



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS UESPI



Universidade
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – **TIPO 01**

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **COLOPROCTOLOGIA**

DATA: 09/08/2026 – HORÁRIO: 8h30 às 10h30 (horário do Piauí)

LEIA AS INSTRUÇÕES:

- Você deve receber do fiscal o material abaixo:
 - Este caderno (**TIPO 01**) com 50 questões objetivas sem falha ou repetição.
 - Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova. *Verifique se o tipo de caderno (TIPO 01) 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.**
- Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
- 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.
- 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.
- 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.
- Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
- 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.
- As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
- 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.
- 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.
- 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.
- O tempo de duração para esta prova é de **2h (duas horas)**.
- Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **1h30** do início da respectiva prova.
- 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)

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



Nº DE INSCRIÇÃO					



CIRURGIA GERAL

1. Um homem de 28 anos, vítima de colisão automobilística em alta velocidade, é admitido no pronto-socorro. Apresenta-se taquipnéico, com turgência jugular bilateral, murmúrio vesicular abolido em hemitórax direito e hipotensão arterial (PA = 80x40 mmHg). Qual deve ser a conduta imediata?
 - a) Realizar radiografia de tórax no leito para confirmação diagnóstica.
 - b) Proceder com intubação orotraqueal imediata e ventilação mecânica sob pressão positiva.
 - c) Realizar descompressão torácica imediata com agulha no espaço intercostal adequado.
 - d) Encaminhar o paciente imediatamente para tomografia computadorizada de tórax e abdômen.
 - e) Drenagem torácica em selo d'água no 5º espaço intercostal.
2. Um paciente de 62 anos, usuário crônico de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), dá entrada na emergência referindo dor súbita em andar superior do abdômen há 12 horas, que rapidamente se generalizou. Ao exame físico, apresenta rigidez na parede abdominal (abdômen em tábua) com sinal de Blumberg positivo em todo o abdômen. Uma radiografia de tórax em ortostase revela presença de ar subdiafragmático. Qual é o diagnóstico e a conduta imediata **CORRETA**?
 - a) Colecistite aguda; ultrassonografia de abdômen total.
 - b) Pancreatite aguda; dosagem de amilase e lipase com reposição volêmica.
 - c) Apendicite aguda perfurada; tomografia de abdômen com contraste.
 - d) Úlcera péptica perfurada; laparotomia exploradora de urgência.
 - e) Trombose mesentérica; angiotomografia com contraste.
3. Uma paciente de 54 anos foi submetida a uma colectomia esquerda por adenocarcinoma de cólon. No 6º dia de pós-operatório, evolui com febre de 38,5°C, distensão abdominal progressiva, redução do débito urinário e eliminação de secreção com odor fétido e aspecto entérico pela ferida operatória. Os sinais vitais mostram FC = 112 bpm e PA = 100x60 mmHg. Qual a principal hipótese diagnóstica?
 - a) Infecção superficial do sítio cirúrgico.
 - b) Fístula de anastomose colorretal com peritonite.
 - c) Íleo paralítico pós-operatório fisiológico.
 - d) Embolia pulmonar.
 - e) Corpo estranho esquecido.
4. Homem, 18 anos, vítima de trauma torácico fechado (colisão carro com ônibus). Apresenta fratura costal única (oitavo arco costal direito), tratado com drenagem pleural fechada por pneumotórax. Boa resolução e expansão pulmonar, dreno retirado após 24 horas, seguida de alta hospitalar. Retorna ao serviço de emergência após 5 dias da alta com queixa de dor pleurítica e picos febris (não medidos). Radiografia de tórax com nível hidroaéreo à direita. Tomografia de tórax compatível com hemotórax coagulado. Qual a conduta mais adequada?
 - a) Videotoroscopia ou VATS (*Video Assisted Thoracoscopic Surgery*).
 - b) Dreno pleural calibroso (36F) utilizando o mesmo orifício da drenagem prévia e colocado em irrigação contínua e aspiração a vácuo.
 - c) Toracotomia pósterio lateral com decorticação pulmonar e pleurectomia para controle de sangramento.
 - d) Passagem de dreno pleural tipo Blake.
 - e) Pleurodese com talco.



