



SES  
Secretaria de Estado  
da Saúde



EDITAL n. 08/2021  
RESIDÊNCIA MÉDICA

# SES

# PRÉ-REQUISITO EM

# CIRURGIA GERAL

## 14/11/2021

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

**ATENÇÃO:** Transcreva no espaço designado da sua FICHA DE IDENTIFICAÇÃO, com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

**Remove pedras e planta roseiras e faz doces.**

1. Quando for permitido abrir o caderno de provas, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se isso ocorrer, solicite outro exemplar ao aplicador de provas.
2. Este caderno consta de 50 questões objetivas. Cada questão apresenta quatro alternativas de respostas, das quais apenas **uma** é a correta.
3. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro no preenchimento. Ao recebê-lo, confira se seus dados estão impressos corretamente. Se houver erro, notifique-o ao aplicador de prova.
4. Preencha, integralmente, um alvéolo por questão, rigorosamente dentro de seus limites e sem rasuras, utilizando caneta de tinta AZUL ou PRETA, fabricada em material transparente. A questão deixada em branco, com rasura ou com mais de uma marcação, terá pontuação zero.



**— QUESTÃO 01 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente em pós-operatório tardio (5 anos) de um by-pass aorto-femoral apresentando massa palpável e pulsátil na região inguinal.

Nesse caso, qual o melhor exame para o diagnóstico de um possível aneurisma anastomótico?

- (A) Ecodoppler.
- (B) Angiorressonância.
- (C) Angiotomografia.
- (D) Arteriografia.

**— QUESTÃO 02 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Um homem jovem é levado à emergência após ter sido baleado no pescoço. Na chegada ao pronto-socorro, estava hipotenso. Foi levado diretamente para o centro cirúrgico devido a um grande hematoma e sangramento contínuo. No pré-operatório, o paciente estava consciente e com movimento presente em todos os membros. As lesões incluem dano da veia jugular interna esquerda e secção transversal da artéria carótida interna esquerda, com sangramento retrógrado ativo.

Nesse caso, qual deve ser o procedimento de escolha?

- (A) Ligadura das extremidades da carótida interna.
- (B) Ligadura das extremidades da carótida interna sob a proteção de heparina sistêmica seguido por anticoagulação com warfarina.
- (C) reconstrução da carótida interna com prótese de Dacron.
- (D) reconstrução da carótida interna com interposição com veia safena, seguido pela realização de um exame de imagem.

**— QUESTÃO 03 —**

Um paciente com mão fria, úmida, cianótica e extremamente dolorosa ao toque na maior parte do tempo, e que não foi submetido previamente a um acesso para hemodiálise, acesso de cateter ou qualquer outro procedimento no membro superior, sofre provavelmente de qual patologia?

- (A) Doença de Reynaud primária.
- (B) Esclerodermia.
- (C) Distrofia simpática reflexa.
- (D) Embolia arterial.

**— QUESTÃO 04 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Um homem de 62 anos foi submetido a um procedimento cirúrgico para confecção de uma fístula artério-venosa braquio-cefálica endógena 10 dias atrás. Ele apresenta frialdade na mão ipsolateral, rigidez nos dedos e tumefação. A força motora é normal e a discriminação entre dois pontos continua preservada. O enchimento capilar é normal. O pulso radial não é palpável ao nível do punho.

Nesse caso, qual deve ser a conduta?

- (A) Realizar ligadura imediata da FAV para restaurar o pulso no punho.
- (B) Manter o membro elevado sempre que possível; encorajar o paciente a fazer uso da mão e reavaliação em um curto período de tempo.
- (C) Realizar arteriografia para avaliação estenose arterial proximal.
- (D) Realizar anticoagulação plena.

**— QUESTÃO 05 —**

Leia o relato clínico a seguir.

Um homem de 68 anos apresenta-se com uma grande úlcera sobre o maleolo medial esquerdo, com edema significativo do membro inferior. A úlcera é muito dolorosa e esteve presente nos últimos seis meses. No momento, está sendo feito curativo com bota de unna e mesmo assim está aumentando de tamanho. Seu ITB (índice tornozelo-braquial) esquerdo é de 0,3.

Nesse caso, qual a conduta mais adequada?

