



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA MÉDICA DA UFPI - EDITAL 17/2017

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

PROGRAMAS COM PRÉ-REQUISITO CIRURGIA PLÁSTICA

DATA: 26/11/2017

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. A avaliação dos pacientes com hérnias paraesofágicas é semelhante à dos pacientes em investigação para DRGE (Doença do Refluxo Gastro Esofágico). No entanto, o exame, nesses pacientes, que representa o teste diagnóstico mais importante é:
- (A) Esofagograma de contraste.
 - (B) Manometria esofágica estática.
 - (C) Manometria de alta resolução esofágica.
 - (D) pH metria de 24 horas esofágica.
 - (E) Impedância pH metria esofágica.
02. Das assertivas abaixo, sobre os tumores malignos do esôfago, pode-se afirmar, EXCETO:
- (A) Os tumores de células escamosas são mais sensíveis à quimiorradioterapia.
 - (B) A quimiorradioterapia tem papel importante no tratamento das lesões de estadiamento T1.
 - (C) Os adenocarcinomas não são tão sensíveis à quimiorradioterapia.
 - (D) O tratamento de lesões que se estendam para a muscular própria, lesões T2, ainda é controverso.
 - (E) O tratamento de lesões que se estendem para a adventícia, lesões T3, em geral incluem quimiorradioterapia e intervenção cirúrgica.
03. A assertiva correta sobre a abordagem laparoscópica das hérnias da região inguinal e anatomia dessa região é:
- (A) Há várias contraindicações absolutas sobre a abordagem laparoscópica, dentre elas, as bridas e aderências da pelve.
 - (B) As técnicas mais populares incluem a STOPPA e a TAPP (Trans-Abdominal Pré-peritoneal).
 - (C) Em uma das abordagens laparoscópica, a tela é cuidadosamente presa com grampos ao ligamento de Cooper junto ao tubérculo púbico até próximo à veia ilíaca externa.
 - (D) Os grampos são colocados inferiormente ao trato iliopúbico além da artéria ilíaca externa.
 - (E) O triângulo de destruição está limitado lateralmente pelo ducto deferente e medialmente pelos vasos espermáticos.
04. Com relação a alguns tipos especiais de hérnias da parede abdominal, pode-se afirmar, EXCETO:
- (A) A hérnia de Spiegel ocorre através da fásia de Spiegel, que é composta do folheto aponeurótico entre o músculo reto medialmente e a linha semilunar lateralmente.
 - (B) Hérnias lombares surgem através dos triângulos lombares superior e inferior, respectivamente, triângulo de Grynfeltt e Petit e podem ser congênita ou adquirida.
 - (C) Na pesquisa do sinal de Howship-Romberg, presente na hérnia do obturador, a dor é aliviada pela flexão da coxa.
 - (D) As hérnias perineais são causadas por defeitos congênitos ou adquiridos (ressecção abdominoperineal e prostatectomia perineal) e são incomuns.
 - (E) A hérnia isquiática é comum e fácil de diagnosticar pois, com frequência, são sintomáticas mesmo antes de ocorrer obstrução intestinal.
05. No tratamento do câncer gástrico, não se pode admitir:
- (A) A ressecção completa do tumor gástrico com uma ampla margem livre de lesão permanece o padrão de cuidado para a ressecção com intenção curativa.
 - (B) A técnica padrão é a laparotomia; entretanto, técnicas minimamente invasivas, incluindo laparoscopia e ressecção endoscópica completa para tumores iniciais, provaram ser métodos eficazes de tratamento.
 - (C) A vantagem mais significativa da ressecção endoscópica é evitar a gastrectomia, por laparotomia ou laparoscopia.
 - (D) As diretrizes gerais para a ressecção endoscópica do câncer gástrico precoce são: tumor limitado à muscular própria da mucosa, nenhuma invasão linfocelular, tumor menor que 2cm, com ou sem ulceração.
 - (E) Para carcinomas do estômago distal, incluindo o corpo e o antro, uma gastrectomia distal é a operação apropriada.

