



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA MÉDICA DA UFPI - EDITAL 15/2019

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

PROGRAMAS COM PRÉ-REQUISITO: CIRURGIA GERAL (ANO ADICIONAL)

DATA: 15/12/2019

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. Imaginemos que iremos operar uma paciente do sexo feminino, de 32 anos de idade, que acabara de ser diagnosticada com um câncer gástrico. Durante a investigação diagnóstica descobrimos que ela, embora tenha um peso adequado para seu tamanho e idade, é sedentária, tabagista (30 maços/ano) e etilista “social”. Sabendo-se que a cirurgia indicada para esta paciente é uma Gastrectomia Total, o(s) exame(s) que seria(m) solicitado(s) para avaliar a condição cardíaca desta paciente é/são:
- (A) ECG e uma avaliação simples do cardiologista.
 - (B) Ecocardiograma, ECG, Teste Ergométrico, seguidos de uma avaliação simples do cardiologista.
 - (C) ECG e RX de Tórax.
 - (D) Somente o ECG.
 - (E) Nenhuma das respostas anteriores.
02. Para avaliar a função renal, o(s) exame(s) que seria(m):
- (A) Creatinina.
 - (B) Taxa de filtração glomerular.
 - (C) Creatinina e Taxa de filtração glomerular.
 - (D) Ureia e Creatinina.
 - (E) Microalbuminúria de 24 h.
03. Quanto às complicações do tratamento cirúrgico das hérnias incisionais, pode-se citar, EXCETO:
- (A) Seroma.
 - (B) Hematoma.
 - (C) Infecção.
 - (D) Recidiva.
 - (E) Laparotomia para controle de dano.
04. Pela classificação de Nyhus para as hérnias inguinais, a que melhor caracteriza o Tipo II é:
- (A) Hérnia direta recidivada.
 - (B) Hérnia femoral recidivada.
 - (C) Hérnia indireta com anel inguinal profundo maior que 2cm e assoalho inguinal íntegro.
 - (D) Hérnia indireta com anel inguinal profundo até 2cm.
 - (E) Hérnia direta com destruição do assoalho inguinal.
05. Antes de iniciar uma colecistectomia videolaparoscópica, o preceptor avisa ao residente de cirurgia geral que fará a entrada na parede abdominal por “open lap”, utilizando um trocarte de 11mm e solicita que configure o insuflador da forma que o pneumoperitônio seja realizado com segurança. A melhor configuração seria:
- (A) 20 mmHg e 40 L/min.
 - (B) 12 mmHg e 3,5 L/min.
 - (C) 12 mmHg e 40 L/min.
 - (D) 20 mmHg e 3,5 L/min.
 - (E) 15 mmHg e 20 L/min.
06. Das situações a seguir a que NÃO estaria indicada a se realizar a esplenectomia em pacientes com púrpura trombocitopênica idiopática (PTI) é:
- (A) Diagnóstico de PTI durante 6 semanas e continuam a apresentar contagens plaquetárias de menos de 10.000/mm³, sem sintomas de sangramento.
 - (B) Diagnóstico de PTI há pelo menos 3 meses e experimentaram uma resposta transitória ou incompleta à terapia primária e têm uma contagem plaquetária de menos de 30.000/mm³.

- (C) Gestante com PTI e falha na terapia com glicocorticoides, contagem plaquetária de menos de 30.000/mm³ e sangramento gengival.
- (D) Diagnóstico de PTI há 6 meses, contagem plaquetária de mais de 50.000/mm³ e ausência de sangramentos.
- (E) Gestante com PTI e falha na terapia com glicocorticoides, contagem plaquetária de menos de 10.000/mm³ e ausência de sangramentos.

07. A trombose arterial aguda tem, como causa mais frequente e local:

- (A) Aterosclerose e membros superiores.
- (B) Aterosclerose e membros inferiores.
- (C) Aneurisma e membros inferiores.
- (D) Trombofilia e membros superiores.
- (E) Trombofilia e membros inferiores.

08. Segundo o ATLS, são fatores que comprometem a respiração (B) no trauma, EXCETO:

- (A) Pneumotórax hipertensivo.
- (B) Derrame pleural quiloso.
- (C) Pneumotórax aberto.
- (D) Tórax Instável.
- (E) Hemotórax maciço.