5. Mulher, 55 anos, tabagista 30 anos/maço, apresenta nódulo pulmonar de 2,5 cm no lobo superior esquerdo (segmento pulmonar anterior). Antecedente de ressecção de câncer de mama há 8 anos seguida de quimioterapia. Considerando os fatores de risco oncológicos, qual a alternativa mais adequada?
- a) Decorridos mais de 5 anos, a possibilidade de metástase da neoplasia de mama está excluída.
 - b) O antecedente de neoplasia favorece o diagnóstico de tumor e a localização em lobo superior sugere um segundo primário.
 - c) A neoplasia de mama frequentemente apresenta metástase isolada no pulmão.
 - d) Se confirmado neoplasia pulmonar primária, a cirurgia oncológicamente adequada é a segmentectomia pulmonar por videotoroscopia e esvaziamento mediastinal.
 - e) Todas as anteriores estão corretas.
6. Homem com quadro de dor de início súbito associado à parestesia, frialdade e cianose de membro inferior esquerdo há cerca de duas horas. Ao exame, apresenta-se levemente sudoreico em bom estado geral, com ritmo cardíaco irregular, hemodinamicamente estável (FC: 100 bpm e PA: 130 x 80 mmHg); porém, com cianose não fixa do joelho para baixo, frialdade de todo o membro e ausência de pulsos femoral, poplíteo e distais. Quais medidas clínicas devem ser realizadas até o tratamento cirúrgico definitivo?
- a) Fibrinólise sistêmica por via endovenosa periférica associado à vasodilatador periférico e analgesia.
 - b) Anticoagulação plena, analgesia e manter membros em proclive enfaixados sem compressão.
 - c) Antiagregação plaquetária, analgesia, estatinas e uso de terapia hiperbárica com oxigênio.
 - d) Anticoagulação profilática, analgesia, meias elásticas compressivas e elevação dos membros.
 - e) Anticoagulação profilática, hidratação, analgesia e meias compressivas.
7. Homem, 65 anos, em pós-operatório de cirurgia de colocação de prótese total de quadril evoluindo com boa recuperação clínica iniciando fisioterapia e deambulação assistida já no primeiro dia de pós-operatório. Qual a conduta mais adequada em relação à profilaxia do tromboembolismo venoso?
- a) Heparinas de baixo peso molecular ou anticoagulantes orais diretos por quatro a seis semanas.
 - b) Heparina não fracionada em doses profiláticas por 7 a 10 dias.
 - c) Anticoagulação profilática com warfarina por 30 dias.
 - d) Medidas mecânicas com fisioterapia assistida e uso de meias elásticas compressivas por três meses.
 - e) Enoxaparina 80mg subcutânea 1x/ dia por 2 semanas.
8. Sexo masculino, 5 semanas de vida. Admitido na unidade de pronto atendimento com queixa de vômitos há 10 dias, não biliosos, pós-prandiais. Refere piora há 3 dias com vômitos mais frequentes com as mesmas características. Nascido a termo, sem antecedentes morbidos. Ao exame físico: regular estado geral, desidratado +3/+4, abaulamento em epigástrio com peristalse visível, e nódulo palpável na região epigástrica lateral direita. Qual a hipótese diagnóstica e o exame mais adequado para investigação diagnóstica?
- a) Estenose pilórica e Endoscopia digestiva alta.
 - b) DRGE e Tomografia computadorizada de abdômen.
 - c) Estenose pilórica e Ultrassonografia.
 - d) Estenose pilórica e Radiografia contrastada (seriografia).
 - e) Estenose pilórica e Ultrassonografia.



9. Acerca do diagnóstico e manejo terapêutico das infecções urinárias nas diferentes faixas etárias, registre V, para as afirmativas verdadeiras, e F, para as falsas:

- () A cistite aguda não complicada em mulheres jovens pode ser tratada empiricamente com Nitrofurantoína por cinco dias ou Fosfomicina em dose única.
- () Em lactentes com febre sem sinal de localização, a infecção urinária deve ser considerada como diagnóstico diferencial importante mesmo na ausência de sintomas típicos.
- () O tratamento da bacteriúria assintomática em idosos institucionalizados reduz significativamente o risco de sepse urinária e mortalidade por todas as causas.
- () A pielonefrite aguda em adultos sem critérios de gravidade pode ser tratada em domicílio com Ciprofloxacino por sete dias na atenção primária.