06. No tratamento cirúrgico das úlceras gástricas, o(s) tipo(s) de úlcera(s) em que a abordagem é a ressecção da úlcera sem gastrectomia é(são):
- (A) Tipo I e Tipo IV.
 - (B) Tipo II.
 - (C) Tipo III.
 - (D) Tipo I e tipo III.
 - (E) Tipo IV e tipo II.
07. Em relação às informações acerca de colecistite aguda, INCORRETO afirmar:
- (A) A ultrassonografia transabdominal é uma ferramenta sensível, acessível e confiável para o diagnóstico de colecistite aguda.
 - (B) No caso de inflamação substancial, uma colecistectomia parcial, cortando a vesícula transversalmente no infundíbulo com cauterização da mucosa remanescente (técnica de Thorek), é aceitável para evitar lesão de colédoco.
 - (C) A Tomografia Computadorizada (TC) do abdome é mais sensível do que a ultrassonografia para o diagnóstico de colecistite aguda.
 - (D) A colecistectomia, seja aberta ou laparoscópica, é o tratamento de escolha para colecistite aguda.
 - (E) Alguns pacientes apresentam colecistite aguda, mas têm risco cirúrgico proibitivo. Para esses pacientes, a drenagem percutânea da vesícula deve ser considerada.
08. NÃO caracteriza indicação de colangiopancreatectomia retrógrada endoscópica pré-operatória antes da colecistectomia:
- (A) Colangite.
 - (B) Pancreatite biliar.
 - (C) Experiência limitada do cirurgião na exploração do ducto biliar comum.
 - (D) Pacientes com múltiplas comorbidades.
 - (E) Paciente com cólica biliar e colédoco com diâmetro < 8mm.
09. Vários estudos randomizados e prospectivos têm comparado a apendicectomia laparoscópica e aberta. São vantagens da apendicectomia laparoscópica *versus* apendicectomia aberta, EXCETO:
- (A) Pacientes obesos têm menos dor.
 - (B) Pacientes obesos têm hospitalizações mais curtas.
 - (C) Pacientes com apendicite perforada têm taxas menores de infecções de ferida.
 - (D) Custos menos elevados de sala de cirurgia.
 - (E) Menor duração de estadia.
10. Sobre fissuras anais, assinale a opção INCORRETA.
- (A) A maioria das fissuras encontra-se na linha média posterior.
 - (B) As fissuras anteriores ocorrem mais frequentemente nos homens.
 - (C) As fissuras anais podem estar associadas à doença inflamatória intestinal.
 - (D) Todas as técnicas cirúrgicas para tratamento das fissuras anais levam a um risco potencial de incontinência.
 - (E) O tratamento conservador das fissuras anais baseia-se na utilização de relaxantes da musculatura esfíncteriana e medidas dietéticas.
11. Sobre tratamento cirúrgico na Doença Inflamatória Intestinal (DII), assinale a opção INCORRETA.
- (A) Anastomoses primárias devem ser evitadas em vigência de sepse e desnutrição.
 - (B) Na doença de Crohn, as ressecções devem ser amplas devido à alta taxa de recidiva.
 - (C) Para Retocolite Ulcerativa, o tratamento cirúrgico deve ser indicado quando a doença não responde ao tratamento clínico intensivo.
 - (D) A doença de Crohn anal e perianal deve ser tratada cirurgicamente apenas quando sintomática.
 - (E) Parar de fumar reduz significativamente o risco de recidiva das DII no pós-operatório.

12. Sobre Câncer de Pulmão, assinale a opção INCORRETA.

- (A) O câncer de pulmão é a causa mais comum de morte por doença neoplásica no mundo.
- (B) O tumor com menos do que 3cm que não invade a pleura visceral é o caso ideal para o tratamento cirúrgico.
- (C) Dor torácica persistente e progressiva pode indicar invasão de parede torácica ou da pleura parietal.
- (D) O escarro hemático é uma manifestação frequente dos tumores centrais alertando para o diagnóstico.
- (E) No estadiamento oncológico, a fibrobroncoscopia é dispensável quando o diagnóstico já estiver sido definido por outros métodos.

