

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

PROCESSO SELETIVO – EDITAL N.º 013/2025

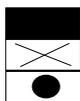
PROVA OBJETIVA

RESIDÊNCIA MÉDICA – HUC

09 DE OUTUBRO DE 2025
COM PRÉ-REQUISITO – CIRURGIA GERAL

INFORMAÇÕES E INSTRUÇÕES ABAIXO:

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Esta PROVA contém 40 questões numeradas de 01 a 40. 2. Confira se sua PROVA contém a quantidade de questões correta. Em caso negativo, comunique imediatamente ao fiscal de sala para a substituição da prova. 3. Verifique, no CARTÃO-RESPOSTA, se os seus dados estão registrados corretamente. Caso encontre alguma divergência, informe imediatamente ao fiscal de sala. 4. Após a conferência do CARTÃO-RESPOSTA, <u>assine seu nome</u> no local indicado. 5. Para as marcações do CARTÃO-RESPOSTA, utilize apenas caneta esferográfica, com ponta grossa e tinta preta ou azul. 6. Para o preenchimento do CARTÃO-RESPOSTA, observe: <ol style="list-style-type: none"> a. Para cada questão, preencher apenas uma resposta. b. Preencha totalmente o espaço compreendido no retângulo correspondente à opção escolhida para resposta. A marcação em mais de uma opção anula a questão, mesmo que uma das respostas esteja correta. | <ol style="list-style-type: none"> 7. O tempo disponível para esta prova é de 04:00hrs (quatro horas), com início às 13:00 horas e término às 17:00 horas. 8. Você poderá deixar o local de prova somente após as 14:00 horas. 9. Você poderá levar o CADERNO DE PROVA a partir das 16hrs. 10. Você poderá ser eliminado da PROVA, a qualquer tempo, no caso de: <ol style="list-style-type: none"> a. ausentar-se da sala sem o acompanhamento do fiscal; b. ausentar-se do local de provas antes de decorrida 1 (uma) hora do início da PROVA; c. ausentar-se da sala de provas levando CARTÃO-RESPOSTA da Prova Objetiva e/ou CADERNO DE PROVA; d. ser surpreendido, durante a realização da PROVA, em comunicação com outras pessoas ou utilizando-se de livro ou qualquer material não permitido; e. fazer uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação, bem como protetores auriculares não autorizados pela Comissão; f. perturbar, de qualquer modo, a ordem dos trabalhos, incorrendo em comportamento indevido; g. não cumprir com o disposto no edital do Exame. |
|--|--|



Preenchimento correto;
 Preenchimento incorreto;
 Preenchimento incorreto.

RESPOSTAS

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.

EM BRANCO

1. A doença polipoide do trato digestivo tem importância pelo seu contexto pre-neoplásico de algumas de suas manifestações. Seu correto diagnóstico por isso merece destaque. Em relação a doença polipoide dos cólons, assinale a alternativa **CORRETA**.
 - A) O pólipó juvenil é mais frequente em cólon direito, baixo potencial maligno e tratado com ressecção por colonoscopia e seguimento anual.
 - B) Síndrome de Gardner e de Turcot são típicas síndromes de polipose familiar, e por se tratar de pólipos do tipo hiperplásico tem indicação de colonoscopia anual e ressecção cirúrgica do cólon em caso de malignização.
 - C) Paciente com pólipos isolados em que o exame anátomo-patológico evidenciou displasia de baixo grau tem indicação de seguimento, com nova colonoscopia em até 2 anos.
 - D) Pólipó hamartomatoso é um dos critérios para Síndrome de Peutz-Jeghers e deve ser encaminhado para tratamento específico.
 - E) **O hamartoma é mais comum na criança e não tem potencial maligno, apenas risco de sangramento.**

2. Paciente masculino, 40 anos, IMC 32, avaliado no ambulatório com queixa de azia constante, principalmente à noite com piora da intensidade e frequência nos últimos 2 meses. Endoscopia digestiva mostrando esofagite erosiva e transição esofagogástrica coincidente com o pilar diafragmático. Em relação a este caso podemos afirmar:
 - A) Apesar do sintoma é baixa a probabilidade de doença do refluxo por não haver hérnia de hiato e deve-se avaliar outras dismotilidades esofágicas.
 - B) Este paciente tem DRGE com fatores de gravidade como sexo masculino e obesidade, sendo o tratamento cirúrgico laparoscópico a melhor opção terapêutica inicial.
 - C) Como não há hernia de hiato este paciente deve realizar uma manometria e ph-metria esofágica e confirmando o refluxo deve ser encaminhado para tratamento cirúrgico laparoscópico.
 - D) **Este paciente tem Doença do refluxo gastroesofágico e deve ser iniciado tratamento com medidas higiênicas-dietéticas e bloqueador de bomba de prótons.**
 - E) Como não há hernia de hiato evidente a melhor opção terapêutica é a videolaparoscopia com a cirurgia de Nissen e confecção de válvula frouxa para evitar disfagia.