- (A) Continuar curativo com bota de unna.
- (B) Realizar arteriografia do membro inferior esquerdo.
- (C) Utilizar meia de compressão elástica.
- (D) Realizar fleboextração da safena magna esquerda.

**— QUESTÃO 06 —**

Leia o relato clínico a seguir.

Paciente de 19 anos de idade, vítima de acidente automobilístico, deu entrada no pronto-socorro com quadro de choque hipovolêmico. Após a avaliação clínica primária e reposição de volume, apresentou melhora do quadro hemodinâmico, permitindo a realização de exames radiológicos e de FAST, os quais mostraram fratura pélvica em livro aberto e FAST positivo, com indicação de laparotomia. Achado operatório: uma lesão hepática Grau I e um grande hematoma retroperitoneal em zona 1.

Nesse caso, qual é a melhor conduta operatória?

- (A) Não exploração do hematoma, sem fixação externa.
- (B) Exploração do hematoma, hemostasia e fixação externa.
- (C) Exploração do hematoma com ligadura dos vasos ilíacos e fixação externa.
- (D) Não exploração do hematoma e fixação externa.

**— QUESTÃO 07 —**

Em qual situação a seguir se faz necessário um estudo da coagulação no pré-operatório?

- (A) Paciente feminina de 45 anos que será submetida à quadrantectomia direita.
- (B) Paciente masculino de 70 anos que será submetido à hernioplastia inguinal por via anterior.
- (C) Paciente feminina de 35 anos que será submetida à cirurgia de varizes dos membros inferiores.
- (D) Paciente feminina de 60 anos e icterica que será submetida a uma derivação bileodigestiva.

**— QUESTÃO 08 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente masculino de 78 anos deu entrada no pronto-socorro com quadro de HDA. Referia ingestão recente de anti-inflamatório não esteroidal devido à dores articulares. Sabidamente portador de doença ulcerosa péptica que estava sob controle com o uso de omeprazol (sic). A endoscopia digestiva alta mostrou uma úlcera duodenal na parede posterior caracterizada como Forrest IIb, que foi tratada. Seis horas depois, apresentou novo episódio hemorrágico com hipotensão arterial, mesmo recebendo 6U de concentrado de glóbulos.

Neste caso, a conduta terapêutica deve ser:

- (A) embolização da fonte de sangramento por angiografia.
- (B) controle cirúrgico do sangramento.
- (C) endoscopia com cauterização da fonte de hemorragia.
- (D) infusão de vasopressina com nova transfusão de concentrado de glóbulos.

**— QUESTÃO 09 —**

Qual fator preditivo desfavorável para o fechamento de fístula entérica pós-operatória?

- (A) Rafia cirúrgica da fístula.
- (B) Baixo débito.
- (C) Trajeto fistuloso >2 cm.
- (D) Fístula orientada.

**— QUESTÃO 10 —**

Paciente com ferimento cortocontuso em 3º quirodáctilo direito, com sangramento ativo, queixando-se de dor intensa. Estabelecida a indicação de sutura, qual é a ordem correta dos procedimentos a serem realizados?

- (A) Anestesia com vasoconstritor, antisepsia, sutura e curativo.
- (B) Antissepsia, anestesia com vasoconstritor, sutura e curativo.
- (C) Anestesia sem vasoconstritor, antisepsia, sutura e curativo.
- (D) Antissepsia, anestesia sem vasoconstritor, sutura e curativo.

**— QUESTÃO 11 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 61 anos de idade procura serviço de urgência com quadro de dor abdominal, distensão e parada de eliminação de gases e fezes. Informa uso de laxativos há longa data e piora do hábito intestinal há três meses. Nega vômitos. Apresenta-se durante o exame em regular estado geral, com desidratação +/-4+. Abdome distendido, doloroso à palpação, sem sinal de irritação peritoneal e sem massas palpáveis. Toque retal com ausência de fezes em ampola e presença de lesão vegetante circunferencial a 7 cm da borda anal. Tomografia de abdome total: ausência de lesões hepáticas, sem líquido livre; ausência de distensão de delgado; importante distensão colônica; espessamento em reto médio distal, com aumento de linfonodos em mesoreto.

Diante do quadro atual, qual é a melhor conduta?

- (A) Cirurgia de Hartmann, com linfadenectomia colônica e retal.
- (B) Proctocolectomia parcial, com linfadenectomia e sutura mecânica colorretal.
- (C) Colostomia em alça.
- (D) Neoadjuvância seguida de proctocolectomia parcial, com margens livres e linfadenectomia.

