

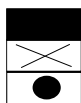
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PROCESSO SELETIVO – EDITAL N.º 021/2026

PROVA OBJETIVA
RESIDÊNCIA MÉDICA – HUC

13 DE OUTUBRO DE 2026
COM PRÉ-REQUISITO – CIRURGIA GERAL

INFORMAÇÕES E INSTRUÇÕES ABAIXO:

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**, assine seu nome 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:
 - 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.
7. O tempo disponível para esta prova é de 04:00 hrs (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:
 - 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.

EMBRANCO

1. Em relação ao abdômen aberto e às suas complicações, considerando a classificação revisada de Björck e os princípios contemporâneos de manejo, assinale a alternativa **CORRETA**.
 - A) Na classificação revisada de Björck, o abdômen aberto grau 3 corresponde à presença de fístula enteroatmosférica estabelecida, independentemente da existência de fixação das alças intestinais.
 - B) A presença de extravasamento entérico para o abdômen aberto caracteriza, por definição, fístula enteroatmosférica, mesmo antes da incorporação do orifício fistuloso ao tecido de granulação.
 - C) No frozen abdômen (Classificação revisada de Björck grau 4), a dissecação precoce das alças aderidas à parede abdominal deve ser priorizada, pois a manutenção prolongada das aderências constitui o principal fator associado à formação de fístula enteroatmosférica.
 - D) Na presença de fístula enteroatmosférica estabelecida, a terapia por pressão negativa deve ser evitada, pois está associada à perpetuação da fístula e impede a formação adequada de tecido de granulação.
 - E) O desenvolvimento progressivo de aderências entre as alças e a parede abdominal, associado à lateralização fascial, representa progressão do grau 1 para o grau 2 na classificação de Björck e reduz progressivamente a probabilidade de fechamento fascial primário tardio.
2. Em relação ao tratamento cirúrgico da úlcera péptica gastroduodenal perfurada, assinale a alternativa **CORRETA**.
 - A) Nas perfurações duodenais menores que 2 cm, a utilização de patch omental sobre a sutura é obrigatória, pois apresenta menor taxa de fístula pós-operatória quando comparada ao fechamento primário isolado.
 - B) A gastrectomia parcial constitui o tratamento de escolha para úlceras gástricas perfuradas maiores que 2 cm, independentemente da localização, das condições locais e da estabilidade fisiológica do paciente.
 - C) Nas perfurações gastroduodenais pequenas, o fechamento primário é uma estratégia adequada, não havendo evidência de benefício obrigatório da adição rotineira de patch omental; entretanto, este pode ser particularmente útil diante de bordas friáveis ou perfurações maiores.
 - D) Procedimentos definitivos para redução da secreção ácida, como vagotomia associada à piloroplastia, permanecem recomendados na operação de urgência para pacientes jovens com perfuração duodenal e baixo risco cirúrgico.
 - E) A abordagem laparoscópica deve ser reservada às perfurações menores que 1 cm e sem peritonite generalizada, uma vez que a presença de contaminação peritoneal difusa constitui contraindicação à videolaparoscopia.
3. Em relação aos conceitos contemporâneos sobre diagnóstico e tratamento da apendicite aguda no adulto, assinale a alternativa **CORRETA**.
 - A) A utilização de escores clínicos, como AIR (Appendicitis Inflammatory Response) e Alvarado, apresenta acurácia suficiente para confirmar o diagnóstico de apendicite aguda em pacientes classificados como de alto risco, tornando desnecessária a realização de exames de imagem antes da indicação cirúrgica.
 - B) Uma vez estabelecido o diagnóstico de apendicite aguda não complicada, a apendicectomia deve ser realizada preferencialmente nas primeiras 6 horas, pois atrasos superiores a 12 horas estão associados a aumento significativo da taxa de perfuração e complicações infecciosas.
 - C) Na apendicite complicada submetida à apendicectomia com controle adequado do foco, recomenda-se antibioterapia pós-operatória por pelo menos 7 dias, independentemente da evolução clínica, devido ao maior risco de abscesso intra-abdominal.
 - D) O tratamento não operatório com antibioticoterapia constitui alternativa aceitável em pacientes selecionados com apendicite aguda não complicada; entretanto, a presença de apendicolito está associada a maior risco de falha e recorrência, devendo ser considerada na seleção e no aconselhamento do paciente.
 - E) Na presença de abscesso periapendicular bem delimitado, o tratamento não operatório inicial seguido obrigatoriamente de apendicectomia de intervalo constitui atualmente a estratégia recomendada para todos os pacientes adultos, independentemente da idade e da suspeita de neoplasia.
4. Em relação às principais modificações introduzidas na 11ª edição do Advanced Trauma Life Support (ATLS® 11), publicada pelo American College of Surgeons, assinale a alternativa **CORRETA**.
 - A) A avaliação primária passou a utilizar a sequência xABCDE, na qual o “x” representa a identificação e o controle imediato de hemorragia externa exsanguinante, antes da abordagem sistemática da via aérea.
 - B) A sequência clássica ABCDE foi substituída por CABDE, priorizando a avaliação da circulação antes da via aérea em todos os pacientes traumatizados.
 - C) O controle de hemorragias externas permanece incluído exclusivamente no componente “C” da avaliação primária, uma vez que o ATLS 11 não recomenda intervenções antes da avaliação da via aérea.
 - D) O ATLS 11 abandonou a sequência ABCDE e passou a recomendar que a avaliação inicial seja determinada exclusivamente pelo mecanismo do trauma e pela estabilidade hemodinâmica do paciente.
 - E) A principal alteração da avaliação primária foi a inclusão da ultrassonografia eFAST como etapa obrigatória entre “B” e “C”, originando a sequência AB-F-CDE.

