



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO
EDITAL Nº 01 - COREME/UFPA, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2015

**PROCESSO SELETIVO DE
RESIDÊNCIA MÉDICA DO ANO DE 2016
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA COM
PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL**

Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Torácica

17 de janeiro de 2016

Nome do Candidato: _____

Nº de Inscrição: _____

Assinatura

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

1. Confira se a prova que você recebeu corresponde a especialidade a qual você está inscrito, conforme consta no seu cartão de inscrição e cartão-resposta. Caso contrário comunique imediatamente ao fiscal de sala.
2. Confira se, além deste BOLETIM DE QUESTÕES, você recebeu o CARTÃO-RESPOSTA, destinado à marcação das respostas das questões objetivas.
3. Este BOLETIM DE QUESTÕES contém a 20 (vinte) questões objetivas, sendo 20 específicas de Cirurgia Geral. Caso exista alguma falha de impressão, comunique imediatamente ao fiscal de sala. Na prova há espaço reservado para rascunho. **Esta prova terá duração de quatro horas, tendo seu início às 8:00 hs e término às 12:00 hs (horário de Belém-PA).**
4. Cada questão objetiva apresenta 5 (cinco) opções de resposta, identificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E). Apenas uma responde adequadamente à questão, considerando a numeração de 01 a 20.
5. Confira se seu nome, número de inscrição, programa/especialidade e data de nascimento, consta na parte superior do CARTÃO-RESPOSTA que você recebeu. Caso exista algum erro de impressão, comunique imediatamente ao fiscal de sala, a fim de que o fiscal registre no formulário de Correção de Dados a devida correção.
6. O candidato deverá permanecer, obrigatoriamente, no local de realização da prova por, no mínimo, duas horas após o início da prova. A inobservância acarretará a eliminação do concurso.
7. É obrigatório que você assine a LISTA DE PRESENÇA e o CARTÃO-RESPOSTA do mesmo modo como está assinado no seu documento de identificação.
8. A marcação do CARTÃO-RESPOSTA deve ser feita somente com caneta esferográfica de tinta preta ou azul, pois lápis não será considerado.
9. Em hipótese alguma haverá substituição do CARTÃO-RESPOSTA por erro do candidato. A substituição só será autorizada se for constatada falha de impressão.
10. O BOLETIM DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA serão devolvidos ao final da sua prova. O CARTÃO-RESPOSTA é o único documento válido para o processamento de suas respostas.
11. Será automaticamente eliminado do Processo Seletivo de Residência Médica o candidato que durante a realização da prova descumprir os procedimentos definidos no Edital nº 01/COREME/2015 do referido processo.

Boa Prova.

FADESP

CIRURGIA GERAL

1. Quanto à dieta por jejunostomia, é INCORRETO afirmar que uma das complicações é a(as)
 - (A) diarreia.
 - (B) dor abdominal.
 - (C) obstrução intestinal.
 - (D) fístulas.
 - (E) translocação bacteriana.
2. Para avaliação do balanço hídrico diário no pós-operatório, é INCORRETO afirmar que
 - (A) as necessidades básicas de líquidos para o recém-nascido é de 100-150ml/kg/dia.
 - (B) a água endógena produzida por um indivíduo adulto é cerca de 400ml/dia.
 - (C) a diurese é um dos principais parâmetros para reposição volêmica nos estados de choque.
 - (D) a perda de líquido insensível pela pele aumenta na vigência de hipotermia.
 - (E) ganho de peso acentuado e repentino, geralmente, é em decorrência de retenção hídrica.
3. Com relação à doença do refluxo gastroesofágico, é INCORRETO afirmar que
 - (A) o esôfago de Barrett pode ser definido como um segmento de metaplasia intestinal, endoscopicamente visível, de qualquer dimensão.
 - (B) é necessário o tratamento com inibidor de bomba de prótons em altas doses antes da biópsia, para a definição histológica da presença de displasia em portadores de esôfago de Barrett.
 - (C) a presença de refluxo biliar é um forte preditor para o desenvolvimento de esôfago de Barrett.
 - (D) o diagnóstico histológico de displasia de alto grau deve ser realizado por dois patologistas experientes em doenças gastrointestinais.
 - (E) os casos diagnosticados como “indefinidos para a presença de displasia”, com o mesmo diagnóstico após um curso de tratamento agressivo com inibidores de bomba de prótons por três meses, devem ser considerados como portadores de displasia de alto grau.
4. Em relação ao Linfoma gástrico, é correto afirmar que
 - (A) é sempre primário.
 - (B) as manifestações clínicas são mais precoces do que no carcinoma gástrico.
 - (C) tem pior prognóstico do que o do carcinoma gástrico.
 - (D) é o local mais frequente de linfoma extranodal.
 - (E) a biópsia endoscópica estabelece o diagnóstico em mais de 90% dos pacientes.
5. Em relação às neoplasias de canal anal, é correto afirmar que
 - (A) os carcinomas espinocelulares podem ser tratados com radioquimioterapia de caráter curativo.
 - (B) o tratamento com intenção curativa preferencial dos CEC consiste na amputação abdominoperineal do reto e canal anal.
 - (C) nos CEC de canal anal sempre deve-se proceder radioquimioterapia neoadjuvante seguido de amputação de reto e canal anal para obter chance de cura.
 - (D) deve-se optar, nos adenocarcinomas de reto baixo, pela quimioterapia adjuvante ao tratamento cirúrgico nos casos de lesões localmente avançadas.
 - (E) o tratamento com intenção curativa consiste em quimioterapia neoadjuvante, seguida de cirurgia de amputação e posteriormente quimioterapia adjuvante.
6. O sinal/sintoma que NÃO consiste em sinal de doença avançada no estadiamento do câncer gástrico é
 - (A) prateleira de Blummer.
 - (B) nódulo de Irmã Maria José.
 - (C) nódulo de Virchow.
 - (D) telangiectasias cutâneas.
 - (E) icterícia.