**— QUESTÃO 12 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Jovem do sexo masculino deu entrada no setor de emergência após 40 minutos do acidente, ( em que sua moto chocou-se com um poste) levado pela equipe de resgate, com colar e prancha, relato de infusão de 1 L de cristaloi-  
de no trajeto e PA 90x60 mmHg ao final do transporte.

Na sala de trauma:

A – Conversando, apresenta SatO2 92%.

B – Sem alterações.

C – PA 80x50 mmHg; FC 120 bpm; FAST positivo para líquido intra-abdominal.

D – Glasgow 15.

E - Equimose em flanco direito.

Nesse caso, qual é a melhor conduta, na sala de trauma, após a indicação de laparotomia?

- (A) Tipagem sanguínea e transfusão de concentrado de hemácias tipo específico.
- (B) Concentrado de hemácias e reposição de cálcio.
- (C) Ácido tranexâmico, concentrado de hemácias, plasma fresco e plaquetas.
- (D) Infusão de mais de 2 L de cristaloi-  
de e reavaliação do estado volêmico.

**— QUESTÃO 13 —**

A hérnia da parede abdominal que contém um divertículo de Meckel é:

- (A) Amiand.
- (B) Richter.
- (C) Spiegel.
- (D) Littré.

**— QUESTÃO 14 —**

Qual a indicação atual da janela pericárdica no trauma torácico penetrante precordial?

- (A) Presença de estabilidade hemodinâmica e FAST não disponível.
- (B) Presença de estabilidade hemodinâmica e FAST positivo.
- (C) Presença de instabilidade hemodinâmica e FAST não disponível.
- (D) Presença de instabilidade hemodinâmica e FAST positivo.

**— QUESTÃO 15 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Homem, de 53 anos de idade, etilista, é admitido no pronto atendimento com disfagia, taquicardia e febre. Relato de “engasgo” com osso há dois dias, seguido de vômitos intensos. Radiografia de tórax: alargamento mediastinal e pneumomediastino.

Nesse caso, qual é a conduta mais adequada?

- (A) Endoscopia digestiva com passagem de prótese esofágica e antibioticoterapia.
- (B) Tratamento conservador com sonda nasogástrica, jejum e antibioticoterapia.
- (C) Drenagem torácica bilateral e gastrostomia descompressiva.
- (D) Toracotomia com ampla drenagem e irrigação do mediastino.

**— QUESTÃO 16 —**

Qual o melhor exame para avaliar um paciente com quadro de colelitíase sintomática e alteração de enzimas canaliculares?

- (A) CPRE.
- (B) Colangiorressonância.
- (C) Tomografia de abdome superior.
- (D) Usg de abdome superior.

**— QUESTÃO 17 —**

Quais os exames mais adequados para avaliar a função hepática em pré-operatório de tratamento cirúrgico de paciente icterico com coledocolitíase?

- (A) Gama Gt e fosfatase alcalina.
- (B) Tempo de protombina e albumina.
- (C) Bilirrubina direta e alfa-feto proteína.
- (D) TGO e TGP.

**— QUESTÃO 18 —**

Em relação aos tipos de laparotomia, a incisão de Kocher é:

- (A) muito utilizada em apendicectomias com poucos dias de evolução.
- (B) localizada em região subcostal direita.
- (C) utilizada em partos cesáreos.
- (D) preferível em apendicites complicadas, com peritonite.

**— QUESTÃO 19 —**

A classificação anatômica é importante, pois tumores de cárdia e não cárdia diferem em termos de incidência, causa, evolução clínica e tratamento. Pela classificação de Siewert, tumores com epicentro a 2 cm abaixo da JEG são classificados como:

- (A) Siewert tipo I.
- (B) Siewert tipo II.
- (C) Siewert tipo III.
- (D) Siewert tipo IV.

**— QUESTÃO 20 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 54 anos, portador de adenocarcinoma gástrico em pequena curvatura, Bormamm 2, localizado a 5 cm da transição esofagogástrica, tipo histológico difuso de Lauren, estadiado como T2 N1 M0.

Nesse caso, qual é a melhor conduta terapêutica?