09. A resposta endócrino-metabólica ao trauma cirúrgico envolve os seguintes processos, EXCETO:

- (A) Aumento da glicogenólise hepática e redução da gliconeogênese.
- (B) Estímulo de produção de aldosterona, secundário ao sequestro hídrico causado pelo edema traumático.
- (C) Elevação do hormônio antidiurético até o 4º ou 5º dia pós-operatório.
- (D) Elevação do cortisol, promovendo estímulo a síntese protéica.
- (E) Elevação do GH, ACTH e do TSH.

10. Sobre as hérnias da parede abdominal, NÃO se pode afirmar:

- (A) Uma hérnia que contenha um divertículo de Meckel é chamada de hérnia de Littré.
- (B) A hérnia de Richter apresenta-se quando a borda anti-mesentérica do seguimento intestinal é encarcerada e estrangulada no orifício herniário.
- (C) A hérnia de Amyand é definida como a presença do apêndice cecal dentro do saco herniário em uma hérnia inguinal. Quando temos o achado de apêndice cecal no interior de um saco herniário de uma hérnia femoral, a definimos como hérnia de Garengeot.
- (D) As hérnias da linha semilunar, também chamadas de hérnias de Spiegel, tem o seu desenvolvimento relacionado a vários fatores, dentre os quais pode-se destacar: congênitos, doenças do colágeno, obesidade, gestações múltiplas, rápida perda ponderal e trauma.
- (E) As hérnias lombares congênitas são mais comuns que as adquiridas. Quando ocorrem no triângulo lombar superior recebem a nomenclatura de hérnia de Grynfelt, e quando estão presentes no triângulo lombar inferior, são chamadas de hérnia de Petit.

11. Do ponto de vista da manutenção da resistência tênsil, o fio abaixo que é mais adequado à síntese de aponeurose é:

- (A) Catgut simples.
- (B) Catgut cromado.
- (C) Algodão.
- (D) Vicryl.
- (E) Prolene.

12. Dentre as lesões benignas do fígado, a mais frequente é:
- (A) Esclerose nodular.
 - (B) Hemangioma.
 - (C) Adenoma.
 - (D) Hamatoma.
 - (E) Angiofibroma.
13. Nos traumatismos faciais, a região óssea que é MENOS frequentemente atingida é:
- (A) Osso nasal.
 - (B) Mandíbula.
 - (C) Maxila.
 - (D) Zigoma.
 - (E) Frontal.
14. Uma mulher de 50 kg é queimada em um incêndio em casa e sofre 60% de superfície corporal queimada (SCQ), queimaduras de espessura parcial e total. O seu 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 (CVP) até pelo menos 10cm H₂O; manter hidratação com cristalóides 375 mL / h.
 - (D) LR a 750 mL / h durante 8 horas e depois a 375 mL / h para após 16 horas.
 - (E) LR a 900 mL / h durante 8 horas e depois 500 mL / h durante 16 horas.
15. Sobre anatomia da região cervical, marque a opção INCORRETA.
- (A) A região cervical corresponde a uma área de transição entre a base do crânio, no limite superior, e a clavícula, inferiormente.
 - (B) A Zona I, transição cervicotorácica, tem como limite superior a margem inferior da cartilagem cricóide.
 - (C) A Zona II representa a área de maior complexidade anatômica devido ao arcabouço ósseo que protege as estruturas nervosas e vasculares que por ela atravessam.
 - (D) A Zona III é limitada pela margem inferior do corpo e ângulo da mandíbula e a base do crânio.
 - (E) A fáscia pré traqueal é uma fina lâmina de tecido conjuntivo que desce do osso hióide em direção ao tórax fixando-se no pericárdio fibroso.
16. Segundo o Código de ética, assinale a opção CORRETA.
- (A) A Medicina, em determinadas circunstâncias, pode ser exercida como comércio.
 - (B) É vedado ao médico internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com caráter filantrópico ou não, caso não faça parte dos seus corpos clínicos.
 - (C) É vedado ao médico deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar.
 - (D) O trabalho do médico pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.
 - (E) É vedado ao médico apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe a fim de não prejudicar o exercício da profissão.