3. Um homem de 62 anos, portador de cisto de colédoco, foi submetido à derivação bileodigestiva com reconstrução em Y de Roux. No pós-operatório imediato evolui estável, mas no 3º dia apresentou débito elevado pelo dreno suctor abdominal (700 mL/dia de secreção biliar pelo dreno colocado em hipocôndrio direito), sugerindo fístula da anastomose bileodigestiva. Encontra-se em uso de antibióticos, afebril, sem sinais de peritonite difusa, inapetência importante e com perda nitrogenada significativa. O paciente apresenta albumina sérica de 2,1 g/dL e IMC de 17,5 kg/m².

Em relação à conduta nutricional nesse contexto, qual das alternativas abaixo é a mais adequada segundo as recomendações atuais em terapia nutricional perioperatória?

 - A) **Utilizar nutrição enteral associada à dieta via oral por sonda nasointestinal posicionada em alça jejunal, pois essa combinação reduz complicações infecciosas e favorece cicatrização.**
 - B) Manter o paciente em jejum absoluto, apenas com hidratação venosa, até o fechamento espontâneo da fístula, visto que a nutrição enteral aumentaria o débito.
 - C) Iniciar nutrição parenteral total precoce, uma vez que o trato gastrointestinal não deve ser estimulado em fístulas com alto débito.
 - D) Associar nutrição parenteral total com suplementação de glutamina e arginina, mantendo jejum enteral até cessar o débito da fístula biliar.
 - E) Este paciente não necessita terapia nutricional pois apresenta albumina sérica num valor adequado sem sinais de desnutrição.

4. Em pacientes com trauma de extremidade, uma complicação é a síndrome compartimental cuja suspeita e reconhecimento precoce são fundamentais para salvamento do membro. A respeito da síndrome compartimental em membro inferior, é **CORRETO** afirmar:
 - A) Seu tratamento inclui a fasciotomia anterior e posterior, descomprimindo estes compartimentos.
 - B) Após a confecção da fasciotomia a pele pode ficar aberta e nestes casos curativos de pressão negativa devem ser evitados para não lesar tecidos musculares e feixe vasculonervoso profundo.
 - C) **A fasciotomia deve ser usada com parcimônia, pois pode tornar uma fratura fechada em exposta.**
 - D) Em casos de síndrome compartimental por queimaduras faz-se apenas a escarotomia da pele sem a incisão da fáscia.
 - E) A parestesia, sintoma que ocorre pela fratura e lesão do nervo, frequentemente é atribuída a síndrome compartimental que não causa este tipo de sintoma.

5. Um paciente de 52 anos, IMC 28 kg/m², apresenta pirose crônica há 12 anos, parcialmente responsiva ao uso de IBP. Recentemente, desenvolveu disfagia intermitente e realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou esôfago de Barrett longo, sem displasia, e hérnia hiatal por deslizamento de 5 cm. A pHmetria de 24h mostrou tempo de exposição ácida esofágica total de 14% e a manometria de alta resolução revelou hipotonia do esfíncter esofágico inferior (pressão basal 4 mmHg) com peristalse esofágica preservada.