Após análise, assinale a alternativa que apresenta a sequência **CORRETA** dos itens acima, de cima para baixo.

- a) V, V, F, V.
- b) V, V, V, V.
- c) F, F, V, V.
- d) V, F, V, F.
- e) F, V, F, V.

10. J.L.F., masculino, 68 anos, com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, relata jato urinário fraco, noctúria e sensação de esvaziamento incompleto. A dosagem de PSA é de 2,7 ng/mL. A ultrassonografia transretal evidencia próstata com volume de 55 mL, aumento dos lobos laterais, sem nódulos hipoeoicos suspeitos. Segundo as diretrizes da *American Urological Association* (AUA) e do *ACR Appropriateness Criteria®* LUTS, qual o papel da ultrassonografia neste caso? Assinale entre as alternativas abaixo a que melhor responde ao questionamento.

- a) Confirma hiperplasia prostática benigna e auxilia na decisão terapêutica.
- b) Indica neoplasia prostática clinicamente significativa.
- c) Contraindica tratamento farmacológico e indica biópsia imediata.
- d) É exame obsoleto, devendo ser substituído por RM multiparamétrica.
- e) Não tem utilidade em razão da grande imprecisão.

11. Uma mulher de 45 anos foi atendida no ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço para avaliação de doenças de tireoide apresentado um ultrassom cervical com nódulo de 2,5 cm em lobo direito da tireoide (TIRADS 4), TSH e T4 normais. Sobre nódulos/câncer de tireoide e o caso descrito, é **CORRETO** afirmar que:

- a) Não é necessário questionar o histórico familiar de neoplasia de tireoide.
- b) O câncer de tireoide é mais comum em homens do que em mulheres.
- c) A paciente deve ser submetida a uma ressonância cervical para confirmação do nódulo na tireoide.
- d) TIRADS 4 é uma classificação de nódulo suspeito e a paciente deve ser encaminhada para a realização e PAAF.
- e) Realizar seguimento semestral da paciente e realizar PAAF se houver elevação do TSH.



12. Um homem de 65 anos, fumante, sem relato de trauma torácico, foi atendido na urgência com relato de dor torácica súbita e direita evoluindo com dispneia leve. Realizou raio-x de tórax que mostrou pneumotórax à direita. Sobre condutas em pneumotórax e a condução do caso descrito, marque a alternativa **CORRETA**.
- a) A ruptura de brônquios em a pacientes tabagistas é a principal causa de pneumotórax espontâneo.
 - b) Os achados clínicos nem sempre refletem o tamanho do pneumotórax.
 - c) No exame físico de um paciente com pneumotórax espontâneo observa-se redução do murmúrio vesicular, aumento local da expansibilidade torácica com diminuição do timpanismo à percussão.
 - d) O paciente deve ser encaminhado para casa com analgésicos e realizar, ambulatorialmente, uma tomografia de tórax para acompanhar a evolução do pneumotórax.
 - e) Realizar drenagem torácica imediata para prevenir progressão para pneumotórax hipertensivo.
13. Um homem de 40 anos foi atendido no ambulatório de cirurgia geral com queixa de azia, queimação subindo pelo peito, gosto amargo na boca e regurgitação de alimentos. Além de sinais respiratórios e na garganta, como tosse seca e rouquidão. Realizou endoscopia digestiva alta que mostrou esofagite com rupturas da mucosa envolvendo mais de 75% da circunferência do esôfago e hérnia de hiato. Sobre doença do refluxo gastroesofágico e a condução deste caso, marque a alternativa **CORRETA**.
- a) Obesidade, hábitos alimentares e estilo de vida são fatores de risco que podem desencadear doença do refluxo gastroesofágico.
 - b) O paciente deve realizar phmetria para confirmação diagnóstica.
 - c) A doença do refluxo gastroesofágico é uma patologia benigna que não aumenta o risco de adenocarcinoma de esôfago.
 - d) O paciente apresenta esofagite de refluxo grau C.
 - e) A conduta inicial é encaminhar o paciente para tratamento cirúrgico.
14. Um homem de 60 anos com dor abdominal persistente inespecífica, icterícia e perda de peso realizou tomografia de abdômen total com resultado mostrando cisto pancreático de 6,0 cm. Sobre cisto pancreático e a condução desse caso marque a alternativa **CORRETA**.
- a) A maioria dos cistos de pâncreas são malignos e sintomáticos.
 - b) Os cistos pancreáticos são mais comuns em pacientes jovens.
 - c) Os pseudocistos de pâncreas são coleções de líquidos que se formam após um quadro de pancreatite.
 - d) O paciente deve ser submetido a um ultrassom abdominal com doppler para diferenciar se a lesão é benigna ou maligna.
 - e) O paciente deve ser conduzido de forma conservadora com acompanhamento semestral.
15. Um homem de 65 anos com queixa de dor abdominal e nas costas, edema de membros inferiores saciedade precoce ao comer pequenas quantidade, realizou tomografia de abdômen que mostrou lesão de aspecto neoplásico no espaço pararenal posterior direito de 15,0 cm. Sobre tumores de retroperitônio e a condução desse caso marque a alternativa **CORRETA**.



