

PRÉ-REQUISITO – CIRURGIA GERAL

Leia atentamente as instruções abaixo

1. PROVA E FOLHA DE RESPOSTAS

- Além deste Caderno de Prova, contendo 60 (sessenta) questões objetivas, você receberá do Fiscal de Sala:
- 01 (uma) Folha de Respostas destinada às respostas das questões objetivas. Confira se seus dados estão corretos.

2. TEMPO

- 03 (três) horas é o tempo disponível para realização da prova, já incluído o tempo para marcação da Folha de Respostas da prova objetiva.
- O candidato somente poderá retirar-se definitivamente da sala de aplicação das provas após **1 (uma) hora** de seu início. Será permitido ao candidato levar **apenas o gabarito rascunho** com suas respostas, para posterior conferência da nota.

3. INFORMAÇÕES GERAIS

- O final deste caderno contará com uma folha adicional, destinada exclusivamente para anotações do gabarito rascunho do candidato. Essa folha **não possui validade para fins de avaliação**, e o candidato poderá retirá-la e levá-la consigo após 1 (uma) hora de prova.
- As questões objetivas têm 05 (cinco) alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente **uma** delas está correta.
- Verifique se seu caderno está completo, sem repetição de questões ou falhas. Caso contrário, informe imediatamente o Fiscal da Sala, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Confira seus dados pessoais na Folha de Respostas, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade e leia atentamente as instruções para preenchimento.
- O preenchimento das respostas da prova objetiva é de sua responsabilidade e não será permitida a troca de Folha de Respostas em caso de erro de marcação pelo candidato.

- Marque, na Folha de Respostas, com caneta esferográfica de tinta azul ou preta, feita de material transparente, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- Reserve tempo suficiente para preencher suas respostas. Para fins de avaliação, serão consideradas **apenas** as marcações feitas na Folha de Respostas da prova objetiva.
- Ao se retirar, entregue ao Fiscal de Sala a **Folha de Respostas** preenchida e assinada, bem como o **Caderno de Prova** objetiva.

SERÁ ELIMINADO do presente certame o candidato que:

- a) for surpreendido, durante as provas, em qualquer tipo de comunicação com outro candidato;
- b) for surpreendido portando, aparelhos eletrônicos, tais como *wearable tech*, máquinas calculadoras, agendas eletrônicas e(ou) similares, telefones celulares, *smartphones*, *tablets*, *ipods*®, gravadores, pendrive, *mp3* e(ou)similar, relógio de qualquer espécie, alarmes, chaves com alarme ou com qualquer outro componente eletrônico, fones de ouvido e(ou) qualquer transmissor, gravador e(ou) receptor de dados, imagens, vídeos e mensagens etc.;
- c) se ausentar da sala em que se realizam as provas levando consigo o Caderno de Questões e/ou a Folha de Respostas ou se recusar a entregar a Folha de Respostas e o Caderno de Prova, quando terminar o tempo estabelecido;
- d) for surpreendido portando qualquer recipiente ou embalagem que não seja fabricado com material transparente, tais como garrafa de água, suco ou refrigerante e embalagem de alimentos (biscoitos, barras de cereais, chocolate, balas etc.);
- e) não assinar a Lista de Presença e/ou a Folha de Respostas.

CIRURGIA GERAL / EMERGÊNCIAS**QUESTÃO 01**

Um adulto jovem sofreu trauma torácico fechado, evoluiu com pneumotórax e foi submetido à drenagem em selo d'água. Na reavaliação, o pulmão encontra-se totalmente reexpandido à radiografia, sem fuga aérea ao repouso e com parâmetros clínicos estáveis. Indique a conduta imediata mais apropriada para o dreno de tórax nesse cenário:

- (A) Manter o dreno por 72 h e trocá-lo preventivamente para evitar empiema.
- (B) Clampear o dreno por 24 h e, se mantida a expansão, realizar nova troca do sistema coletor.
- (C) Prescrever antibioticoprofilaxia rotineira e manter o dreno até o 5º dia.
- (D) Programar a retirada do dreno, por se tratar de medida temporária após reexpansão pulmonar.
- (E) Converter o sistema para sucção contínua por mais 48 h antes de decidir retirada.

QUESTÃO 02

Um homem de 35 anos chega com dor hipogástrica e anúria há 12 h após colisão motociclística. Ao exame, bexiga distendida e sangue no meato uretral. Aponte a melhor conduta inicial quanto ao acesso urinário:

- (A) Sondagem uretral de demora com Foley 18 Fr e irrigação contínua.
- (B) Evitar sondagem uretral pela suspeita de lesão e optar por drenagem suprapúbica.
- (C) Sondagem uretral com cateter de alívio e retirada imediata após esvaziamento.
- (D) Observação clínica sem drenagem, pois a distensão bexical é transitória.
- (E) Coleta de urina por punção vesical guiada e sondagem uretral subsequente obrigatória.

QUESTÃO 03

Um homem de 62 anos é internado na emergência após sofrer queimadura por chama envolvendo ambos os membros inferiores, região glútea e face posterior do tronco. Pela Regra dos Nove, a extensão estimada de queimadura é de 54% da superfície corporal total. O paciente apresenta frequência cardíaca de 128 bpm, pressão arterial de 88/54 mmHg e débito urinário de 0,3 ml/kg/h. Utilizando a Fórmula de Brooke para reanimação volêmica, qual o volume aproximado de cristalóide que deve ser administrado nas primeiras 24 horas?

- (A) 1.620 ml de cristalóide no total das 24 horas.
- (B) 4.050 ml de cristalóide no total das 24 horas.
- (C) 11.340 ml de cristalóide no total das 24 horas.
- (D) 12.150 ml de cristalóide no total das 24 horas.
- (E) 16.200 ml de cristalóide no total das 24 horas.

QUESTÃO 04

Uma mulher de 28 anos sofre queimadura por líquido quente, acometendo 8% da superfície corporal da face anterior do abdome, caracterizada por lesões eritematosas e úmidas com presença de flictenas, dolorosas ao toque. A avaliação histológica indicaria acometimento de epiderme e derme papilar. Considerando a cicatrização de queimaduras, qual é o tempo esperado de cicatrização espontânea e o prognóstico cicatricial?