Considerando as evidências atuais e as opções terapêuticas para DRGE, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) A versão 2.0 do Consenso de Lyon considera a documentação do tempo total de exposição ácida acima de 15%, em dois dias consecutivos da pHmetria sem cateter ou em um dia de monitoração da impedância-pHmetria, como evidência conclusiva para a certeza diagnóstica da DRGE.
- B) Os consensos atuais consideram como evidências adicionais que suportam o diagnóstico de DRGE: a associação refluxo-sintoma positiva, o número total de episódios de refluxo maior do que 120 por dia e a impedância basal noturna da mucosa (IBNM) esofágica baixa.
- C) A presença de esôfago de Barrett longo contraindica cirurgia antirrefluxo, sendo o manejo apenas clínico com IBP em dose plena e vigilância endoscópica seriada de acordo com a versão 2.0 do Consenso de Lyon.
- D) A indicação formal atual de cirurgia antirrefluxo só ocorre em pacientes com disfagia refratária associada a aperistalse de corpo de esôfago, sendo este o critério principal para abordagem cirúrgica.
- E) A versão 2.0 do Consenso de Lyon considera a documentação do tempo total de exposição ácida acima de 6%, em dois dias consecutivos da pHmetria sem cateter ou em um dia de monitoração da impedância-pHmetria, como evidência conclusiva para a certeza diagnóstica da DRGE.
6. Paciente de 40 anos, com história de diabetes melitus é admitido no pronto socorro com história de dor abdominal intensa, de início progressivo nas últimas horas, associado a náusea e evacuação com melena em pequena quantidade. Ao exame paciente com redução de ruídos hidro-aéreos, dor importante em abdome a palpação profunda, com abdome levemente distendido, flácido sem sinais de defesa abdominal. Afebril, taquicárdico e fácies de sofrimento, vasos sublinguais murchos. Em relação a este caso pode-se afirmar:
- A) A distensão ainda em fase inicial pelo curto espaço de tempo fazem pensar em oclusão intestinal e a presença de melena leva ao diagnóstico mais provável de tumor de reto.
- B) A hipótese mais provável é de abdome agudo isquêmico e deve ser realizada uma angiotomografia para diagnóstico.
- C) Abdome agudo nesta faixa etária mais comum é inflamatório e a ecografia, apesar de menor especificidade que a tomografia já pode fazer o diagnóstico e definir tratamento.
- D) Os vasos sublinguais murchos são sinais de falência cardíaca e a reposição líquida deve ser restrita e cuidadosa.
- E) Este paciente tem uma HDB e deve ser encaminhado imediatamente a colonoscopia.
7. Homem de 62 anos, hipertenso controlado, procura o pronto-socorro com dor abdominal em fossa ilíaca esquerda há 36 horas, febre baixa e leucocitose de 13.000/mm³. Tomografia computadorizada evidencia espessamento da parede do sigmoide, inflamação da gordura adjacente (espessamento de gordura pericolônica) e pequeno abscesso pericólico medindo 3 cm. Não há sinais de perfuração livre ou obstrução. O paciente está hemodinamicamente estável.

Com base nas atualizações recentes no manejo da diverticulite aguda, qual a conduta mais adequada?

- A) Antibioticoterapia oral em regime ambulatorial, com dieta livre, considerando que o abscesso é pequeno e o paciente estável.
- B) Antibioticoterapia endovenosa obrigatória por 7 dias e drenagem percutânea imediata do abscesso.
- C) Internação hospitalar com antibioticoterapia de amplo espectro, jejum absoluto e drenagem cirúrgica de urgência guiada por videolaparoscopia.
- D) Indicação formal de sigmoidectomia eletiva já na primeira crise para evitar recorrência.
- E) A cirurgia de urgência neste paciente está indicada, pois todos os pacientes com abscessos maiores que 3 cm, independentemente da resposta ao tratamento clínico devem ser submetidos a tratamento cirúrgico.