- a) Os tumores de retroperitônio tornam-se sintomáticos tardiamente e, comumente, tem invasão de estruturas contíguas.
- b) O paciente deve ser encaminhado para tratamento oncológico com radioterapia e quimioterapia.
- c) Os tumores de retroperitônio tem baixa taxa de recidiva e alta taxa de sobrevida em 5 anos.
- d) Os locais mais comuns de metástase são rins e ossos.
- e) Os tipos histológicos mais comuns são adenocarcinomas e leiomiiossarcomas.
- 16.** Uma mulher de 22 anos, grávida de 12 semanas, foi atendida na urgência com queixa de dor epigástrica e periumbilical há 6 horas que evoluiu com dor em fossa ilíaca direita associado a vômitos e distensão abdominal. Ao exame físico apresentava Blumberg positivo. Ultrassonografia mostrou aumento do apêndice. Sobre abdômen agudo e a condução deste caso, marque a alternativa **CORRETA**.
- a) A principal complicação da apendicite aguda é a obstrução intestinal.
- b) É necessário realizar hemograma e tomografia de abdômen total para confirmar o diagnóstico de apendicite aguda.
- c) A apendicite aguda pode ser prevenida por meio de dieta rica em gordura e redução da ingestão de líquidos.
- d) As causas mais comuns de apendicite aguda é a obstrução do apêndice por corpos estranhos e neoplasias.
- e) A paciente deve ser encaminhada para apendicectomia videolaparoscópica.
- 17.** Uma mulher de 58 anos está no centro cirúrgico para ser submetida a uma colecistectomia eletiva por colelitíase sem colecistite. Sobre antibioticoprofilaxia em cirurgia e a condução deste caso, marque a alternativa **CORRETA**.
- a) A antibioticoprofilaxia cirúrgica pode ser feita por via oral caso seja preferência da paciente.
- b) A antibioticoprofilaxia cirúrgica deve ser realizada em até 30 minutos antes do início do procedimento cirúrgico.
- c) A antibioticoprofilaxia cirúrgica deve ser realizada apenas com a dose pré-operatória.
- d) A antibioticoprofilaxia cirúrgica deve ser mantida por 24 horas.
- e) A paciente deve receber 1g de cefazolina no momento da indução anestésica com antibioticoprofilaxia.
- 18.** Um homem de 35 anos foi atendido no ambulatório de cirurgia geral com queixa de abaulamento abdominal doloroso ao esforço. Ao exame físico, palpou-se uma volumosa hernia na região supra umbilical. Sobre hérnia epigástrica e a condução deste caso, marque a alternativa **CORRETA**.
- a) O tratamento definitivo para o paciente pode ser feito por meio de cintas abdominais ou cirurgia.
- b) Os principais fatores de risco para hérnia epigástrica são predisposição genética (fraqueza na *linha alba*), obesidade, tabagismo, tosse crônica e levantamento de peso excessivo.
- c) A maioria das hérnias epigástricas são volumosas com conteúdo intestinal.
- d) É necessário realizar uma tomografia de abdômen para definir o tamanho exato do orifício herniário.
- e) Em caso de tratamento cirúrgico o paciente não pode ser operado por videolaparoscopia, pois a taxa de sucesso é menor que a cirurgia aberta.