5. Um paciente politraumatizado apresenta hemorragia externa já controlada, rebaixamento do nível de consciência e sinais clínicos de choque hemorrágico. Há indicação de obtenção de via aérea definitiva. Considerando especificamente os conceitos incorporados à 11ª edição do ATLS, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) A indicação de via aérea definitiva deve determinar intubação imediata, independentemente do estado hemodinâmico, pois a sequência ABCDE mantém precedência absoluta da via aérea sobre a ressuscitação circulatória.
 - B) A intubação em sequência rápida deve ser realizada antes do início da ressuscitação volêmica, uma vez que a administração de sangue antes da proteção definitiva da via aérea aumenta o risco de broncoaspiração.
 - C) Em pacientes hipotensos, podem ser iniciadas manobras básicas de via aérea simultaneamente à ressuscitação antes da administração dos medicamentos para intubação em sequência rápida; um vasopressor temporário pode ser utilizado como adjuvante para contrapor a hipotensão relacionada aos fármacos da intubação.
 - D) A hipotensão constitui contraindicação relativa à intubação em sequência rápida, devendo-se preferir intubação sem agentes indutores até que seja obtida estabilidade hemodinâmica.
 - E) A ressuscitação inicial deve priorizar cristaloides aquecidos até recuperação da pressão arterial, reservando sangue e hemoderivados para pacientes classificados como choque hemorrágico classes III ou IV.
6. Em relação às modificações conceituais introduzidas pela 11ª edição do ATLS na avaliação do paciente politraumatizado, analise as afirmativas.
- I. A tradicional classificação do choque hemorrágico em classes I a IV, associada a percentuais específicos de perda sanguínea, deixou de constituir o modelo central de avaliação, sendo substituída por uma abordagem em espectro de gravidade baseada em parâmetros clínicos e resposta à ressuscitação.
 - II. O índice de choque e a monitorização do ETCO_2 passam a integrar a discussão da avaliação circulatória, enquanto os níveis de lactato podem ser empregados no acompanhamento da resposta à ressuscitação.
 - III. No trauma cranioencefálico, a deterioração neurológica crítica inclui, entre outros achados, redução espontânea do componente motor da GCS, alteração da reatividade pupilar, nova anisocoria, pupilas bilateralmente dilatadas, déficit motor focal novo e tríade de Cushing.
 - IV. Diante de deterioração neurológica crítica no TCE, recomenda-se hiperventilação profilática prolongada, visando manter PaCO_2 abaixo de 30 mmHg até a realização do tratamento neurocirúrgico definitivo.
 - V. A associação entre hipóxia e hipotensão no TCE tem efeito prognóstico adverso, razão pela qual a 11ª edição estabelece, para adultos com TCE, meta de pressão arterial sistólica ≥ 100 mmHg.

Assinale a alternativa que apresenta todas as afirmações **CORRETAS**.

- A) Apenas I, II e III estão corretas.
 - B) Apenas I, III e IV estão corretas.
 - C) Apenas II, IV e V estão corretas.
 - D) I, II, III, IV e V estão corretas.
 - E) Apenas I, II, III e V estão corretas.
7. Um homem de 64 anos apresenta icterícia progressiva, colúria, acolia fecal e perda ponderal de 8 kg em três meses. A colangiorressonância evidencia lesão infiltrativa hilar compatível com colangiocarcinoma perihilar (tumor de Klatskin), envolvendo a confluência dos ductos hepáticos e estendendo-se para o ducto hepático direito, sem evidência de metástases à distância. Após estadiamento adequado, o tumor é considerado tecnicamente ressecável. Em relação ao tratamento cirúrgico com intenção curativa do colangiocarcinoma perihilar, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) A ressecção isolada da via biliar extra-hepática, com linfadenectomia regional, constitui o tratamento padrão, devendo-se evitar hepatectomias devido ao aumento da morbimortalidade sem benefício oncológico.
 - B) A ressecção deve incluir a via biliar extra-hepática associada à hepatectomia correspondente à extensão tumoral, geralmente incluindo o lobo caudado, buscando margem microscópica negativa (R0), além de linfadenectomia regional.
 - C) A presença de invasão vascular portal unilateral constitui contraindicação absoluta à ressecção, independentemente da possibilidade de reconstrução vascular e do volume do futuro remanescente hepático.
 - D) A drenagem biliar pré-operatória bilateral deve ser realizada rotineiramente em todos os pacientes ictericos antes da ressecção, independentemente do nível de bilirrubina, presença de colangite ou planejamento da hepatectomia.
 - E) A confirmação histológica pré-operatória por biópsia transperitoneal é obrigatória antes da indicação cirúrgica, mesmo diante de achados clínicos e radiológicos altamente sugestivos de doença ressecável.

8. Em relação à estratificação de risco, investigação diagnóstica e tratamento da coledocolitíase, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Em pacientes de risco intermediário para coledocolitíase, a colangiorressonância e a ultrassonografia endoscópica apresentam elevada acurácia diagnóstica e podem ser utilizadas para confirmação da presença de cálculo antes da realização de CPRE; alternativamente, em contexto cirúrgico apropriado, a colangiografia intraoperatória ou a ultrassonografia laparoscópica podem integrar a investigação.
- B) A dilatação isolada do colédoco (> 6 mm) em paciente com vesícula biliar in situ constitui critério de alto risco para coledocolitíase e é suficiente para indicar CPRE terapêutica sem investigação adicional.
- C) Bilirrubina total > 4 mg/dL constitui, isoladamente, critério de alto risco para coledocolitíase, independentemente do calibre da via biliar, justificando CPRE como exame inicial.
- D) Na presença de pancreatite aguda biliar associada à suspeita de coledocolitíase, está indicada CPRE precoce de rotina nas primeiras 24 horas, mesmo na ausência de colangite ou evidência de obstrução biliar persistente.
- E) Em pacientes assintomáticos nos quais seja demonstrada coledocolitíase incidental, a conduta preferencial é expectante, pois os riscos associados à CPRE superam consistentemente o risco de complicações futuras relacionadas aos cálculos.

9. Em relação às indicações atuais para cirurgia metabólica e bariátrica em adultos, segundo as recomendações contemporâneas da ASMBS/IFSO, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) A cirurgia bariátrica permanece indicada apenas para pacientes com IMC ≥ 40 kg/m² ou IMC ≥ 35 kg/m² associado obrigatoriamente a pelo menos uma comorbidade relacionada à obesidade.
- B) Em pacientes com IMC entre 30 e 34,9 kg/m², a cirurgia metabólica é contraindicada, mesmo na presença de diabetes mellitus tipo 2 inadequadamente controlado, devido à ausência de evidências de benefício metabólico nessa faixa de IMC.
- C) Em indivíduos com IMC ≥ 35 kg/m² sem diabetes mellitus tipo 2, deve-se obrigatoriamente documentar falha de tratamento clínico por pelo menos dois anos antes da indicação cirúrgica.
- D) A cirurgia metabólica e bariátrica é recomendada para indivíduos com IMC ≥ 35 kg/m², independentemente da presença, ausência ou gravidade de comorbidades associadas à obesidade; em indivíduos com IMC entre 30 e 34,9 kg/m², deve ser considerada na presença de doença metabólica ou quando métodos não cirúrgicos não proporcionarem perda ponderal substancial e duradoura ou melhora das comorbidades.
- E) Pacientes com IMC entre 30 e 34,9 kg/m² e diabetes mellitus tipo 2 somente são candidatos à cirurgia metabólica quando apresentarem complicações microvasculares estabelecidas, como nefropatia, retinopatia ou neuropatia diabética.