7. As principais limitações às ressecções hepáticas dos pacientes com carcinomas hepatocelulares são
- (A) risco de hemorragia e idade avançada.
 - (B) diagnóstico em fase avançada e idade avançada.
 - (C) reserva funcional hepática insuficiente e diagnóstico em fase avançada.
 - (D) risco de hemorragia e reserva funcional hepática insuficiente.
 - (E) reserva funcional hepática insuficiente e idade avançada.
8. A regra de Goodsall-Salmom, que nos auxilia no tratamento das fístulas anais, diz que
- (A) fístulas posteriores drenam para a linha média posteriores.
 - (B) fístulas anteriores drenam para a linha mediana anteriores.
 - (C) fístulas anteriores drenam para a linha média posteriores.
 - (D) tanto as fístulas anteriores quanto as posteriores drenam para a linha média.
 - (E) fístulas posteriores apresentam trajeto retilíneo.
9. Em relação aos novos tratamentos da “Doença Inflamatória Intestinal”, é INCORRETO afirmar que
- (A) o infliximabe (IFX) de uso endovenoso foi o primeiro agente biológico estudado para a Doença de Cólon e posteriormente RCUI.
 - (B) o tratamento convencional com corticóide, derivados de 5-ASA, antibióticos e imunossupressores são medicamentos ainda muito usados.
 - (C) o Adalimumabe (ADA) de uso subcutâneo foi a segunda droga biológica com eficácia comprovada para Doença de Crohn, nas formas luminol e fistulizante.
 - (D) a estratégia descendente (TOP-DOWN) é uma abordagem de tratamento de uso mais tardio de agentes biológicos em pacientes com critérios de uma fraca agressividade da Doença de Crohn.
 - (E) a estratégia ascendente (STEP-UP) é uma abordagem de tratamento mais conservadora e é a maneira mais frequentemente utilizada pelos agentes biológicos.
10. Na fístula transesfincteriana alta, o abscesso mais frequentemente encontrado é do tipo
- (A) interesfincteriano.
 - (B) submucoso.
 - (C) perianal.
 - (D) inguino-retal.
 - (E) subcutâneo.
11. Os limites anatômicos da região torácica são
- (A) 8º espaço intercostal anterior, 12º espaço intercostal lateral e epigástrico.
 - (B) 4º espaço intercostal anterior, 6º espaço intercostal lateralmente e ponta da escápula posteriormente.
 - (C) 6º espaço intercostal anterior, 7º espaço intercostal lateral e epigástrico.
 - (D) 5º espaço intercostal anteriormente e lateralmente e 12ª costela posteriormente.
 - (E) 10ª e 12ª costela anteriormente e ponta da escápula posteriormente.
12. Paciente vítima de atropelamento deu entrada no PS com PA: 80 x 40 mmHg, instabilidade pélvica e radiografia com fratura pélvica. A lesão vascular mais frequente neste tipo de lesão é
- (A) artéria ilíaca interna.
 - (B) plexo venoso retroperitoneal.
 - (C) artéria glútea superiores.
 - (D) artéria glútea inferior.
 - (E) artéria hipogástrica.
13. Paciente vítima de trauma abdominal fechado, apresentando volumoso hematoma retroperitoneal em zona III, identificado à Laparotomia Exploradora. A melhor conduta é
- (A) exploração do retroperitoneo para realização de provável nefrectomia.
 - (B) exploração do retroperitoneo para realização de provável rafia de veia cava.
 - (C) exploração do retroperitoneo para realização de provável correção de lesão aórtica.
 - (D) exploração do retroperitoneo para realização de provável ligadura da artéria hipogástrica.
 - (E) não exploração do retroperitoneo.

