



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE PROCESSOS SELETIVOS



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO ANO DE 2025
EDITAL Nº 1 – COREME/UFPA, DE 26 DE SETEMBRO DE 2024

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA COM
EXIGÊNCIA DE PRÉ-REQUISITO EM
CIRURGIA GERAL

CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO

17 DE NOVEMBRO DE 2024

BOLETIM DE QUESTÕES

Nome: _____ Nº de Inscrição: _____

LEIA COM MUITA ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES SEGUINTEs.

- 1 Confira se o Boletim que você recebeu corresponde a especialidade a qual você está inscrito, conforme consta no seu cartão de inscrição e cartão-resposta. Caso contrário comunique ao fiscal de sala.
- 2 O Boletim de Questões consistirá de 20 (vinte) questões de múltipla escolha, de Conhecimentos Específicos em Cirurgia Geral. Cada questão objetiva apresenta 5 (cinco) alternativas, identificadas por (A), (B), (C), (D) e (E), das quais apenas uma é correta.
- 3 Confira se, além deste Boletim, você recebeu o Cartão-Resposta destinado à marcação das respostas das questões objetivas.
- 4 É necessário conferir se a prova está completa e sem falhas, bem como se seu nome e o número de sua inscrição conferem com os dados contidos no Cartão-Resposta. Em caso de divergência, comunique imediatamente ao fiscal de sala. O Cartão-Resposta só será substituído se nele for constatado erro de impressão.
- 5 Será de exclusiva responsabilidade do candidato a certificação de que o Cartão-Resposta que lhe for entregue no dia da prova é realmente o seu. Após a conferência, assine seu nome no espaço próprio do Cartão-Resposta.
- 6 A marcação do Cartão-Resposta deve ser feita com caneta esferográfica de tinta preta ou azul.
- 7 No Cartão-Resposta não serão computadas as questões cujas alternativas estiverem sem marcação, com marcação a lápis ou com marcação com caneta de cor não especificada no edital, com mais de uma alternativa marcada e aquelas que contiverem qualquer espécie de corretivo sobre as alternativas.
- 8 O Cartão-Resposta será o único documento considerado para a correção. O Boletim de Questões deve ser usado apenas como rascunho e não valerá, sob hipótese alguma, para efeito de correção.
- 9 O tempo disponível para esta prova é de quatro horas, com início às 14h30 e término às 18h30, observado o horário de Belém/PA.
- 10 O candidato deverá permanecer obrigatoriamente no local de realização da prova por, no mínimo, 2 (duas) horas após o início da prova.
- 11 Ao terminar a prova, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o Boletim de Questões e o Cartão-Resposta, e assinar a Lista de Presença.
- 12 O candidato poderá levar o Boletim de Questões restando 30 minutos para o término da prova.

Boa Prova!



MARQUE A ÚNICA ALTERNATIVA CORRETA NAS QUESTÕES DE 1 A 20.

CIRURGIA GERAL

- 1** Entre as duas técnicas mais utilizadas no Brasil para o tratamento cirúrgico da obesidade, SLEEVE (gastrectomia vertical) e BYPASS (derivação gástrica em Y de Roux), é possível identificar situações clínicas que representam contraindicações relativas às respectivas técnicas. Com base nessas informações, assinale em qual situação clínica seria prudente EVITAR a realização da gastrectomia vertical.
- (A) Osteoporose.
(B) Anemia crônica.
(C) DRGE.
(D) Doença de Chron.
(E) Esteatose hepática acentuada.
- 2** Paciente do sexo feminino, 35 anos, atualmente pesando 140kg, tem 1,65m de altura e IMC de 52kg/m². Apresenta como comorbidades diabetes mellitus diagnosticado há 5 anos e encontra-se em uso de hipoglicemiantes orais, esteatose hepática acentuada, dislipidemia mista e DRGE complicada com esofagite grau B de Los Angeles. Em relação às opções de tratamento cirúrgico, assinale a técnica mais indicada para essa paciente em questão.
- (A) Gastrectomia vertical – SLEEVE.
(B) Banda gástrica.
(C) Bypass gástrico em Y de Roux.
(D) Balão intragástrico.
(E) Gastroplastia endoscópica.
- 3** Paciente com quadro de pirose, regurgitação, eructação, com diagnóstico de DRGE após vários anos de tratamento clínico, foi indicado tratamento cirúrgico. Assinale a cirurgia que deve ser realizada nesse caso.
- (A) Gastrectomia subtotal.
(B) Funduplicatura de nissen.
(C) Cirurgia de merendino.
(D) Cirurgia de Heller-Pinotti.
(E) Gastrectomia vertical.
- 4** Paciente evoluindo com disfagia progressiva fez endoscopia digestiva alta que mostrou lesão submucosa de esôfago distal. Na hipótese de GIST, os fatores que estão relacionados aos critérios de malignidade são
- (A) tamanho do tumor e sua localização.
(B) gravidade de sintomas como disfagia e sangramento.
(C) tamanho da lesão e número de mitoses.
(D) idade do paciente e gravidade dos sintomas.
(E) número de mitoses e localização da lesão.