10. Em relação à invaginação intestinal (intussuscepção) na criança, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) A identificação de ponto guia patológico contraindica tratamento cirúrgico.
- B) A tríade clássica de dor abdominal, massa palpável e fezes em “geleia de morango” está presente na maioria dos casos.
- C) Na criança estável, sem sinais de perfuração ou peritonite, a redução por enema pneumático ou hidrostático é o tratamento inicial de escolha.
- D) A ultrassonografia apresenta baixa acurácia diagnóstica, sendo a tomografia o exame inicial de escolha.
- E) A recorrência após redução não operatória constitui indicação absoluta de laparotomia.

11. Em relação ao tratamento cirúrgico da doença de Crohn, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) A presença de doença ileocecal, independentemente dos sintomas, constitui indicação de ressecção cirúrgica.
- B) A cirurgia deve ser poupadora de intestino, com ressecções limitadas e/ou estenoplastias quando apropriadas, devido ao caráter recorrente da doença.
- C) Na doença estenosante, a estenoplastia é contraindicada devido ao elevado risco de recorrência no segmento tratado.
- D) O princípio cirúrgico é realizar ressecções intestinais amplas, com margens histologicamente livres de doença.
- E) A presença de doença de Crohn perianal complexa constitui indicação de proctectomia como tratamento inicial.

12. Em relação aos princípios gerais de cirurgia torácica, analise as assertivas.

- I. No empiema pleural, a presença de pus ou cultura positiva do líquido pleural constitui indicação de drenagem pleural associada à antibioticoterapia.
- II. No pneumotórax espontâneo primário recorrente ipsilateral, deve-se considerar tratamento definitivo, habitualmente por videotoracoscopia, com abordagem de blebs/bullae quando presentes e procedimento para prevenção de recorrência.
- III. No câncer de pulmão de não pequenas células em estágio inicial, em paciente operável, a ressecção pulmonar anatômica associada à adequada avaliação linfonodal hilar e mediastinal constitui princípio fundamental do tratamento cirúrgico.
- IV. O adenocarcinoma é um dos principais tipos histológicos do câncer de pulmão de não pequenas células e pode ocorrer em pacientes sem história de tabagismo.

Assinale a alternativa que apresenta todas as afirmações **CORRETAS**.

- A) Apenas as assertivas I e II estão corretas.
- B) Apenas as assertivas I e III estão corretas.
- C) Apenas as assertivas II e IV estão corretas.
- D) Apenas as assertivas III e IV estão corretas.
- E) As assertivas I, II, III e IV estão corretas.

13. Homem de 62 anos, previamente hígido, procura o pronto-socorro com dor em fossa ilíaca esquerda há 5 dias, febre e alteração do hábito intestinal. Encontra-se hemodinamicamente estável, sem sinais de irritação peritoneal difusa. Exames laboratoriais demonstram leucocitose e elevação da proteína C-reativa. A tomografia computadorizada de abdome e pelve evidencia espessamento parietal do sigmoide, densificação da gordura pericólica e coleção pélvica de 5,5 cm, com conteúdo líquido e gasoso, sem pneumoperitônio difuso.

Considerando as evidências atuais para o manejo da diverticulite aguda, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) O tratamento inicial preferencial consiste em antibioticoterapia associada à drenagem percutânea guiada por imagem da coleção, considerando seu tamanho, caso haja a existência de uma janela segura para drenagem.
- B) O paciente deve ser submetido imediatamente à sigmoidectomia de urgência com colostomia terminal, pois a presença de qualquer abscesso caracteriza falha do tratamento não operatório.
- C) O tratamento inicial deve consistir exclusivamente em antibioticoterapia intravenosa, independentemente do tamanho do abscesso, reservando-se drenagem ou cirurgia apenas para pacientes que desenvolvam peritonite generalizada.
- D) A lavagem peritoneal laparoscópica é o tratamento de escolha, pois apresenta menor morbidade que a drenagem percutânea em pacientes com abscesso diverticular localizado.
- E) Como o paciente está hemodinamicamente estável e sem peritonite difusa, pode ser tratado ambulatorialmente, sem antibioticoterapia, independentemente da presença e do tamanho da coleção.

14. Homem de 46 anos apresenta pirose e regurgitação há vários anos. Faz uso de inibidor de bomba de prótons (IBP) em dose plena, com melhora da pirose, porém mantém regurgitação volumosa, principalmente após refeições e ao deitar. A endoscopia digestiva alta demonstra hérnia hiatal por deslizamento de 4 cm e esofagite erosiva Los Angeles grau B, sem esôfago de Barrett. O paciente manifesta desejo de tratamento definitivo e é encaminhado para avaliação de cirurgia antirrefluxo. Considerando as recomendações contemporâneas para o tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) A resposta parcial ao IBP contraindica o tratamento cirúrgico, uma vez que a funduplicatura deve ser reservada exclusivamente aos pacientes com esofagite Los Angeles C ou D refratária ao tratamento medicamentoso.
- B) A presença de hérnia hiatal associada a sintomas típicos de refluxo é suficiente para indicação cirúrgica, dispensando investigação funcional pré-operatória, independentemente do grau de esofagite encontrado à endoscopia.
- C) Antes da cirurgia, a manometria esofágica de alta resolução é recomendada principalmente para excluir distúrbios motores maiores, como acalasia e ausência de contratilidade; neste paciente, como a endoscopia não demonstra esofagite Los Angeles C/D ou Barrett longo, deve-se também buscar documentação objetiva do refluxo, habitualmente por monitorização ambulatorial do refluxo realizada fora do IBP ou realização de Phmetria de 24 horas
- D) A persistência de regurgitação apesar do IBP caracteriza, isoladamente, DRGE refratária e constitui indicação suficiente de funduplicatura, não sendo necessária documentação objetiva do refluxo quando a endoscopia demonstra qualquer grau de esofagite erosiva.
- E) A manometria esofágica pré-operatória tem como principal finalidade confirmar o diagnóstico de DRGE e determinar obrigatoriamente o tipo de funduplicatura: Nissen nos pacientes com motilidade normal e Toupet nos pacientes com motilidade esofágica ineficaz.