8. Em relação ao protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), analise as assertivas abaixo e marque a alternativa **CORRETA**.
- I. O jejum pré-operatório atualizado recomenda 2 horas para líquidos claros e 6 horas para sólidos leves, sendo indicada a carga de carboidratos até 2h antes da indução anestésica, salvo contraindicações específicas.
 - II. A estratégia de reposição volêmica intraoperatória liberal, com volumes elevados de cristaloides, reduz complicações respiratórias e renais, sendo preferida pelo ERAS.
 - III. A analgesia multimodal com ênfase em técnicas regionais e redução do uso de opioides está associada a menor incidência de íleo paralítico e recuperação funcional mais rápida.
 - IV. A utilização rotineira de drenos abdominais em cirurgias colorretais é uma recomendação do ERAS, pois reduz complicações infecciosas e orienta a drenagem de coleções mais precocemente reduzindo a necessidade de intervenções cirúrgicas.
 - V. O início precoce da alimentação oral é recomendado já no primeiro dia pós-operatório, desde que o paciente não apresente contraindicações clínicas.
- A) Apenas II, III e IV estão corretas.
 - B) Apenas I, III, IV e V estão corretas.
 - C) Apenas I e V estão corretas.
 - D) Apenas I, III e V estão corretas.**
 - E) Todas as alternativas estão corretas.
9. A videolaparoscopia tem sido amplamente usada com inúmeros benefícios em relação a cirurgia convencional ou “aberta”. Em relação a videolaparoscopia, pode-se afirmar:
- A) O volume e pressão abdominal são os responsáveis pelo aumento da complacência pulmonar e redução da capacidade vital.
 - B) O CO₂ deve ser manejado com cuidado e insuflação lenta por ser de baixa solubilidade no sangue e por isso alto risco de embolia gasosa.
 - C) O pneumoperitônio pode causar redução do débito cardíaco tanto pela pressão abdominal com redução do retorno venoso quanto pelo efeito depressor do miocárdio por efeito direto do CO₂.**
 - D) A hipercapnia tem efeito protetor com vasoconstrição cerebral compensando a redução de retorno venoso torácico e redução da drenagem craniana e protegendo de um aumento de pressão intra-craniana.
 - E) Por usar CO₂ a pressão intra-abdominal durante a laparoscopia tem baixas repercussões mecânicas permitindo maiores pressões abdominais com segurança.
10. Homem de 58 anos, ex-tabagista, apresenta hérnia incisional gigante em laparotomia mediana prévia com perda de domicílio estimada em 40%. Está em preparo para cirurgia eletiva. Em relação às hérnias complexas da parede abdominal assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) O uso da toxina botulínica tipo A tem efeito limitado às primeiras 24h após aplicação, sem benefício sustentado no relaxamento da parede abdominal.
 - B) A principal complicação imediata da correção cirúrgica nesses pacientes é a recidiva herniária precoce, secundária à falha da fixação da tela.
 - C) A colocação de tela intraperitoneal nesses casos é a técnica de escolha universal, independentemente do grau de contaminação ou da extensão da perda de domicílio.
 - D) Hérnia com perda de domicílio é definida quando mais de 10% do volume visceral encontra-se fora da cavidade abdominal.
 - E) A classificação de Tanaka considera hérnia com perda de domicílio quando o volume herniado excede 25% do volume da cavidade abdominal.**
11. Um dos marcadores tumorais para o Tumor carcinoide com produção excessiva de serotonina é
- A) Antígeno Carcinoembrionário (CEA).
 - B) Ácido 5-hidroxiindolacético urinário (5HIAA).**
 - C) Beta Gonadotrofina coriônica humana (B-HCG).
 - D) Alfa-feto proteína.
 - E) Antígeno Prostático específico (PSA).

12. Em relação à cirurgia de controle de danos no trauma de tórax assinale V para verdadeiro e F para falso e a seguir assinale a alternativa **CORRETA**.

() As feridas atriais apresentam maior friabilidade em comparação às ventriculares, exigindo uma técnica de sutura mais cuidadosa. Seu controle inicial pode ser realizado com o auxílio de um clampe vascular e um pinçamento lateral, sendo realizada preferencialmente sutura contínua com fio inabsorvível.

() As suturas miocárdicas ventriculares deverão ser realizadas preferencialmente com fio inabsorvível e agulha vascular (polipropileno 4-0), com pontos em U ou à Halsted. Em feridas que estão em proximidade às artérias coronárias, os pontos devem ser passados paralelamente e por debaixo dessas estruturas, no intuito de preservar o fluxo desses vasos.

() Nas lesões tunelizantes ou transfixantes pulmonares, os pacientes eventualmente apresentam sangramento pelos orifícios de entrada e de saída do pulmão. O simples fechamento desses ferimentos implicaria um grande hematoma dissecante pulmonar ou infecção no período pós-operatório, com risco de formação de abscesso pulmonar.

() Quando o paciente apresentar lesão de esôfago torácico associado à demais lesões torácicas a opção de realização de esofagostomia cervical deve ser pensada como primeira opção no damage control de lesões esofágicas pela baixa morbidade desta técnica.

() A técnica de packing é contra indicada no tórax, pois as compressas dentro da cavidade torácica causam restrição diastólica cardíaca e desvio mediastinal, o que leva a um baixo débito cardíaco, com conseqüente queda da pressão arterial e piora do quadro do paciente.

A) **V – V – V – F – F.**

B) V – V – V – V – V.

C) V – V – V – F – V.

D) F – V – V – F – F.

E) V – F – V – F – V.

13. Paciente de 45 anos, etilista crônico, apresenta dor abdominal persistente no andar superior do abdome, plenitude pós-prandial e emagrecimento progressivo. Tem antecedente de pancreatite aguda há 8 semanas. A tomografia computadorizada de abdome evidencia coleção de 7 cm, bem delimitada, com conteúdo líquido homogêneo adjacente à cauda do pâncreas, sem gás no interior.

Sobre pseudocistos pancreáticos, assinale V (verdadeiro) ou F (falso).

1. () O diagnóstico de pseudocisto pancreático deve ser considerado apenas após 4 a 6 semanas do episódio de pancreatite aguda, quando a coleção apresenta parede madura.