13. Sobre bloqueio dos nervos periféricos, assinale a opção INCORRETA.

- (A) Na realização do bloqueio dos nervos digitais, é contraindicado associar vasoconstritor ao anestésico local, pela possibilidade de produzir isquemia e necrose do dedo.
- (B) Para o bloqueio do nervo dorsal do pênis, recomenda-se uso de vasoconstritor devido à intensa vascularização do órgão.
- (C) As referências anatômicas para o bloqueio do nervo radial ao nível do punho são os tendões flexores longo e curto do polegar e a tabaqueira anatômica.
- (D) As referências anatômicas para o bloqueio do nervo ulnar ao nível do cotovelo são o epicôndilo medial e a fossa olecraniana.
- (E) As referências anatômicas para o bloqueio do nervo mediano ao nível do punho são os tendões dos músculos palmar longo e flexor radial do carpo.

14. A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS (CHECKLIST) tem a intenção de ser uma ferramenta prática e fácil na melhoria da segurança nas operações e na redução de mortes e complicações cirúrgicas. A respeito deste assunto, analise as assertivas a seguir:

- I. A Lista de Verificação divide a cirurgia em três fases: o período antes da indução anestésica, o período após a indução e antes da incisão cirúrgica, e o período durante ou imediatamente após a sutura, mas antes da remoção do paciente da sala de cirurgia;
- II. O “Time out” ou “Pausa Cirúrgica”, momento imediatamente antes da incisão cirúrgica, em que todos os membros da equipe se apresentam e confirmam a cirurgia é de extrema importância no processo de verificação;
- III. O momento antes de o paciente deixar a sala de operações no qual se confirma o registro do procedimento e que se procede à identificação adequada das peças cirúrgicas chama-se “Time out”;
- IV. A lista de verificação deve ser guiada por três princípios: simplicidade, ampla aplicabilidade e possibilidade de mensuração.

A opção CORRETA é:

- (A) Somente a III está correta.
- (B) Somente I e III estão corretas.
- (C) Somente I, III e IV estão corretas.
- (D) Somente I, II e IV estão corretas.
- (E) Todas estão corretas.

15. A Ultrassonografia abdominal (US) tem sido amplamente utilizada nos centros de emergência em todo o mundo, aplicada com sucesso em pacientes com trauma abdominal fechado, integrando-se ao exame clínico. Sobre o emprego da US no trauma abdominal, assinale a opção INCORRETA.

- (A) O método tem limitações quando aplicado em grandes obesos e na vigência de distensão gasosa intestinal.
- (B) A obtenção das melhores imagens depende da experiência e da habilidade do examinador.
- (C) O objetivo inicial da incorporação do exame de US nas emergências para avaliação do paciente com trauma abdominal foi demonstrar líquido livre na cavidade peritoneal.
- (D) O hemoperitônio recente se apresenta como imagem hiperecoica, semelhante a líquidos de outra natureza.
- (E) Pseudoaneurisma traumático usualmente traduz-se por massa anecoica e o Doppler deve ser utilizado para estabelecer o diagnóstico diferencial.