19. Uma mulher de 38 anos com colelitíase, há cerca de 2 anos, foi atendida no ambulatório de cirurgia geral com queixa de dor em abdômen superior persistente há vários dias. Ao exame físico apresentava icterícia leve. Sobre litíase em vias biliares e a condução deste caso, marque a alternativa **CORRETA**.
- a) Apesar do histórico comum de colelitíase, a maioria dos cálculos de colédoco são primários.
 - b) A composição mais comum de cálculos de colédoco é sais biliares.
 - c) A CPRE é a melhor alternativa para a paciente, pois permite diagnóstico e tratamento ao mesmo tempo.
 - d) A paciente deve ser submetida a uma colangiopancreatografia por ressonância magnética.
 - e) A paciente deve ser encaminhada para realização de colecistectomia videolaparoscópica.
20. Um homem de 42 anos foi atendido no ambulatório de cirurgia geral com queixa de abaulamento indolor na virilha durante o esforço. Ao exame físico palpou-se uma pequena hérnia inguinal direita redutível. Sobre hernia inguinal e a condução deste caso, marque a alternativa **CORRETA**.
- a) O paciente tem uma hérnia inguinal classificada como Nyhus tipo II.
 - b) O paciente deve ser encaminhado para herniorrafia inguinal de urgência.
 - c) Os ramos dos nervos ilioinguinal e ileohipogástrico podem ser lesados durante cirurgia de correção de hérnia inguinal.
 - d) Cerca de 5% dos homens desenvolverão hérnia inguinal ao longo da vida.
 - e) Em torno de 50% dos pacientes com hérnia inguinal direta evoluem com encarceramento.
21. Homem de 28 anos, vítima de acidente automobilístico, dá entrada no pronto-socorro com PA 80 × 50 mmHg, FC 128 bpm, sudorético e confuso. FAST positivo. A conduta imediata mais adequada é:
- a) Tomografia computadorizada de abdome com contraste.
 - b) Laparotomia exploradora de urgência.
 - c) Angiografia com embolização.
 - d) Lavado peritoneal diagnóstico.
 - e) Repetir o FAST em 30 minutos.
22. Homem de 80 kg, vítima de queimadura, apresenta queimaduras de 2º grau profundo acometendo tronco anterior, ambos os membros superiores e face, sem acometimento de vias aéreas. A superfície corporal queimada (SCQ) estimada é de 40,5 %. Segundo a fórmula de Parkland, qual o volume total de cristalóide (Ringer lactato) a ser infundido nas primeiras 24 horas e a fração a ser administrada nas primeiras 8 horas, respectivamente?
- a) 8 000 mL total; 2 000 mL nas primeiras 8h.
 - b) 12 960 mL total; 6 480 mL nas primeiras 8h.
 - c) 6 480 mL total; 3 240 mL nas primeiras 8h.
 - d) 4 000 mL total; 1 000 mL nas primeiras 8h.
 - e) 16 200 mL total; 8 100 mL nas primeiras 8h.
23. O tipo de colágeno que predomina no tecido de granulação durante a cicatrização por segunda intenção é:
- a) Tipo I.
 - b) Tipo II.
 - c) Tipo III.
 - d) Tipo IV.
 - e) Tipo V.