- (A) Cicatrização esperada em 7-21 dias, com potencial de cicatrização sem comprometimento funcional.
- (B) Cicatrização esperada em 3-5 dias, com resultado cicatricial normal sem sequelas.
- (C) Cicatrização esperada em 2-9 semanas, com formação de cicatrizes hipertróficas e disfunção articular.
- (D) Cicatrização esperada em 3-4 meses, com necessidade obrigatória de cirurgia e enxerto.
- (E) Cicatrização esperada em 6 meses ou mais, com evolução cronicamente inflamada.

QUESTÃO 05

No contexto das complicações herniárias, uma condição é definida pelo encarceramento associado ao comprometimento vascular do conteúdo herniário, sendo considerada uma emergência cirúrgica. Esta condição é conhecida como:

- (A) Hérnia por deslizamento.
- (B) Hérnia encarcerada.
- (C) Hérnia estrangulada.
- (D) Hérnia de Richter.
- (E) Hérnia incoercível.

QUESTÃO 06

Um tipo específico e perigoso de complicação herniária, mais comum nas hérnias femorais, ocorre quando apenas parte da parede da alça intestinal (geralmente a borda antimesentérica) fica presa no defeito. Esta hérnia é denominada:

- (A) Hérnia de Spigel.
- (B) Hérnia de Grynfeltt.
- (C) Hérnia por deslizamento.
- (D) Hérnia umbilical.
- (E) Hérnia de Richter.

QUESTÃO 07

Em um paciente politraumatizado submetido à toracostomia tubular para tratamento de lesão torácica aguda, considere as complicações pós-procedimento mais observadas na prática. Indique a alternativa que apresenta a complicação mais frequente associada à drenagem de tórax no contexto de urgência:

- (A) Empiema pleural.
- (B) Lesão do feixe neurovascular intercostal.
- (C) Fístula broncopleural.
- (D) Edema pulmonar por reexpansão.
- (E) Mau posicionamento do dreno.

CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO

QUESTÃO 08

O planejamento da derivação gástrica exige domínio dos passos da gastroenteroanastomose pré-cólica e isoperistáltica, assegurando a integridade da boca anastomótica antes do fechamento dos planos. Assinale a alternativa correta:

- (A) Realizar colecistocolangiografia intraoperatória após o chuleio anterior.
- (B) Executar manobra de Valsalva diafragmática para testar estanqueidade.
- (C) Realizar teste de permeabilidade da boca anastomótica antes do fechamento.
- (D) Pinçar o colédoco para avaliar refluxo biliar na boca anastomótica.
- (E) Irrigar o esôfago com azul de metileno para verificar extravasamento.

QUESTÃO 09

A reconstrução do trânsito no intestino delgado por anastomose término-terminal requer técnica padronizada para proteção da linha suturada. Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta em dois planos:

- (A) Sutura seromuscular posterior → sutura em plano total contínuo → sutura seromuscular anterior.
- (B) Sutura em plano total contínuo → sutura seromuscular anterior → sutura seromuscular posterior.
- (C) Sutura seromuscular anterior → sutura em plano total contínuo → sutura seromuscular posterior.
- (D) Sutura seromuscular posterior → sutura seromuscular anterior → sutura em plano total contínuo.
- (E) Sutura em plano total contínuo único, sem plano seromuscular de proteção.

QUESTÃO 10

Durante a colecistectomia aberta, a abordagem do pedículo exige exposição adequada e ordem segura de ligaduras para reduzir lesão de via biliar. Assinale a alternativa correta:

- (A) Ligar imediatamente o ducto cístico antes de qualquer reparo.
- (B) Dissecá-lo do leito hepático sem reparo do ducto cístico.
- (C) Ligar primeiro o ducto cístico e, depois, reparar a artéria cística.
- (D) Identificar e reparar o ducto cístico, ligar a artéria cística, e não ligar o ducto cístico até completa exposição do pedículo.
- (E) Realizar ligadura simultânea de artéria e ducto císticos para reduzir tempo operatório.

QUESTÃO 11

Na cirurgia oncológica de gastrectomia, a linfadenectomia D2 é um procedimento padrão. Esta técnica cirúrgica envolve a ressecção do estômago associada à remoção dos linfonodos:

- (A) Apenas das cadeias perigástricas (D1).
- (B) Das cadeias perigástricas (D1) e também dos linfonodos ao longo dos principais vasos que irrigam o estômago.
- (C) De todas as cadeias do tronco celíaco e dos linfonodos retroperitoneais (D3).
- (D) Apenas dos linfonodos localizados no ligamento hepatoduodenal.
- (E) Das cadeias perigástricas e dos linfonodos mesentéricos superiores.

QUESTÃO 12

Durante a reconstrução do trânsito alimentar após uma gastrectomia, a técnica que consiste na anastomose do coto gástrico diretamente ao duodeno é denominada:

- (A) Técnica de Billroth II (BII).
- (B) Técnica de Y-de-Roux.
- (C) Técnica de Gastrojejunostomia.
- (D) Técnica de Esofagojejunostomia.
- (E) Técnica de Billroth I (BI).

QUESTÃO 13

Durante uma gastroenteroanastomose pré-cólica e isoperistáltica pela técnica de Von Hacker modificada, o cirurgião posiciona a alça jejunal em relação ao estômago. Considerando os princípios técnicos, qual o posicionamento correto da alça jejunal e a extensão da sutura seromuscular inicial?

- (A) Alça proximal à direita, alça distal à esquerda, com sutura seromuscular de 10 cm de extensão.
- (B) Alça proximal à esquerda, alça distal à direita, com sutura seromuscular de 5 cm de extensão.
- (C) Alça proximal à direita, alça distal à esquerda, com sutura seromuscular de 3 cm de extensão.
- (D) Alça proximal em sentido antiperistáltico ao estômago, com sutura de 8 cm.
- (E) Alça distal à esquerda, alça proximal à direita, com sutura seromuscular de 7 cm.

QUESTÃO 14

Um paciente é submetido a enterectomia segmentar por obstrução intestinal. Durante a confecção da anastomose término-terminal, o cirurgião opta por realizar a sutura em plano único ao invés de dois planos. Segundo os princípios técnicos descritos no manual, qual a principal vantagem teórica da anastomose em plano único?

