



# PROCESSO SELETIVO

## RESIDÊNCIAS UESPI



Universidade  
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – **TIPO 08**

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **CIRURGIA PEDIÁTRICA**

DATA: 18/01/2026 – HORÁRIO: 8h30 às 10h30 (horário do Piauí)

### LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
  - a) Este caderno (**TIPO 08**) com 50 questões objetivas sem falha ou repetição.
  - b) Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova. *Verifique se o tipo de caderno (TIPO 08) é o mesmo que consta no seu Cartão-Resposta.*

**OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.**
02. Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
03. Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do CARTÃO-RESPOSTA, utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
04. Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste CADERNO DE QUESTÕES, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
05. No CARTÃO-RESPOSTA, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção, deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
06. Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
07. Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
08. As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
09. Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
10. Reserve os 30(trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão levados em conta.
11. Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a LISTA DE FREQUÊNCIA, entregue ao Fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA, que deverão conter sua assinatura.
12. O tempo de duração para esta prova é de **2h (duas horas)**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **1h30** do início da respectiva prova.
14. O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

### Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--	--	--

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

'PROCESSO SELETIVO- RESIDÊNCIASUESPI – CIRURGIA PEDIÁTRICA  
 NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS – NUCEPE  
 FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.

### RASCUNHO

01		26	
02		27	
03		28	
04		29	
05		30	
06		31	
07		32	
08		33	
09		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	



**PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIAS UESPI**



<b>Nº DE INSCRIÇÃO</b>						



## CIRURGIA GERAL

- 01.** No quarto dia de pós-operatório, a causa mais provável de febre é:
- a) hematoma no sítio cirúrgico.
  - b) seroma na ferida operatória.
  - c) atelectasia.
  - d) infecção.
  - e) bronco-aspiração.
- 02.** O diagnóstico de hérnia incisional é realizado na maioria dos pacientes por:
- a) RM de abdômen.
  - b) US abdominal.
  - c) laparoscopia diagnóstica.
  - d) exame físico.
  - e) TC de abdômen.
- 03.** Sobre a acalasia do esôfago com megaesôfago inicial podemos afirmar que ocorre
- a) ausência ou redução da peristalse no esôfago cervical.
  - b) hipotonia do esfíncter inferior do esôfago.
  - c) metaplasia para epitélio colunar com células caliciformes.
  - d) grande aumento do calibre do esôfago formando o dólico-megaesôfago.
  - e) ausência do relaxamento do esfíncter inferior do esôfago.
- 04.** A respeito da síndrome de Mallory-Weiss podemos afirmar que
- a) deve ser avaliada com raio X contrastado.
  - b) está associada à infecção pelo *Helicobacter pylori*.
  - c) está relacionada ao uso de álcool e vômitos repetitivos.
  - d) melhor método para diagnóstico é a ecoendoscopia.
  - e) está associada à úlcera gástrica.
- 05.** O cálculo biliar pode ocasionar obstrução intestinal, principalmente, em qual segmento?
- a) transição retossigmoideana.
  - b) cólon transverso.
  - c) cólon ascendente.
  - d) papila íleo-cecal.
  - e) jejuno.
- 06.** Em qual segmento intestinal o adenocarcinoma ocorre com maior frequência?
- a) jejuno-íleo.
  - b) cólon ascendente.
  - c) cólon transverso.
  - d) cólon descendente.
  - e) retossigmoide.