2. () Pseudocistos pancreáticos assintomáticos, mesmo com diâmetro > 2 cm, devem ser obrigatoriamente drenados devido ao risco de ruptura.

3. () O tratamento endoscópico é atualmente preferido em casos sintomáticos ou complicados, por apresentar menos morbidade em comparação à cirurgia.

4. () O tratamento cirúrgico (cistogastrostomia, cistojejunostomia, cistoduodenostomia) é reservado para falha da drenagem endoscópica, complicações, anatomia desfavorável ou falta de material para realização de drenagem endoscópica.

5. () Hemorragia em pseudocisto pancreático, geralmente associada à erosão de artéria esplênica ou gástrica, pode demandar abordagem endovascular (embolização) em vez de cirurgia imediata.

6. () A drenagem percutânea é o tratamento de escolha inicial em pseudocistos sintomáticos.

A) F – F – V – V – V – F.

B) V – F – V – F – V – V.

C) **V – F – V – V – V – F.**

D) V – V – F – V – V – F.

E) F – F – V – F – V – F.

14. Paciente vítima de acidente automobilístico, politraumatizado, evolui com choque hemorrágico e lesão de múltiplos segmentos intestinais. Após controle provisório da hemorragia e contaminação, constata-se edema visceral importante, sendo indicada a estratégia de abdômen aberto. Sobre essa conduta, assinale **V** para verdadeiro e **F** para falso.
- () O abdômen aberto pode ser indicado tanto em contexto de “damage control surgery” quanto para prevenção ou tratamento da síndrome compartimental abdominal.
 - () O uso de curativos a vácuo está associado a menor risco de fístula enteroatmosférica do que a utilização exclusiva de compressas embebidas em soro fisiológico.
 - () O fechamento definitivo da parede abdominal deve ser realizado precocemente, idealmente nos primeiros 7 dias, desde que o paciente apresente condições fisiológicas adequadas.
 - () A principal desvantagem do abdômen aberto é o risco aumentado de hipertensão intra-abdominal.
 - () A taxa de complicações, como infecções, fístulas e perda de parede abdominal, aumenta proporcionalmente ao tempo de permanência do abdômen aberto.
 - () O uso da aspiração contínua remove mediadores inflamatórios da cavidade, com menor mortalidade em comparação a apenas curativo isolante.
- A) V – F – V – F – V – V.
B) V – F – V – F – V – F.
C) F – V – V – F – V – V.
D) F – F – V – F – V – V.
E) **V – V – V – F – V – V.**
15. Com relação à obtenção de acessos vasculares no atendimento primário a crianças politraumatizadas, é **CORRETO** afirmar que
- A) O objetivo é a obtenção de três acessos vasculares curtos e pouco calibrosos, em até 125 segundos após a chegada da criança na sala de emergência.
 - B) Caso o acesso venoso periférico seja difícil, deve-se realizar uma punção intraóssea como primeira opção no manejo do choque da criança politraumatizada.**
 - C) Os acessos subclávio e jugular interna são contraindicados no trauma pediátrico por causa da alta taxa de complicações.
 - D) Em caso de suspeita de trauma abdominal ou pélvico importante, recomenda-se a obtenção de acesso venoso femoral.
 - E) A reposição hídrica e a transfusão de hemocomponentes têm como objetivos otimizar a oxigenação adequada para órgãos vitais e prevenir o choque. Na reanimação inicial, utilizam-se soluções cristaloides isotônicas aquecidas, como o RL e o SF 0,9%, e o volume inicial deve ser administrado tão rapidamente quanto possível, infundindo-se 30mL/kg.
16. As fístulas enteroatmosféricas FEA podem ser classificadas de acordo com parâmetros **anatômicos e fisiológicos**. A Sociedade Mundial do Compartimento Abdominal (WSACS)¹³ propôs uma classificação simples para descrever o abdome aberto (Classificação de Björck). Uma vez sabendo que o abdome aberto é talvez o maior **fator de risco** para o desenvolvimento de uma FEA, a Classificação de Björck é mandatória para seu conhecimento e tratamento. Assinale a alternativa **CORRETA** de acordo com essa classificação.
- A) Grau 3B: Abdome aberto limpo e congelado.
 - B) Grau 1C: Abdome aberto limpo desenvolvendo aderência/fixações.
 - C) Grau 1D: Fístula entérica, desenvolvendo fixações.
 - D) Grau 1A: Abdome aberto limpo sem aderências entre o intestino e a parede abdominal ou fixações.**
 - E) Grau 2B: Abdome aberto contaminado e congelado.
17. Pacientes com condições genético-familiares podem ter indicação de ressecção de órgãos profilaticamente. Das opções abaixo qual não é indicação de ressecção profilática:
- A) Pancreatectomia por CEA elevado e história familiar de ca de pâncreas.**
 - B) Mastectomia por BRCA elevado e história familiar de ca de mama.
 - C) Colectomia por polipose familiar.
 - D) Tireoidectomia por NEM tipo II.
 - E) Todos acima são indicações.

