



INSTITUTO DO CÂNCER DO CEARÁ  
COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

## PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA

**LEIA COM ATENÇÃO TODAS AS INSTRUÇÕES DESTA PÁGINA**

**LOCAL DE PROVA**

ICC/Faculdade Rodolfo Teófilo

**PROVA DE CIRURGIA GERAL**  
(RM EM CANCEROLOGIA CIRÚRGICA, CIRURGIA DE  
CABEÇA E PESCOÇO E MASTOLOGIA - CG)

**Data da Prova: 13/10/2024**

**Tempo: 2,5h (duas horas e meia)**

**Nº de Questões: 40 (cinquenta)**

**Valor de Cada Questão: 2,5 (dois e meio) pontos**

**Nº DE INSCRIÇÃO**

### - INSTRUÇÕES -

01. Para fazer sua prova você está recebendo: um caderno com as questões da prova, cada uma delas apresentando um enunciado seguido de 4 (quatro) alternativas, designadas pelas letras **A, B, C e D**.
02. Examine se o caderno de prova está completo e se há falhas ou imperfeições gráficas que causem dúvidas. Nenhuma reclamação será aceita após 30 (trinta) minutos do início da prova.
03. Decorrido o tempo determinado pela Comissão Coordenadora, será distribuído a folha de resposta a qual será o único documento válido para a correção da prova.
04. Ao receber a folha de resposta, verifique se seu nome está correto.
05. Para cada uma de todas as questões, você deve marcar um e somente um dos círculos; não haverá pontos negativos.
06. Assine a folha de resposta no espaço reservado no cabeçalho. Não haverá substituição da folha de resposta.
07. Não amasse nem dobre a folha de resposta, para que não seja rejeitada pelo "scanner".
08. Será anulada a resposta que contiver emenda, rasura ou, ainda, a que apresentar mais de uma alternativa assinalada.
09. É vedado o uso de qualquer material, além da caneta esferográfica (tinta azul) escrita grossa para marcação das respostas; qualquer forma de comunicação entre os candidatos também implicará a sua eliminação.
10. O candidato, ao sair da sala, deverá entregar, definitivamente, a folha de resposta e o caderno de prova, devendo ainda assinar a folha de presença.



|                                |
|--------------------------------|
| <b>PROVA DE CIRURGIA GERAL</b> |
|--------------------------------|

**CG 01.** São consideradas indicações de terapias nutricionais enterais:

- I. Pancreatite aguda necro-hemorrágica.
  - II. Preparo nutricional pre-operatório para cirurgias do trato gastrointestinal.
  - III. Fístulas digestivas de alto débito.
  - IV. Íleo paralítico prolongado.
- Está correto apenas o que se afirma em
- A) I e II.
  - B) I e IV.
  - C) II e III.
  - D) III e IV.

**CG 02.** Homem, 65 anos, internado em UTI no 1º dia de pós-operatório de gastrectomia total por neoplasia apresentou febre. No momento sem queixas específicas porém refere dor peri-incisional ao tossir. Exame físico: consciente, orientado, acianótico, T = 38 °C, PA = 126 x 86 mmHg, FC = 98 bpm, FR = 24 irpm; pulmão: murmúrio vesicular presente, diminuído em base esquerda; abdome: incisão cirúrgica de bom aspecto, sem irritação peritoneal. Qual é a conduta mais indicada para o manejo da hipótese diagnóstica mais provável é

- A) Tomografia computadorizada de tórax.
- B) Ultrassonografia de abdome.
- C) Fisioterapia respiratória.
- D) Broncoscopia.

**CG 03.** São fatores de risco para “delirium” no pós-operatório, EXCETO

- A) anemia, insuficiência renal, deficiência visual/auditive.
- B) idade inferior a 65 anos, desnutrição, desidratação.
- C) etilismo, hipoxemia, fraturas de quadril.
- D) sonda vesical, infecção, dor.

**CG 04.** A drenagem torácica em selo d'água é uma intervenção crucial em diversos contextos clínicos, especialmente em casos de pneumotórax ou derrame pleural. Dentre as situações apresentadas, qual delas NÃO constitui um critério para a indicação de drenagem torácica em selo d'água?