16. A Cricotiroidostomia ou coniotomia é uma técnica provisória indicada em casos de emergências e apresenta vantagens em relação à traqueostomia nas seguintes situações, EXCETO:
- (A) Vias aéreas obstruídas por edema.
 - (B) Traumatismos faciais graves com alteração da anatomia.
 - (C) Nas crianças menores de 5 anos.
 - (D) Politraumatizados onde a intubação está contraindicada ou não foi possível.
 - (E) Sangramento oral intenso.
17. Carcinoma de Células de Hürtle é:
- (A) Carcinoma de células mesenquimais.
 - (B) Variante do carcinoma de células claras.
 - (C) Variante do Carcinoma Folicular.
 - (D) Carcinoma Esclerosante da Tireoide
 - (E) Carcinoma medular da tireoide
18. São funções do Paratormônio (PTH), EXCETO.
- (A) Mobilização do cálcio armazenado no osso.
 - (B) Liberação do cálcio ósseo na corrente sanguínea.
 - (C) Aumento da reabsorção tubular do íon cálcio.
 - (D) Aumento da excreção renal do íon fosfato.
 - (E) Inibição da reabsorção óssea.
19. Dentre as complicações das afecções cirúrgicas do pescoço, está uma grave infecção resultante de fístulas esofágicas que apresenta altíssima taxa de mortalidade. A opção CORRETA é:
- (A) Mediastinites.
 - (B) Celulite e infecções cutâneas.
 - (C) Osteomielites.
 - (D) Pneumonias por broncoaspiração.
 - (E) Hemorragia.
20. Em pacientes desnutridos, a adequação do regime nutricional pode ser avaliada pela dosagem de proteínas plasmáticas. Das proteínas abaixo, a que é mais sensível por apresentar uma meia vida mais curta é:
- (A) pré-albumina.
 - (B) albumina.
 - (C) globulina.
 - (D) proteína ligadora do estradiol.
 - (E) transferrina.
21. São indicações de terapia nutricional, EXCETO:
- (A) Duração do jejum pré-operatório, superior a 7 dias.
 - (B) Pacientes com doenças catabólicas (sepse, grande queimado).
 - (C) Perda superior a 10 % do peso corporal quando da internação.
 - (D) Valor de albumina sérica inferior a 3,5 g/dL medida na ausência de estado inflamatório.
 - (E) Ingestão oral inferior a 50% das necessidades energéticas totais.
22. No preparo pré-operatório de uma paciente que irá se submeter a uma esofagectomia (cirurgia no esôfago), a lavagem esofágica deve ser realizada com sonda de grosso calibre, também conhecida por sonda de:
- (A) Levine.
 - (B) Fauchet.
 - (C) Foley.
 - (D) Nelaton.
 - (E) Newton.

23. Fazem parte do cuidado no pré-operatório, os seguintes procedimentos, EXCETO:
- (A) Administrar prasozin associado a beta-bloqueadores duas semanas antes da retirada de um feocromocitoma.
 - (B) Não administrar hipoglicemiantes orais na véspera do procedimento cirúrgico.
 - (C) Não suspender beta-bloqueadores, em uso pelo paciente, na véspera da cirurgia.
 - (D) Suspender os anticoagulantes orais, por exemplo, a rivaroxabana, entre 5 a 7 dias antes do procedimento cirúrgico.
 - (E) Nos pacientes portadores de Diabetes Mellitus, é ideal manter os níveis glicêmicos (glicemia de jejum) entre 120 e 180 mg/dl, porém, são aceitáveis níveis glicêmicos entre 200 e 250 mg/dl.
24. Paciente de 30 anos, sexo feminino, IMC (índice massa corpórea) de 32 Kg/m², operada por apendicite aguda fase inicial (edematosa), sem secreção na cavidade. Foi utilizada dose de ciprofloxacina e metronidazol na indução e no 1º pos-operatório. No 2º pós-operatório, desenvolve discreta taquipneia e temperatura de 38º Celsius. Mantém bom estado geral e sem alterações no exame abdominal e ferida. A orientação é:
- (A) Manteria antibiótico usado por mais 6 dias e realizaria ultrassonografia abdominal total.
 - (B) Manteria antibiótico e indicaria tomografia de tórax.
 - (C) Suspenderia os antibióticos usados e iniciaria meropenem.
 - (D) Suspenderia os antibióticos usados e realizaria exames clínicos adequados.
 - (E) Manteria os antibióticos associando com fluconazol.
25. Uma criança de 8 meses de idade sofre uma queimadura por fogo acometendo totalmente a região posterior do tronco e nádegas, além da metade posterior da cabeça. A estimativa de área corporal queimada é:
- (A) 16%.
 - (B) 20%.
 - (C) 24%.
 - (D) 27%.
 - (E) 32%.
26. Um melanoma que invade a derme reticular deve ser classificado no Nível de Clark:
- (A) Nível I.
 - (B) Nível II.
 - (C) Nível III.
 - (D) Nível IV.
 - (E) Nível V.
27. A complicação mais frequente após tratamento cirúrgico de úlceras por pressão é:
- (A) Infecção local.
 - (B) Deiscência.
 - (C) Necrose do retalho.
 - (D) Seroma.
 - (E) Hematoma.
28. Os seguintes ossos faciais são pares, EXCETO:
- (A) Maxila.
 - (B) Vômer.
 - (C) Lacrimal.
 - (D) Nasal.
 - (E) Palatino.
29. Representa uma contraindicação para videolaparoscopia:
- (A) Neoplasia de cólon.
 - (B) Diabetes.
 - (C) Hipertensão arterial.
 - (D) Insuficiência renal.
 - (E) Pneumopatia grave.