17. Seu Vasco, 82 anos, dor abdominal em FIE há 5 dias, seguido de febre e redução do trânsito intestinal. Encontra-se eupneico e estável. À palpação abdominal apresenta dor e rigidez em FIE. Tomografia Abdominal mostra vários divertículos em cólon sigmoide, borramento da gordura perisigmoidiana e coleção local de 2,6cm. A classificação tomográfica de Hinchey modificada desse paciente é:
- (A) Ia.
 - (B) Ib.
 - (C) II.
 - (D) III.
 - (E) IV.
18. Sobre o paciente da questão anterior, o tratamento mais adequado é:
- (A) Colostomia e antibioticoterapia.
 - (B) Drenagem por laparotomia e ressecção do segmento do sigmoide comprometido.
 - (C) Drenagem percutânea guiada por US
 - (D) Drenagem por laparotomia.
 - (E) Antibioticoterapia associada à dieta zero e hidratação parenteral.
19. Sobre a colecistite aguda, a única assertiva que traz informação FALSA é:
- (A) A obstrução do ducto cístico pela impactação eventual de um cálculo causa colecistite aguda.
 - (B) Sintomas de dor abdominal com sinal de Murphy positivo, elevações moderadas nos níveis de fosfatase alcalina, bilirrubinas e transaminases, e leucocitose confirmam o diagnóstico de colecistite aguda.
 - (C) São sinais ultrassonográficos de colecistite aguda litiásica a identificação do cálculo, líquido pericolecístico, espessamento da parede da vesícula e sinal de Murphy ultrassonográfico.
 - (D) A colecistectomia parcial, cortando a vesícula transversalmente no infundíbulo com cauterização da mucosa remanescente (técnica de Thorek) não é aceitável devendo se retirar toda vesícula biliar.
 - (E) Alguns pacientes que apresentam colecistite aguda, mas têm risco cirúrgico proibitivo, a drenagem percutânea da vesícula biliar deve ser considerada.
20. Sobre o tratamento do volvo do sigmoide, pode-se afirmar:
- (A) Começa com hidratação venosa e na maioria dos casos envolve uma remoção cirúrgica do sigmoide.
 - (B) Os pacientes com sinais de necrose colônica são elegíveis para uma descompressão não operatória.
 - (C) A descompressão pode ser obtida pela colocação de um tubo retal por meio de um proctoscópio rígido, devendo-se evitar o uso de sigmoidoscópio flexível.
 - (D) Mesmo que a distorção não cirúrgica do sigmoide seja bem-sucedida, a ressecção cirúrgica do sigmoide é indicada, na maioria dos casos, não sendo necessária a realização de colonoscopia pré-operatória.
 - (E) Se a descompressão não operatória não puder ser realizada a abordagem cirúrgica está indicada podendo ser realizada a cirurgia de Hartmann.
21. Em uma gastrectomia videolaparoscópica por provável GIST, a melhor opção de material para fazer parte do arsenal solicitado pelo cirurgião é:
- (A) Pinça laparoscópica bipolar, tesoura seladora, trocarte de 11mm, grampeador circular número 28.
 - (B) Dispositivo de ressecção bipolar por radiofrequência, trocarte de 12mm e grampeador laparoscópico.
 - (C) Grampeador laparoscópico, cargas com poder de penetração variado, trocarte de 12mm e tesoura seladora.
 - (D) Tesoura seladora, trocarte de 11mm e sistema de ligadura de polímero.
 - (E) Pinça laparoscópica monopolar, grampeador linear e pinça Maryland.