- 07.** Quanto ao câncer gástrico, marque a alternativa **INCORRETA**.
- a) O etilismo e o tabagismo são fatores de risco.
  - b) A principal método de tratamento curativo é ressecção com margens livres da lesão associada à ressecção dos linfonos locorregionais.
  - c) Ocorre mais nas mulheres que nos homens, com pico na sétima década.
  - d) Os pólipos adenomatosos apresentam alto risco de desenvolver malignidade.
  - e) A infecção por *Helicobacter pylori* é um fator de risco para o câncer gástrico.
- 08.** Na apendicite aguda podemos encontrar os seguintes sinais:
- a) sinal de Rovsing, sinal de Charcot e sinal de Cullen.
  - b) sinal de Murphy, sinal de Couvoisier e sinal de Kehr.
  - c) sinal Blumberg, sinal de Rovsing e sinal do iliopsoas.
  - d) sinal Blumberg, sinal de Grey Turner e sinal de Charcot.
  - e) sinal de Kehr, sinal de obturador e sinal de Jobert.
- 09.** Sobre perfuração de úlceras pépticas podemos afirmar que o(a)
- a) perfuração tem baixa taxa de mortalidade comparada às outras complicações das úlceras pépticas.
  - b) perfuração ocorre geralmente na pequena curvatura do antro.
  - c) perfuração ocorre geralmente na parede anterior gástrica.
  - d) reparo de Graham é uma das técnicas utilizadas nas operações de emergência.
  - e) raio x de tórax não tem importância no diagnóstico do pneumoperitônio da perfuração da úlcera péptica.
- 10.** Sobre enxertos e retalhos de pele, marque a alternativa **CORRETA**.
- a) O enxerto de pele não possui derme.
  - b) O autoenxerto vem da própria pessoa e o heteroenxerto vem de outra pessoa.
  - c) A área mais importante de um enxerto é o pedículo vascular.
  - d) O curativo de Brown é o ideal nos casos de infecção da área receptora de um enxerto.
  - e) O retalho de pele possui um pedículo vascular para manter o suprimento sanguíneo.
- 11.** No câncer gástrico precoce a invasão vai no máximo até qual camada?
- a) Mucosa.
  - b) Lâmina própria.
  - c) Submucosa.
  - d) Muscular própria.
  - e) Serosa.
- 12.** Qual alteração histológica caracteriza o esôfago de Barrett?
- a) Metaplasia gástrica antral.
  - b) Metaplasia gástrica de corpo e fundo.
  - c) Metaplasia colunar intestinal.
  - d) Presença de anel fibroso, concêntrico e não maligno.
  - e) Hipertrofia das células escamosas.



- 13.** No seguimento do tratamento do câncer de cólon, qual marcador indica recidiva?
- a) CA 19.9.
  - b) CA 125.
  - c) Alfafetoproteína.
  - d) Antígeno carcinoembrionário.
  - e) Ácido 5-hidroxiindolacético.
- 14.** Qual melhor exame complementar padrão para o diagnóstico de perfuração do esôfago?
- a) Endoscopia digestiva alta.
  - b) Broncoscopia.
  - c) Raio X de tórax.
  - d) Tomografia do tórax.
  - e) Esofagograma com bário.
- 15.** Sobre os marcadores tumorais, marque a alternativa **CORRETA**.
- a) O CEA é utilizado como teste de rastreamento devido a sua alta sensibilidade nos estágios iniciais da doença.
  - b) A alfafetoproteína sérica elevada só ocorre no caso de neoplasias malignas.
  - c) O CA 19-9 é utilizado no monitoramento do tratamento do câncer de pâncreas.
  - d) Após a ressecção de neoplasia de cólon o CEA encontra-se normal.
  - e) A alfafetoproteína está elevada exclusivamente nas neoplasias de estômago.
- 16.** Paciente de 28 anos de idade do sexo masculino, com peso de 80kg, altura 175cm. Sem doenças prévias. Sofreu acidente por queimaduras de 2º e de 3º grau em membros inferior e superior à esquerda, além da parte anterior do tronco. Utilizando a “regra dos nove” para aferir a área acometida, podemos afirmar que o paciente sofreu queimaduras em qual porcentagem da área corpórea?
- a) Em 18% da área corpórea.
  - b) Em 27% da área corpórea.
  - c) Em 36% da área corpórea.
  - d) Em 45% da área corpórea.
  - e) Em 54% da área corpórea.
- 17.** Sobre a hérnia do obturador, está correto o que se afirma, **EXCETO** em:
- a) a dor na face anteromedial da coxa por compressão do nervo obturador é o sinal de Howship-Romberg.
  - b) a obstrução intestinal é bastante frequente, aproximadamente 50% dos casos.
  - c) um exame físico abdominal e ultrassonografia tem alta sensibilidade.
  - d) ocorre mais em mulheres idosas.
  - e) o forame do obturador é reparado com tela.