- (A) Quimioterapia perioperatória e gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
- (B) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2 e quimioterapia pós-operatória.
- (C) Quimioterapia perioperatória e gastrectomia total com linfadenectomia D2.
- (D) Gastrectomia total com linfadenectomia D2 e quimiorradioterapia pós-operatória.

**— QUESTÃO 21 —**

De acordo com a nomenclatura IHPBA BRISBANE (2000), mais aceita mundialmente para ressecções hepáticas, a setorectomia anterior direita consiste na ressecção de quais segmentos hepáticos?

- (A) 5, 6, 7 e 8.
- (B) 4 e 5.
- (C) 5 e 8.
- (D) 6 e 7.

**— QUESTÃO 22 —**

Leia o caso clínico a seguir.

No 8º dia de pós-operatório de colecistectomia videolaparoscópica por provável colecistite aguda, o paciente retorna sem queixas, trazendo resultado de histopatológico: “Adenocarcinoma – lesão invade tecido conjuntivo perimuscular na face hepática, sem extensão ao fígado. Linfonodo do ducto cístico livre de neoplasia”.

Nesse caso, qual deverá ser a conduta?

- (A) Seguimento.
- (B) Quimioterapia exclusiva.
- (C) Ressecção hepática – segmentos IVB e V e linfadenectomia portal.
- (D) Biópsia cirúrgica e drenagem da via biliar.

**— QUESTÃO 23 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente tabagista, de 51 anos, deu entrada na emergência com quadro de dor abdominal súbita há duas horas. Após avaliação pela equipe da cirurgia e radiografia simples de tórax, foi indicada laparotomia exploradora por suspeita de úlcera perforada. Achado intraoperatório: úlcera gástrica perforada justa pilórica com orifício de 2,2 cm e calo fibroso importante, com peritonite generalizada.

Nesse caso, qual é a melhor conduta operatória?

- (A) Exteriorização de sonda de gastrostomia por orifício de perfuração e fixação da mesma.
- (B) Rafia de perfuração gástrica com “pach” de omento.
- (C) Vagotomia troncular, piloroplastia e rafia de perfuração.
- (D) Antrectomia com reconstrução em Y de Roux.

**— QUESTÃO 24 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 69 anos, deu entrada no pronto-socorro há dois dias, com queixa há quatro dias de dor abdominal em região epigástrica e hipocôndrio direito, de forte intensidade, associada a náusea e vômitos. Apresentava massa dolorosa em quadrante superior direito, sinal de Murphy positivo, leucocitose de 18.500/mm<sup>3</sup>, PCR 130, creatinina de 3,0 mg/dL, rebaixamento no nível de consciência e PA 90x60 mmHg. Foi encaminhada para UTI, quando teve início de antibioticoterapia de amplo espectro, suporte clínico e correção de disfunção orgânica, todavia sem melhora. Apresentou piora da função renal e necessidade de droga vasoativa.

Nesse caso, qual é a melhor conduta no momento?

- (A) Colecistectomia laparoscópica.
- (B) Drenagem biliar percutânea transhepática.
- (C) Antibiótico e suporte clínico.
- (D) Tratamento paliativo.

**— QUESTÃO 25 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Homem obeso e diabético, de 54 anos, com quadro de dor na região anal há quatro dias, sem melhora e surgimento de abaulamento há um dia. Queixa calafrio. A inspeção da região anal demonstra abaulamento perianal à esquerda, com hiperemia. Sem flutuação à palpação, com aumento de calor local. Toque não realizado devido à dor intensa.

Nesse caso, qual é a melhor conduta?

- (A) Incisão local ampla e drenagem cirúrgica de urgência.
- (B) Punção do abscesso com jelco calibroso.
- (C) Antibioticoterapia e exame físico seriado para posterior drenagem quando ocorrer flutuação.
- (D) Fistulotomia programada.

**— QUESTÃO 26 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 62 anos com queixa de dor retal e hematoquezia. Realizou colonoscopia, sendo diagnosticado tumor do reto invadindo a linha pectínea. Anatomopatológico: adenocarcinoma bem diferenciado. Ressonância magnética da pelve: metástase em linfonodos perirretais. Foi realizada neoadjuvância e, após seis semanas, a lesão apresentou regressão incompleta, não havendo alteração do aspecto dos linfonodos na ressonância magnética.

Nesse caso, qual é a melhor opção terapêutica?