- 5** Em relação ao manejo inicial da pancreatite aguda, é correto afirmar:
- (A)** O suporte nutricional com alimentação enteral precoce deve ser considerado, preferencialmente, nas primeiras 24 a 72 horas, mesmo em pacientes com pancreatite grave.
 - (B)** A nutrição parenteral total é superior à nutrição enteral em termos de desfechos clínicos em pancreatite grave e deve ser utilizada na maioria dos pacientes.
 - (C)** A administração precoce de antibióticos profiláticos, de preferência o imipenem, está indicada em pacientes com pancreatite grave para evitar complicações infecciosas.
 - (D)** A reposição agressiva com ringer lactato nas primeiras 24 horas é recomendada para todos os pacientes.
 - (E)** A sondagem nasogástrica deve ser passada nas primeiras 24h, pois diminui a probabilidade de agravamento da pancreatite, visto que ela dá repouso ao pâncreas.
- 6** Paciente, sexo feminino, 42 anos, fumante, diabética tipo 2, é admitida com pancreatite aguda moderada a grave. Após 72 horas de tratamento clínico em UTI, a paciente desenvolve febre e piora do quadro clínico. A tomografia revela ser Balthazar D. Nesse caso, a conduta apropriada é
- (A)** iniciar antibioticoterapia profilática imediatamente.
 - (B)** iniciar antibióticos somente se houver sinais claros de infecção.
 - (C)** indicar necrosectomia cirúrgica de urgência.
 - (D)** realizar drenagem percutânea guiada por US das áreas necróticas à beira do leito da UTI.
 - (E)** realizar a necrosectomia por videolaparoscopia, que é mais indicada por ser menos agressiva.
- 7** Paciente do sexo feminino, 48 anos, obesa, hipertensa e diabética tipo 2. Tem diagnóstico de colelitíase por microcálculos há 3 anos. Há 2 dias evoluiu com quadro de icterícia obstrutiva e colangite. Apresenta tríade de Charcot. Assinale a conduta que deve ser tomada nesse caso.
- (A)** Aguardar a estabilização clínica, de preferência em UTI, e posteriormente realizar colecistectomia eletiva.
 - (B)** Iniciar antibióticos de amplo espectro, hidratação copiosa e observar a resposta clínica.
 - (C)** Realizar a colecistectomia imediata, de preferência videolaparoscópica.
 - (D)** Indicar descompressão da via biliar de urgência, de preferência realizando CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica).
 - (E)** Solicitar colangiorressonância para planejar o melhor tratamento cirúrgico.
- 8** Paciente de 60 anos, diabético tipo 2, hipertenso, deu entrada no PS às 4h da madrugada com dor em HD, náuseas e vômitos. Refere ter ido à noite em um churrasco e ter comido carne gorda em grande quantidade e ingerido álcool. Ao exame físico, apresenta dor no andar superior do abdome, sinal de Murphy positivo, glicemia de 200mg/dl, PA 160 x 90, leucocitose de 18.000. US mostra cálculo impactado no infundíbulo de 2cm, espessamento da parede da vesícula e líquido perivesicular. A conduta apropriada para este caso é
- (A)** internar em CTI, iniciar o antibiótico e deixar a cirurgia para uma segunda internação.
 - (B)** indicar a cirurgia por incisão de Kocher, pois é mais adequada por se tratar de colecistite aguda.
 - (C)** internar, iniciar antibiótico e operar na mesma internação.
 - (D)** realizar somente CPRE.
 - (E)** indicar a colecistostomia devido à distensão da vesícula e pelo fato de o paciente ser diabético.