- A) Paciente cardiopata com derrame pleural bilateral, maior à direita, evoluindo com insuficiência respiratória aguda.
- B) Paciente com história de tosse produtiva, febre e dor torácica há 7 dias. Realizou punção pleural sem análise bioquímica, mas com líquido turvo e fétido.
- C) Paciente assintomático com derrame pleural a esclarecer. Submetido a toracocentese diagnóstica com análise: pH 7,16, DHL 1100 ui/L, Glicose 5 mg/dL, ADA 50 u/L, celularidade: 70% neutrófilos, 28% linfócitos. Sem crescimento no Gram. Cultura negativa.

D) Paciente com queixa de dor torácica à esquerda e diagnosticado com derrame pleural esquerdo. Submetido a toracocentese diagnóstica: pH 7,2, DHL 800 ui/L, glicose 45 mg/dL, celularidade com predomínio de neutrófilos. Sem crescimento ao Gram e com crescimento na cultura de *Streptococcus pyogenes*.

**CG 05.** Paciente de 47 anos está no segundo pós-operatório de histerectomia radical com linfadenectomia, por adenocarcinoma de endométrio. Tem antecedentes de hipertensão arterial. Apresentou dispneia de início súbito. Pulso: 115 bpm, PA: 100 x 70 mmHg, frequência respiratória: 34 rpm, temperatura: 36 °C, SatO<sub>2</sub>: 90%, com cateter de oxigênio. A radiografia de tórax não mostra alterações. A hipótese diagnóstica mais provável e conduta são?

- A) Tromboembolismo pulmonar. Angiotomografia de tórax.
- B) Deiscência de anastomose. Tomografia de abdome.
- C) Deiscência de anastomose. Laparotomia.
- D) Pneumonia. Tomografia de tórax.

**CG 06.** Paciente de 50 anos de idade foi ao pronto-socorro com dor abdominal em hipocôndrio esquerdo, febre e mal-estar de caráter recorrente há cerca de 3 semanas. Tem história de tratamento de diverticulite de sigmóide com antibióticos há 2 meses atrás. Evoluiu coleção esplênica septada de 6 x 6 cm. Foi realizada drenagem percutânea da coleção, porém persistiu com febre. Agora, duas semanas após a drenagem e tendo feito uso correto de antibioticoterapia, o paciente está em bom estado geral, porém ainda com febre. Queixa-se ainda de dor em hipocôndrio esquerdo. Pulso: 95 bpm, PA: 110 x 80 mmHg, temperatura: 38,5 °C. O abdome é doloroso à palpação em hipocôndrio esquerdo; não tem massas palpáveis nem sinais de irritação peritoneal. Os últimos exames séricos mostram aumento da proteína C reativa (PCR) e da leucocitose. Qual é a melhor conduta para este caso?

- A) Drenagem guiada por laparoscopia.
- B) Esplenectomia (laparoscopia ou laparotomia).
- C) Manter antibioticoterapia endovenosa e observação.
- D) Nova drenagem guiada por radiologia intervencionista.

**CG 07.** Homem de 50 anos sofreu acidente automobilístico moto x moto. Ao ser avaliado, encontrava-se consciente, orientado e imobilizado em uma prancha rígida, utilizando colar cervical. Os sinais vitais mostraram frequência cardíaca de 110 bpm e pressão arterial de 90 x 60 mmHg. A ausculta pulmonar não revelou ruídos anormais, mas o abdômen estava distendido e apresentava dor à palpação nos flancos e no hipocôndrio esquerdo, além de um hematoma visível, sem sinais de peritonite. Hemoglobina: 9,8 g/dL. Após a infusão intravenosa de 1000 mL de

cristaloides, a frequência cardíaca reduziu para 95 bpm e a pressão arterial aumentou para 110 x 60 mmHg. A tomografia computadorizada do abdômen revelou uma laceração esplênica de 3 cm de profundidade, acompanhada de líquido periesplênico. A conduta mais apropriada neste caso é

- A) laparotomia exploradora.
- B) videolaparoscopia diagnóstica.
- C) observação da paciente em UTI.
- D) lavado peritoneal diagnóstico.