15. Após uma duodenopancreatectomia por neoplasia periampular, o cirurgião descreve parênquima pancreático amolecido e ducto pancreático principal de 2 mm. No primeiro pós-operatório (PO), o paciente encontra-se estável, e a amilase do líquido do dreno é de 4.800 U/L. No terceiro PO, mantém débito de 80 mL/dia, com amilase de 1.200 U/L, sendo o limite superior da normalidade da amilase sérica do laboratório de 100 U/L. Considerando os conceitos atuais sobre fístula pancreática pós-operatória (POPF), fatores de risco e manejo da drenagem, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) A amilase do dreno >3 vezes o limite superior da normalidade sérica no terceiro PO estabelece, isoladamente, o diagnóstico de fístula pancreática grau B segundo o ISGPS, independentemente da evolução clínica.
 - B) A manutenção do dreno por período superior a sete dias, mesmo em paciente assintomático e sem necessidade de qualquer mudança terapêutica, é suficiente para classificar a fístula pancreática como grau B.
 - C) Diante da elevada amilase no primeiro PO, a manutenção prolongada do dreno até a normalização completa da amilase constitui estratégia recomendada, uma vez que a retirada precoce aumenta o risco de coleções intra-abdominais e POPF clinicamente relevante.
 - D) Caso o paciente desenvolva coleção peripancreática infectada tratada com drenagem percutânea, a fístula deve ser classificada como grau C, pois qualquer procedimento invasivo utilizado no tratamento da POPF determina progressão para essa categoria.
 - E) A consistência amolecida do pâncreas e o ducto pancreático principal <3 mm constituem fatores reconhecidos de maior risco para POPF clinicamente relevante; entretanto, amilase elevada no dreno, isoladamente, sem repercussão clínica, pode corresponder apenas a biochemical leak e não define POPF clinicamente relevante.
16. Em relação à gangrena de Fournier e às infecções necrotizantes de partes moles (INPM), analise as afirmativas a seguir.
- I. O escore LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis) pode auxiliar na estratificação diagnóstica, porém sua sensibilidade é insuficiente para excluir uma INPM; portanto, um escore baixo não deve retardar exploração cirúrgica quando a suspeita clínica é elevada.
 - II. O LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis) foi desenvolvido para ajudar a diferenciar fascite necrotizante (FN) de outras infecções de partes moles a partir de 6 parâmetros laboratoriais. Hoje, o ponto mais importante é saber que ele pode com segurança ser usado para excluir FN.
 - III. Na gangrena de Fournier, a preservação habitual dos testículos, apesar da extensa necrose escrotal, relaciona-se principalmente à vascularização testicular originada diretamente da circulação abdominal, distinta da vascularização da parede escrotal; comprometimento testicular deve levantar suspeita de processo retroperitoneal ou intra-abdominal mais extenso.
 - IV. Nas INPM, a ausência de gás na tomografia computadorizada apresenta elevado valor preditivo negativo e, se associada a LRINEC > 8, permite observação clínica inicial nos pacientes hemodinamicamente estáveis antes da indicação de exploração cirúrgica.
 - V. Na gangrena de Fournier, a colostomia não é indicada rotineiramente apenas pela presença ou extensão da ferida perineal; a derivação fecal cirúrgica/colostomia deve ser reservada para situações selecionadas, como comprometimento do esfíncter anal com incontinência fecal, lesão retal ou impossibilidade de controle adequado da contaminação fecal da ferida.

Assinale a alternativa que contém todas as afirmações **CORRETAS**.

- A) Apenas I, II, III e IV estão corretas.
 - B) Apenas I, II, III e V estão corretas.
 - C) Apenas II, III, IV e V estão corretas.
 - D) Apenas I, III e V estão corretas.
 - E) Todas as afirmativas estão corretas.
17. Homem de 48 anos apresenta sangramento evacuatório recorrente e prolapso hemorroidário que necessita de redução manual. Não apresenta componente hemorroidário externo significativo. Após medidas dietéticas, suplementação de fibras e correção do hábito intestinal, permanece sintomático e procura tratamento definitivo. Considerando a classificação de Goligher e as evidências contemporâneas sobre o tratamento da doença hemorroidária, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) Trata-se de doença hemorroidária grau III. A ligadura elástica é uma opção ambulatorial efetiva e apresenta menor dor e recuperação mais rápida que a hemorroidectomia; entretanto, esta última proporciona menor recorrência e maior controle sintomático, devendo a escolha considerar anatomia, componente externo, recorrência, preferência do paciente e importância atribuída à recuperação precoce versus durabilidade do tratamento.
 - B) Trata-se de doença hemorroidária grau IV, e a hemorroidectomia excisional é o tratamento de escolha, pois a necessidade de redução manual caracteriza doença avançada não passível de tratamento ambulatorial.

- C) Trata-se de doença hemorroidária grau III, para a qual a desarterialização hemorroidária guiada por Doppler constitui atualmente o tratamento de escolha, por apresentar simultaneamente menor dor pós-operatória e menor recorrência que a hemorroidectomia excisional.
- D) Trata-se de doença hemorroidária grau III. A hemorroidopexia grampeada deve ser preferida à hemorroidectomia excisional por apresentar menor dor pós-operatória e menor recorrência em longo prazo, especialmente na ausência de componente externo.
- E) Trata-se de doença hemorroidária grau III, porém a falha do tratamento conservador constitui indicação formal de hemorroidectomia excisional, não havendo indicação para ligadura elástica após insucesso das medidas dietéticas e comportamentais.
18. Paciente de 63 anos, obeso, submetido previamente a três laparotomias e duas correções de hérnia incisional, apresenta volumosa hérnia incisional mediana, com defeito transversal de 14 cm, retração lateral importante dos músculos retos e perda de domínio demonstrada na tomografia computadorizada. Não há fístula, infecção ativa ou contaminação do campo operatório.