- 18.** Sobre neoplasia de tireoide, todas as alternativas estão corretas, **EXCETO**,
- a) a incidência aumenta com a idade sendo raros em crianças.
  - b) as neoplasias malignas ocorrem duas vezes mais frequentemente nas mulheres que nos homens.
  - c) são fatores causadores do câncer a irradiação, a baixa ingestão de iodo e a predisposição genética.
  - d) o melhor método de investigação da natureza de um nódulo tireoidiano é a punção do nódulo com agulha fina.
  - e) quando não tratado o câncer invade estruturas adjacentes como o esôfago e a traqueia, levando a disfagia progressiva e ou em dispnéia.
- 19.** Quanto à profundidade das queimaduras, marque a alternativa **CORRETA**.
- a) Na queimadura de primeiro grau, ocorre lesão da epiderme formando bolhas.
  - b) A queimadura de segundo grau danifica todas as camadas da pele.
  - c) Na queimadura de terceiro grau, o dano atinge órgãos abaixo da pele.
  - d) A queimadura de terceiro grau atravessa toda a pele.
  - e) Na queimadura de quarto grau, ocorre lesão de todas as camadas da pele.
- 20.** Sobre o fio de polipropileno, estão corretas todas as alternativas, **EXCETO**,
- a) é um fio de grande resistência e baixo grau de lesão tecidual.
  - b) indicado para hernioplastias.
  - c) é um fio indicado para suturas vasculares.
  - d) deve ser evitado em feridas com tecidos infectadas.
  - e) é indicado nas anastomoses intestinais.
- 21.** O Dumping no pós-operatório tem as seguintes características, **EXCETO**,
- a) distensão e dor abdominal.
  - b) hipotensão arterial.
  - c) hipoglicemia com sudorese.
  - d) diarreia com enterorragia
  - e) taquicardia.
- 22.** Paciente do sexo masculino com 75 anos de idade deu entrada com quadro de obstrução intestinal. Exame físico do abdômen sem sinais de irritação peritoneal. Na investigação por imagem, observou-se um volvo em sigmoide. Qual a melhor conduta inicial?
- a) Cirurgia de Hartmann.
  - b) Retossigmoidectomia com reconstrução primária.
  - c) Colonoscopia descompressiva.
  - d) Colostomia a jusante do volvo.
  - e) Colostomia a montante do volvo.
- 23.** Qual é o tipo histológico de pólipos colônicos com maior risco de malignização?
- a) Pólipo inflamatório.
  - b) Pólipo tubular.
  - c) Pólipo viloso.
  - d) Pólipo hiperplásico.
  - e) Todos têm o mesmo risco.



24. Sobre o divertículo de Meckel está **CORRETO** afirmar que:
- a) é um divertículo de pulsão.
  - b) é persistência do conduto onfalomesentérico.
  - c) é quando ocorre o encarceramento apenas do bordo antimesentérico de uma alça intestinal.
  - d) a hemorrágica geralmente ocorre pela presença de vasos aberrantes.
  - e) é um divertículo com apenas uma camada do intestino.
25. Os itens I, II, III e IV contêm afirmações sobre os fatores de maior risco de doença maligna invasiva na neoplasia mucinosa papilar intraductal do pâncreas:
- I. Alteração abrupta de calibre do ducto pancreático principal com atrofia pancreática distal.
  - II. Cistos com mais de 3cm e parede espessada com fixação de contraste.
  - III. Dilatação do ducto pancreático principal com mais de 1cm.
  - IV. Imagem com componente sólido com fixação de contraste dentro do cisto.
- Estão **CORRETOS** os itens:
- a) I, III e IV.
  - b) I, II e III.
  - c) II, III e IV.
  - d) I, II e IV.
  - e) I, II, III e IV.
26. Qual estadiamento correto, segundo TNM para um câncer de vesícula biliar que perfura a serosa e invade o fígado, com comprometimento de linfonodos ao longo do ducto cístico e sem metástases a distância?
- a) T2, N1, M0.
  - b) T3, N1, M0.
  - c) T3, N2, M0.
  - d) T4, N2, M0.
  - e) T4, N2, M1.
27. Sobre a acalasia do esôfago, marque qual o exame complementar mais importante para o diagnóstico:
- a) Videoesoscopia digestiva alta.
  - b) Ultrassonografia endoscópica.
  - c) Esofagograma contrastado.
  - d) Phmetria do esôfago de alta resolução.
  - e) Manometria do esôfago.
28. Qual opção cirúrgica tem menor recidiva da úlcera duodenal e é mais eficaz na redução da secreção ácida?
- a) Gastrectomia subtotal.
  - b) Vagotomia troncular com cirurgia de Heineke-Mikulicz.
  - c) Vagotomia superseletiva com cirurgia de Heineke-Mikulicz.
  - d) Vagotomia troncular com antrectomia.
  - e) Vagotomia superseletiva.