- (A) Retossigmoidectomia com anastomose coloanal por laparotomia.
- (B) Retossigmoidectomia com anastomose coloanal por laparoscopia.
- (C) Ressecção do reto por via retal.
- (D) Amputação abdominoperineal do reto.

**— QUESTÃO 27 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente vítima de colisão de carro contra anteparo fixo. Usava cinto de segurança de duas pontas. Deu entrada na emergência com quadro de dor abdominal moderada e sangue no meato uretral. Realizada tomografia computadorizada com contraste EV, evidenciando extravasamento de contraste na fase tardia, a partir da bexiga, para a goteira parieto-cólica direita.

Nesse caso, qual é a melhor conduta?

- (A) Laparotomia e rafia da lesão vesical.
- (B) Cistostomia suprapúbica.
- (C) Uretrocistografia retrógrada.
- (D) Sondagem vesical de demora durante duas a três semanas.

**— QUESTÃO 28 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 25 anos chega ao PS trazido por socorristas com história de atropelamento por motocicleta. Está hipotenso, com PA sistólica de 60 mmHg. FAST positivo, iniciado protocolo de transfusão maciça e indicação de laparotomia. No intraoperatório, foi encontrada grande quantidade de sangue na cavidade peritoneal e lesão complexa em seguimento 6 e 7 do fígado. Tentativa de controle de sangramento com manobra de Pringle, e sutura hepática, sem sucesso. Realizado empacotamento hepático com compressas, com aparente interrupção da hemorragia. Houve melhora hemodinâmica, sem sangramento ativo após ressuscitação volêmica e transfusão. A gasometria arterial revelou pH de 7,06. Temperatura de 34 °C.

Nesse caso, qual é a melhor conduta?

- (A) Manter as compressas na cavidade, realizar fechamento temporário do abdome e encaminhar o paciente à UTI.
- (B) Obter controle da veia cava, acima e abaixo do fígado.
- (C) Obter controle das veias hepáticas, além da manobra de Pringle, para começar retirar as compressas e identificar a lesão do parênquima.
- (D) Administrar bicarbonato endovenoso e identificar foco de sangramento hepático.

**— QUESTÃO 29 —**

A colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) é técnica efetiva no manejo das doenças biliares. Procedimento de alta complexidade que proporcionou grande avanço na terapêutica das doenças biliopancreáticas. Atualmente, o uso da CPRE deve ser evitado ou postergado em:

- (A) suspeita de coledocolitíase.
- (B) lesão periampular irresssecável e presença de colestase.
- (C) fístula biliar pós-colecistectomia.
- (D) estenose de via biliar.

**— QUESTÃO 30 —**

A hipertensão portal é a condição hemodinâmica associada às complicações mais graves de cirrose hepática, incluindo ascite, encefalopatia hepática e sangramento de varizes gastroesofágicas. O sangramento de varizes é uma emergência médica associada a elevadas taxas de mortalidade, alcançando níveis entre 10-20% no período de seis semanas, apesar de todos os avanços terapêuticos atuais. No manejo do sangramento agudo em caso de varizes gástricas GOV-2 e variz gástrica isolada (IGV), qual deve ser a primeira escolha terapêutica?

- (A) Adesivo tissular N-butil-cianoacrilato.
- (B) Ligadura elástica.
- (C) Escleroterapia intravascular com etamolin.
- (D) Escleroterapia perivascular com etamolin.

**— QUESTÃO 31 —**

Na anatomia vascular abdominal, a veia mesentérica inferior desemboca diretamente em qual veia do sistema porta?

- (A) Veia esplênica.
- (B) Veia mesentérica superior.
- (C) Veia gástrica esquerda.
- (D) Veia porta.

**— QUESTÃO 32 —**

A maioria dos cânceres colorretais se desenvolve lentamente ao longo de vários anos. Sabe-se que adenocarcinoma colorretal tem, como principal lesão precursora, os pólipos intestinais. Qual lesão tem maior potencial de malignização?

- (A) Pólipo inflamatório.
- (B) Adenoma tubular.
- (C) Adenoma viloso.
- (D) Pólipo hiperplásico.