- (A) Ocasiona menos isquemia e estenose nas extremidades anastomosadas comparada à técnica de dois planos.
- (B) Maior facilidade técnica com menor tempo operatório, sem diferença quanto à cicatrização.
- (C) Permite melhor coaptação mucosa com menor risco de deiscência anastomótica precoce.
- (D) Proporciona maior resistência tênsil imediata pela inclusão da camada muscular na sutura.
- (E) Reduz significativamente o risco de fístula por não transfixar completamente a parede intestinal.

CIRURGIA PEDIÁTRICA**QUESTÃO 15**

No protocolo de manejo e acesso à cirurgia infantil, a estenose hipertrófica do piloro apresenta características clínicas específicas. Qual achado ao exame físico é considerado patognomônico desta condição?

- (A) Abdome escavado com aumento do volume da bolsa escrotal e transiluminação positiva.
- (B) Distensão abdominal difusa com timpanismo e ausência de ruídos hidroaéreos.
- (C) Massa palpável em flanco esquerdo com hematuria macroscópica associada.
- (D) Rigidez abdominal generalizada com sinal de Blumberg positivo em fossa ílica direita.
- (E) Presença de peristaltismo visível da esquerda para a direita no hemiabdomen superior e palpação de massa semelhante a uma azeitona no quadrante superior direito.

QUESTÃO 16

Em relação à criptorquidia, o protocolo estabelece diretrizes específicas sobre o momento adequado para encaminhamento ao cirurgião pediátrico. Qual a recomendação quanto ao início e conclusão do tratamento?

- (A) Deve ser iniciado após o 2º ano de vida e completado até o 5º ano de vida.
- (B) Deve ser iniciado a partir do 6º mês de vida e completado ao término do 2º ano de vida.
- (C) Deve ser iniciado imediatamente ao nascimento e completado até o 6º mês de vida.
- (D) Deve ser aguardada a puberdade para definição da conduta cirúrgica.
- (E) Deve ser iniciado aos 12 meses e completado até 18 meses de vida.

QUESTÃO 17

Sobre a invaginação intestinal na criança, condição classificada como P0 (urgência), qual das seguintes afirmativas está CORRETA quanto ao tratamento e prognóstico?

- (A) O método operatório é sempre a primeira escolha terapêutica, com indicação de laparotomia exploradora imediata.
- (B) O tempo entre ocorrência e redução não influencia significativamente a evolução do paciente.
- (C) A redução hidrostática por enema opaco ou insuflação de ar tem taxa de sucesso entre 20% e 80%, sendo o método não operatório a primeira escolha.
- (D) É condição rara em crianças, acometendo principalmente lactentes acima de 2 anos de idade.
- (E) O quadro clínico clássico inclui dor abdominal crônica intermitente sem febre ou alterações das fezes.

QUESTÃO 18

RN com massa sacrococcígea exofítica, bem delimitada, predominantemente extrínseca (sem invasão pélvica significativa à US/RM), hemodinamicamente estável, sem sinais de metástase. Marcador AFP elevado para a faixa etária neonatal. Qual a melhor conduta inicial?

- (A) Ressecção cirúrgica completa do tumor com coccigectomia por via sacra, com envio para histopatologia e seguimento seriado de AFP.
- (B) Quimioterapia neoadjuvante baseada em platina antes de qualquer ressecção.
- (C) Biópsia incisional ampla da lesão seguida de observação ambulatorial.
- (D) Drenagem simples do componente cístico e reavaliação em 30 dias.
- (E) Apenas observação clínica, pois a tendência é regressão espontânea no primeiro ano de vida.

QUESTÃO 19

Um recém-nascido de 3 dias de vida, prematuro, apresenta distensão abdominal progressiva, diarreia, resíduo gástrico elevado e presença de sangue nas fezes. O histórico revela asfixia perinatal moderada. A radiografia simples de abdome mostra pneumatose intestinal difusa e gás na veia porta. Qual o diagnóstico presuntivo e a abordagem terapêutica recomendada?

- (A) Enterocolite necrosante; tratamento conservador com suspensão de dieta e antibioticoterapia, com laparotomia apenas se houver complicações graves.
- (B) Atresia de intestino delgado; necessidade obrigatória de laparotomia imediata para ressecção.
- (C) Íleo meconial; tratamento por enema com contraste iodado diluído como primeira abordagem.
- (D) Doença de Hirschsprung; realização de colostomia em dupla boca como tratamento definitivo.
- (E) Gastrosquise complicada por sepse; drenagem percutânea com cateter de Penrose.

QUESTÃO 20

RN com sialorreia importante e dificuldade de progressão da sonda até o estômago. Radiografia de tórax/abdome mostra ausência de bolha gástrica e ausência de ar nas alças intestinais. Exame pré-natal com polidrâmnio. Assinale o diagnóstico mais provável:

- (A) Atresia esofágica com fístula traqueoesofágica distal.
- (B) Fístula traqueoesofágica em “H”.
- (C) Atresia duodenal.
- (D) Estenose hipertrófica do piloro.
- (E) Atresia esofágica sem fístula.

CIRURGIA PLÁSTICA**QUESTÃO 21**

Em um serviço de cirurgia plástica, a equipe organiza o passo a passo de lipoaspiração em áreas com gordura localizada, priorizando menor sangramento intraoperatório e remoção homogênea do tecido adiposo. Considere as etapas clássicas do procedimento e a energia empregada, então assinale a alternativa correta:

- (A) Infiltração vasoconstritora tumescente proporcional à gordura a remover, seguida de aspiração com cânula romba conectada ao vácuo.
- (B) Inserção de cânula seca e aspiração manual direta, sem preparo tumescente.
- (C) Uso de laser em todas as regiões, principalmente em fibrose.
- (D) Infiltração com solução hipotônica sem vasoconstritor, seguida de aspiração por seringa.
- (E) Diluição tumescente apenas para ginecomastia, dispensada nas demais áreas.

QUESTÃO 22

Paciente mastectomizada é discutida para reconstrução tardia com retalho regional, preservando vascularização e permitindo cobertura adequada quando associado a implante. Considerando princípios técnicos do retalho de grande dorsal, assinale a alternativa correta:

- (A) Transferência cutânea isolada, sem componente muscular, por túnel intratorácico.
- (B) Rotação do peitoral maior, mantendo origem umeral e desinserção escapular.
- (C) Avanço do serrátil anterior, com desligamento vascular proximal e distal.
- (D) Liberação do músculo grande dorsal com elipse de pele/subcutâneo, transferência por túnel subcutâneo e possível cobertura de implante.
- (E) Retalho do reto abdominal sem microcirurgia, sempre sem necessidade de túnel.

