jovem de 21 anos, vítima de ferimento por arma de fogo transfixante em coxa direita, foi admitido no serviço de emergência 40 minutos após a ocorrência. Ao exame físico, encontrava-se consciente, orientado, taquipneico, taquicárdico, com frequência cardíaca de 112 bpm e pressão arterial de 100/60 mmHg. Em membro inferior direito, havia orifício de entrada no terço médio da face lateral da coxa e de saída em face medial, sem sangramento intenso, com presença de hematoma pulsátil próximo ao orifício de saída, sem cianose, sem alterações sensitivas ou motoras e com pé pálido. Pulso femoral 3+/3+ ; poplíteo - ; tibial posterior - ; pedioso - . Foram coletados exames laboratoriais (hemoglobina, ureia, creatinina) e o raio-X da coxa direita não mostrava fraturas.

Diante do caso clínico apresentado, a conduta inicial é:

- (A) Considerando a ausência de sinais maiores para lesão vascular, solicitar arteriografia.
  - (B) Considerando a suspeita de lesão da artéria femoral superficial, solicitar arteriografia e após exame decidir se necessitará de abordagem cirúrgica.
  - (C) Considerando a possibilidade de lesão térmica da artéria e trombose secundária, iniciar anticoagulação plena com heparina venosa ou subcutânea.
  - (D) Considerando a presença de sinal maior para lesão vascular, indicar a exploração cirúrgica.
  - (E) Considerando a gravidade do paciente, realizar US duplex arterial na urgência, proteção térmica do membro, hemotransusão e reavaliar após 4 horas.
40. Considerando o caso clínico da questão anterior, a melhor conduta terapêutica a ser adotada após a conduta inicial é:
- (A) Tratamento clínico com suporte hemodinâmico, hemotransusão, manutenção do membro aquecido e protegido e curativo compressivo sobre os orifícios do projétil.
  - (B) Exploração cirúrgica e reparo da lesão com a aproximação dos cotos arteriais e sutura primária (anastomose termino-terminal).
  - (C) Tratamento clínico com suporte hemodinâmico, hemotransusão, proteção térmica do membro e reavaliações seriadas das queixas neurológicas e do sangramento no membro acometido.
  - (D) Exploração cirúrgica e reparo da lesão com a interposição de segmento venoso da veia safena interna ipsilateral.
  - (E) Exploração cirúrgica e reparo da lesão com a interposição de segmento venoso da veia safena interna contralateral.
41. Jovem vítima de queda de andaime de 4 metros, trazido ao Pronto-Socorro, hipotenso, com pressão arterial de 90/60 mmHg e frequência cardíaca de 125 bpm. Durante o atendimento inicial, foi realizado lavado peritoneal diagnóstico, que foi positivo para sangue. O paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico e foi realizada laparotomia, que evidenciou grande quantidade de sangue livre secundário a lesão esplênica com destruição do parênquima e laceração do hilo do baço. Foi realizada esplenectomia. Ao término, durante inspeção da cavidade, observou-se hematoma em retroperitônio, em topografia do rim esquerdo, não pulsátil e sem expansão.

Considerando o quadro clínico acima, o diagnóstico e a conduta CORRETOS são, respectivamente:

- (A) Hematoma de retroperitônio da zona III; exploração cirúrgica.
  - (B) Hematoma de retroperitônio da zona II; exploração cirúrgica.
  - (C) Hematoma de retroperitônio da zona I; exploração cirúrgica.
  - (D) Hematoma de retroperitônio da zona II; conduta expectante sem indicação de exploração cirúrgica.
  - (E) Hematoma de retroperitônio da zona I; conduta expectante sem indicação de exploração cirúrgica.
42. Em relação à nutrição parenteral total no paciente oncológico, é INCORRETO afirmar:
- (A) Está contraindicada no paciente oncológico.
  - (B) Está indicada em paciente com mucosite severa.
  - (C) Está indicada em paciente com enterite actínica severa.
  - (D) Contribui no controle dos efeitos adversos da terapia antitumoral.
  - (E) Previne e trata a desnutrição/caquexia produzida pelo tumor.

43. Levando-se em consideração o risco de síndrome de realimentação, a conduta que NÃO deve ser realizada em um paciente desnutrido grave é:
- (A) Oferta de 100 mg de tiamina, 30 minutos antes de iniciar a dieta.
  - (B) Dosagem sérica diária de potássio, magnésio, fósforo, cálcio.
  - (C) Dosagem sérica diária de ureia e creatinina.
  - (D) Oferta calórica < 20 calorias/kg/dia.
  - (E) Oferta calórica > 35 calorias/kg/dia.
44. A nutrição parenteral total NÃO está indicada na(s):
- (A) fistulas gastrointestinais cutâneas.
  - (B) doença inflamatória intestinal.
  - (C) queimaduras.
  - (D) insuficiência renal crônica.
  - (E) enterite por radioterapia ou toxicidade devido à quimioterapia.
45. Pacientes com carcinoma medular da tireoide irresssecável, apresentando metástase hepática, têm hoje um novo recurso terapêutico, um potente inibidor da tirosina quinase (TKI). O tratamento a que se refere o enunciado é:
- (A) Radioterapia multifracionada.
  - (B) Vandetanibe.
  - (C) Radioiodoterapia com Iodo 125.
  - (D) Sunitinibe.
  - (E) Adriamicina e Taxol.
46. O tratamento do hiperparatireoidismo primário é essencialmente cirúrgico. Essa patologia tem uma sintomatologia amplamente variada, desde quadros assintomáticos até uma rica sintomatologia óssea e renal. O achado histológico do tecido ósseo característico do hiperparatireoidismo primário é:
- (A) Osteíte fibrosa cística.
  - (B) Osteoporose.
  - (C) Tumor da medula vermelha.
  - (D) Osteoartrite.
  - (E) Osteoma ossificante.
47. O tratamento cirúrgico do hiperparatireoidismo primário, secundário ou terciário, requer do cirurgião conhecimento da anatomia cervical e mediastinal, bem como conhecimento do metabolismo destas glândulas. No que se refere à origem embriológica, as glândulas superiores diferem das inferiores. A estrutura endodérmica que origina as glândulas paratireoides superiores é:
- (A) Primeira fenda branquial.
  - (B) Quarto arco branquial.
  - (C) Terceiro arco branquial.
  - (D) Segundo arco branquial.
  - (E) Segundo seio branquial.
48. Em pacientes com traqueostomia definitiva, a decanulação deve ser realizada:
- (A) sete dias depois da traqueostomia.
  - (B) progressivamente até a número 1, após troca da cânula com cuff por cânula metálica.
  - (C) após a maturação da ferida e consolidação do pertuito.
  - (D) quando for possível a troca pela cânula de Shilley similar.
  - (E) no dia seguinte à traqueostomia, já que é definitiva.

49. Paciente vítima de acidente automobilístico de grande intensidade. Ao exame físico, apresenta sangue na uretra. A melhor conduta é:
- (A) solicitar parecer da urologia.
  - (B) coletar sumário de urina para decisão de conduta.
  - (C) passar sonda vesical de demora.
  - (D) realizar tomografia de abdome total.
  - (E) realizar uretrocistografia.
50. Com relação à localização do trauma de ureter e seu respectivo tratamento, a opção INCORRETA é:
- (A) trauma de ureter proximal; ureterostomia.
  - (B) trauma de ureter distal; reimplante ureteral.
  - (C) trauma de ureter médio; substituição por alça intestinal.
  - (D) trauma de ureter proximal; substituição por alça intestinal.
  - (E) trauma de ureter distal; ureteroureterostomia.