- 9** Paciente masculino, 60 anos, portador de tumor de antro obstrutivo, apresentou oito episódios de vômitos nas últimas 12h, cursando com agitação, palidez cutânea, sudorese profusa. Não há registro de micção nas últimas 18h. Os sinais aferidos são FR 24ipm, saturação de O₂ 90%, FC=110bpm e PA 86x58mmHg. Os exames laboratoriais solicitados apresentam os seguintes resultados: leucócitos 13600/mm³ com 90% e segmentado; hemoglobina 10g/dl e hematócrito 29%; gasometria arterial com PH 7.29, PaCO₂= 29mmHg, PaO₂= 68mmHg, bicarbonato 16mEq/l. BE -7, SO₂=92%. Diante do exposto, a conduta inicial mais adequada é
- (A)** aplicar ringer com lactato 500ml EV em 2h.
 - (B)** iniciar noradrenalina em BIC.
 - (C)** realizar a reposição e usar bicarbonato de sódio 8,4% 60ml EV.
 - (D)** efetuar o posicionamento de sonda nasogástrica.
 - (E)** proceder à reposição de SF0,9% 1000ml EV em 1h.
- 10** Paciente em pós-operatório imediato de gastrectomia total por neoplasia é admitido na sala de pacientes em recuperação pós-cirúrgica, inicialmente em condições estáveis. Deu entrada com dispositivo venoso em subclávia direita, dreno abdominal com saída de conteúdo hemático, totalizando 350ml em 12h. Os sinais aferidos são: FR 34ipm, saturação de O₂= 86% e MV abolido em HTD, FC=112bpm, PA: 80/50mmHg, tempo de enchimento capilar= 5 segundos. Diante do exposto, o diagnóstico mais provável é
- (A)** choque obstrutivo.
 - (B)** choque hipovolêmico.
 - (C)** choque vasoplégico.
 - (D)** choque misto.
 - (E)** choque distributivo.
- 11** Paciente em pós-operatório de hemicolectomia direita por neoplasia evolui com distensão abdominal e vômitos no 4º dia de pós-operatório, cursando com febre e hipotensão arterial. Nota-se saída de conteúdo fecal pela ferida operatória. O diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais adequada são
- (A)** choque séptico de foco abdominal, estando indicada a antibioticoterapia com ceftriaxona e metronidazol.
 - (B)** sepse de foco abdominal, sendo indicado laparotomia exploradora + antibioticoterapia com piperacilina+tazobactam.
 - (C)** choque séptico, estando indicado o uso de noradrenalina em infusão contínua, laparotomia exploradora e antibioticoterapia com cefepima + vancomicina.
 - (D)** sepse abdominal, estando indicado o posicionamento e sonda gástrica, reposição volêmica com cristalóide e antibioticoterapia com meropenem.
 - (E)** sepse de foco abdominal, indicando-se reposição volêmica, antibioticoterapia e laparotomia exploradora.



Leia o caso clínico abaixo e responda às questões **12**, **13** e **14**.

Paciente masculino, 63 anos, previamente hígido, dá entrada no pronto atendimento com queixa de dor em hipocôndrio direito, de início há 3 dias, associada a náuseas e vômitos. Relata que o quadro teve início após ter ido a um churrasco. Conta também que já teve episódios de dor semelhante em outras ocasiões, porém de menor intensidade. Como antecedentes, relata hipertensão e diabetes controlados.