QUESTÃO 23

Na reconstrução de defeitos nasais complexos, o retalho frontal paramediano é uma técnica de escolha. A vascularização axial deste retalho interpolado baseia-se fundamentalmente na artéria:

- (A) Facial.
- (B) Nasal dorsal.
- (C) Oftálmica.
- (D) Temporal superficial.
- (E) Supratroclear.

QUESTÃO 24

A reconstrução mamária microcirúrgica com o retalho perfurante da artéria epigástrica inferior profunda (DIEP) é uma técnica que preserva a musculatura abdominal. Os vasos receptores de escolha no tórax para a anastomose microvascular são:

- (A) Os vasos torácicos laterais.
- (B) Os vasos toracodorsais.
- (C) Os vasos torácicos internos (mamários internos).
- (D) Os vasos epigástricos superiores.
- (E) Os vasos subescapulares.

QUESTÃO 25

O retalho miocutâneo transverso do reto abdominal (TRAM) pediculado é uma opção clássica de reconstrução mamária autóloga. A viabilidade deste retalho depende da preservação de seu pedículo vascular superior, formado pelos vasos:

- (A) Epigástricos inferiores profundos.
- (B) Epigástricos superficiais.
- (C) Circunflexos ilíacos profundos.
- (D) Epigástricos superiores.
- (E) Intercostais posteriores.

QUESTÃO 26

No seguimento tardio de reconstrução mamária com implante, paciente evolui com dor e deformidade, sugerindo endurecimento e deslocamento protético. Assinale a alternativa que melhor descreve o mecanismo e a conduta de escolha:

- (A) Fibrose aguda autolimitada; observação e massagem.
- (B) Seroma estéril crônico; punção seriada e antibiótico oral.
- (C) Atrofia cutânea por radiação; troca de curativo e fototerapia.
- (D) Reação alérgica ao silicone; retirada definitiva sem substituição.
- (E) Inflamação crônica associada a hematoma/ biofilme/ radiação; capsulectomia com troca e reposicionamento do implante.

CIRURGIA TORÁCICA

QUESTÃO 27

Em relação à técnica de passagem de instrumentos pelo espaço intercostal durante procedimentos como toracocentese, qual a orientação anatômica CORRETA para evitar lesão das estruturas neurovasculares?

- (A) A passagem deve ser realizada na borda inferior da costela superior para evitar o sulco costal onde se localizam as estruturas neurovasculares.
- (B) A passagem deve ser realizada no centro do espaço intercostal, equidistante das duas costelas adjacentes.
- (C) A passagem deve ser realizada na borda inferior da costela inferior, junto ao músculo intercostal externo.
- (D) A passagem deve ser realizada na borda superior da costela inferior para evitar as estruturas neurovasculares do sulco costal.
- (E) A passagem deve ser realizada na borda superior da costela superior, junto ao ângulo da costela.

QUESTÃO 28

Em relação à cirurgia de revascularização miocárdica (CABG - Coronary Artery Bypass Grafting), observam-se preferências quanto aos condutos utilizados. Qual a taxa de permeabilidade da artéria mamária interna esquerda em 10 anos e qual a taxa de oclusão dos enxertos de veia safena em 1 ano?

- (A) Artéria mamária interna: > 80% em 10 anos; Veia safena: até 15% de oclusão em 1 ano.
- (B) Artéria mamária interna: > 90% em 10 anos; Veia safena: até 25% de oclusão em 1 ano.
- (C) Artéria mamária interna: > 95% em 10 anos; Veia safena: até 30% de oclusão em 1 ano.
- (D) Artéria mamária interna: > 85% em 10 anos; Veia safena: até 20% de oclusão em 1 ano.
- (E) Artéria mamária interna: > 70% em 10 anos; Veia safena: até 10% de oclusão em 1 ano.

QUESTÃO 29

Sobre o nervo torácico longo e suas implicações em cirurgia torácica, qual das seguintes afirmativas está CORRETA?

- (A) O nervo torácico longo é profundo e raramente lesado em procedimentos cirúrgicos torácicos.
- (B) A lesão do nervo torácico longo resulta em perda da adução do braço e incapacidade de elevação da escápula.
- (C) O nervo torácico longo encontra-se superficial no músculo serrátil anterior e sua lesão resulta em escápula alada, sendo frequentemente lesado em mastectomia radical, toracotomias e punhaladas no tórax lateral.
- (D) Com o aumento da cirurgia torácica videoassistida nos últimos 20 anos, houve aumento significativo das lesões ao nervo torácico longo.
- (E) A escápula alada não está relacionada a procedimentos como toracotomia transaxilar ou ressecção de primeira costela.

QUESTÃO 30

Durante uma toracotomia posterolateral, o cirurgião realiza a abertura dos espaços intercostais. Para evitar lesão às estruturas neurovasculares (veias, artérias e nervos intercostais), qual é o local específico de passagem dos instrumentos ou cateteres cirúrgicos?

- (A) Na parte superior do espaço intercostal, próximo à margem superior da costela superior.
- (B) Ao longo do sulco costal que corre pela margem média da costela.
- (C) Perpendicular ao trajeto das estruturas costais, atravessando diretamente o músculo intercostal.
- (D) Anterior ao pericárdio, evitando os segmentos intercostais posteriores.
- (E) Na parte inferior do espaço intercostal, próximo à borda superior da costela inferior.

QUESTÃO 31

Um cirurgião torácico realiza dissecação da artéria torácica interna durante procedimento de revascularização miocárdica. A artéria mamária interna deve ser seccionada a nível de qual espaço intercostal, e qual característica da artéria após secção confirma adequação para uso como enxerto?

- (A) Ao nível do sexto ou sétimo espaço intercostal; se sangra normalmente é considerada boa para uso.
- (B) Ao nível do primeiro espaço intercostal com leve sangramento; anastomose deve ser realizada imediatamente.
- (C) Ao nível do terceiro espaço intercostal com pulsação característica; confirma ligação com ramo colateral.
- (D) Ao nível do quinto espaço intercostal; requer teste de Allen antes de confirmação de viabilidade.
- (E) Ao nível do oitavo espaço intercostal; sangramento abundante indica alta permeabilidade.