30. Na videolaparoscopia, o pneumoperitônio por meio da infusão de CO₂ pode levar a(ao):
- (A) Acidose metabólica.
 - (B) Hipocalcemia.
 - (C) Bradicardia.
 - (D) Aumento da demanda de O₂ miocárdico.
 - (E) PVC alta.
31. Em um paciente com Hipertensão Portal, NÃO ocorre “shunt” portosistêmico no
- (A) pâncreas.
 - (B) ligamento falciforme.
 - (C) esôfago.
 - (D) fundo gástrico.
 - (E) canal anal.
32. Segundo Couinaud, o fígado é dividido em segmentos. O ligamento falciforme separa dois segmentos. Marque a opção em contém esses seguimentos.
- (A) I e II.
 - (B) II e III.
 - (C) III e IV.
 - (D) IV e V.
 - (E) V e VI.
33. A artéria pancreatoduodenal inferior tem origem da:
- (A) Artéria gastroduodenal.
 - (B) Artéria mesentérica superior.
 - (C) Artéria mesentérica inferior.
 - (D) Artéria esplênica.
 - (E) Artéria hepática própria.
34. Quanto à pancreatite, pode-se afirmar, EXCETO:
- (A) Em países desenvolvidos, a maioria dos casos de pancreatite aguda está associada à doença biliar calculosa.
 - (B) A exposição a certas drogas (como azatioprina, diuréticos e outros) representa a terceira causa mais frequente de pancreatite aguda.
 - (C) Na classificação de Ranson, a presença de 3 ou 4 critérios indica uma mortalidade de 15%.
 - (D) Uma amilase de 500UI/mL está associada a um pior prognóstico.
 - (E) A antibioticoterapia não rotina em todos os casos de pancreatite aguda biliar
35. Quanto à anatomia esplênica, pode-se afirmar, EXCETO:
- (A) O tamanho aproximado do baço nem um adulto é de 12 cm de comprimento por 7cm de largura e 3 a 4cm de espessura.
 - (B) O peso médio do baço em um adulto é de 150g (variando de 80 a 300g).
 - (C) A irrigação arterial é por meio da artéria esplênica que provém do tronco celíaco.
 - (D) A veia esplênica drena diretamente na veia cava inferior e raras vezes na veia renal esquerda.
 - (E) A capsula esplênica reveste o baço e se ramifica em trabéculas que subdivide o órgão em pequenos compartimentos.
36. Sobre o Abscesso Esplênico, NÃO se pode afirmar:
- (A) A mortalidade é baixa mesmo em paciente imuno-comprometidos.
 - (B) Doenças predisponentes incluem doenças malignas, policitemia vera, endocardite, infecção do trato urinário, dentre outras.
 - (C) O quadro clínico costuma ser insidioso e inespecífico.
 - (D) Inicialmente o tratamento depende de ser uni ou multilocular.
 - (E) A tomografia computadorizada de abdômen permite diagnóstico com precisão.