22. Mais de 50 tipos de reparos de prolapso retal são descritos na literatura. A maior parte hoje em dia só tem interesse histórico. Dentre as opções abaixo, a que NÃO corrigiria um prolapso retal é:
- (A) Reparo de Ripstein.
 - (B) Procedimento de Wells.
 - (C) Procedimento de Frykman Goldeberg.
 - (D) Procedimento de Altemeier.
 - (E) Procedimento de Bascom.
23. A melhor opção para o tratamento de um empiema pleural seria:
- (A) Na fase aguda e fibrinopurulenta precoce, a toracocentese poderá ser diagnóstica, mas não terapêutica.
 - (B) Toracostomia fechada em selo d'água com dreno número 28 no empiema organizado.
 - (C) Drenagem do empiema loculado por VATS (Video-assisted thoracoscopic surgery).
 - (D) Toracostomia aberta com a ressecção de costela para o empiema agudo e fibrinopurulento.
 - (E) Toracocentese eco-guiada no empiema de necessidade.
24. Seriam vantagens da cirurgia robótica em relação a cirurgia laparoscópicas todas as opções abaixo, EXCETO:
- (A) Substituição da visão tridimensional normal da cirurgia laparoscópica por uma visão bidimensional do campo demonstrado em um monitor;
 - (B) O cirurgião controla uma plataforma de câmara óptica estável, eliminando a dependência de um assistente de câmara;
 - (C) O computador elimina o tremor das mãos e o movimento do equipamento é programável;
 - (D) O console permite uma posição mais ergonômica para o cirurgião;
 - (E) As pinças robóticas possuem articulações próximas à ponta que aumentam os graus de liberdade para atuar de modo mais próximo ao de uma mão humana;
25. Para os tumores benignos do esôfago, o tratamento de eleição para um pólipó esofageano pediculado cervical é:
- (A) Polipectomia endoscópica.
 - (B) Cervicotomia com esofagectomia.
 - (C) Cervicotomia com esofagectomia e esvaziamento linfonodal cervical.
 - (D) Toracosopia por videoendoscopia.
 - (E) Toracotomia com esofagectomia.
26. Dos diagnósticos abaixo, NÃO é causa de Abdome Agudo Perforativo com sítio etiológico o intestino delgado:
- (A) Síndrome de Boerhaave.
 - (B) Tuberculose Intestinal.
 - (C) Doença de Cronh.
 - (D) Febre Tifóide.
 - (E) Diverticulite de Meckel.

27. A lesão iatrogênica de via biliar é uma temida complicação da cirurgia de colecistectomia, promovendo em muitos casos comprometimento a qualidade de vida do paciente e altos custos aos serviços de saúde. Visando preveni-la, algumas estratégias são propostas na técnica de colecistectomia. Das estratégias citadas abaixo, fazem parte da visão crítica de segurança proposta por Strasberg:

- I. Triângulo hepatocístico livre de gorduras e tecido fibrótico;
- II. Dissecção fundo-cística da vesícula biliar do leito hepático;
- III. Duas e apenas duas estruturas adentrando na vesícula biliar;
- IV. Pelo menos um terço da vesícula biliar separada do fígado com exposição da placa cística;
- V. Identificação do sulco de Rouviere;
- VI. Identificação do linfonodo de Mascagni.

- (A) I, II e VI.
- (B) I, II e IV.
- (C) II, V e VI.
- (D) I, III e IV.
- (E) Todas as estratégias citadas.

28. Sobre a doença diverticular dos cólons, é INCORRETO afirmar:

- (A) Colite isquêmica, câncer colorretal, apendangite epiplóica e doença inflamatória intestinal fazem parte do diagnóstico diferencial da diverticulite aguda.
- (B) A diverticulite não complicada pode ser tratada com antibioticoterapia via oral, sem a necessidade de internação hospitalar.
- (C) Abscesso pericólico, peritonite fecal, obstrução intestinal e fístulas com órgãos adjacentes podem fazer parte de uma evolução desfavorável de uma diverticulite aguda.
- (D) A tomografia de abdome é ferramenta importante para avaliação de gravidade da diverticulite aguda. O tratamento dos pacientes com doença em estágios II e III de Hinchey envolve obrigatoriamente resseção de seguimento colônico afetado e colostomia terminal.
- (E) Mesalazina e probióticos podem ser usados como ferramentas na prevenção de novos episódios de diverticulite.

29. No que diz respeito à pileflebite, pode-se afirmar:

- (A) Diverticulite aguda, apendicite, pancreatite, e doença inflamatória intestinal podem ser causas desta patologia.
- (B) Os fatores de risco incluem: cirurgias prévias, tabagismo, imunodepressão, discrasias sanguíneas e etilismo.
- (C) Dentre as complicações pode-se citar abscessos hepáticos, infarto venoso mesentérico, trombose portal crônica e hipertensão portal.
- (D) É definida como trombose séptica da veia porta ou de seus ramos secundária a infecções intra-abdominais;
- (E) Todas as alternativas anteriores.

30. Paciente com TC de abdome mostrando lesão em bifurcação dos ductos hepáticos comprometendo mais o ducto direito, sugestivo de Tumor de Klatskin. A classificação, segundo Bismuth é:

- (A) Tipo I.
- (B) Tipo II.
- (C) Tipo IIIa.
- (D) Tipo IIIb.
- (E) Tipo IV.