24. Em qual das situações abaixo a colocação rotineira de dreno tubular em cirurgia abdominal é mais bem estabelecida?
- a) Colectomia laparoscópica de rotina.
 - b) Hepatorrafia por trauma hepático.
 - c) Colectomia direita eletiva.
 - d) Herniorrafia incisional.
 - e) Apendicectomia não complicada.
25. Mulher de 67 anos, ASA III, portadora de adenocarcinoma de cólon, será submetida à colectomia eletiva. A melhor estratégia de profilaxia de tromboembolismo venoso no perioperatório é:
- a) Deambulação precoce exclusiva.
 - b) Meias elásticas de compressão.
 - c) Heparina de baixo peso molecular em dose profilática.
 - d) Heparina de baixo peso molecular associada à compressão pneumática intermitente.
 - e) Filtro de veia cava pré-operatório.
26. Homem, 52 anos, etilista, dá entrada com dor epigástrica em faixa, intensa, com irradiação para o dorso, associada a vômitos e dispneia. Ao exame, encontra-se uma mancha equimótica periumbilical. Esse sinal é mais sugestivo de:
- a) Colectistite aguda.
 - b) Apendicite aguda perforada.
 - c) Pancreatite aguda grave.
 - d) Cólica renal.
 - e) Infarto agudo do miocárdio.
27. Jovem de 22 anos, vítima de ferimento por arma branca em abdome, apresenta PA 90 × 60 mmHg, FC 118 bpm, pele fria e enchimento capilar lentificado. O tipo de choque mais provável é:
- a) Cardiogênico.
 - b) Hipovolêmico.
 - c) Obstrutivo.
 - d) Neurogênico.
 - e) Séptico.
28. O "saco herniário" em qualquer hérnia da parede abdominal é constituído por:
- a) Peritônio parietal.
 - b) Fáscia transversalis.
 - c) Gálea aponeurótica.
 - d) Gordura pré-peritoneal.
 - e) Ligamento lacunar.



29. Em anastomose intestinal término-terminal, o fio e o tipo de sutura mais recomendados são:
- a) Seda com pontos separados.
 - b) Monofilamentar absorvível com sutura contínua.
 - c) Multifilamentar inabsorvível com pontos contínuos.
 - d) Nylon com pontos separados.
 - e) Fio de algodão com pontos contínuos.
30. Homem de 58 anos, cirrótico, dá entrada com hematêmese volumosa. Após ressuscitação volêmica e estabilização hemodinâmica, o próximo passo diagnóstico-terapêutico é:
- a) Angiografia mesentérica.
 - b) Cintilografia com hemácias marcadas.
 - c) Endoscopia digestiva alta de urgência.
 - d) Tomografia de abdômen com contraste.
 - e) Laparotomia exploradora.
31. A tríade de Charcot, característica da colangite aguda, é composta por:
- a) Febre, icterícia e dor em hipocôndrio direito.
 - b) Febre, leucocitose e dor em hipocôndrio direito.
 - c) Dor, vômitos e febre.
 - d) Icterícia, colúria e acolia fecal.
 - e) Febre, calafrios e hipotensão.
32. O tipo histológico mais frequente de câncer gástrico maligno é:
- a) Adenocarcinoma.
 - b) Linfoma não-Hodgkin.
 - c) Tumor estromal gastrointestinal (GIST).
 - d) Tumor neuroendócrino.
 - e) Sarcoma.
33. Em um paciente vítima de trauma abdominal fechado, estável hemodinamicamente, com tomografia evidenciando pneumoperitônio e pequena quantidade de líquido livre, a conduta mais adequada é:
- a) Repetir a tomografia em 6h.
 - b) Observação clínica em unidade fechada.
 - c) Exploração cirúrgica do abdômen.
 - d) Antibioticoterapia empírica isolada.
 - e) Paracentese diagnóstica.
34. Mulher de 60 anos, no 5º dia de pós-operatório de colectomia direita, apresenta febre (38,5 °C), leucocitose, dor e saída de secreção purulenta pela ferida operatória. A complicação mais provável é:
- a) Deiscência de anastomose.
 - b) Infecção do sítio cirúrgico.
 - c) Abscesso intra-abdominal.
 - d) Trombose venosa profunda.
 - e) Íleo paralítico.