18. Paciente masculino, 65 anos, tratado por pneumonia grave, reinternado 7 dias após a alta com diarreia e a pesquisa de Clostridium difficile positiva. Das opções abaixo, qual a melhor alternativa para tratamento:
- A) Vancomicina EV.
 - B) Clindamicina VO.
 - C) Eritromicina VO.
 - D) Cefepime EV.
 - E) Vancomicina VO.**
19. O câncer gástrico ainda é um dos tumores gastrointestinais mais frequentes. Sua epidemiologia, semiologia e arsenal diagnóstico são largamente descritos. Qual das alternativas abaixo não tem relação com tumores gástricos:
- A) Nódulo de Virchow.
 - B) Tumor de Krukemberg.
 - C) Incidência acima de 40 anos com pico após os 60 anos.
 - D) Doença de Alzheimer.**
 - E) Nódulo de Irish.
20. Ao avaliar um pós-operatório tardio, o paciente reclamou de que ficou com queleide. Ao analisar a cicatriz você reparou que na verdade se tratava de cicatriz hipertrófica. Sua análise foi provavelmente baseada na seguinte situação:
- A) A cicatriz não se eleva acima do plano da pele.
 - B) Os bordos da cicatriz não se estendem além dos limites da ferida.**
 - C) A coloração da cicatriz está menos avermelhada que nas primeiras semanas.
 - D) Resultado da biópsia da cicatriz que evidenciou mais hemácias na cicatriz.
 - E) A área da cicatriz penetra em tecidos adjacentes.
21. Mulher, 45 anos, dor em flanco direito 8/10, febre 39 °C, calafrios. PA 98×60, FC 122. EAS: piúria; lactato 2,8. Tomografia de abdome sem contraste: cálculo 8 mm em ureter proximal direito com hidronefrose moderada. Conduta?
- A) LECO imediata.
 - B) Tansulosina e analgesia domiciliar.
 - C) Drenagem urinária urgente (duplo J ou nefrostomia) + antibioticoterapia.**
 - D) Ureteroscopia com laser agora.
 - E) Apenas hidratação vigorosa e observar.
22. A infecção de sítio cirúrgico é um dos parâmetros monitorados pela CCIH de uma instituição e suas taxas são usadas para parâmetros de qualidade hospitalar. Das alternativas abaixo, qual tem a melhor probabilidade de caracterizar uma infecção superficial de sítio cirúrgico?
- A) Secreção purulenta pela ferida.**
 - B) Abscesso de pelve com possibilidade de drenagem perineal por culdocentese.
 - C) Temperatura axilar > 38° C.
 - D) Leucocitose entre 12000 e 15000 leucócitos por campo.
 - E) Eritema na ferida operatória.
23. Mulher, 76 anos, fibrilação atrial não anticoagulada, dor abdominal desproporcional ao exame e náusea, com início há 4 horas. PA 102×64, FC 118, lactato 4,2. Angio-tomografia de abdome: oclusão proximal de artéria mesentérica superior, sem sinais de necrose em alças pelo exame, ausência de pneumoperitônio. Melhor conduta?
- A) Heparinizar e observar.
 - B) Trombólise sistêmica.
 - C) Nutrição parenteral e reavaliação.
 - D) Laparotomia exploradora.
 - E) Revascularização urgente (embolectomia/endovascular) e ressecção se necessário.**