**CG 08.** Mulher de 55 anos apresenta dor na região epigástrica e no hipocôndrio direito, acompanhada de náuseas e vômitos há cerca de 5 dias. Além disso, nas últimas 24h, desenvolveu icterícia, colúria e acolia. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, icterica (+/4+). Abdome globoso, flácido, sem reação à palpação, com discreta dor à palpação de epigástrico. Exames laboratoriais: Hb = 14 g/dL; Ht = 38%; plaquetas = 180.000/mm<sup>3</sup>; TGO = 68 U/L; TGP = 73 U/L; GGT = 800 U/L, FA = 400 U/L, BT = 4,3 mg/dL (BD = 3,2 mg/dL), amilase = 49 U/L. O exame complementar que deve ser inicialmente solicitado para avaliação do caso deve ser

- A) tomografia de abdome.
- B) ressonância de abdome.
- C) ultrassonografia de abdome.
- D) colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.

**CG 09.** Paciente grande tabagista evoluiu com dor torácica súbita, ventilatório-dependente e, à radiografia, evidenciado pneumotórax extenso de caráter espontâneo. Indicado drenagem pleural. Qual a técnica mais adequada?

- A) Drenagem no 5º espaço intercostal, linha axilar média, borda superior da costela, sistema fechado em selo d'água.
- B) Drenagem no 5º espaço intercostal, linha axilar média, na borda inferior da costela, sistema fechado em selo d'água.
- C) Drenagem no 2º espaço intercostal, linha hemiclavicular, na borda inferior da costela, sistema fechado em selo d'água.
- D) Drenagem no 6º espaço intercostal, linha hemiclavicular, borda inferior da costela, sistema aberto.

**CG 10.** Criança de 6 anos de idade apresentando dor abdominal em cólica, acompanhada de náuseas e vômitos de conteúdo alimentar nas últimas 24h. Não febre, tosse ou disúria. Refere um episódio evacuação mucossanguinolenta há cerca de 2h. Ao exame: paciente em regular estado geral, o abdome encontra-se distendido, doloroso à palpação superficial e profunda e há uma massa móvel palpável em fossa ilíaca direita. Hemograma com leucopenia discreta. Desidrogenase láctica (DHL) de 1015 U/L. A radiografia simples de abdome evidencia distensão difusa de

delgado. O diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada são

- A) invaginação intestinal/redução hidrostática com ultrassonografia.
- B) invaginação intestinal/laparotomia exploradora
- C) apendicite aguda/apendicectomia por vídeo.
- D) apendicite aguda/laparotomia exploradora.

**CG 11.** Sobre os hemangiomas hepáticos, é correto afirmar que

- A) são neoplasias benignas de origem vascular, cuja etiologia é desconhecida, porém sugere-se relação com hormônios femininos.
- B) na maioria dos casos, são sintomáticos e identificados durante exames de rotina ou por outras causas não relacionadas.
- C) seu curso clínico é maligno e as complicações como ruptura hepática e hemorragia são extremamente comuns.
- D) as ressecções cirúrgicas dos hemangiomas, localizadas ou segmentares, são adotadas atualmente como padrão.

**CG 12.** Um paciente de 70 anos chega ao pronto-socorro apresentando um quadro de ausência de eliminação de gases e fezes há quatro dias, acompanhado de vômitos e piora no estado geral. Os sinais vitais mostraram: pressão arterial de 120x70 mmHg, frequência cardíaca de 110 bpm, temperatura corporal de 36,8 °C e frequência respiratória de 19 irpm. O hemograma revelou 9.000 leucócitos/mm<sup>3</sup>, sem evidência de desvio à esquerda. Após estabilização clínica inicial, foi realizado um exame radiológico, que evidenciou uma distensão significativa de gás no cólon, atingindo até a fossa ilíaca esquerda, sem dilatação do intestino delgado. Um clister opaco foi realizado, identificando o sinal característico de "grão de café". A abordagem terapêutica indicada inicialmente nesse caso é

- A) observação clínica.
- B) laparotomia exploradora.
- C) colostomia transversa à direita.
- D) descompressão endoscópica do intestino grosso.

**CG 13.** Com relação à cirurgia videolaparoscópica, é correto afirmar.

- A) A incidência de trombose venosa é significativamente maior.
- B) O pneumoperitônio ativa o sistema renina-angiotensina-aldosterona.
- C) A complicação mais grave do pneumoperitônio é a hipotensão arterial por diminuição da pré-carga.
- D) A lesão vascular no acesso abdominal para o pneumoperitônio apresenta baixa mortalidade.