**— QUESTÃO 33 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 62 anos com quadro de dor abdominal em FIE há dois dias. Durante o exame: febril, FC 102 BPM, dor à palpação em FIE, sem sinal de irritação peritoneal. Leucocitose 18.500/mm<sup>3</sup>. Tomografia computadorizada evidenciando sigmoide com parede espessada, divertículos e coleção com 7 cm bloqueada em pelve. Com diagnóstico de diverticulite complicada.

Nesse caso, qual é a melhor opção terapêutica?

- (A) Antibioticoterapia exclusiva.
- (B) Antibioticoterapia, drenagem de coleção por punção percutânea, orientada por TC e cirurgia eletiva posterior.
- (C) Antibioticoterapia, cirurgia imediata, com ressecção e colostomia com fechamento do coto retal (cirurgia de Hartmann).
- (D) Antibioticoterapia, cirurgia imediata, ressecção e anastomose primária.

**— QUESTÃO 34 —**

Qual é a complicação mais frequente da correção cirúrgica da hérnia inguinal pela técnica de Lichtenstein?

- (A) Dor crônica.
- (B) Infecção de ferida operatória.
- (C) Orquite isquêmica.
- (D) Impotência sexual.

**— QUESTÃO 35 —**

Qual dos seguintes procedimentos cirúrgicos é proscrito para o tratamento da obesidade mórbida?

- (A) Derivação biliopancreática.
- (B) Bypass gástrico.
- (C) Bypass jejuno-ileal.
- (D) Banda gástrica ajustável.

**— QUESTÃO 36 —**

A cicatrização é um processo complexo em que várias células trabalham em conjunto para reorganizar o tecido. Qual dos fatores a seguir pode influenciar negativamente a cicatrização?

- (A) Vitamina C.
- (B) Uso de câmara hiperbárica.
- (C) Infecção.
- (D) Vitamina A.

**— QUESTÃO 37 —**

A introdução do cinto de segurança diminuiu o número de traumas de face no Brasil. Qual a região da mandíbula a fratura é mais comum?

- (A) Corpo.
- (B) Ângulo.
- (C) Sínfise.
- (D) Ramo.

**— QUESTÃO 38 —**

Nas queimaduras em membros superiores, quais regiões devem ser privilegiadas para o enxerto de pele precoce?

- (A) Antebraço.
- (B) Braço.
- (C) Áreas de articulação.
- (D) Punho.

**— QUESTÃO 39 —**

As reconstruções de mama auxiliam milhares de mulheres no Brasil anualmente a recuperar a autoestima. De qual músculo é utilizado o retalho muscular com tecido subcutâneo e pele na região abdominal para reconstrução da região mamária?

- (A) Músculo grande dorsal.
- (B) Músculo reto abdominal.
- (C) Músculo grande oblíquo.
- (D) Músculo transversal abdominal.

**— QUESTÃO 40 —**

Queimaduras graves são comuns de ocorrer em nossa região geográfica. Nesses pacientes, a hidratação tem função primordial, evitando aumento de morbimortalidade. No caso de paciente com 35% de queimadura de segundo grau, 10% de queimadura de terceiro grau e 20% de primeiro grau, de 38 anos de idade, peso de 70 kg e 1,72 m, qual volume de soro deve ser administrado nas primeiras 12 horas após a queimadura?

- (A) 12 600 mL.
- (B) 9 100 mL.
- (C) 6 300 mL.
- (D) 18 200 mL.

**— QUESTÃO 41 —**

O esfíncter anal interno é uma barreira natural à perda involuntária de gases e fezes devido ao estado de contração máxima contínua da musculatura lisa. Esse músculo decorre da condensação distal de qual musculatura do reto?

- (A) Circular.
- (B) Transversal.
- (C) Longitudinal.
- (D) Obliqua.

**— QUESTÃO 42 —**

Nas ressecções do reto para tratamento de neoplasias malignas pode ocorrer lesão do nervo hipogástrico superior, o que possibilita complicações como:

- (A) ejaculação retrógrada e disfunção vesical.
- (B) disfunção evacuatória.
- (C) priapismo.
- (D) doença de Peyronie.

**— QUESTÃO 43 —**

Com o desenvolvimento do tratamento das doenças neoplásicas hematológicas, principalmente com drogas como paclitaxel, doxorrubicina, ciclofosfamida, entre outras, pode observar-se aumento de uma complicação intestinal que é chamada de

- (A) tiflíte neutropênica.
- (B) neutropenia cíclica.
- (C) colite pseudomembranosa.
- (D) apendicite aguda.