QUESTÃO 32

Durante o procedimento de revascularização miocárdica com anastomose proximal de enxerto de veia safena magna na aorta ascendente, qual é a técnica apropriada para realização dessa anastomose?

- (A) Hemostasia contínua com clamp total de aorta; abertura da veia em U; suturas com fio 3-0.
- (B) Clamp parcial de aorta; abertura de circunferência com punch aórtico; abertura oblíqua da veia em 10 a 20% maior; anastomose contínua com fio 5-0 ou 6-0.
- (C) Clamp total de aorta ascendente; abertura linear simples; suturas em pontos separados com fio 7-0.
- (D) Clamp parcial temporário; abertura com fresa cirúrgica; veia aberta em ângulo reto; fio 4-0.
- (E) Sem clamp de aorta; cateterismo de orientação; abertura mínima; suturas internas com fio 8-0.

QUESTÃO 33

No sulco costal, localizado na borda inferior de cada costela, as estruturas neurovasculares intercostais apresentam disposição anatômica específica. A ordem CORRETA dessas estruturas, de superior para inferior, é:

- (A) Artéria, veia e nervo intercostais.
- (B) Artéria, nervo e veia intercostais.
- (C) Nervos, artéria e veia intercostais.
- (D) Veia, nervo e artéria intercostais.
- (E) Veia, artéria e nervo intercostais.

CIRURGIA VASCULAR

QUESTÃO 34

O ecoDoppler é o método de eleição para o diagnóstico e mapeamento da doença venosa crônica, sendo crucial para definir a estratégia terapêutica. A classificação do refluxo no território da grande veia safena (GVS) permite diferenciar padrões hemodinâmicos distintos. Conforme a classificação dos padrões de refluxo da GVS:

- (A) O Refluxo Axial (RA) define-se como um refluxo segmentar que envolve apenas a veia safena acessória anterior (VSAA).
- (B) O Refluxo Segmentar (RS) tipo 3 envolve uma colateral e a junção safeno-femoral (JSF), mas poupa obrigatoriamente o tronco da GVS.
- (C) O critério temporal para definir refluxo patológico no sistema venoso profundo é uma duração superior a 0,5 segundos.
- (D) O Refluxo Axial (RA) é classificado como um refluxo contínuo desde a junção safeno-femoral (JSF) ao longo da GVS até abaixo do joelho.
- (E) O "olho egípcio" é o sinal ecográfico que identifica a GVS fora do seu compartimento fascial, indicando refluxo extracompartimental.

QUESTÃO 35

Um cirurgião vascular avalia paciente com insuficiência venosa crônica classificado como CEAP C3 com edema persistente e sintomas limitantes. O paciente questiona sobre a eficácia do tratamento conservador com medicações venoativas. A droga venoativa que apresenta maior destaque em revisões sistemáticas por sua eficácia na redução do edema é a:

- (A) Hamamélis virginiana micronizada.
- (B) Diosmina-hesperidina em fração micronizada.
- (C) Rutosídeo puro não hidrolisado.
- (D) Extrato de arroz vermelho padronizado.
- (E) Silício orgânico complexado.

QUESTÃO 36

A fisiopatologia da Insuficiência Venosa Crônica (IVC) é complexa, envolvendo alterações hemodinâmicas e inflamatórias. A hipertensão venosa e a estase na microcirculação desencadeiam uma cascata celular que leva à progressão da doença, culminando em lipodermatoesclerose e ulceração. Sobre os mecanismos celulares e moleculares da IVC:

- (A) A estase venosa diminui a pressão tangencial ("shear stress"), o que impede a adesão e transmigração de leucócitos para o tecido perivascular.
- (B) A debilidade da parede venosa primária afeta principalmente as veias profundas, que não possuem o suporte das locas aponevróticas.
- (C) O processo inflamatório crônico na IVC é mediado pela ativação leucocitária, que liberta enzimas proteolíticas e radicais livres no tecido perivascular.
- (D) A pigmentação ocre é resultado direto da ativação de melanócitos pela hipertensão venosa, sem relação com o extravasamento de hemácias.
- (E) A lipodermatoesclerose é um processo agudo causado pela libertação de enzimas proteolíticas que estimulam a reparação tecidual.

QUESTÃO 37

No contexto de cirurgia vascular/angiologia, um paciente sem acesso venoso periférico por punção necessita via para infusões em ambiente de pequena cirurgia. Considerando a flebotomia como técnica cirúrgica de acesso venoso, identifique a descrição adequada do procedimento e sua principal indicação:

- (A) Punção arterial por cateter, indicada para gasometria.
- (B) Dissecção linfática superficial para drenagem local.
- (C) Cateterização cirúrgica, por incisão, de veia periférica para infusões.
- (D) Acesso venoso central por punção subclávia com fio-guia.
- (E) Canalização óssea de emergência em tíbia proximal.

QUESTÃO 38

No tratamento da Doença Venosa Crônica (DVC), os medicamentos venoativos (MVA) são utilizados para alívio sintomático e edema. Alguns compostos, como a Fracção Flavonóica Purificada Micronizada (MPFF), possuem mecanismos de ação específicos que interferem na cascata inflamatória da doença, atuando na proteção das válvulas venosas:

- (A) O MPFF atua principalmente aumentando a síntese de MMP-2, o que previne a dilatação venosa segmentar.
- (B) A ação do MPFF na IVC limita-se a um efeito placebo, sem qualquer ação comprovada sobre a interação leucócito-endotélio.
- (C) A micronização do MPFF diminui a sua absorção intestinal e biodisponibilidade quando comparado à diosmina não micronizada.
- (D) O MPFF inibe a ativação leucocitária, limitando a adesão e a infiltração dos leucócitos no tecido subendotelial.
- (E) O principal mecanismo de ação do MPFF é a inibição da agregação e deformação dos eritrócitos, sem efeito anti-inflamatório.

QUESTÃO 39

Durante o planejamento da terapia compressiva para paciente com varizes sintomáticas, o cirurgião orienta sobre a importância da aderência ao tratamento. Apesar dos resultados positivos da terapia compressiva com meias elásticas em diferentes graduações, a maior dificuldade clínica observada é:

- (A) O alto custo das meias de qualidade premium.
- (B) A impossibilidade de uso durante períodos de clima quente.
- (C) O desconforto gastrointestinal associado ao uso prolongado.
- (D) O desenvolvimento de reações alérgicas ao material da meia.
- (E) A aderência ao tratamento, principalmente com pressões mais elevadas.