37. Considerando o cenário atual de acidentes automobilísticos e ferimentos de arma de fogo por projeteis de alta energia cinética, as lesões vasculares vem sendo cada vez mais frequentes e contribuindo de forma decisiva para a maior complexidade do manejo cirúrgico do paciente. Considerando o trauma como cenário, marque a opção CORRETA.
- (A) Os traumas fechados dos grandes vasos torácicos acometem principalmente a veia cava superior, cujo principal mecanismo de lesão são as desacelerações (acidente automobilístico) e quedas de altura.
 - (B) As lesões penetrantes de veia cava inferior devem ser corrigidas primariamente por rafia, mesmo no caso de lesões complexas com paciente instável a rafia e correção é sempre a melhor conduta quando comparada com a ligadura definitiva da veia cava inferior.
 - (C) As lesões fechadas de aorta torácica estão relacionadas a traumas de alta energia cinética e devem sempre que possível ser corrigidas primariamente nos pacientes com hemodinâmica estável assim que feito o diagnóstico.
 - (D) As lesões de artéria mesentérica superior são na maioria das vezes de difícil abordagem cirúrgica, devendo ser reparadas primariamente as lesões Tipo I, II e III de Fullen seja através de rafia, anastomose primária ou interposição de enxerto venoso, reservando o shunt temporários para pacientes hemodinamicamente instáveis e mais graves.
 - (E) Pacientes com ferimento por arma de fogo na artéria braquial com ausência de pulsos distais e frialdade devem realizar ecografia com duplex antes da abordagem cirúrgica.
38. Paciente vítima de ferimento por arma de fogo há 40 minutos dá entrada no Pronto Socorro com lesão perfurante em coxa E com orifício de entrada em face lateral e saída em face medial de coxa distal com sangramento profuso e contínuo. Ao exame orientado taquipneico, palidez cutâneo-mucosa intensa e afebril, pulso fino, FC 118bpm, PA: 80/50mmHg. Sem outras evidências de lesões associadas. Membro inferior esquerdo: Pé palido, frio e com dor importante. Presença de sangramento importante em face anteromedial de coxa. Pulsos: Femoral 3/3+; Popliteo ausente; Tibial posterior ausente; Pedioso ausente. Sobre, o quadro, é CORRETO afirmar:
- (A) O paciente apresenta suspeita de lesão venosa sem necessidade de intervenção cirúrgica vascular em caráter de urgência.
 - (B) O paciente apresenta sinais sugestivos de lesão arterial devendo realizar ultrassonografia com doppler arterial para descartar a possibilidade de vasoespasmos e lesão venosa associada e então programar abordagem cirúrgica.
 - (C) Presença de sinais maiores para lesão vascular, encaminhar ao centro cirúrgico, iniciar exploração vascular com controle proximal e distal da artéria femoral e correção primária da artéria acometida com arteriorrafia primária.
 - (D) Presença de sinais maiores de lesão vascular, indicado exploração cirúrgica em caráter de urgência com controles proximal e distal do segmento arterial atingido. A correção definitiva deve ser realizada com a interposição de enxerto venoso de veia safena interna ipsilateral.
 - (E) Sinais maiores de lesão vascular, realizar exploração cirúrgica em caráter de urgência com controles proximal e distal do segmento arterial atingido. A correção definitiva deve ser realizada com a interposição de enxerto venoso de veia safena interna invertida do membro contralateral.
39. Paciente masculino, 52 anos, hipertenso controlado, com hepatopatia crônica secundária a infecção por vírus da hepatite C, sem ascite, durante seguimento clínico e de imagem seriado foi evidenciado nódulo hepático a ultrassonografia de abdome medindo 3,4cm. Exames laboratoriais demonstram 5 pontos na classificação de Child-Pugh. Realizada a tomografia com contraste venoso e evidenciado nódulo hipervascular na fase arterial e lavagem rápida do contraste medindo 3,6 cm no segmento VII do fígado, sem outras lesões. Solicitado dosagem sérica de alfa-fetoproteína (AFP) cujo valor foi 1100. Marque a assertiva CORRETA.
- (A) Paciente com provável hepatocarcinoma, sendo a melhor conduta programar quimioembolização hepática com partículas carregadas com doxorubicina.
 - (B) Realizar biópsia percutânea para confirmação histológica e então programar transplante hepático intervivos.
 - (C) Possivelmente trata-se de um hemangioma hepático que deve ser seguido com exame clínico e de imagem seriados.
 - (D) Paciente com provável hepatocarcinoma que deverá ser submetido à hepatectomia direita após avaliar volumetria hepática e embolização pré-operatória de ramo portal direito.
 - (E) Paciente deverá ser triado para listagem em fila de transplante hepático como melhor terapêutica disponível já que possui lesão única menor que 5 cm.