Ao exame físico:

Paciente consciente, orientado, eupneico, temperatura axilar de 38°C, anictérico.

Aparelho respiratório sem alterações.

Aparelho cardiovascular: FC 93 bpm. PA 140 x 75 mmHg.

Abdome obeso, flácido, doloroso à palpação em hipocôndrio direito, sinal de Murphy presente, descompressão brusca dolorosa.

Hemoglobina 12,8 g%, hematócrito 38%, leucócitos 18.200.

12 Em relação ao caso clínico apresentado, é correto afirmar:

- (A) O melhor exame de imagem para ser feito neste caso é colangiorressonância.
- (B) O fluxograma diagnóstico e terapêutico mais validado para essa situação é o guideline de Tóquio.
- (C) Esse paciente encontra-se em colangite aguda.
- (D) Esse paciente apresenta evidências de coledocolitíase.
- (E) O paciente deve ser tratado com antibióticos e operado em outra ocasião, de maneira eletiva.

13 De acordo com o exposto nesse caso clínico, o paciente

- (A) se encontra em colecistite aguda grau II, considerando os critérios de Tóquio.
- (B) apresenta síndrome de Mirizzi.
- (C) apresenta pancreatite aguda.
- (D) necessita fazer uma CPRE previamente à colecistectomia.
- (E) não pode ser submetido à laparoscopia, dado o seu quadro clínico.

14 Ainda considerando o caso clínico em análise, é correto afirmar:

- (A) Na colecistectomia laparoscópica a incidência de lesão de via biliar é inferior à cirurgia convencional.
- (B) O conceito de visão crítica de segurança proposto por Strasberg não foi eficaz em reduzir a incidência de lesão de via biliar na laparoscopia.
- (C) Na impossibilidade de identificação das estruturas do hilo da vesícula, pode-se realizar uma colecistectomia parcial, com intuito de se evitar uma lesão de via biliar.
- (D) A realização de colangiografia intraoperatória não auxilia na identificação da anatomia biliar.
- (E) O paciente deve ser operado pelo menos após 4 dias do início dos sintomas, não antes.

15 Assinale o grupo populacional que deve ser submetido a rastreio de hepatocarcinoma.

- (A) Portadores de esteatose hepática.
- (B) Portadores crônicos do vírus da hepatite B.
- (C) Pacientes tratados para hepatite C com resposta virológica sustentada.
- (D) Cirróticos por álcool.
- (E) Portadores de Equinococose neotropical.



16 Homem de 54 anos, portador de hepatite B em atividade, em seguimento ambulatorial. Exame físico sem alterações. Nos exames laboratoriais, encontram-se os seguintes achados: Hb normal, plaquetopenia, bilirrubina total de 2,8, albumina de 3,0 g%. Ultrassonografia com sinais de hepatopatia crônica e achado de 2 nódulos com 3 cm de diâmetro. TC de abdome confirmou os achados de 2 nódulos hipervasculares na fase arterial, com lavagem rápida do meio de contraste, um medindo 3,0 cm no segmento 6 e outro medindo 2,9 cm no segmento 7. Assinale a alternativa que corresponde à principal hipótese diagnóstica e o tratamento para este caso.

- (A)** Hemangiomas; Ressecção cirúrgica.
- (B)** Adenomas; Seguimento clínico.
- (C)** Hepatocarcinoma; Ressecção cirúrgica.
- (D)** Hepatocarcinoma; Transplante Hepático.
- (E)** Hepatocarcinoma; Quimioembolização transarterial.