35. Mulher de 45 anos submetida à **colectomia direita eletiva por neoplasia**, com abertura do trânsito intestinal e preparo mecânico do cólon adequado, **sem contaminação grosseira da cavidade**. A classificação da ferida operatória, quanto ao potencial de contaminação, é:
- a) Limpa.
 - b) Limpa-contaminada.
 - c) Contaminada.
 - d) Suja.
 - e) Infectada.
36. Homem de 55 anos, no 10º dia de pós-operatório de gastrectomia, evolui com saída de 1.200 mL/dia de secreção entérica pelo dreno. A melhor conduta inicial é:
- a) Laparotomia exploradora com rafias múltiplas.
 - b) Ressonância magnética de abdômen.
 - c) Controle de sepse, proteção da pele, reposição hidroeletrólítica e suporte nutricional.
 - d) Somatostatina por via oral.
 - e) Suspensão da nutrição parenteral total.
37. Homem de 60 anos com hérnia inguinal indireta não recidivada e anel inguinal interno dilatado. Considerando a técnica de Lichtenstein, o princípio técnico fundamental é:
- a) Sutura simples do anel inguinal interno com pontos de polipropileno.
 - b) Reforço da parede posterior do canal inguinal com tela de polipropileno, sem tensão, fixada ao tubérculo púbico, ligamento inguinal e músculo oblíquo interno.
 - c) Reparo laparoscópico TAPP com tela na região miopectínea.
 - d) Reparo com sobreposição da fáscia transversalis.
 - e) Plugue de tela no anel inguinal interno.
38. Na classificação do *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), a hemorragia classe III corresponde à perda sanguínea estimada de:
- a) Até 750 mL.
 - b) 750 a 1.500 mL.
 - c) 1.500 a 2.000 mL.
 - d) Acima de 2.000 mL.
 - e) Acima de 40 % do volume sanguíneo.
39. Sobre estomias intestinais, assinale a alternativa **INCORRETA**.
- a) A sigmoidostomia tem maior risco de desidratação e distúrbios eletrolíticos do que a ileostomia.
 - b) A ileostomia em alça é frequentemente usada como derivação temporária para proteger anastomoses distais.
 - c) A colostomia em sigmóide pode ser fechada com relativa facilidade em tempo posterior.
 - d) A colostomia transversa tem maior débito diário médio do que a colostomia em sigmóide.
 - e) A dermatite química periestomal é mais comum nas ileostomias do que nas colostomias distais.



40. Homem de 32 anos, vítima de trauma abdominal contuso, é submetido a laparotomia exploradora. Identifica-se laceração hepática grau IV com sangramento difuso, paciente evolui com hipotermia (34 °C), acidose metabólica (pH 7,18) e coagulopatia (INR 2,3; plaquetas 60000/mm³). A conduta cirúrgica mais adequada neste momento é:
- a) Hepatorrafia convencional com prótese biológica e drenos tubulares.
 - b) Hepatectomia regradada (segmentectomia) para controle da fonte hemorrágica.
 - c) Damagecontrol — controle rápido da hemorragia, *packing* hepático, abreviação da operação e transferência à UTI para reanimação.
 - d) Shunt porto-cava temporário.
 - e) Encerramento da operação apenas com drenagem da cavidade.

ESPECÍFICA

41. Homem de 35 anos, com dor anal intensa durante e após evacuações há 6 semanas, sangramento vermelho vivo em pequena quantidade, e fissura rasa em comissura posterior do canal anal ao exame. Hipertonia esfínteriana discreta. A conduta mais adequada, como primeira linha, é:
- a) Esfínterectomia lateral interna.
 - b) Tratamento clínico — banhos de assento, dieta rica em fibras, laxantes osmóticos e aplicação tópica de diltiazem ou nifedipina.
 - c) Fissurectomia associada à esfínterectomia.
 - d) Toxina botulínica injetável como primeira opção.
 - e) Retalho de avanço em V-Y.
42. Mulher de 45 anos, queixa de sangramento vermelho vivo às evacuações, com protrusão de mamilo hemorroidário que reduz espontaneamente após o esforço. Segundo a classificação de Goligher, trata-se de hemorroida interna grau:
- a) I.
 - b) II.
 - c) III.
 - d) IV.
 - e) V.
43. Homem de 38 anos apresenta fístula anal criptoglandular transesfínteriana baixa, sem evidência de abscesso ativo. A técnica cirúrgica padrão-ouro é:
- a) Fistulotomia.
 - b) LIFT (Ligation of Intersphincteric Fistula Tract).
 - c) Aplicação de cola de fibrin.
 - d) Laser.
 - e) Seton frouxo definitivo.