14. No escore do trauma revisado, os parâmetros utilizados são
- (A) escala de Coma de Glasgow, pressão arterial sistólica e frequência respiratória.
 - (B) frequência cardíaca, pressão arterial e Escala de Coma de Glasgow.
 - (C) idade do paciente, frequência cardíaca e frequência respiratória.
 - (D) mecanismo do trauma, idade do paciente e frequência respiratória.
 - (E) pressão arterial, idade do paciente e Escala de Coma de Glasgow.

15. CAG, ♂, 40 anos, deu entrada no PS referindo há 18 horas vários episódios de vômito “com aspecto de sangue”. Paciente com PA: 100 x 60 e FC: 105bpm. O tratamento deste paciente deve iniciar com
- (A) exame físico e determinação do hematócrito e hemoglobina.
 - (B) reanimação hidro-eletrolítica.
 - (C) colocação de sonda naso-gástrica.
 - (D) laparotomia de urgência.
 - (E) endoscopia digestiva de urgência.

Leia o quadro abaixo e responda às questões 16 e 17.

NM, ♀, 50 anos, deu entrada no PS com quadro de dor abdominal em FE e FIE, referindo quadro de infecções de repetição ao trato urinário e dizendo que está urinando ar.

16. O diagnóstico mais provável é
- (A) câncer de bexiga.
 - (B) litíase ureteral e uretral em migração.
 - (C) cisto de ovário rôto para a bexiga.
 - (D) diverticulite aguda com perfuração.
 - (E) doença de Crohn.
17. O exame mais indicado para o diagnóstico definitivo é
- (A) urina – rotina.
 - (B) uretrocistografia.
 - (C) US pélvica.
 - (D) TC de abdome sem contraste.
 - (E) colonoscopia.
18. MNR, sexo feminino, obesa, 39 anos foi submetida à colecistectomia videolaparoscópica sem colangiografia no intraoperatório. Evoluiu no pós-operatório com icterícia e dor abdominal, acompanhada de febre com calafrios. A conduta neste caso deve ser
- (A) laparotomia de imediato.
 - (B) colangiorressonância e, se for coledocolitíase, indicar laparotomia.
 - (C) tomografia do abdome e, se for coledocolitíase, indicar laparotomia.
 - (D) colangiorressonância e, se for coledocolitíase, indicar CPRE.
 - (E) CPRE de imediato.
19. É correto afirmar que
- (A) o colecistograma oral é o exame mais indicado para o diagnóstico da colecistite aguda.
 - (B) o paciente diabético com litíase assintomática não tem indicação cirúrgica.
 - (C) a colecistectomia videolaparoscópica está contraindicada em pacientes obesos.
 - (D) os cálculos maiores que 3,0 cm são considerados fatores de risco para o carcinoma da vesícula biliar.
 - (E) a presença de cálculo impactado na válvula ileocecal caracteriza a síndrome de Mirizzi.

20. PDOV, sexo feminino, 54 anos, iniciou há 12 horas quadro de dor abdominal de forte intensidade principalmente em andar superior, acompanhada de vômitos. Encontra-se sudoreica, icterica, hipotensa (80x70 mmhg). Realizou tomografia do abdome que evidenciou aumento difuso do pâncreas com presença de uma coleção peripancreática. Assinale a alternativa correta

- (A) trata-se de um quadro de pancreatite aguda e pelo achado da tomografia podemos classificar como Balthazar C.
- (B) trata-se de um quadro de pancreatite aguda e a idade, contagem de plaquetas e leucometria são critérios de Ransom para avaliar sua gravidade.
- (C) trata-se de um quadro de pancreatite aguda e nos casos de necrose infectada o tratamento cirúrgico está indicado.
- (D) trata-se de um quadro de pancreatite aguda e a CPRE está indicada em todos os casos.
- (E) trata-se de um quadro de pancreatite aguda e níveis de cálcio abaixo de 8 mg/dl define o diagnóstico.

RASCUNHO