Considerando os princípios atuais da reconstrução da parede abdominal, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) A técnica de bridging, com interposição de tela sem fechamento fascial, deve ser preferida nos grandes defeitos, pois reduz a tensão da reconstrução e apresenta menor taxa de recorrência.
- B) A presença de perda de domínio contraindica a tentativa de fechamento fascial primário, devendo-se programar rotineiramente reparo com tela intraperitoneal em ponte.
- C) O planejamento deve priorizar, quando factível, restauração da continuidade fascial da linha média associada a reforço protético, podendo ser necessária liberação miofascial, como separação posterior de componentes com liberação do transverso do abdome (TAR), evitando-se o bridging sempre que possível.
- D) A separação anterior de componentes pela técnica de Ramirez é obrigatoriamente a primeira opção de liberação miofascial nos grandes defeitos medianos, independentemente das operações prévias e da anatomia demonstrada pela tomografia.
- E) Em hérnias com defeito transversal superior a 10 cm, o tamanho do defeito isoladamente determina a necessidade de pneumoperitônio progressivo pré-operatório, independentemente da relação volumétrica entre o saco herniário e a cavidade abdominal.
19. Em relação à terapia nutricional no paciente submetido a cirurgia de grande porte, considerando as recomendações contemporâneas de nutrição clínica perioperatória, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) No pós-operatório de cirurgia abdominal de grande porte, a terapia nutricional deve buscar atingir 100% da necessidade energética estimada nas primeiras 24–48 horas, uma vez que o balanço energético negativo precoce está independentemente associado a maior morbidade infecciosa.
- B) Em paciente previamente bem nutrido que, após cirurgia gastrointestinal de grande porte, apresenta ingestão oral/enteral persistentemente inferior a 50% das necessidades estimadas, a nutrição parenteral suplementar deve ser iniciada sistematicamente nas primeiras 48 horas, independentemente da evolução clínica.
- C) Em pacientes com desnutrição grave submetidos a cirurgia eletiva de grande porte, a terapia nutricional pré-operatória deve objetivar inicialmente a normalização completa dos parâmetros antropométricos e da albumina sérica antes da operação, ainda que isso implique adiamento superior a quatro semanas.
- D) A ocorrência de íleo pós-operatório contraindica qualquer terapia enteral até a recuperação completa da motilidade gastrointestinal, sendo a nutrição parenteral total a estratégia recomendada sempre que o jejum previsto ultrapassar 72 horas.
- E) No período pós-operatório, a progressão da terapia nutricional deve considerar tolerância e risco metabólico; a oferta energética plena não precisa ser alcançada imediatamente, enquanto a adequação da oferta proteica assume particular importância neste contexto.
20. Paciente masculino, 58 anos, é internado com pancreatite aguda biliar. Nas primeiras 48 horas evolui com disfunção respiratória e renal, necessitando de suporte em UTI. No 12º dia de internação, mantém febre, leucocitose e elevação de PCR. Tomografia contrastada demonstra necrose pancreática e peripancreática de aproximadamente 40%, ainda sem encapsulamento definido, com pequenas bolhas gasosas no interior da coleção. O paciente encontra-se hemodinamicamente estável, sem sinais de síndrome compartimental abdominal ou outra indicação de laparotomia de urgência. Considerando as recomendações atuais para o manejo da pancreatite aguda necrosante com suspeita de infecção, qual é a conduta mais adequada?
- A) Realizar necrosectomia cirúrgica aberta imediata, pois a presença de gás na coleção associada a sinais sistêmicos de infecção constitui indicação absoluta de desbridamento precoce.

- B) Iniciar antibioticoterapia com adequada penetração no tecido pancreático necrótico e, mantendo estabilidade clínica, postergar a intervenção, preferencialmente até a organização da coleção; quando necessária, adotar estratégia **step-up**, iniciando por drenagem endoscópica ou percutânea.
- C) Realizar punção aspirativa percutânea guiada por TC para confirmação microbiológica obrigatória antes do início de antibioticoterapia, reservando qualquer intervenção até o resultado da cultura.
- D) Iniciar antibioticoterapia profilática de amplo espectro e indicar drenagem percutânea imediata em todos os pacientes com necrose pancreática superior a 30%, independentemente da evolução clínica.
- E) Manter exclusivamente tratamento de suporte, pois antibioticoterapia só deve ser iniciada após isolamento microbiológico da bactéria responsável pela infecção da necrose.
21. Paciente de 29 anos, vítima de colisão automobilística de alta energia, apresenta fratura pélvica instável com padrão de vertical shear. Na admissão: PA 70 × 40 mmHg, FC 138 bpm, lactato 7,2 mmol/L e déficit de bases -11 mmol/L. O e-FAST é negativo. É iniciado protocolo de transfusão maciça e aplicado pelvic binder, com resposta hemodinâmica apenas transitória. Devido à persistência do choque, o paciente é encaminhado imediatamente ao centro cirúrgico, onde são realizados estabilização mecânica da pelve e empacotamento pélvico pré-peritoneal (PPP). Após o procedimento, há melhora inicial da PA para 105 × 65 mmHg. Entretanto, nas duas horas subsequentes, o paciente necessita de mais quatro unidades de concentrado de hemácias, evolui novamente com PA 82 × 50 mmHg e mantém déficit de bases -9 mmol/L. Considerando os mecanismos de hemorragia no trauma pélvico e as estratégias contemporâneas de controle hemorrágico, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) A persistência da instabilidade após estabilização mecânica e PPP aumenta a suspeita de componente hemorrágico arterial significativo; após exclusão de outras fontes de sangramento, a angiografia com possibilidade de embolização constitui uma estratégia apropriada de controle complementar.
- B) A persistência do choque após PPP indica falha do tamponamento venoso, devendo-se realizar imediatamente novo empacotamento com maior número de compressas antes de considerar outras modalidades de controle hemorrágico.
- C) A resposta hemodinâmica inicial ao PPP praticamente exclui hemorragia arterial significativa, pois o tamponamento pré-peritoneal é igualmente efetivo sobre sangramentos provenientes do plexo venoso, superfícies ósseas e ramos da artéria ílica interna.
- D) A presença de fratura pélvica do tipo vertical shear determina alta probabilidade de lesão arterial e, isoladamente, constitui indicação de embolização bilateral não seletiva das artérias ílicas internas, independentemente da resposta às medidas iniciais de controle hemorrágico.
- E) A persistência da necessidade transfusional após PPP constitui indicação de laparotomia exploradora com abertura do retroperitônio e retirada das compressas, permitindo identificação direta e ligadura dos vasos pélvicos responsáveis pelo sangramento.
22. Em relação ao tratamento não operatório (TNO) das lesões traumáticas de vísceras maciças abdominais em adultos, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) Nas lesões esplênicas AAST graus IV–V, a presença de extravasamento arterial de contraste na tomografia contrastada indica o TNO, mesmo em pacientes hemodinamicamente estáveis, sendo indicada esplenectomia.
- B) No trauma hepático fechado, a classificação AAST constitui o principal determinante da estratégia terapêutica, sendo as lesões graus IV–V habitualmente consideradas contraindicação ao TNO, mesmo na ausência de instabilidade hemodinâmica.
- C) A necessidade de transfusão de concentrado de hemácias durante o período de observação constitui, isoladamente, critério de falha do TNO e indicação de laparotomia, independentemente da resposta hemodinâmica e dos demais achados clínicos.
- D) Em pacientes hemodinamicamente estáveis, lesões hepáticas, esplênicas ou renais de alto grau podem ser submetidas ao TNO em ambiente adequadamente estruturado; entretanto, achados vasculares, evolução clínica e características específicas do órgão podem indicar intervenções como angioembolização ou procedimentos urológicos, sem que estas, por si só, representem falha do TNO.
- E) No trauma renal de alto grau, a presença de extravasamento urinário na tomografia determina necessidade de intervenção urológica imediata, não sendo recomendada observação devido ao risco de urinoma e sepse.
23. Um paciente de 32 anos é admitido após colisão automobilística de alta energia. Encontra-se consciente, taquipneico, com FC 118 bpm, PA 105 × 70 mmHg e SpO₂ 90% em máscara com oxigênio. Ao exame, apresenta expansibilidade reduzida do hemitórax direito, murmúrio vesicular bastante diminuído à direita e enfisema subcutâneo. É realizada drenagem torácica em selo d'água, com saída de ar em grande quantidade. Após o procedimento, mantém escape aéreo volumoso e contínuo e a radiografia demonstra persistência do pneumotórax e ausência de expansão pulmonar adequada, apesar do dreno estar corretamente posicionado e pérvio.