QUESTÃO 40

Assinale a alternativa correta sobre a artéria axilar:

- (A) Continua-se como artéria radial ao nível do colo do úmero.
- (B) É dividida em três porções pela relação com o músculo peitoral maior.
- (C) É dividida em três porções pela relação com o músculo peitoral menor.
- (D) Origina-se da artéria braquial ao cruzar a axila.
- (E) Termina ao nível da clavícula, tornando-se subclávia.

UROLOGIA**QUESTÃO 41**

Paciente masculino, 56 anos, evolui com retenção urinária aguda. Apresenta os seguintes exames complementares: PSA 1,2, Creatinina 0,7, Ureia 32, Ultrassonografia de próstata com glândula 180 g, com presença de balão de sonda vesical no interior da bexiga. Estudo urodinâmico com pressão detrusora no fluxo máximo de 95 cmH₂O e fluxo máximo de 1 mL/s.

Qual a conduta mais adequada nesse contexto?

- (A) Iniciar triplo bloqueio com gossereleina, bicalutamida e abiraterona para redução do tamanho prostático e posterior retirada da sonda.
- (B) Trocar o sítio do cateter de demora de uretral para suprapúbico e realizar treinamento vesical até retorno adequado da micção.
- (C) Indicar cirurgia prostática desobstrutiva mediante ressecção transuretral clássica.
- (D) Indicar prostatectomia transvesical por técnica aberta ou minimamente invasiva.
- (E) Indicar prostatectomia radical por conta do acentuado aumento glandular e risco de subdiagnóstico de câncer.

QUESTÃO 42

Paciente masculino, 62 anos, previamente hígido e sem uso regular de medicações, passou a apresentar sintomas miccionais, no segundo dia de pós-operatório de ressecção abdominal baixa por câncer de reto, após retirada de cateter vesical de demora. No momento, refere sensação de esvaziamento incompleto, jato fraco e necessidade de esforço miccional, além de perdas urinárias insensíveis em pequenas quantidades.

O relato operatório descreve dificuldade durante o ato cirúrgico para extirpação do órgão devido a aderências à região pré-sacral. Antes da cirurgia, o paciente negava quaisquer tipos de sintomas miccionais, com ultrassonografia de próstata documentando glândula de 23 g, resíduo miccional desprezível e bexiga de paredes finas. Além disso, possuía fluxometria urinária livre com fluxo máximo de 19 mL/s sinusal e resíduo fisiológico.

Diante do quadro clínico, quais das afirmativas abaixo é verdadeira?

- (A) Trata-se de um quadro de descompensação aguda de HPB (hiperplasia prostática benigna), devendo ser tratado imediatamente com RTU de próstata.
- (B) O paciente encontra-se em retenção urinária crônica não obstrutiva (Síndrome de Fowler), devendo ser tratado com neuromodulação sacral.
- (C) Devemos pensar obrigatoriamente em estenose de uretra e submeter o paciente à cistostomia para repouso uretral e posterior estudo com uretrocistografia.
- (D) A hipótese de obstrução infravesical maligna deve ser considerada, principalmente por existência de outro tumor primário, e o paciente deve ser investigado com PSA e cintilografia óssea.
- (E) O diagnóstico de hipoatividade detrusora é a hipótese mais provável, considerando a ressecção pélvica radical, e deve-se instituir protocolo de cateterismo intermitente limpo para o paciente.

QUESTÃO 43

Uma paciente feminina de 58 anos, histórico de menopausa aos 50 anos, sem antecedentes urológicos ou ginecológicos, comparece à consulta queixando-se de infecções urinárias de repetição. Apresentou 3 episódios nos últimos 4 meses, tendo sido tratada com múltiplos antimicrobianos. No último episódio, há 3 semanas, refere cultura positiva para *Klebsiella pneumoniae*, com tratamento guiado por antibiograma, estando assintomática no momento.

Ao exame físico, você observa um introito vaginal pouco estreitado, com mucosa pálida e friável. Não há presença de distopia genital e a paciente não refere queixas de incontinência urinária. Já se encontra em reposição hormonal com implante subdérmico (chip) de gestriona. Diante do exposto, qual a melhor conduta, dentre as alternativas abaixo, para a paciente no momento?

- (A) Não fazer nada pois a paciente encontra-se assintomática e não há intervenções profiláticas com alto grau de evidência científica.
- (B) Iniciar reposição vaginal de estrogênio com óvulos de promestrieno, visto que a reposição sistêmica não restaura o status hormonal da vagina e a paciente tem sinais de hipoestrogenismo.
- (C) Considerando infecção recente por *Klebsiella*, patógeno frequentemente multirresistente, devemos iniciar tratamento prolongado com ciprofloxacino por 21 dias.
- (D) Iniciar antibioticoprofilaxia intravesical com gentamicina 1x/dia antes de dormir.
- (E) Realizar investigação ostensiva de causas de infecção urinária de repetição, incluindo tomografia de abdome e pelve, cistoscopia e cintilografia renal com DTPA.

QUESTÃO 44

Sobre os estreitamentos uretrais, qual a afirmativa correta?

- (A) Cateterização prolongada não é um fator de risco para desenvolvimento de estenose de uretra.
- (B) O calibre do cateter vesical de demora não tem relevância na incidência de estenoses ou risco de falso trajeto.
- (C) Procedimentos endourológicos, como RTU de próstata ou bexiga, podem causar estreitamento uretral por conta de isquemia da parede durante o tempo de procedimento.
- (D) A gonorreia é um fator importante de estreitamento da fossa navicular por conta do processo inflamatório das glândulas de Cowper.
- (E) Pacientes com líquen escleroso são excelentes candidatos à uretroplastia com retalho de prepúcio por ter estreitamentos frequentemente distais, onde a pele é abundante e glabra.

QUESTÃO 45

Várias medidas clínicas são recomendadas no tratamento da cistinúria, e conseqüente formação de cálculos urinários de cistina. Das alternativas abaixo, assinale uma que NÃO tem sua indicação nessa situação clínica:

- (A) Aumento da ingesta hídrica.
- (B) Alcalinização da urina.
- (C) Uso de diuréticos tiazídicos.
- (D) Restrição de metionina e sal na dieta.
- (E) Uso da penicilamina.