**CG 14.** O uso de curativos com pressão negativa tem se tornado cada vez mais comum devido à sua capacidade de acelerar o processo de cicatrização e diminuir a ocorrência de complicações no tratamento de feridas. Entretanto, é importante considerar que existem algumas contraindicações para esse tipo de terapia, como a

- A) presença de anastomose subjacente.
- B) mediastinite pós-esternotomia.
- C) ferida crônica.
- D) peritoniotomia.

**CG 15.** Com relação às hérnias inguinais, é correto afirmar que

- A) tanto as hérnias inguinais indiretas como as hérnias femorais ocorrem mais comumente no lado esquerdo.
- B) o saco de uma hérnia inguinal direta faz protrusão para fora e para adiante, e é lateral ao anel inguinal interno e aos vasos epigástricos inferiores.
- C) a distinção entre uma hérnia inguinal direta e indireta é de grande importância, pois o reparo cirúrgico desses tipos de hernias é substancialmente diferente.
- D) a distinção entre uma hérnia inguinal indireta e direta se faz pelo reconhecimento da persistência do conduto peritoniovaginal (no caso da hérnia indireta) ou não (no caso da hérnia direta).

**CG 16.** Após traumas ou cirurgias, diversos mecanismos endócrino-metabólicos ocorrem no intuito de reajustar o organismo a um novo estado de equilíbrio às custas do metabolismo intermediário. A respeito de tal resposta, é correto afirmar que

- A) devido à liberação de catecolaminas e aldosterona há tendência de retenção de potássio e de alcalose metabólica.
- B) se tende à redução do nível sérico de insulina e potássio contra o aumento sérico de ácidos graxos e da glicemia.
- C) ocorre redução do débito cardíaco mediado pelo sistema simpático.
- D) ocorre diminuição dos mediadores IL-1, IL-6 e TNF-alfa.

**CG 17.** Colelitíase é uma enfermidade frequente na gestação, sendo a segunda principal indicação não obstétrica de cirurgia neste grupo de pacientes. Em relação à colelitíase em pacientes gestantes, assinale a alternativa correta.

- A) A videolaparoscopia é contra indicada neste grupo de pacientes, devido ao espaço reduzido para o pneumoperitônio e difícil visualização das estruturas.
- B) A colecistectomia para doença litíásica biliar é o procedimento cirúrgico não obstétrico mais comum da gravidez.
- C) O melhor momento para o tratamento cirúrgico é o terceiro trimestre.

D) A maioria das mulheres grávidas com colelitíase é assintomática

**CG 18.** Apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo cirúrgico em pediatria. As alternativas a seguir apresentam características da apendicite aguda, à EXCEÇÃO de

- A) nas primeiras 24h de doença, o leucograma normal não exclui o diagnóstico, embora geralmente revele leucocitose moderada.
- B) a dor abdominal inicialmente mal localizada é um dos primeiros sintomas, mais de 50% dos pacientes têm náuseas ou vômitos, e anorexia é muito frequente.
- C) TC de abdome apresenta alta sensibilidade e especificidade para essa condição, 97 e 99%, respectivamente, sendo assim necessária para o diagnóstico.
- D) os antibióticos para cobertura de bactérias gram negativas e anaeróbias devem ser iniciados imediatamente, assim que o diagnóstico de apendicite é feito ou é altamente suspeito.

**CG 19.** Em relação ao atendimento inicial do paciente queimado, é INCORRETO afirmar.

- A) O acesso venoso central deve ser priorizado uma vez que o acesso venoso periférico está limitado às áreas de acesso não lesionadas por queimadura.
- B) Deve-se objetivar uma diurese entre 0,5 a 1 ml/kg/h (1,5 mL/kg/h se trauma elétrico) e observar a glicemia principalmente em crianças e diabéticos.
- C) A hidratação do paciente é realizada com base na fórmula de Parkland, usando soluções cristaloides infundindo 50% do volume calculado nas primeiras 8 horas das 16 horas seguintes.
- D) Entre as medidas gerais do cuidado estão o posicionamento do paciente no leito, profilaxia do tétano, limpeza da ferida e uso tópico de antimicrobiano, não havendo necessidade de uso profilático de antibiótico sistêmico ou corticoides.

**CG 20.** Paciente vítima de agressão sofreu queimaduras extensas por líquido inflamável, em parte da face anterior do torax, 12% do membro inferior esquerdo, principalmente face anterior e lateral, e 4,5% do membro inferior direito, face medial. Relata muita dor na perna direita, principalmente ao estiramento passivo. No exame desse segmento, observa-se edema tenso, parestesia do pé direito e pulso pedioso presente porem reduzido em relação ao pé contralateral. Qual é a melhor conduta para esse caso?