24. Homem, 74 anos, dor lombar súbita irradiada para abdome, PA 94×62 (responde a 500 mL), FC 112, pele fria. US: Aneurisma de aorta abdominal com 7,2 cm de diâmetro. Lúcido, sem peritonite; Melhor conduta?
- A) Internar e programar reparo endovascular eletivo.
 - B) Reanimação até PA 130×80.
 - C) Levar direto à laparotomia sem imagem.
 - D) Angiotomografia aorto ilíaca, avaliar reparo endovascular de urgência.**
 - E) Analgesia e observar 6 h.
25. Mulher, 70 anos, dor abdominal difusa há 12 h; veio da UPA, onde ficou 8 h e recebeu sonda nasogástrica com débito de 400 mL de estase. PA 112×68, FC 105, FR 22. História prévia de histerectomia aberta há 40 anos. Tomografia de abdome mostrando mudança abrupta de calibre de delgado e dilatação em alça fechada, redemoinho mesentérico e pneumatose intestinal. Conduta?
- A) Laparotomia/laparoscopia de urgência.**
 - B) Manter sonda nasogástrica e observar 48–72 h.
 - C) Enema hidrossolúvel.
 - D) Colonoscopia descompressiva de urgência.
 - E) Bloqueador de canais de cálcio.
26. Mulher, 48 anos, diabética e IMC 42. Apresenta dor epigástrica há 2 dias com náuseas e 3 episódios de vômito. Febre 38,5 °C, PA 90×60, FC 115. Amilase 836 U/L, FA 480 U/L; BT 8,2 mg/dL. US: cálculos na vesícula biliar e colédoco dilatado (9 mm). Conduta na via biliar?
- A) CPRE eletiva após resolução.
 - B) Coledocotomia aberta imediata.
 - C) CPRE urgente (<24 h) por suspeita de colangite/obstrução.**
 - D) Apenas antibioticoterapia e observar.
 - E) Coledocolitotomia laparoscópica imediata sem imagem.
27. Homem, 61 anos, dor em fossa ilíaca direita há 10 dias, febre 37,9 °C, PA 118×70, FC 98. Abdome doloroso em fossa ilíaca direita, sem peritonite difusa. Tomografia de abdome: abscesso 7,0 cm pericecal. Melhor conduta inicial?
- A) Apendicectomia imediata para todos.
 - B) Somente antibioticoterapia e alta.
 - C) Colonoscopia terapêutica.
 - D) Laparoscopia diagnóstica.
 - E) Antibioticoterapia + drenagem percutânea; considerar a apendicectomia de intervalo.**
28. Homem, 61 anos, pneumatúria e ITU recorrente por E. coli. PA 128×76, FC 84. Tomografia de abdome com contraste: diverticulite de cólon sigmoide crônica com provável fístula colovesical, ar no interior da bexiga, sem abscesso. Melhor abordagem cirúrgica?
- A) Hartmann de urgência sempre.
 - B) Sonda vesical 4 semanas apenas.
 - C) Ressecção sigmoide com anastomose primária + reparo vesical (tempo único).**
 - D) Ressecção de cólon com colostomia terminal permanente.
 - E) Laparoscopia diagnóstica.
29. Homem, 59 anos, em atendimento eletivo apresenta colonoscopia com lesão vegetante no reto médio (6 cm da borda anal) e biópsia: adenocarcinoma. Ao toque retal: lesão móvel. Como melhor realizar o estadiamento loco-regional?
- A) Tomografia de pelve simples.
 - B) Ultrassom de abdome.
 - C) PET-CT como único exame.
 - D) Ressonância magnética de pelve de alta resolução com protocolo para reto.**
 - E) Ultrassom endoscópico retal.