40. Considerando paciente feminina, 47 anos com recidiva pélvica de neoplasia de colo de útero após 12 meses da realização de histerectomia ampliada com linfadenectomia, sem antecedentes de episódios de tromboembolismo venoso. A tomografia demonstra invasão de reto e bexiga. Após avaliação pré-operatória, a paciente foi submetida a exanteração pélvica anterior e posterior. Considerando o cenário acima, dentre as opções abaixo, a melhor orientação quanto à profilaxia para tromboembolismo venoso pós-operatório é:
- (A) Deambulação precoce, meia elástica de compressão graduada.
 - (B) Deambulação precoce, meia elástica de compressão graduada e profilaxia medicamentosa com heparina durante toda a internação hospitalar apenas.
 - (C) Deambulação precoce, meia elástica de compressão graduada e implante de filtro de veia cava profilático diante do risco de complicação hemorrágica.
 - (D) Deambulação precoce, meia elástica de compressão graduada e profilaxia medicamentosa com heparina subcutânea durante as 4 semanas de pós-operatório.
 - (E) Deambulação precoce, meia elástica de compressão graduada e profilaxia medicamentosa com heparina durante toda a internação e Rivaroxabana 20 mg diários por 35 dias.
41. A resposta inflamatória ao trauma é mediada por citocinas pró-inflamatórias que são contrabalanceadas pelas citocinas antiinflamatórias. É representante das citocinas antiinflamatórias:
- (A) Fator de Necrose Tumoral.
 - (B) Interleucina(IL)-4.
 - (C) IL-1.
 - (D) IL-12.
 - (E) Interferon-gama.
42. Quanto ao atendimento inicial do paciente traumatizado, na fase pré-hospitalar, assinale a opção INCORRETA.
- (A) Um dos objetivos primários do controle pré-hospitalar ao trauma é a manutenção de controle da via aérea do paciente traumatizado.
 - (B) O padrão ouro para a manutenção das vias aéreas, em pacientes severamente traumatizados, continua sendo a intubação orotraqueal.
 - (C) A reanimação com solução cristalóide isotônica deve ser iniciada apenas na fase hospitalar do cuidado para pacientes em choque.
 - (D) Recente experiência militar tem reintroduzido o uso de torniquetes para controle pré-hospitalar de hemorragia de extremidades.
 - (E) Um dos conceitos importantes que aumentam, enormemente, a habilidade de tratar pacientes traumatizados é tratar a maior ameaça a vida primeiro.
43. A abordagem laparoscópica das hérnias inguinais se faz pelo espaço pré-peritoneal. Os nervos desse espaço de preocupação específica para o cirurgião na referida abordagem são:
- (A) Nervo femoral e ramo genital do nervo genitofemoral.
 - (B) Nervo cutâneo femoral lateral e nervo ílio-hipogástrico.
 - (C) Nervo ilioinguinal e o nervo genitofemoral.
 - (D) Nervo ilioinguinal e ílio-hipogástrico.
 - (E) Nervo cutâneo femoral lateral e o nervo genitofemoral.
44. A prevenção da exposição ao sangue ou a outros materiais biológicos é a principal medida para que não ocorra contaminação por patógenos de transmissão sanguínea nos serviços de saúde. A respeito das medidas preventivas de acidentes biológicos, assinale a opção INCORRETA.
- (A) Os profissionais da saúde podem reduzir a exposição a patógenos transmitidos pelo sangue por meio de medidas simples, tais como o uso de luvas, máscara, óculos e gorro.
 - (B) Após acidente com material biológico, deve-se proceder à lavagem do local exposto com água e sabão, nos casos de exposição percutânea ou cutânea.
 - (C) O uso de Equipamentos de Proteção Individuais (EPI) é imprescindível, uma vez que essa medida, por si só, impede o risco de acidentes biológicos.
 - (D) Os coletores específicos para descarte de material perfurocortante não devem ser preenchidos acima do limite de 2/3 de sua capacidade total.
 - (E) A lavagem frequente das mãos após contato com paciente e/ou material biológico e ao descalçar as luvas continua a ser a medida preventiva mais importante e uma das mais negligenciadas.