- A) Analgesia, reposição volêmica e elevação do membro afetado.
- B) Indicar escarotomia longitudinal na pele íntegra da perna direita.
- C) Indicar escarotomia com fasciotomia englobando toda a área afetada da perna direita.

D) Indicar escarotomia que deve ser realizada no centro da área queimada da perna direita.

**CG 21.** A respeito das queimaduras químicas, é correto afirmar que

- A) a gravidade da queimadura química depende da natureza do agente envolvido, de sua concentração e quantidade e da duração do contato.
- B) na maioria das queimaduras químicas, o ideal é neutralizar o agente agressor com o antídoto específico, desde que a substância envolvida seja conhecida.
- C) por causarem necrose de coagulação, em geral os ácidos fortes provocam queimaduras mais profundas do que os agentes alcalinos, que causam necrose de liquefação.
- D) se o agente químico da queimadura não for conhecido, deve-se tentar neutralizar a queimadura por ácido utilizando-se uma base e a queimadura por alcalinos utilizando-se um ácido.

**CG 22.** Para a execução de um transplante renal, assim como em outros tecidos, é imprescindível realizar a avaliação de compatibilidade imunológica entre o receptor e o doador. Essa análise visa minimizar o risco de rejeição do órgão transplantado. No que diz respeito a esse tema, tem-se que

- A) a presença anticorpos contra o doador pós-transplante não causa a perda do enxerto.
- B) a rejeição mediada por anticorpos afeta principalmente as células dos túbulos renais.
- C) os antígenos leucocitários humanos (ALH) são o principal alvo do sistema imune do rim transplantado.
- D) a rejeição celular tem como principal alvo os capilares endoteliais presentes no rim transplantado.

**CG 23.** Com relação ao esôfago de Barrett, assinale a opção correta.

- A) Está associado à mudança epitelial, com ocorrência de metaplasia gástrica.
- B) É tipicamente diagnosticado durante realização do exame de raios X contrastado do esôfago (esofagograma).
- C) A doença do refluxo gastroesofágico é o fator predisponente mais importante para ocorrência do esôfago de Barrett.
- D) É uma condição benigna, na qual o epitélio colunar que reveste o esôfago distal é substituído por epitélio escamoso estratificado.

**CG 24.** Sobre a anatomia do esôfago, analise as seguintes afirmativas:

- I. Entre as camadas do músculo esofágico encontra-se um tecido conjuntivo compreendendo septo fino e o plexo de *Auerbach*.
- II. O ponto onde se encontra a constrição diafragmática é o mais estreito do esôfago.

III. Excetuando-se variações anatômicas, a constrição broncoartrica ocorre no nível da quarta vértebra torácica.

IV. O esfíncter esofágico superior corresponde ao músculo cricofaríngeo.

Estão corretas apenas as afirmativas

- A) I e II
- B) III e IV.
- C) I, II e IV.
- D) I, III e IV.

**CG 25.** Com relação à hemorragia digestiva, é correto afirmar.

- A) A maioria das hemorragias gastrointestinais baixas tem origem no intestino delgado.
- B) Em casos de hemorragia digestiva baixa, em pacientes instáveis, exame de escolha para avaliação inicial é colonoscopia.
- C) A gastrite aguda hemorrágica no idoso está associada mais frequentemente a varizes esofagogástricas, câncer gástrico e laceração de Mallory-Weiss.
- D) Hemorragia gastrointestinal baixa define-se como a que se exterioriza pelo ânus, pela perda abrupta de sangue, de origem distal ao ligamento de Treitz.

**CG 26.** A diverticulite pode apresentar-se de várias formas, com um amplo espectro de gravidade. Os casos de diverticulite aguda complicada por perfuração e peritonite difusa purulenta, segundo a classificação de Hinchey, são classificados como estágio:

- A) I.
- B) II.
- C) III.
- D) IV.