**— QUESTÃO 44 —**

Na doença de Chagas com manifestação intestinal, pode-se encontrar, quando se está diante de um volvo de sigmoide, um abaulamento assimétrico com hipertimpanismo exagerado e, na radiografia de abdome, uma imensa área de hipertransparência. Esses dois achados são denominados respectivamente de

- (A) sinal de Kiwul – alça de Wahl.
- (B) sinal de Gersuny – sinal de ás de espada.
- (C) sinal de Ogilvie – alça de Bruusgaard.
- (D) sinal de Gerwig – sinal do grão de café.

**— QUESTÃO 45 —**

Qual é a conduta mais adequada no tratamento de uma diverticulite classificada como estágio 2 de Hinchey?

- (A) Antibioticoterapia em regime ambulatorial e dieta rica em fibras.
- (B) Antibioticoterapia em regime hospitalar e punção guiada por tomografia computadorizada.
- (C) Antibioticoterapia em regime hospitalar e controle tomográfico em 48 horas.
- (D) Antibioticoterapia em regime hospitalar e procedimento de Hartmann.



**— QUESTÃO 46 —**

Leia o texto a seguir.

De acordo com Lee e Peehl (2004) e Steiner (1995), os fatores de crescimento são pequenas moléculas de peptídeos que estimulam ou, em alguns casos, inibem os processos de divisão e diferenciação celular. As células que respondem a fatores de crescimento possuem em sua superfície receptores específicos para esse fator de crescimento que, por sua vez, estão ligados a uma variedade de mecanismos de sinalização transmembrana e intracelular. As interações entre os fatores de crescimento e os hormônios esteroides podem alterar o equilíbrio da proliferação celular versus a morte celular para produzir hiperplasia prostática benigna (HPB).

Sobre esses fatores de crescimento, sabe-se que:

- (A) os fatores inibidores do crescimento FGF-1, VEGF, e o fator de crescimento semelhante à insulina (IGF) podem desempenhar um papel na proliferação celular no processo de HPB.
- (B) o TGF- $\beta$ , que é conhecido por inibir a proliferação de células epiteliais, pode normalmente exercer uma influência restritiva sobre a proliferação epitelial que é perdida ou regulada para baixo na HPB.
- (C) o TGF- $\beta$  regula positivamente a produção de fator de crescimento de fibroblastos básico ( $\beta$ FGF-2), que é conhecido por ser um fator de crescimento autócrino para células do epitélio da próstata.
- (D) a regulação negativa de TGF- $\beta$ , que é expressa nas células do estroma da próstata, durante a HPB impediria a expansão do compartimento do estroma.

**— QUESTÃO 47 —**

Leia o texto a seguir.

De acordo com Adams e Rink (1998), Cacciaguerra et al. (1998), Cilento et al. (1994), Odibo et al. (1997), Petrikovsky et al. (1988), Shalev et al. (1986) e Warne et al. (2002<sup>a</sup>), a avaliação das anomalias cloacais começa com a ultrassonografia pré-natal, pois vários grupos já relataram o diagnóstico pré-natal de cloaca persistente. Para Cacciaguerra et al. (1998) e Warne et al. (2002b), o diagnóstico pode ser feito já na 19<sup>a</sup> semana de gestação. O achado de ascite fetal transitória com estruturas císticas pélvicas bilobadas ou trilobadas, hidronefrose bilateral e líquido amniótico diminuído é diagnóstico.

Nas anomalias cloacais,

- (A) acredita-se que a ascite se desenvolva via fluxo retrógrado de urina para o útero e para fora das trompas de Falópio, secundária à obstrução da saída da vagina distendida.
- (B) o fluxo retrógrado de urina e mecônio pode resultar nas calcificações granulares atípicas ou mecônio calcificado. Mais calcificações granulares podem ser observadas ao longo do curso do reto como resultado do fluxo de urina no reto.
- (C) a hidronefrose ocasionalmente está relacionada aos hidrocolpos, com a vagina distendida comprimindo o colo da bexiga e resultando em vários graus de obstrução da saída da bexiga.
- (D) tanto a genitografia quanto a endoscopia são opcionais para definir a anatomia. A técnica e os objetivos da genitografia e da endoscopia são os mesmos, e devem incluir a identificação da confluência retal e vaginal.