31. Lesão cística na transição corpo-caudal do pâncreas. TC mostra padrão em “favo de mel” com cicatriz central. O diagnóstico mais provável é:
- (A) Cistoadenoma seroso.
 - (B) Cisto adenoma mucinoso.
 - (C) Tumor de Frantz.
 - (D) IMPN.
 - (E) Pseudocisto.
32. Para uma neoplasia maligna pancreática, a opção que NÃO sugere pior prognóstico é:
- (A) CA 19-9 maior que 1000U.
 - (B) Ducto de Wirsung medindo 1,5cm.
 - (C) Linfonodo 18 positivo.
 - (D) Invasão da veia mesentérica de 240 graus de circunferência.
 - (E) Tumor maior que 5cm.
33. Paciente gestante, 24 semanas, G2P1A0, sem histórico familiar para câncer de mama, queixa presença de nodulação com crescimento rápido em quadrante supero lateral (QSL) de mama esquerda, com evolução de dois meses. Ao exame físico, lesão endurecida, fixa aos planos adjacentes medindo cerca de 5 cm, sem sinais flogísticos. Axila e descarga papilar negativas. Exame de ultrassonografia revelou nódulo sólido irregular de 4,5 cm em QSL esquerdo. Realizou Core Biopsy, cujo histopatológico revelou células gigantes multinucleadas de corpo estranho. Das opções a seguir, a que representa o possível diagnóstico é:
- (A) Mastite granulomatosa idiopática.
 - (B) Mastite tuberculosa.
 - (C) Neoplasia maligna mamaria.
 - (D) Neoplasia benigna mamaria.
 - (E) Abscesso mamário.
34. Sobre o consentimento livre e esclarecido em cirurgias, analise as afirmações:
- I. É um documento obrigatório por lei apenas para as intervenções e procedimentos de urgência;
 - II. É um documento de proteção a autonomia exclusiva do médico;
 - III. A finalidade é esclarecer o paciente a respeito do procedimento a que será submetido.
- São afirmações CORRETAS:
- (A) I e II.
 - (B) I e III.
 - (C) Somente a I.
 - (D) Somente a II.
 - (E) Somente a III.
35. São objetivos do “Programa cirurgia segura salva vidas” desenvolvida pela OMS, EXCETO:
- (A) Usar de maneira sistemática métodos para prevenção de infecção do sítio cirúrgico;
 - (B) Investir em utilização de altas tecnologias, pois para garantir uma cirurgia segura necessita de infraestrutura moderna;
 - (C) Estabelecer vigilância de rotina e mensuração da assistência segura, pois só avalia quem mede os resultados;
 - (D) Promoção de anestesia segura, pois complicações nesta área ainda representam causa substancial de morte durante os procedimentos cirúrgicos;
 - (E) Identificar corretamente o paciente e demarcar a lateralidade do sítio cirúrgico.

36. Referente à obesidade, é CORRETO afirmar:

- (A) A cirurgia bariátrica deve ser considerada para todos os pacientes com índice de massa corpórea ≥ 35 kg/m².
- (B) Indivíduos com normal, porém com aumento da circunferência abdominal, são considerados obesos viscerais e devem ser tratados com terapia medicamentosa.
- (C) O tratamento com sibutramina é especialmente recomendado para pacientes obesos com doença arterial coronariana ou doença cerebrovascular, com ou sem diabetes tipo 2.
- (D) Mulheres obesas tem risco aumentado para o desenvolvimento de câncer do endométrio e câncer de mama após a menopausa.
- (E) A genética é importante, mas não determinante na origem da obesidade.

37. De acordo com o índice de massa corporal, a classificação para um paciente adulto que possui um IMC igual a 38,95 kg/m² é:

- (A) Sobrepeso.
- (B) Obesidade grau II.
- (C) Normal.
- (D) Obesidade mórbida.
- (E) Obesidade grau I.

38. Um homem com 45 anos de idade foi encaminhado para realizar cirurgia bariátrica devido ao quadro clínico de obesidade grau III e comorbidades, além de uma longa história de excesso de peso e várias tentativas frustradas de tratamento. Considerando essas informações e o paciente em estado pós-operatório, avalie as afirmações a seguir.