**CG 27.** A abordagem terapêutica para indivíduos com diverticulite aguda complicada varia conforme as dimensões e a posição das coleções e das condições clínicas do paciente. Em relação ao manejo da diverticulite aguda complicada, é INCORRETO afirmar que:

- A) o tratamento cirúrgico deve ser executado quando não for possível realizar a drenagem do abscesso guiada por TC ou por videolaparoscopia.
- B) o tratamento casos classificados como Hinchey I ou II podem ser conservadores, através da realização de antibioticoterapia sistêmica, ou cirúrgico, realizado em condições seletivas.
- C) nos casos de perfuração não bloqueada na diverticulite aguda, com peritonite difusa fecal ou purulenta, o tratamento cirúrgico de urgência deve ser realizado com ressecção do segmento acometido e anastomose primária no mesmo tempo cirúrgico.
- D) para os abscessos maiores, a punção percutânea habitualmente guiada por TC com colocação de cateter permite drenagem temporária da coleção e tratamento cirúrgico eletivo subsequente em tempo único em

até 80% dos casos. A drenagem do abscesso por videolaparoscopia é uma alternativa.

**CG 28.** Sobre a retocolite ulcerativa, marque V para as afirmativas verdadeiras e F para as falsas.

- ( ) Os principais sintomas da recolite ulcerativa são: diarreia, sangramento retal, tenesmo e dor abdominal em cólica.
- ( ) Megacólon tóxico, displasia ou câncer de cólon e perfuração colônica são indicações para cirurgia em casos de recolite ulcerativa.
- ( ) A retocolite ulcerativa é um processo transmural.

A sequência correta, de cima para baixo, é

- A) F, V, V.
- B) V, F, F.
- C) V, F, V.
- D) V, V, F.

**CG 29.** Paciente masculino, 60 anos, em investigação de icterícia e dor abdominal, foi diagnosticado por colangioressonância com cisto biliar tipo I. Diante desse achado, qual a melhor indicação terapêutica?

- A) Cistoplastia com aposição de prótese biliar.
- B) Colectomia e colédoco duodeno anastomose à Madenn.
- C) Excisão cirúrgica completa, colecistectomia e hepaticojunostomia em Y-de-Roux.
- D) Colectomia associada a papilo-esfincteroplastia por acesso cirúrgico transduodenal.

**CG 30.** Paciente do sexo masculino, evoluiu-se em colisão carro poste. Deu entrada no pronto-socorro consciente e orientado. Os sinais vitais eram: frequência respiratória de 20 irpm, frequência cardíaca de 95 bpm e pressão arterial de 190 x 80 mmHg. Oximetria de 100% em ar ambiente. Ao exame físico, observou-se abdômen plano, porém doloroso à palpação profunda, especialmente no flanco direito. Duas horas após o trauma, o paciente foi submetido a uma tomografia, que mostrou a presença de líquido livre na região sub-hepática, além de pneumoperitônio. Submetido à laparotomia exploradora na qual foi identificada laceração de 70% da circunferência do cólon ascendente, próximo ao ângulo hepático, pouca contaminação local, pequena quantidade de sangue próximo ao cólon ascendente e na pelve e sem outras lesões aparentes. O procedimento mais indicado neste caso é a

- A) colectomia direita e ileotransversoanastomose.
- B) sutura da lesão em dois planos e ileostomia em alça.
- C) colectomia direita, ileotransversoanatomose e ileostomia em alça.
- D) colectomia direita, ileostomia terminal e fístula mucosa do cólon transverso.

**CG 31.** Paciente vítima de lesão por arma branca durante assalto. Dá entrada na emergência lúcido, eupneico,

co, FC 101 bpm, PA 120 x 90 mmHg. No exame clínico observamos ferida corto contusa no flanco esquerdo, na altura da linha axilar anterior, de aproximadamente 3,0 cm, sem sangramento ativo. À palpação abdominal observamos certo grau de defesa, dor mais intensa em flanco esquerdo e sem sinais de irritação peritoneal. Na exploração digital da ferida observamos penetração na cavidade abdominal. Diante desse quadro, assinale a melhor conduta.

- A) Lavado peritoneal diagnóstico.
- B) Laparotomia exploradora imediata.
- C) Ultrassonografia abdominal – FAST.
- D) Tomografia computadorizada do abdome.

**CG 32.** Paciente vítima de acidente automobilístico, foi trazido de ambulância ao setor de emergência agitado. A gasometria arterial apresentou os seguintes parâmetros: pH 7,24; PaCO<sub>2</sub> = 49 mmHg; HCO<sub>3</sub> = 17 mEq/L; BE = -4 mEq/L. De acordo com os conceitos do equilíbrio ácido-base, a hipótese diagnóstica mais provável é

- A) acidose mista.
- B) alcalose mista.
- C) acidose metabólica.
- D) acidose respiratória.