Qual é a hipótese diagnóstica que deve ser prioritariamente considerada e qual a conduta mais adequada?

- A) Pneumotórax hipertensivo persistente; realizar imediatamente uma toracotomia a esquerda para pneumorrafia.
- B) Fístula broncopleural periférica; manter drenagem torácica e observação por 48–72 horas.
- C) Lesão traqueobrônquica; realizar broncoscopia para confirmação/localização da lesão e avaliar tratamento cirúrgico precoce.**
- D) Contusão pulmonar grave; indicar ventilação mecânica invasiva com PEEP elevada para promover expansão pulmonar.
- E) Hemotórax retido associado; realizar tomografia e indicar videotoracoscopia.

24. Em relação à prescrição de trombopprofilaxia para tromboembolismo venoso (TEV) no paciente cirúrgico, considerando os conceitos contemporâneos de estratificação de risco e as recomendações atuais, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) A profilaxia farmacológica deve ser prescrita rotineiramente a todo paciente submetido a cirurgia abdominal com duração superior a 45 minutos, independentemente dos fatores individuais de risco trombótico e hemorrágico.
- B) O escore de Caprini deve ser calculado exclusivamente na avaliação pré-operatória, pois eventos ocorridos durante a internação, como imobilização prolongada, sepse ou acesso venoso central, não modificam a estratégia de trombopprofilaxia inicialmente estabelecida.
- C) Em cirurgia abdominal ou pélvica oncológica de grande porte, a profilaxia farmacológica deve ser mantida apenas durante a internação hospitalar, uma vez que a deambulação após a alta elimina o benefício da profilaxia estendida.
- D) A associação de profilaxia mecânica e farmacológica é contraindicada nos pacientes de muito alto risco tromboembólico, pois não apresenta benefício adicional e aumenta significativamente o risco de sangramento.
- E) Idade 41–60 anos; IMC >25 kg/m²; edema de membros inferiores; varizes; gestação ou puerpério; história de aborto recorrente inexplicado; uso de contraceptivo oral ou terapia de reposição hormonal; sepse (<1 mês); cirurgia menor <45 min pontuam 1 ponto cada no Escore de Caprini.**

25. Em relação ao tratamento da trombose venosa profunda (TVP) aguda de membros inferiores, analise as afirmativas.

- I. Na TVP proximal aguda, a anticoagulação constitui o tratamento de escolha para a maioria dos pacientes, não sendo recomendada rotineiramente a trombólise com o objetivo exclusivo de prevenir síndrome pós-trombótica.
- II. Em pacientes selecionados com TVP iliofemoral aguda, sintomas importantes, baixo risco hemorrágico, bom estado funcional e expectativa de vida adequada, estratégias de remoção precoce do trombo, incluindo técnicas endovasculares, podem ser consideradas.
- III. Na presença de phlegmasia cerulea dolens com ameaça à viabilidade do membro, a anticoagulação isolada é sempre a estratégia preferencial, pois procedimentos de remoção do trombo apresentam risco hemorrágico excessivo.
- IV. Em paciente com TVP aguda e contraindicação absoluta à anticoagulação, a colocação de filtro de veia cava inferior pode estar indicada; entretanto, seu emprego rotineiro em pacientes adequadamente anticoagulados não é recomendado.
- V. Em pacientes com TVP distal isolada aguda, sem sintomas intensos ou fatores de risco para extensão do trombo, pode-se optar por vigilância com ultrassonografia seriada, em vez de anticoagulação imediata; na presença de sintomas importantes ou fatores de risco para extensão, favorece-se o tratamento anticoagulante.

Assinale a alternativa que apresenta todas as afirmações **CORRETAS**.

- A) Apenas I, II e V estão corretas.
- B) Apenas I, II, IV e V estão corretas.**
- C) Apenas II, III e V estão corretas.
- D) Apenas I, III e IV estão corretas.
- E) I, II, III e IV estão corretas.