- I. O reganho de peso após o segundo ano de cirurgia é considerado esperado, e deve ser monitorado na avaliação nutricional do paciente;
- II. Após a ingestão de alimentos ricos em proteína, pode ocorrer a síndrome de Dumping, definida clinicamente pela combinação de sintomas gastrointestinais como cólicas abdominais, náuseas, vômitos, diarreia e sintomas como taquicardia, tontura, entre outros;
- III. No pós-operatório imediato, a dieta do paciente deve conter alimentos com mínimo estímulo, consistência líquida, de cores claras, em temperatura ambiente e sem adição de gordura e açúcar, além de ser ofertada em pequeno volume e frequentemente;
- IV. As necessidades nutricionais, no pós-operatório tardio, devem ser consideradas conforme a idade, o sexo e a situação fisiológica atual do paciente, no entanto, o principal cuidado é o de se evitar as deficiências de vitaminas e minerais.

É CORRETO apenas o que se afirma em:

- (A) I e II.
- (B) II e IV.
- (C) III e IV.
- (D) I, II e III.
- (E) I, III e IV.

39. No que tange à abordagem videolaparoscópica das hérnias da região inguinal, a assertiva abaixo que está INCORRETA é:

- (A) As técnicas mais populares incluem a abordagem extra peritoneal (TEP) e a transabdominal pré peritoneal (TAPP).
- (B) O triângulo de destruição ou triângulo da morte é limitado lateralmente pelo ducto deferente e medialmente pelos vasos espermáticos.

- (C) A tela é cuidadosamente presa com carga de grampeador ao ligamento de Cooper junto ao tubérculo púbico.
- (D) Os nervos que podem ser lesionados por grampos mal posicionados na abordagem TAPP são o ramo femoral do nervo genitofemoral ou o nervo cutâneo femoral lateral.
- (E) A tela não é fixada por grampos na área inferiormente ao trato iliopúbico além da artéria ilíaca externa.
40. A assertiva CORRETA sobre tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico é:
- (A) Na abordagem laparoscópica, normalmente, são utilizados cinco portais, dois para cirurgião, dois para o auxiliar e um para o afastador de fígado.
- (B) Indicar a cirurgia nos pacientes que respondem bem ao tratamento clínico com Inibidores de Bomba de Prótons (IBPs) e se tornam assintomáticos.
- (C) Na abordagem laparoscópica os pilares diafragmáticos são re-aproximados anteriormente ao esôfago (hiatoplastia).
- (D) Em pacientes com Motilidade Esofagiana Ineficaz (MEI) a peristalse é menor que 90% ou amplitude é menor que 50mmHg.
- (E) A funduplicatura parcial envolve o esôfago em 360°.
41. Com relação ao tratamento da coledocolitíase, a assertiva INCORRETA é:
- (A) A esfínterectomia endoscópica com extração de cálculos é efetiva para o tratamento da coledocolitíase.
- (B) Razões comuns para o fracasso da terapia endoscópica incluem cálculos grandes e cálculos múltiplos, dentre outras razões.
- (C) Na exploração laparoscópica do ducto biliar comum, o acesso com coledoscópio ao referido ducto poderá ser feito através do ducto cístico.
- (D) A drenagem biliar em Y de Roux (coledocojejunostomia em Y de Roux) causa *sump syndrome*.
- (E) A exploração aberta do colédoco poderá ser indicada na falha do tratamento endoscópico e laparoscópico.
42. Homem de 58 anos submetido à tireoidectomia total. No 1º dia de pós-operatório, o paciente referiu que se engasgou ao tomar água durante toda a noite. O paciente está eupneico, sem estridor e não há abaulamento da ferida operatória, porém a voz está soprosa e curta. A laringoscopia antes da alta hospitalar revela paresia bilateral de pregas vocais com fenda central ampla. Com esses dados, a conduta recomendada para este paciente é:
- (A) Fonoterapia e considerar a passagem de sonda nasoenteral.
- (B) Traqueostomia de emergência pelo quadro clínico.
- (C) Alta hospitalar com levotiroxina e carbonato de cálcio.
- (D) Intubação orotraqueal e corticoterapia.
- (E) Fisioterapia respiratória e liberação muscular cervical.
43. As fraturas que ocorrem com maior frequência em idosos que sofrem queda da própria altura são:
- (A) Pelve, ossos da mão e vértebras torácicas.
- (B) Sacro, púbis e ossos do pé.
- (C) Arcos costais, tíbia e púbis.
- (D) Arcos Costais, fêmur e punho.
- (E) Quadril, úmero e falanges.