29. Qual melhor exame complementar para o diagnóstico de necrose do pâncreas?
- Ultrassonografia abdominal.
  - Tomografia abdominal contrastada.
  - Ultrassonografia endoscópica.
  - Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.
  - Ressonância magnética do abdome.
30. No tratamento cirúrgico da síndrome da alça aferente podemos utilizar as seguintes técnicas, **EXCETO**,
- eliminação da alça aferente “longa” junto com a reconstrução.
  - conversão de reconstrução de Billroth II em Billroth I.
  - jejunojejunostomia entre alças aferente e eferente.
  - reconstrução em Y de Roux.
  - anastomose tipo Billroth II.
31. Os fatores a seguir estão relacionados ao aumento do risco de desenvolver câncer de cólon na colite ulcerativa, **EXCETO**,
- duração prolongada da doença.
  - doença pancolônica.
  - doença continuamente ativa.
  - intensidade da inflamação.
  - doença restrita ao cólon esquerdo.
32. O fígado é subdividido em oito segmentos. Como esta divisão anatômica é baseada?
- No suprimento arterial dos segmentos.
  - No sistema de drenagem biliar.
  - O sistema de drenagem venosa.
  - Na disposição do sistema porta.
  - É baseada por uma divisão arbitrária.
33. Durante exame endoscópico notou-se na junção esôfago-gástrica uma área de retração circunferencial bem delimitada. Feitas biópsias da referida área com o seguinte achado histológico: ausência de malignidade, área com fibrose e processo inflamatório crônico. Marque a alternativa **CORRETA**.
- O achado endoscópico com a confirmação histológica afirmam uma lesão cáustica exógena do esôfago.
  - Trata-se de um caso de esôfago de Barrett.
  - O exame descreve um anel de Schatzki.
  - O diagnóstico mais provável é acalasia de esôfago.
  - O esofagograma desse caso revela uma imagem típica em “bico de pássaro”.
34. Paciente com mamilo hemorroidário que se exteriorizou e é irreduzível com manobras digitais. Segundo o grau de evolução, a doença hemorroidária está classificada como:
- grau I.
  - grau II.
  - grau III A.
  - grau III B.
  - grau IV.



- 35.** Todas as informações sobre a isquemia intestinal estão corretas, **EXCETO**,
- a) são fatores de risco idade maior que 65 anos, arritmia cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica.
  - b) a causa oclusiva mais frequente é do fenômeno tromboembólico.
  - c) o raio X de abdome com pneumoperitônio sugere perfuração intestinal.
  - d) a avaliação radiológica com contraste de bário é o exame de escolha inicial.
  - e) a pesquisa de sangue oculto nas fezes é importante na fase inicial.
- 36.** São vantagens da gastrectomia vertical laparoscópica, **EXCETO**,
- a) simplicidade técnica.
  - b) preservação do piloro com evitando o *dumping*.
  - c) baixa incidência de fístulas.
  - d) redução metabólica dos níveis de grelina.
  - e) redução das hérnias internas.
- 37.** Sobre procedimentos cirúrgicos para obesidade mórbida marque a alternativa **CORRETA**.
- a) A gastrectomia vertical reduz a área produtora de grelina levando à diminuição do apetite.
  - b) Na gastrectomia vertical, há um extensa ressecção gástrica preservando um tubo ao longo da pequena curvatura até o piloro e associando a uma derivação íleo-duodenal.
  - c) Além de ser um procedimento para tratar a obesidade mórbida também reduz o refluxo gastroesofágico.
  - d) A gastrectomia vertical é um procedimento somente restritivo.
  - e) A gastrectomia vertical pode ser reversível.