44. Na maioria dos cânceres colorretais esporádicos, o modelo da sequência adenoma-carcinoma de Vogelstein tem como evento iniciador a mutação em qual gene?
- a) APC.
 - b) KRAS.
 - c) TP53.
 - d) BRCA1.
 - e) HER2.
45. Mulher de 28 anos, com diarreia sanguinolenta, tenesmo e dor abdominal. A colonoscopia revela inflamação contínua a partir do reto, sem áreas de mucosa normal. Os achados histopatológicos demonstram infiltrado inflamatório na lâmina própria, sem granulomas. A principal hipótese diagnóstica é:
- a) Doença de Crohn.
 - b) Retocolite ulcerativa.
 - c) Colite infecciosa.
 - d) Colite isquêmica.
 - e) Síndrome do intestino irritável.
46. Mulher de 62 anos, com dor em quadrante inferior esquerdo, febre e leucocitose. A tomografia mostra espessamento da parede do sigmóide, densificação da gordura pericólica e abscesso pericólico medindo 2cm de diâmetro. A classificação de Hinchey é:
- a) I.
 - b) II.
 - c) III.
 - d) IV.
 - e) V.
47. Homem de 58 anos, com adenocarcinoma de reto médio a 8cm da margem anal, estadiamento por ressonância magnética: T3 N1 M0. A melhor sequência terapêutica inicial é:
- a) Cirurgia (excisão total do mesorreto) seguida de quimioterapia.
 - b) Quimiorradioterapia neoadjuvante, seguida de cirurgia e quimioterapia adjuvante.
 - c) Radioterapia isolada.
 - d) Imunoterapia isolada.
 - e) Observação clínica.
48. Mulher de 32 anos, portadora de doença de Crohn, apresenta fístula perianal complexa com abscesso associado. Após drenagem e instalação de seton, a melhor estratégia medicamentosa é:
- a) Corticoterapia oral em dose alta.
 - b) Antibioticoterapia por tempo prolongado sem biológico.
 - c) Terapia biológica anti-TNF associada a imunomodulador.
 - d) Mesalazina oral em dose alta.
 - e) Budesonida de liberação ileal.



49. Observe a descrição do exame de ressonância magnética pélvica:

Lesão em reto médio, medindo 5cm, espessando toda a parede. Distância do tumor à fáscia mesorretal < 1mm. Três linfonodos mesorretais com bordas irregulares e sinal heterogêneo. Sem extensão ao esfíncter anal.

A interpretação mais provável do estadiamento é:

- a) T1 N0 — tumor restrito à submucosa, sem linfonodos.
- b) T2 N0 — tumor invade muscular própria, sem linfonodos.
- c) T3 N1 — tumor ultrapassa a muscular própria, com linfonodos suspeitos.
- d) T4 N2 — tumor invade estruturas adjacentes, com múltiplos linfonodos.
- e) Tis N0 — tumor intraepitelial.

50. De acordo com as recomendações atuais da U.S. *Preventive Services Task Force* (USPSTF, 2021) e da *American Cancer Society* (ACS, 2020), indivíduos assintomáticos e sem fatores de risco para câncer colorretal devem iniciar o rastreamento a partir de qual idade, e qual é a estratégia mais custo-efetiva como opção inicial?

- a) Aos 40 anos, com colonoscopia.
- b) Aos 50 anos, com pesquisa de sangue oculto nas fezes anual.
- c) Aos 45 anos, com teste imunoquímico fecal (FIT) anual ou colonoscopia a cada 10 anos.
- d) Aos 60 anos, com sigmoidoscopia flexível.
- e) Apenas em casos de história familiar positiva.

PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS UESPI 2026
COLOPROCTOLOGIA