44. Paciente 23 anos, vítima de múltiplos FAFs, é atendido na emergência:

- 1: Intubação orotraqueal com controle cervical;
- 2: MV positivo bilateralmente audível, percussão som claro pulmonar bilateralmente;
- 3: Bulhas Cardíacas Normofonéticas e rítmicas taquicárdicas sem sopro, palidez cutâneo mucosa +++/4+, PA= 75mmHg, p=145 bpm, pelve estável;
- 4: Glasgow 3 e pupilas isocóricas fotoreagentes.
- 5: Exposição com orifícios de arma de fogo, entradas em Hipocôndrio Direito sem orifício de saída, flanco esquerdo saindo em dorso, transfixante em membro superior.

Sobre o caso clínico exposto, assinale a opção CORRETA.

- (A) Realizar exames de imagem após a reposição inicial volêmica de 2000ml, sem aguardar reavaliação.
 - (B) Proceder a Expansão Volêmica vigorosa até regularizar a PAM e encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico para realização de Laparotomia.
 - (C) O controle de danos deve ser considerado, dados os sinais claros de choque hipovolêmico e suspeita de lesão vascular abdominal.
 - (D) A cirurgia poderá se delongar o tempo necessário para que os reparos sejam todos realizados.
 - (E) Proceder a infusão de albumina e noradrenalina em dose de 0,5 mcg/kg.
45. Sobre o Intraoperatório do paciente da questão anterior, é CORRETO afirmar:
- (A) Manobra de Mattox não está indicada, pois o risco de lesão vascular abdominal é baixo.
 - (B) Na presença de lesões entéricas, todas devem ser corrigidas, incluindo as anastomoses.
 - (C) Correções vasculares são mandatórias independente do tempo necessário para tal.
 - (D) A forma correta de acessar a cavidade, nesse caso, são com compressas e lançando mão das Manobras da Mattox e Cattell, para expor melhor as lesões vasculares.
 - (E) A melhor maneira de acessar a cavidade é com aspiração contínua do sangue, para então observar os locais das lesões.
46. O sistema Bethesda é utilizado para:
- (A) Classificação que vai de 1 a 4, sendo que quanto maior melhor o prognóstico.
 - (B) Definir os Carcinomas com células de Hurthle.
 - (C) Estagiar a evolução da Doença de Graves.
 - (D) Classificar alterações ultrassonográficas dos nódulos de tireóide.
 - (E) Avaliar alterações celulares no aspirado da PAF dos nódulos de tireoide.
47. 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

48. Na reconstrução nasal, assinale a afirmativa FALSA sobre o emprego do retalho médio-frontal clássico.
- (A) É o retalho comumente empregado para o tratamento das perdas extensas de coberturas em qualquer área do nariz.
 - (B) Esse retalho é geralmente elevado no plano subcutâneo, na sua porção mais distal, e passa a um plano mais profundo, imediatamente supraperiosteal nas proximidades do seu pedículo, de modo a aumentar a segurança de sua dissecação.
 - (C) A base do pedículo pode ser de aproximadamente 1,5cm de largura, já que seu suprimento sanguíneo é axial.
 - (D) O retalho não apresenta limitações nas suas dimensões transversas, pois na maioria das vezes o retalho é largo o suficiente para conseguir reparar todo o revestimento do nariz, não havendo dificuldade de fechamento da área doadora.
 - (E) O fechamento da área doadora por segunda intenção apresenta resultados estéticos melhores do que a enxertia de pele.
49. São exemplos de retalhos randômicos, EXCETO:
- (A) Zetaplastia.
 - (B) Retalho V-Y.
 - (C) Retalho romboide.
 - (D) Retalho nasogeniano.
 - (E) Retalho de interpolação.
50. A artéria responsável por cerca de 60% da vascularização da mama é(são):
- (A) Artéria torácica lateral.
 - (B) Ramos perfurantes intercostais posteriores.
 - (C) Artéria torácica interna.
 - (D) Artéria toraco-acromial.
 - (E) Artéria torácica superior.