**Leia o caso clínico e responda às questões 38 e 39.**

Paciente do sexo masculino com abaulamento em região inguinal bilateral. Sendo que a esquerda foi submetido a cirurgia há 2 anos. No exame físico da região inguinal, nota-se, à esquerda, cicatriz de cirurgia prévia com abaulamento e alargamento do anel inguinal profundo. À direita, observa-se abaulamento da parede inguinal com anel Inguinal profundo íntegro.

- 38.** Segundo a classificação de Nyhus, as hérnias à esquerda e à direita são respectivamente:
- a) tipo II e IIIb.
  - b) tipo IIIb e IIIa.
  - c) tipo IVb e IIIa.
  - d) tipo IIIa e IIIb.
  - e) tipo IVa e IIIb.
- 39.** Qual é a melhor conduta para o caso?
- a) Cirurgia de Lichenstein à esquerda e Shoudice à direita.
  - b) Cirurgia de Bassini à esquerda e Lichenstein à direita.
  - c) Correção por videolaparoscopia.
  - d) Cirurgia de Bassini bilateral.
  - e) Cirurgia de Lichenstein à direita e uso de funda por 1ano no lado esquerdo.



40. Sobre o câncer papilar da tireoide marque a alternativa **CORRETA**.

- a) A tireoidectomia total está indicada nos nódulos com um centímetro ou mais.
- b) Ocorre com mais frequência em adultos jovens.
- c) As metástases ocorrem precocemente.
- d) O TNM não é um bom método para avaliar prognóstico.
- e) A tireoidectomia total está sempre indicada.

## ESPECÍFICA

41. Pedro, 2 anos, é levado ao pediatra pelos pais devido a uma massa indolor na região inguinal direita, visível intermitentemente, principalmente quando chora ou faz esforço. A massa regride espontaneamente em repouso. Ele não apresenta febre, vômitos ou alterações no apetite. **Exame físico:** Massa palpável na região inguinal direita, limites precisos, de aproximadamente 2 cm, redutível, sem sinais de inflamação, testículo direito palpável e normal, sem linfonodomegalias ou sinais de sofrimento abdominal.

Qual é a conduta mais adequada para esse caso?

- a) Observação clínica, sem necessidade de cirurgia imediata.
- b) Redução manual da hérnia e alta hospitalar sem seguimento.
- c) Cirurgia eletiva de correção da hérnia inguinal.
- d) Prescrição de analgésicos e repouso absoluto.
- e) Prescrição de antibióticos profiláticos antes de qualquer intervenção.

42. Lucas, 1 ano, é levado ao pediatra pelos pais que percebem que um dos testículos não está presente no escroto desde o nascimento. O histórico neonatal foi normal, sem prematuridade ou complicações. O bebê apresenta desenvolvimento adequado e não há dor nem sinais de infecção. **Exame físico:** testículo direito palpável no escroto, testículo esquerdo palpável ao longo do canal inguinal, Genitália externa normal, sem anomalias penianas, Sem linfonodomegalias ou massa abdominal.

Qual é a conduta mais adequada para este paciente?

- a) Aguardar espontaneamente até os 5 anos para cirurgia.
- b) Prescrever hormonioterapia com testosterona antes da cirurgia.
- c) Observação clínica até a puberdade.
- d) Realizar ressecção do testículo não descido, por risco de malignidade.
- e) Cirurgia de orquidopexia entre 6 e 12 meses de idade.

43. Miguel, 2 dias de vida, não evacuou nas primeiras 48 horas, apresenta vômitos biliosos e distensão abdominal progressiva. O recém-nascido foi a termo, sem complicações no parto, e amamenta-se parcialmente. **Exame físico:** Abdome distendido, timpânico à percussão. Reto vazio à palpação retal (manobra de toque retal sugere contração involuntária do esfíncter). Ausência de evacuação espontânea desde o nascimento. Sinais vitais: dentro dos limites normais, sem febre. **Exames complementares:** Radiografia abdominal: dilatação proximal do cólon com transição abrupta para segmento distal estreito (“colônia em espiral” ou “pico de agulha”). Biópsia retal (confirmação diagnóstica): ausência de células ganglionares, Enema contrastado: transição entre cólon normal e segmento distal espástico.