45. Diante do aumento das técnicas de diagnósticos, bem como das terapêuticas realizadas nos pacientes críticos, tivemos um crescimento da necessidade de suporte ventilatório. Um paciente que necessite de uma traqueostomia terá, portanto, grandes benefícios. Assinale a opção que NÃO se enquadra nestes benefícios.
- (A) Pacientes onde a extubação não é possível dentro de 10 a 14 dias.
 - (B) Permite uma previsão do tempo de antibioticoprofilaxia.
 - (C) Melhor higiene oral.
 - (D) Retorno mais rápido à dieta oral.
 - (E) Possibilidades de fonação.
46. No 7º dia de pós-operatório de uma colectomia esquerda, por diverticulite complicada, realizada por videolaparoscopia, paciente desenvolve taquicardia e dor abdominal localizada. Apesar de hemodinamicamente estável e sem sinais de peritonite generalizada, o dreno colocado perto da anastomose apresenta aspecto fecaloide, com débito de 200ml das últimas 8 horas. A orientação inicial mais adequada é:
- (A) Relaparoscopia imediata.
 - (B) Nutrição parenteral por pelo menos 72 horas.
 - (C) Acompanhamento clínico rigoroso pelas próximas 48 horas.
 - (D) Jejum oral e enema opaco com contraste iodado imediatamente.
 - (E) Suporte clínico e tomografia de abdômen.
47. Em relação à cicatrização de feridas, marque a opção INCORRETA.
- (A) A cicatrização pode ser dividida em fases, nesta ordem: inflamatória, proliferativa e de maturação.
 - (B) Na fase de maturação da cicatrização, acontecem neo-angiogênese, fibroplasia e epitelização.
 - (C) O colágeno, material responsável pela sustentação e força tênsil da cicatriz, é produzido pelos fibroblastos.
 - (D) A cicatrização em primeira intenção é a que ocorre, por exemplo, nos ferimentos suturados cirurgicamente, sem infecção e com mínimo edema.
 - (E) Na constituição da pele, encontram-se 80% de colágeno tipo I e 20% tipo III.
48. É causa de falso abdome agudo, EXCETO:
- (A) Porfíria intermitente aguda.
 - (B) Hérnia de Petersen.
 - (C) Adenite mesentérica.
 - (D) Pileonefrite.
 - (E) Pneumonia basal.
49. O escore de Alvarado é a ferramenta usada para diagnóstico e manejo de pacientes com suspeita de apendicite. Quanto a sua interpretação, pode-se afirmar que fazem parte do escore, EXCETO:
- (A) Dor migratória para a fossa ilíaca direita.
 - (B) PCR aumentada.
 - (C) Anorexia.
 - (D) Descompressão dolorosa na fossa ilíaca direita.
 - (E) Leucocitose.
50. Paciente 67 anos, hipertenso, tabagista, diabético com controle glicêmico adequado, é admitido no serviço de urgência com queixa de dor abdominal difusa, iniciada há 3 horas. A admissão consciente orientado, conversando, eupneico, pulsos cheios e todos presentes, Fc 112bpm, Pressão Arterial: 90/50mmHg, abdome dolorido difusamente e com massa pulsátil em mesogástrico. Realizado Angio TC de abdome e pelve com contraste venoso e evidenciado dilatação da aorta abdominal de 6,1cm que se estende para artéria ilíaca comum esquerda (2,2cm) associada a extensa área de borramento do retroperitônio sugestivo de hematoma com deslocamento cranial do rim esquerdo, sem outras alterações. Considerando o caso apresentado, assinale a opção CORRETA.
- (A) Trata-se provavelmente de ruptura de aneurisma de artéria renal esquerda, sendo necessária abordagem cirúrgica de caráter de urgência.
 - (B) Aneurisma de aorta abdominal em expansão mas sem sinais de ruptura, iniciar vigilância intensiva com transferência para UTI, controle da dor e monitorização.
 - (C) Aneurisma roto de aorta abdominal com indicação cirúrgica em caráter de emergência.

- (D) Aneurisma roto de aorta abdominal, iniciar compensação clínica em ambiente de terapia intensiva com reposição volêmica e hemotransfusao com objetivo de deixá-lo normotenso e correção cirúrgica após melhora clínica nas primeiras 24 horas.
- (E) Dissecção aguda de aorta abdominal sintomática com indicação de tratamento de urgência por via endovascular.