QUESTÃO 46

Um paciente de 66 anos, com PSA de 27 ng/mL, biópsia mostrando adenocarcinoma de próstata Gleason 4+4 (ISUP 4) e toque retal T2c, é estadiado com exames convencionais (cintilografia óssea e tomografia) sem evidência de metástase. Após realizar o PET-PSMA evidenciou captação em linfonodo pélvico unilateral sem outras lesões. Considerando-se o manejo atual do câncer de próstata localizado de alto risco com suspeita de linfonodo positivo, qual das condutas a seguir está mais alinhada às evidências atuais?

- (A) O PET-PSMA com linfonodo positivo contraindica a prostatectomia radical sendo necessário o bloqueio androgênico contínuo.
- (B) O paciente pode ser tratado com radioterapia sobre a próstata e cadeia linfonodal sem indicação de bloqueio hormonal concomitante.
- (C) A combinação de prostatectomia radical com linfadenectomia estendida e sem bloqueio hormonal pode ser utilizada como terapêutica inicial.
- (D) A cirurgia não deve ser considerada até que o linfonodo seja confirmado por biópsia percutânea.
- (E) A terapia neoadjuvante, com novos agentes hormonais (enzalutamida ou apalutamida), deve ser realizada antes da cirurgia ou da radioterapia.

QUESTÃO 47

Homem de 62 anos, portador de carcinoma urotelial invasivo de bexiga (pT2N0M0), sem comorbidades significativas e com clearance de creatinina de 39 mL/min. Qual o tratamento de escolha?

- (A) Radioterapia exclusiva definitiva.
- (B) Cistectomia radical com linfadenectomia pélvica e quimioterapia neoadjuvante baseada em cisplatina.
- (C) Cistectomia radical e derivação com neobexiga ortotópica.
- (D) Cistectomia radical e derivação com conduto ileal a Bricker.
- (E) Cistectomia parcial seguida de radioterapia e imunoterapia intravesical com BCG.

CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**QUESTÃO 48**

Paciente com trauma facial extenso, secreções espessas de difícil aspiração e sinais de obstrução de via aérea alta chega à sala de emergência. Considerando indicações clássicas do procedimento, assinale a alternativa que melhor sustenta a decisão por traqueostomia:

- (A) Epistaxe leve autolimitada e ventilação espontânea preservada.
- (B) Obstrução de via aérea alta, grandes traumas faciais e retenção de secreções.
- (C) Otite média supurada com dor mastoidea e febre baixa.
- (D) Sialorreia por paralisia facial periférica isolada.
- (E) Disfonia funcional sem evidência de edema laríngeo.

QUESTÃO 49

Durante traqueostomia eletiva, a equipe progride pela linha média com afastamento dos músculos infra-hioideos e exposição do istmo tireoidiano. Para garantir uma abertura adequada e estável da via aérea, assinale a alternativa que descreve corretamente o passo da incisão e a conduta sobre a traqueia:

- (A) Incisão longitudinal entre 1º e 2º anéis e fechamento imediato do “T”.
- (B) Incisão em U entre 3º e 4º anéis com pontos enterrados.
- (C) Incisão horizontal única no 2º anel sem reparos cutâneos.
- (D) Incisão em “T” entre o 2º e o 3º anéis, com pontos reparadores das abas na pele.
- (E) Incisão vertical contínua do 1º ao 4º anel com ressecção de cartilagem.

QUESTÃO 50

Durante a dissecação cirúrgica em uma tireoidectomia, a identificação precisa do Nervo Laríngeo Recorrente (NLR) é um passo crítico. A sua localização anatômica mais comum para identificação é:

- (A) Na goteira traqueoesofágica, após a ligadura dos vasos tireoidianos superiores.
- (B) No polo superior da glândula, junto à artéria tireoidiana superior.
- (C) Anteriormente ao músculo omo-hióideo, antes da ligadura dos vasos inferiores.
- (D) No interior do tubérculo de Zuckerkandl, lateralmente à artéria carótida.
- (E) No ligamento de Berry, na goteira traqueoesofágica, após a ligadura dos vasos tireoidianos inferiores.

QUESTÃO 51

Na parotidectomia, o passo cirúrgico considerado principal para evitar morbidade significativa é a identificação do tronco de um nervo. A referência anatômica para localizar este tronco nervoso é:

- (A) 1cm abaixo do tragus, na intersecção da borda anterior da cartilagem do tragus com o ventre posterior do músculo digástrico.
- (B) Na borda anterior do músculo masseter, onde emerge o ducto de Stenon.
- (C) Superiormente ao arco zigomático, junto aos vasos temporais superficiais.
- (D) 1cm posterior ao ângulo da mandíbula, profundamente ao músculo esternocleidomastóideo.
- (E) Na emergência do nervo hipoglosso, medialmente ao ventre posterior do digástrico.

QUESTÃO 52

Os esvaziamentos cervicais são classificados com base nas estruturas removidas. A definição de Esvaziamento Cervical Seletivo (ECS) é:

- (A) A remoção de todos os grupos linfonodais (I-V), com preservação do Músculo Esternocleidomastóideo (ECM), Veia Jugular Interna (VJI) e Nervo Acessório.
- (B) A remoção dos níveis I-V, com sacrifício obrigatório do Nervo Acessório, mas preservação do ECM e da VJI.
- (C) A preservação de uma ou mais das três estruturas (ECM, VJI e N. acessório), removendo apenas os grupos linfonodais de maior risco.
- (D) A remoção radical de todas as estruturas linfáticas e não linfáticas, incluindo ECM, VJI e Nervo Acessório.
- (E) A remoção apenas dos níveis I a III, sendo também chamado de esvaziamento supra-omo-hióideo.

QUESTÃO 53

Na dissecação submandibular (Nível I), o conhecimento dos limites anatômicos do Triângulo Submandibular é essencial para a preservação do Ramo Mandibular Marginal do Nervo Facial. Os limites anatômicos que definem este triângulo são:

- (A) O ventre anterior do digástrico, a borda inferior da mandíbula e o ventre posterior do digástrico.
- (B) O ventre posterior do digástrico, a borda mandibular e a veia facial.
- (C) O nervo hipoglosso, a veia jugular interna e o músculo omo-hióideo.
- (D) A glândula submandibular, a borda mandibular e o nervo lingual.
- (E) O músculo milo-hióideo, o ventre posterior do digástrico e a artéria carótida.