Qual é a **conduta definitiva** para tratar este paciente?

- a) Prescrição de laxantes e dieta rica em fibras.
- b) Realização de cirurgia para ressecção do segmento agangliônico e anastomose do cólon normal ao reto (existem várias técnicas).
- c) Observação clínica até o aparecimento de evacuações espontâneas.
- d) Lavagem intestinal diária sem cirurgia.
- e) Uso prolongado de antibióticos para prevenir enterocolite.

- 44.** Pedro, 10 anos, apresenta dor abdominal **iniciada na região periumbilical há 12 horas**, que **migrou para o quadrante inferior direito**. Refere náuseas e **um episódio de vômito**. Sem diarreia ou febre alta até o momento. Os pais relatam que ele está **mais apático e queixa-se de dor ao caminhar**. **Exame físico:** Temperatura: 37,8°C. Abdome: sensível à palpação no quadrante inferior direito (ponto de McBurney), defesa leve, sem distensão significativa. Sinais de Blumberg e Rovsing positivos, sem massa palpável. **Exames laboratoriais e de imagem:** Hemograma: leucocitose discreta (12.500/mm<sup>3</sup>) com neutrofilia, PCR: elevada, Ultrassonografia abdominal: apêndice aumentado (>6 mm), parede espessada, presença de líquido peri-apendicular.

Qual é a conduta mais adequada para este paciente?

- a) Cirurgia de urgência.
- b) Prescrição de antibióticos e observação.
- c) Uso de analgésicos apenas e retorno se houver piora.
- d) Solicitar tomografia abdominal antes de qualquer decisão.
- e) Dieta líquida e laxantes para aliviar sintomas.

- 45.** Mariana, 8 anos, apresenta dor abdominal súbita, intensa, em cólica, irradiando para região lombar direita. Refere náuseas e dois episódios de vômitos, nas últimas 6 horas. Não há febre. História familiar de pedras nos rins, no pai. **Exame físico:** Temperatura: 37°C. **Abdome:** sensível em flanco direito, sem defesa ou distensão, Sem massas palpáveis. Pressão arterial e outros sinais vitais dentro da normalidade. **Exames laboratoriais e de imagem:** Urina: hematúria microscópica, Urina tipo I: leucócitos e nitrito ausentes. Ultrassonografia renal: litíase no ureter proximal direito, 5 mm, com discreta hidronefrose. Função renal preservada.

Qual é a conduta inicial mais adequada para esta criança?

- a) Cirurgia imediata para remoção da pedra.
- b) Prescrição de antibióticos preventivos.
- c) Realização imediata de litotripsia extracorpórea.
- d) Observação com hidratação adequada e analgesia, aguardando eliminação espontânea.
- e) Dieta restritiva e acompanhamento médico.

- 46.** Miguel, 9 meses, é levado ao pronto-socorro devido a episódios de dor abdominal intensa e súbita, que fazem com que ele grite e dobre as pernas. Os pais relatam vômitos intermitentes e fezes com sangue em “geleia de framboesa” nas últimas 12 horas. Ele está letárgico entre as crises. **Exame físico:** Abdome: sensível, presença de massa palpável em quadrante inferior direito, firme e móvel. Hidratação adequada, sem febre significativa. Sinais vitais: dentro dos limites, leve taquicardia. **Exames complementares:** Ultrassonografia abdominal: sinal do “alvo” ou “donut”. Radiografia abdominal: distensão intestinal, ausência de ar distal. Laboratório: hemograma e eletrólitos, geralmente não específicos, mas importante para avaliar hidratação.



Qual é a **conduta inicial mais indicada** para este paciente?

- a) Trata-se de invaginação intestinal, e o tratamento é cirurgia de emergência.
- b) Redução não cirúrgica do conteúdo invaginado com enema hidrostático ou a ar, sob controle radiológico.
- c) Prescrição de antibióticos e observação.
- d) Dieta líquida e laxantes para aliviar sintomas.
- e) Administração de corticoides para reduzir inflamação.