30. Mulher, 44 anos, dor anal crônica, fissura posterior com papila sentinela; falha com banhos de assento e nitrato tópico por 8 semanas. Tônus basal elevado. PA 122×76, FC 80. Qual o melhor tratamento?
- A) **Esfincterotomia lateral interna.**
 - B) Escleroterapia.
 - C) Ligadura elástica.
 - D) Hemorroidectomia fechada.
 - E) Botox + fissurectomia.
31. Homem, 24 anos, perfuração torácica por arma branca no hemitórax direito infraescapular há 40 min. PA 88×56, FC 128, SatO₂ 92% em máscara de O₂, FR 36. Drenagem de tórax com dreno 32 realizado na sala de emergência. Débito: 1700 mL hemático imediato, +300 mL em 30 min. O E-FAST demonstrou pericárdio livre. Conduta?
- A) Manter dreno e observar.
 - B) Reposição volêmica e tomografia com contraste EV.
 - C) **Toracotomia de urgência.**
 - D) Angioembolização eletiva.
 - E) Toracosopia diagnóstica.
32. Homem, 54 anos, cirrótico Child B de etiologia alcoólica, hematêmese e melena há 4 horas. PA 96×60, FC 118, FR 24. Abordagem inicial indispensável?
- A) Inibidor de bomba de prótons IV.
 - B) Endoscopia imediata.
 - C) Balão como primeira linha em todos.
 - D) Alta após controle de sintomas e retorno da PA ao normal.
 - E) **Vasoativo (octreotide/terlipressina) + antibiótico profilático + reposição volêmica + endoscopia alta precoce.**
33. Homem, 68 anos, ex-tabagista, HAS. Dor súbita em membro inferior direito há 4 h, palidez, parestesia, pé frio, sem pulsos distais, fraqueza de dorsiflexão (2/5). PA 150×85, FC 104. Doppler beira-leito sem fluxo tibial. Conduta?
- A) Analgesia e observação 12–24 h.
 - B) **Heparinização imediata + revascularização urgente.**
 - C) Trombolítico sistêmico plena dose.
 - D) Antiplaquetário isolado e alta.
 - E) Fasciotomia isolada.
34. Homem, 29 anos, trazido pelo pré-hospitalar, trauma há 20 minutos. Ferida penetrante na lateral esquerda do pescoço. Sangramento ativo sob curativo com gaze compressiva, observa-se estridor. PA 92×58, FC 128. Conduta imediata?
- A) **Exploração cirúrgica imediata.**
 - B) Angio-TC de pescoço.
 - C) EDA.
 - D) Observação com curativo compressivo.
 - E) Arteriografia diagnóstica.
35. Mulher, 22 anos, queda de moto 60 km/h. Dispneia, FR 36, PA 78×54, FC 132, turgência jugular, murmúrio vesicular abolido à direita, desvio de traqueia. Melhor conduta inicial?
- A) IOT e depois TC.
 - B) Toracostomia com dreno nº 38.
 - C) O₂ por máscara e observar.
 - D) **Punção de alívio imediata seguida de drenagem fechada.**
 - E) US para confirmar antes de puncionar.

36. Mulher, 67 anos, da entrada emergência com exteriorização aguda de sangue vivo nas fezes e hipotensão leve (PA 98×62, FC 112). Hb 7,8. Tem colonoscopia previa 1 ano antes somente com doença diverticular não complicada. Após ressuscitação volêmica, sangramento persiste. Sem preparo de cólon. Melhor exame/conduita?
- A) Colonoscopia imediata sem preparo.
 - B) Angiografia apenas diagnóstica.
 - C) Angiotomografia para localização do sangramento e possível terapia endovascular após.
 - D) Cintilografia primeiro.
 - E) Alta após estabilização com hemoderivados.
37. Homem, 27 anos, colisão carro contra poste em alta velocidade, com cinto. PA 70×40, FC 132, FR 28, Saturando 94% com O₂ em máscara. Extremidades frias, palidez. Abdome com “sinal do cinto de segurança”. FAST positivo em Morrison. Faixa pélvica já posicionada. Qual a melhor conduta?
- A) Tomografia de abdome com contraste.
 - B) Laparotomia exploradora imediata.
 - C) Lavado peritoneal diagnóstico.
 - D) Angioembolização pélvica.
 - E) Toracotomia de reanimação.
38. Homem, 59 anos, ventilação mecânica em UTI há 12 dias por pneumonia grave. Pescoço curto, radioterapia cervical prévia, 45 mil plaquetas, INR 1,9. PA 116×72, FC 98. Indicação de via aérea definitiva prolongada. Melhor abordagem?
- A) Traqueostomia percutânea à beira-leito.
 - B) Decanulação teste por 24 h.
 - C) Trocar cânula endotraqueal e manter sem traqueostomia.
 - D) Traqueostomia percutânea imediata com dilatadores e PEEP alta.
 - E) Corrigir coagulopatia e realizar traqueostomia aberta em centro cirúrgico.
39. Homem, 35 anos, ferimento por faca no quadrante inferior direito do abdome há 1 hora. PA 118×72, FC 92, afebril. Sem sinais peritoneais, abdome plano, sem dor à descompressão brusca. Paciente lúcido e colaborativo. Conduta?
- A) Observação seriada + Tomografia com contraste.
 - B) Laparotomia obrigatória.
 - C) Lavado peritoneal diagnóstico.
 - D) Antibiótico domiciliar e alta.
 - E) Laparoscopia diagnóstica obrigatória.
40. Homem, 66 anos, tabagista pesado, hematúria macroscópica indolor há 2 semanas, coágulos ocasionais. PA 132×78, FC 86. Sem dor lombar. Próximo passo diagnóstico?
- A) US rins/vias + citologia e alta.
 - B) Apenas citologia seriada.
 - C) Cistoscopia +Uro tomografia para avaliar trato urinário alto.
 - D) Ressonância da pelve como único exame.
 - E) Antibiótico e repetir parcial de urina em 1 mês.

EMBRANCO