26. A respeito da utilização da videolaparoscopia no trauma abdominal, analise as afirmativas.

- I. Em pacientes hemodinamicamente estáveis com trauma abdominal penetrante, a laparoscopia pode ser empregada não apenas para determinar violação peritoneal, mas também para diagnóstico e tratamento de lesões selecionadas, podendo reduzir a incidência de laparotomias não terapêuticas.
- II. No trauma penetrante toracoabdominal direito, a suspeita de lesão diafragmática constitui indicação absoluta de videolaparoscopia, uma vez que o tratamento não operatório apresenta risco elevado de hérnia diafragmática tardia.
- III. No trauma penetrante toracoabdominal esquerdo, a laparoscopia apresenta papel particularmente relevante na investigação de lesões diafragmáticas ocultas em pacientes estáveis sem indicação imediata de laparotomia.

- IV. A presença de hemoperitônio, isoladamente, constitui contraindicação à abordagem laparoscópica, mesmo em paciente fisiologicamente estável, devido ao risco de pneumoperitônio mascarar sangramento ativo.
- V. A estabilidade hemodinâmica é condição fundamental para a seleção convencional do paciente para laparoscopia no trauma; entretanto, a decisão de manter a abordagem minimamente invasiva também depende dos achados intraoperatórios, da capacidade de exploração adequada e da experiência da equipe.

Assinale a alternativa que apresenta todas as afirmações **CORRETAS**.

- A) Apenas I, III e V estão corretas.
- B) Apenas I, II e III estão corretas.
- C) Apenas III e IV estão corretas.
- D) Apenas I, IV e V estão corretas.
- E) I, II, III, IV e V estão corretas.

27. Em relação a princípios atuais de diagnóstico e tratamento das principais afecções urológicas de interesse do cirurgião geral, analise as afirmativas.

- I. Na torção testicular, a ausência de fluxo intratesticular ao Doppler reforça o diagnóstico, porém a ultrassonografia não deve retardar a exploração cirúrgica quando a história e o exame físico são fortemente sugestivos.
- II. Na pielonefrite aguda associada à obstrução do trato urinário e sinais de sepse, a descompressão urgente do sistema coletor por cateter ureteral ou nefrostomia percutânea constitui medida prioritária, devendo o tratamento definitivo do cálculo ser postergado até o controle da infecção.
- III. No trauma renal contuso em paciente hemodinamicamente estável, mesmo lesões renais de alto grau podem ser inicialmente manejadas de forma não operatória, reservando-se intervenção para situações selecionadas, como sangramento persistente ou complicações.
- IV. Diante de tumor renal localizado com menos de 4 cm (cT1a), a nefrectomia radical é considerada tratamento preferencial sempre que o rim contralateral apresentar função normal, pois apresenta melhor controle oncológico que a nefrectomia parcial.
- V. Na retenção urinária aguda em paciente com suspeita de lesão uretral após trauma pélvico, caracterizada por sangue no meato uretral, a passagem cuidadosa de sonda vesical constitui a primeira medida diagnóstica e terapêutica.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Apenas I e II estão corretas.
- B) Apenas II, III e IV estão corretas.
- C) Apenas I, II e III estão corretas.
- D) Apenas I, III, IV e V estão corretas.
- E) Todas estão corretas.

28. Em relação à prevenção da infecção fulminante pós-esplenectomia, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) A vacinação deve ser postergada por pelo menos seis meses após qualquer esplenectomia, pois a resposta imunológica é inadequada no período perioperatório.
- B) A imunização antipneumocócica isolada é suficiente, porque os demais agentes encapsulados têm participação desprezível nessa complicação.
- C) A infecção fulminante pós-esplenectomia ocorre exclusivamente nos dois primeiros anos após a operação, não havendo risco tardio relevante.
- D) Staphylococcus aureus é responsável pela maioria dos casos de infecção fulminante pós-esplenectomia.
- E) Na esplenectomia eletiva, as vacinas indicadas devem ser administradas idealmente pelo menos 14 dias antes da operação; na urgência, podem ser aplicadas 14 dias depois ou por ocasião da alta para aumentar a adesão.

29. Durante a dissecação do polo superior da tireoide, a lesão isolada do ramo externo do nervo laríngeo superior produz principalmente

- A) paralisia de todas as musculaturas intrínsecas da laringe, exceto do cricotireoideo.
- B) dificuldade para atingir sons agudos e redução da projeção e do volume da voz por desnervação do músculo crico-tireoideo.
- C) paralisia bilateral das pregas vocais com necessidade obrigatória de traqueostomia.
- D) perda predominante da sensibilidade da laringe abaixo das pregas vocais, sem alteração motora.
- E) disfagia por desnervação do músculo constritor inferior da faringe, sem repercussão vocal.