- 47.** Lucas, 6 meses, é levado ao pediatra pelos pais que perceberam que a uretra não termina na ponta do pênis, mas na parte ventral da haste peniana. O bebê apresenta urina em jato divergente e curvatura ventral discreta do pênis (chamada de chordee). Não há antecedentes de infecção urinária ou outras malformações aparentes. **Exame físico:** Pênis com abertura uretral no terço médio ventral da haste, presença de leve curvatura ventral (chordee), Prepúcio dorsal redundante (“capuchão dorsal”), Testículos palpáveis na bolsa testicular, normais. Genitália externa sem outras anomalias.

Qual é a conduta mais adequada para este paciente?

- a) Cirurgia corretiva eletiva entre 6 e 18 meses de idade.
- b) Observação até a puberdade, sem intervenção precoce.
- c) Hormonioterapia para alongamento peniano antes da cirurgia.
- d) Cateterismo vesical intermitente até a cirurgia.
- e) Prescrição de antibióticos profiláticos prolongados até a cirurgia.

- 48.** Ana, recém-nascida de termo, é levada ao pediatra porque não evacua nas primeiras 24 horas de vida. O bebê apresenta distensão abdominal progressiva e vômitos biliosos leves. No exame físico, observa-se ausência do ânus em posição normal, com fístula cutânea discreta na região perineal. **Exame físico:** Abdome distendido e timpânico, sem massa palpável, Genitália externa normal, sem sangramentos, sinais vitais estáveis.

Qual é a conduta mais adequada para esta recém-nascida?

- a) Realizar lavagem intestinal e aguardar evacuação espontânea.
- b) Cirurgia imediata corretiva definitiva sem colostomia.
- c) Colostomia inicial, seguida de cirurgia corretiva.
- d) Uso de laxantes e observação clínica.
- e) Encaminhar para fisioterapia perineal e acompanhamento ambulatorial.

- 49.** Ravy, recém-nascido de termo, apresenta salivagem excessiva, tosse e engasgos durante a alimentação, nas primeiras horas de vida. Ao tentar mamar, a criança apresenta vômitos com secreção espumosa e cianose leve. O parto foi normal e não há antecedentes familiares relevantes. **Exame físico:** Recém-nascido alerta, porém com tosse frequente. **Abdome:** distensão leve. **Sinais vitais:** frequência cardíaca e respiratória normais, saturação 92–94%. Genitália e membros normais. Não há fraturas ou malformações externas. **Exames complementares:** Tentativa de passagem de sonda nasogástrica: não progride até o estômago. Radiografia torácica com sonda: sonda parada no mediastino superior, presença de ar no estômago.

Qual é a conduta mais adequada para este recém-nascido?

- a) Iniciar alimentação oral, imediatamente, sob orientação médica, pois o ar progride até o estômago.
- b) Observação clínica sem intervenção e aguardar a progressão espontânea da sonda até o estômago para iniciar a alimentação.
- c) Prescrever antibióticos isoladamente e observação hospitalar.
- d) Colocar o bebê em posição supina com cabeça elevada, aspirar secreções, iniciar suporte venoso e correção cirúrgica.
- e) Administração de laxantes para estimular trânsito intestinal.



**50.** Sofia, 3 anos, é levada ao pediatra pelos pais devido a aumento progressivo do volume abdominal nos últimos 2 meses. Refere fadiga e episódios de dor abdominal difusa, sem febre ou vômitos. Os pais notaram que a criança está perdendo peso e apresenta palidez. **Exame físico:** Abdome: presença de massa firme, não dolorosa, palpável em quadrante superior esquerdo, não móvel, Sem icterícia. Linfonodos periféricos normais, sem edema de membros inferiores. **Exames complementares:** Ultrassonografia abdominal: massa sólida heterogênea em rim esquerdo, sem dilatação do trato urinário. Tomografia abdominal: massa renal sólida, bem delimitada. Hemograma: anemia leve, função renal normal. Urina: sem alterações significativas.

Qual é o **diagnóstico mais provável** para esta criança com massa abdominal sólida e unilateral?

- a) Neuroblastoma.
- b) Teratomaretroperitoneal.
- c) Adenocarcinoma renal.
- d) Linfoma abdominal.
- e) Tumor de Wilms (nefroblastoma).

**RESIDÊNCIAS  
UESPI**