QUESTÃO 54

Para o estadiamento e planejamento terapêutico dos tumores de laringe, a definição anatômica exata da região glótica é:

- (A) A região que inclui a epiglote, as pregas ariepiglóticas e as falsas cordas vocais.
- (B) A área localizada 1cm acima do ventrículo laríngeo, estendendo-se até a base da língua.
- (C) Apenas a região subglótica, iniciando 1cm abaixo da prega vocal e indo até a traqueia.
- (D) A área que inclui as pregas vocais, comissuras anterior e posterior, com limite inferior 1cm abaixo da prega vocal.
- (E) Apenas a borda livre das pregas vocais verdadeiras, excluindo as comissuras.

MEDICINA INTENSIVA**QUESTÃO 55**

Na ventilação mecânica invasiva de um paciente adulto com pulmões normais, a Pressão Expiratória Final Positiva (PEEP) inicial recomendada para a prevenção de atelectasias deve ser ajustada na faixa de:

- (A) 0 a 2 cmH₂O.
- (B) 3 a 4 cmH₂O.
- (C) 5 a 8 cmH₂O.
- (D) 10 a 12 cmH₂O.
- (E) 15 a 20 cmH₂O.

QUESTÃO 56

A monitorização da Pressão Venosa Central (PVC) é frequentemente utilizada para estimar a pré-carga do ventrículo direito. Em um paciente crítico, a aferição de valores baixos, como uma PVC < 2 mmHg, sugere prioritariamente:

- (A) Hipervolemia.
- (B) Disfunção de ventrículo direito.
- (C) Tamponamento cardíaco.
- (D) Hipovolemia.
- (E) Pneumotórax hipertensivo.

QUESTÃO 57

De acordo com as definições do Sepsis-3, o diagnóstico de choque séptico é estabelecido quando o paciente apresenta sepse com hipotensão persistente, necessitando de vasopressor para manter PAM \geq 65 mmHg e:

- (A) Lactato sérico > 1 mmol/L, independente da volemia.
- (B) Creatinina > 2,0 mg/dL ou oligúria.
- (C) Relação PaO₂/FiO₂ < 300.
- (D) Plaquetas < 100.000/mm³.
- (E) Lactato sérico > 2 mmol/L, apesar de ressuscitação volêmica adequada.

QUESTÃO 58

Em um paciente com TCE grave (Glasgow < 9) que apresenta Tomografia Computadorizada (TC) de crânio normal, a monitorização da Pressão Intracraniana (PIC) está indicada se houver dois ou mais dos seguintes fatores:

- (A) Idade > 40 anos, Postura anormal (descerebração ou decorticação) ou PAS < 90 mmHg.
- (B) Idade < 40 anos, Postura anormal ou PAS > 140 mmHg.
- (C) Idade > 50 anos, Pupilas não fotorreativas ou PAS < 100 mmHg.
- (D) Idade > 40 anos, Glasgow < 5 ou Lactato > 2 mmol/L.
- (E) Postura anormal, Idade < 40 anos ou Glicemia > 180 mg/dL.

QUESTÃO 59

No manejo do Estado de Mal Epiléptico (EME) em um paciente adulto, após as medidas iniciais de suporte, o tratamento farmacológico de primeira linha recomendado é:

- (A) Fenitoína em dose de ataque intravenosa.
- (B) Ácido Valproico em infusão contínua.
- (C) Fenobarbital 15 mg/kg em bolus.
- (D) Propofol ou Midazolam em infusão contínua para coma induzido.
- (E) Benzodiazepínico, como Midazolam, Diazepam ou Lorazepam.

QUESTÃO 60

O vasoespasma cerebral é uma complicação grave da Hemorragia Subaracnoide (HSA) aneurismática. A terapia farmacológica padrão utilizada para a prevenção desta condição é:

- (A) Manitol 1 g/kg em bolus de 6/6h.
- (B) Nimodipina 60 mg de 4/4h por via oral.
- (C) Salina Hipertônica 7,5% para manter Sódio > 155 mEq/L.
- (D) Sulfato de Magnésio em infusão contínua.
- (E) Noradrenalina para indução de hipertensão arterial.

Esta folha não possui validade para fins de avaliação, servindo apenas como rascunho e podendo ser destacada e levada pelo candidato para conferência.

GABARITO – RASCUNHO

1	A	B	C	D	E
2	A	B	C	D	E
3	A	B	C	D	E
4	A	B	C	D	E
5	A	B	C	D	E
6	A	B	C	D	E
7	A	B	C	D	E
8	A	B	C	D	E
9	A	B	C	D	E
10	A	B	C	D	E
11	A	B	C	D	E
12	A	B	C	D	E
13	A	B	C	D	E
14	A	B	C	D	E
15	A	B	C	D	E
16	A	B	C	D	E
17	A	B	C	D	E
18	A	B	C	D	E
19	A	B	C	D	E
20	A	B	C	D	E

21	A	B	C	D	E
22	A	B	C	D	E
23	A	B	C	D	E
24	A	B	C	D	E
25	A	B	C	D	E
26	A	B	C	D	E
27	A	B	C	D	E
28	A	B	C	D	E
29	A	B	C	D	E
30	A	B	C	D	E
31	A	B	C	D	E
32	A	B	C	D	E
33	A	B	C	D	E
34	A	B	C	D	E
35	A	B	C	D	E
36	A	B	C	D	E
37	A	B	C	D	E
38	A	B	C	D	E
39	A	B	C	D	E
40	A	B	C	D	E

41	A	B	C	D	E
42	A	B	C	D	E
43	A	B	C	D	E
44	A	B	C	D	E
45	A	B	C	D	E
46	A	B	C	D	E
47	A	B	C	D	E
48	A	B	C	D	E
49	A	B	C	D	E
50	A	B	C	D	E
51	A	B	C	D	E
52	A	B	C	D	E
53	A	B	C	D	E
54	A	B	C	D	E
55	A	B	C	D	E
56	A	B	C	D	E
57	A	B	C	D	E
58	A	B	C	D	E
59	A	B	C	D	E
60	A	B	C	D	E