30. No adulto com divertículo de Meckel assintomático encontrado incidentalmente durante uma operação, qual conjunto de fatores favorece considerar a ressecção?
- A) Idade acima de 70 anos, sexo feminino e divertículo menor que 1 cm.
 - B) Ausência de tecido ectópico, base ampla e divertículo menor que 2 cm.
 - C) Somente a presença de aderências ao mesentério, independentemente de idade e aspecto do divertículo.
 - D) Idade inferior a 50 anos, sexo masculino, divertículo maior que 2 cm e presença de tecido ectópico ou anormalidade palpável.
 - E) Qualquer divertículo incidental deve ser obrigatoriamente ressecado, pois o risco de complicação é uniforme ao longo da vida.
31. Paciente com feocromocitoma bioquimicamente confirmado será submetido à adrenalectomia. A estratégia pré-operatória mais adequada é
- A) iniciar bloqueio alfa-adrenérgico por 10 a 14 dias; se persistir taquicardia, acrescentar betabloqueador somente após bloqueio alfa adequado.
 - B) iniciar betabloqueador isoladamente e acrescentar alfabloqueador apenas se houver hipertensão persistente.
 - C) evitar bloqueio adrenérgico e realizar apenas expansão volêmica nas 24 horas que antecedem a operação.
 - D) utilizar betabloqueador e alfabloqueador simultaneamente, independentemente da frequência cardíaca e da pressão arterial.
 - E) indicar cirurgia imediatamente após a confirmação bioquímica, pois o preparo farmacológico aumenta a hipotensão pós-operatória sem reduzir complicações.
32. Sobre a síndrome de Mirizzi, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) É causada por cálculo impactado na papila duodenal, produzindo pancreatite sem obstrução biliar.
 - B) Corresponde à dilatação congênita fusiforme do colédoco associada a junção pancreatobiliar anômala.
 - C) Seu tratamento definitivo é exclusivamente endoscópico, e a colecistectomia é contraindicada.
 - D) A presença de fístula extensa dispensa reconstrução biliar, pois o defeito fecha espontaneamente após retirada do cálculo.
 - E) Decorre de cálculo impactado no infundíbulo da vesícula ou no ducto cístico, comprimindo o ducto hepático comum e podendo formar fístula colecistobiliar.
33. Quanto à escolha da via de acesso para correção de hérnia inguinal recidivada, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) Toda recidiva deve ser corrigida pelo mesmo plano utilizado na primeira operação, pois a anatomia já está conhecida.
 - B) Após reparo anterior aberto, deve-se preferir nova abordagem anterior; após reparo posterior, deve-se repetir a via posterior.
 - C) A presença de tela prévia contraindica qualquer nova correção cirúrgica.
 - D) Após reparo anterior aberto, uma abordagem posterior minimamente invasiva pode ser indicada; após falha de abordagem posterior, uma via anterior aberta pode ser preferida.
 - E) A via posterior é obrigatória em todas as recidivas, independentemente da operação anterior e das cirurgias abdominopélvicas prévias.
34. Em relação à escolha entre miotomia endoscópica peroral (POEM) e miotomia laparoscópica de Heller no tratamento da acalasia, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) A miotomia de Heller é superior ao POEM na acalasia tipo III porque permite uma miotomia torácica mais longa.
 - B) O POEM tende a ser superior na acalasia tipo III por permitir miotomia esofágica mais longa, porém apresenta maior incidência de refluxo patológico por não incluir funduplicatura.
 - C) O POEM é contraindicado na acalasia tipo III pela elevada incidência de perfuração esofágica.
 - D) POEM e Heller têm resultados semelhantes em todos os subtipos, sem diferença relevante na ocorrência de refluxo.
 - E) O POEM deve ser reservado exclusivamente para recidiva após esofagectomia.
35. Sobre o manejo dos pólipos da vesícula biliar, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) Todo pólipo, independentemente do tamanho e dos fatores de risco, é indicação absoluta de colecistectomia.
 - B) Pólipos menores que 10 mm nunca devem ser acompanhados por ultrassonografia.
 - C) Pólipos com 10 mm ou mais, ou associados a sintomas atribuíveis à vesícula, constituem indicação de colecistectomia.
 - D) Morfologia séssil e vascularização reduzem a preocupação com malignidade nos pólipos de 6 a 9 mm.
 - E) Pseudopólipos de colesterol apresentam elevado potencial de transformação maligna.

36. Mulher de 32 anos, usuária de anticoncepcional oral, apresenta hemoperitônio por ruptura de adenoma hepatocelular. Após reposição inicial, permanece com sinais de sangramento. A conduta mais adequada é
- A) realizar embolização da artéria hepática como medida hemostática e temporizadora e, após estabilização, proceder à ressecção da lesão.
 - B) realizar punção-biópsia percutânea antes de qualquer medida hemostática.
 - C) manter observação e suspender o anticoncepcional, independentemente da persistência do sangramento.
 - D) indicar transplante hepático de urgência como tratamento inicial de qualquer adenoma roto.
 - E) realizar apenas ablação percutânea, pois a margem cirúrgica é o principal determinante de recorrência.
37. Na pseudo-obstrução colônica aguda (síndrome de Ogilvie), sem isquemia ou perfuração, qual alternativa descreve **CORRETAMENTE** o uso da neostigmina?
- A) É indicada como primeira medida em todo paciente, antes da correção de distúrbios eletrolíticos e da suspensão de medicamentos precipitantes.
 - B) Deve ser administrada por via oral durante sete dias e não requer monitorização cardíaca.
 - C) É obrigatória quando o ceco ultrapassa 12 cm, mesmo na presença de peritonite e instabilidade hemodinâmica.
 - D) É contraindicada apenas em pacientes com hipertensão arterial, sendo segura na bradicardia e na síndrome coronariana aguda recente.
 - E) Pode ser utilizada após falha do tratamento conservador, em ambiente monitorizado e com atropina disponível, desde que não haja obstrução mecânica, isquemia ou perfuração.
38. Em relação à gastrectomia vertical e ao bypass gástrico em Y de Roux no paciente com refluxo gastroesofágico, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) A gastrectomia vertical apresenta maior taxa de remissão do refluxo que o bypass gástrico.
 - B) O bypass gástrico não altera o refluxo e, por isso, não deve ser utilizado como conversão após gastrectomia vertical.
 - C) A gastrectomia vertical cria um reservatório de baixa pressão e raramente agrava sintomas de refluxo.
 - D) O bypass gástrico apresenta maior taxa de remissão do refluxo; refluxo grave após gastrectomia vertical é uma causa importante de conversão para bypass.
 - E) Os dois procedimentos apresentam resultados equivalentes para refluxo e diferem apenas quanto à perda ponderal.
39. Paciente idoso com fibrilação atrial apresenta dor abdominal intensa desproporcional ao exame físico. A angiotomografia mostra êmbolo na artéria mesentérica superior, sem evidência de necrose intestinal difusa. A conduta é
- A) iniciar hidratação, anticoagulação sistêmica e antibiótico de amplo espectro, em paralelo ao planejamento de revascularização urgente e avaliação da viabilidade intestinal.
 - B) observar por 24 horas e repetir a angiotomografia antes de iniciar anticoagulação.
 - C) administrar vasopressor em dose elevada como medida inicial para aumentar a perfusão mesentérica.
 - D) realizar apenas ressecção intestinal, sem restaurar o fluxo arterial, porque a revascularização aumenta a lesão de reperfusão.
 - E) indicar tratamento exclusivamente com papaverina intra-arterial, considerado padrão para a embolia da artéria mesentérica superior.
40. Paciente apresenta isquemia aguda de membro inferior com dor em repouso, perda sensitiva além dos pododáctilos, fraqueza muscular leve, sinal arterial inaudível e sinal venoso audível ao Doppler. A classificação e a conduta correspondentes são
- A) Rutherford I; observação e antiagregação plaquetária.
 - B) Rutherford IIa; revascularização eletiva após investigação ambulatorial.
 - C) Rutherford IIb; anticoagulação imediata e revascularização sem demora.
 - D) Rutherford III; trombólise prolongada para tentativa de salvamento do membro.
 - E) Rutherford III; revascularização obrigatória antes de considerar amputação.

EM BRANCO