17 Correlacione as opções de tratamento com seus respectivos exemplos.

- | | | | |
|---|---------------------------|----|--|
| 1 | Tratamento neoadjuvante | a. | Paciente com adenocarcinoma de cabeça pancreática irressecável, submetido à quimioterapia com boa resposta, favorecendo posteriormente um resgate cirúrgico com duodenopancreatectomia cefálica. |
| 2 | Tratamento adjuvante | b. | Paciente portador de adenocarcinoma de reto baixo T3N1Mx, submetido à radioterapia + quimioterapia, seguido de retossigmoidectomia anterior. |
| 3 | Tratamento pré-operatório | c. | Paciente submetida à proctocolectomia total por polipose adenomatosa familiar confirmada pela mutação autossômica dominante do gene APC. |
| 4 | Tratamento profilático | d. | Paciente com adenocarcinoma de cárdia, submetido à videolaparoscopia estadiadora para exclusão de carcinomatose, seguida de 4 ciclos de quimioterapia com esquema FLOT, posterior gastrectomia total com linfadenectomia a D2 e mais 4 ciclos de quimioterapia com FLOT no pós-operatório. |
| 5 | Terapia de conversão | e. | Paciente submetida à histerectomia total com salpingooforectomia bilateral + linfadenectomia pélvica por adenocarcinoma de endométrio, seguida de radioterapia + braquiterapia. |

A sequência correta é

- (A)** 1-b, 2-e, 3-d, 4-c, 5-a
- (B)** 1-b, 2-d, 3-a, 4-c, 5-e
- (C)** 1-d, 2-e, 3-a, 4-b, 5-c
- (D)** 1-d, 2-a, 3-e, 4-b, 5-c
- (E)** 1-b, 2-d, 3-e, 4-c, 5-a



18 Marque a alternativa correta.

- (A) Obesidade, doença do refluxo gastroesofágico e *Barrett* são fatores de risco para carcinoma epidermoide de esôfago.
- (B) Os adenocarcinomas de esôfago respondem melhor ao tratamento radioterápico que os carcinomas epidermoides.
- (C) Quando realizada a esofagectomia subtotal, utiliza-se o cólon transverso como primeira opção para reconstrução do trato digestivo.
- (D) Disfagia, dor retroesternal e perda ponderal são sintomas que indicam a necessidade de realizar uma tomografia de tórax com contraste via oral como exame “padrão ouro”.
- (E) As esofagectomias por neoplasia maligna de esôfago muitas vezes se iniciam em um tempo torácico para liberação esofágica + linfadenectomia mediastinal, seguido de um tempo abdominal e cervical.

19 Em relação a neoplasias malignas de estômago, é correto afirmar:

- (A) Segundo as estimativas do INCA 2023-2025, ocupam a décima posição dentre as neoplasias mais prevalentes em ambos os sexos.
- (B) Depois dos adenocarcinomas, os tumores neuroendócrinos correspondem ao tipo histológico mais comum, representando aproximadamente 30% de todas as neoplasias malignas gástricas.
- (C) O nódulo de Virchow consiste em um sinal de doença avançada, sendo sua ressecção necessária naqueles pacientes que tratam com intenção curativa.
- (D) Infecção por *Helicobacter pylori* deve ser tratada, pois tal bactéria é causa necessária e suficiente para a carcinogênese gástrica.
- (E) Atualmente, a presença de adenocarcinoma gástrico avançado, desde que oligometastático e com estabilidade da doença ao tratamento sistêmico, pode ser considerada para tratamento cirúrgico.

20 Assinale a alternativa correta.

- (A) A síndrome de Lynch, doença autossômica recessiva, está associada à predisposição hereditária para o desenvolvimento de vários tipos de câncer, especialmente o colorretal.
- (B) A síndrome de Lynch, também conhecida como síndrome do câncer colorretal hereditário polipoide, ocorre devido a mutações nos genes de reparo do DNA, como MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2.
- (C) A PAF ou polipose adenomatosa familiar, determinada pela mutação no gene APC, é uma síndrome autossômica dominante, responsável pela formação de inúmeros pólipos colorretais, com risco em torno de 50% de transformação maligna até a quinta década de vida.
- (D) Na PAF, além do risco de câncer colorretal, os pacientes também têm maior risco no desenvolvimento de tumores de duodeno, pâncreas, tireoide, dentre outros.
- (E) O tumor desmoide, frequentemente associado à polipose adenomatosa familiar, consiste em uma proliferação fibroblástica clonar, caracterizada por crescimento infiltrativo local, com elevada capacidade de promover metástases a distância.