**CG 33.** Paciente vítima de colisão moto x poste dá entrada no Pronto-Socorro referindo dor abdominal. Ao exame físico, apresenta abdômen difusamente doloroso à palpação, FC = 110bpm, FR = 28 irpm e PA = 105 x 80mmHg. Segundo o ATLS, a classificação do choque desse paciente é

- A) IV.
- B) III.
- C) II.
- D) I.

**CG 34.** Paciente, 70 anos, apresenta icterícia progressiva. Realizou colangioressonância que evidenciou estenose atingindo a confluência dos ductos hepáticos e do ducto hepático direito. Essa estenose é classificada como Bismuth-Corlette do Tipo

- A) II.
- B) IV.
- C) IIIa.
- D) IIIb.

**CG 35.** Paciente do sexo masculino, 35 anos, foi submetido à colecistectomia videolaparoscópica devido a histórico de colecistite de repetição. Durante procedimento, foi evidenciado vesícula de paredes espessadas associada a processo aderencial de omento e cólon ao hilo hepático. Uma das formas de garantir a execução segura da cirurgia é a dissecação e visualização das estruturas do

- A) triângulo de Hasselbach, definido pela artéria cística, borda inferior do fígado e ducto colédoco.

- B) triângulo de Calot, definido pelo ducto cístico, ducto hepático comum e borda do fígado.
- C) trígono de Lenander, definido pela artéria hepática comum direita, ducto cístico artéria cística.
- D) triângulo de Mascani, definido pela borda inferior do fígado, ducto colédoco e ramo direito da veia porta.

**CG 36.** Paciente do sexo masculino, 35 anos, foi submetido à colecistectomia videolaparoscópica devido a histórico de colecistite de repetição. Durante procedimento, foi evidenciado vesícula de paredes espessadas associada à processo aderencial de omento e cólon ao hilo hepático. Ao fim da cirurgia, durante o inventário da cavidade, foi evidenciado extravasamento de líquido biliar decorrente de lesão linear adjacente à bifurcação dos ductos hepáticos medindo cerca de 1,5cm. Qual é a melhor forma de manejar esta lesão?

- A) Aposição de dreno de Kehr.
- B) Coledocoduodenoanastomose.
- C) Jejunocoledocoanastomose em y-de-Roux.
- D) Ressecção da área acometida e anastomose hepático-colédoco término-terminal.

**CG 37.** Em relação aos traumas de extremidades, analise as assertivas abaixo e assinale V, se verdadeiras, ou F, se falsas.

- ( ) A presença de pulso distal palpável exclui a presença de síndrome compartimental.
- ( ) O diagnóstico de síndrome compartimental necessita da mensuração da pressão de compartimento.
- ( ) Se fratura exposta com evidência de sangramento arterial ativo, a primeira medida a ser adotada é o uso de torniquete.

A ordem correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é

- A) V – V – F.
- B) F – F – V.
- C) F – V – F.
- D) F – F – F.

**CG 38.** Com a evolução das medidas de segurança em automóveis e na engenharia de trânsito nas grandes cidades, é cada vez mais frequente a presença de paciente vítimas de trauma abdominal fechado que se apresentam hemodinamicamente estáveis. Em pacientes deste perfil cujo FAST apresente presença de líquido livre na cavidade abdominal. A próxima conduta é

- A) Rx de abdome agudo.
- B) tomografia de abdome.
- C) laparotomia ou laparoscopia.
- D) punção do líquido abdominal.

**CG 39.** As hérnias que ocorrem através do triângulo lombar superior são chamadas de hérnias de

- A) Littre.
- B) Grynfelt.
- C) Richter.
- D) Petit.

**CG 40.** A doença diverticular cursa com frequência como abdômen agudo. Em relação a essa doença, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A antibioticoterapia está indicada como tratamento conservador nos casos em que a inflamação está contida em um plastrão.
- B) Cerca de 2/3 dos casos de doença diverticular dos cólons acometem pacientes acima de 75 anos.
- C) A principal complicação desse agravo é a diverticulite aguda com perfuração colônica.
- D) A colonoscopia é fundamental para o diagnóstico da diverticulite aguda.