**— QUESTÃO 48 —**

Leia o texto a seguir.

A presença de uma fístula vesicovaginal pode ser confirmada instilando um corante azul vital na bexiga por uretra e observando se a drenagem vaginal está descolorida. Desta forma, fístulas pequenas ou ocultas podem ser identificadas. De acordo com Gannon (1990), a vagina pode ser embalada com gaze (teste de três cotonetes) ou inspecionada diretamente para ver se há vazamento tingido de azul.

Neste contexto, no exame físico de paciente com fístula vesicovaginal,

- (A) se o vazamento tingido de azul não for aparente e o diagnóstico estiver em dúvida, a especificidade deste teste pode ser melhorada deambulando o paciente por um curto período de tempo.
- (B) a coloração na extremidade introital (proximal) do tampão sugere incontinência urinária ou fístula uretrovaginal, enquanto a coloração distal sugere fístula vesicovaginal.
- (C) se o tampão vaginal permanecer sem corante, a possibilidade de uma fístula ureterovaginal pode ser investigada com o uso de tampão vaginal limpo, índigo carmim intravenoso (ou outro corante vital) e repetição do teste do absorvente.
- (D) como variação do teste do corante duplo, um tampão é colocado na vagina. Fenazopiridina oral é administrada e o corante azul é instilado na bexiga. Se o tampão for amarelado-alaranjado na parte inferior, é sugestivo de uma fístula ureterovaginal.

**— QUESTÃO 49 —**

O câncer de testículo é uma das poucas doenças malignas associadas aos marcadores tumorais séricos que são essenciais em seu diagnóstico e tratamento. Os níveis séricos de marcadores tumorais devem ser obtidos no diagnóstico, após orquiectomia, para monitorar a resposta à quimioterapia e para monitorar a recidiva em pacientes sob vigilância e após o término da terapia. Na avaliação dos marcadores tumorais séricos do tumor de testículo observa-se que:

- (A) os níveis de alfafetoproteínas estão elevados em mais de 50% dos tumores de células germinativas não seminomatosos de estágio baixo (CS I, IIA, IIB) e em mais de 60% tumores de células germinativas não seminomatosos avançados (CS IIC, III).
- (B) os tumores de saco vitelino, carcinoma embrionário, coriocarcinomas e seminomas secretam alfafetoproteínas. Pacientes com seminoma puro no tumor primário com elevada alfafetoproteína sérica são considerados como tendo tumores de células germinativas não seminomatosos.
- (C) a gonadotrofina coriônica também pode ser elevada em pacientes com carcinoma hepatocelular, câncer de estômago, pâncreas, trato biliar e pulmão, doença hepática não maligna (infeciosa, induzida por drogas, induzida por álcool, autoimune), telangiectasia atáxica e tirosinemia hereditária.
- (D) os níveis da gonadotrofina coriônica estão elevados em mais de 20% dos tumores de células germinativas seminomatosos de estágio baixo e em mais de 40% dos tumores de células germinativas seminomatosos avançados.

**— QUESTÃO 50 —**

Leia o texto a seguir.

De acordo com Matsuno et al. (1984), Brown et al. (1987), McLellan et al. (2002), Shukla et al. (2005) e Rubenwolf et al (2016), por relato histórico, pode-se deduzir que a maioria dos megaureteres sem refluxo segue um curso benigno e se resolve espontaneamente nos primeiros anos de vida). Tal constatação foi confirmada por Ranawaka e Hennayake (2013) que, a partir de estudo observacional prospectivo, mostrou que a resolução completa e o tempo de resolução foram inversamente relacionados ao diâmetro ureteral. Por outro lado, os pacientes com diâmetros ureterais >10 mm eram mais propensos a complicações, como ITUs febris recorrentes, formação de cálculos e dor abdominal, com apenas 17% resolvendo completamente e um total de 21% deles exigindo intervenção cirúrgica.

Neste contexto, a cirurgia no caso de megaureter primário obstrutivo deve ser considerada quando os pacientes são sintomáticos e têm

- (A) infecções do trato urinário recorrentes.
- (B) dilatação persistente contínua na ultrassonografia.
- (C) função renal diferencial <30%.
- (D) diminuições significativas na função renal diferencial ≥10% em exames sequenciais.