

PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS – 2025

R1 COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL

CADERNO DE QUESTÕES 01/12/2024

DISCIPLINA	QUESTÕES
Conhecimentos sobre Cirurgia Geral	01 a 50

SOMENTE ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

Atenção: Transcreva no espaço designado da sua FICHA DE IDENTIFICAÇÃO, com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

Ter audácia na mente é abrir-se para novos caminhos.

1. Quando for autorizado abrir o caderno de questões, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se isso ocorrer, solicite outro exemplar ao(a) fiscal de sala.
2. Este caderno é composto por questões de múltipla escolha. Cada questão apresenta quatro alternativas de respostas, das quais apenas uma é a correta.
3. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro no preenchimento. Ao recebê-lo, confira se seus dados estão impressos corretamente. Se houver erro de impressão, notifique o(a) fiscal de sala.
4. Preencha, integralmente, um alvéolo por questão, utilizando caneta de tinta AZUL ou PRETA, fabricada em material transparente. A questão deixada em branco, com rasura ou com marcação dupla terá pontuação ZERO.

PROCESSO SELETIVO

QUESTÃO 01

Dentre as neoplasias benignas hepáticas, aquela que é encontrada predominantemente em mulheres jovens e está geralmente associada ao uso de hormônios esteroides de longo prazo é

- (A) a hiperplasia nodular focal.
- (B) o cisto simples hepático.
- (C) o adenoma hepático.
- (D) o hemangioma.

QUESTÃO 02

Na colecistectomia, uma das referências anatômicas é o Triângulo de Calot. Esse espaço anatômico é delimitado

- (A) pelo ducto hepático comum, pelo ducto cístico e pela borda inferior do ducto cístico, e a dissecação cuidadosa desse trígono ajuda a evitar lesões vasculares e da via biliar.
- (B) pela borda inferior do fígado, pelo ducto hepático direito e pelo ducto hepático esquerdo, sendo importante referência anatômica para evitar-se a lesão iatrogênica da placa hilar.
- (C) pelo ducto cístico, pelo ducto colédoco e pela artéria cística, sendo importante referência anatômica para evitar-se a lesão iatrogênica da placa hilar.
- (D) pelo ducto hepático comum, pelo ducto cístico e pela borda inferior do ducto cístico, e a lesão dessas estruturas demanda laparotomia mediana.

QUESTÃO 03

Qual incisão é considerada inadequada para a realização de apendicectomia?

- (A) Mcburney.
- (B) Rocky-Davis.
- (C) Mediana infra-umbilical.
- (D) Kocher.

QUESTÃO 04

O paciente esplenectomizado deverá receber vacina com cobertura para germes encapsulados. São eles:

- (A) *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* e *Salmonella*.
- (B) *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* tipo b e *Neisseria meningitidis*.
- (C) *Pneumococo*, *Escherichia coli* e *Klebsiella*.
- (D) *Pneumococo*, *Salmonella* e *Klebsiella*.

QUESTÃO 05

Leia o caso a seguir.

Paciente de 24 anos, sexo feminino, hígida, com relato de dor intensa em hipocôndrio direito, icterícia, cóuria e acolia fecal há 3 dias.

A principal hipótese diagnóstica do caso descrito acima é

- (A) hepatite viral.
- (B) síndrome de Gilbert.
- (C) coledocolitíase.
- (D) tumor periampular.

QUESTÃO 06

O cólon é um órgão amplamente vascularizado, com rica rede anastomótica. Entretanto, existem áreas onde o fluxo sanguíneo é reduzido. O ponto mais distal da artéria retal inferior, correspondendo à área de irrigação do retossigmoide, onde a circulação colateral existe, porém, é mais deficiente, denominado de

- (A) ponto de Griffiths.
- (B) artéria marginal de Drummond.
- (C) ponto de Suddeck.
- (D) arcada (ou arco) de Riolan.

QUESTÃO 07

Leia o caso a seguir.

R.A.B., 25 anos, com quadro de anorexia, vômitos, dor periumbilical com migração da dor para a fossa ilíaca direita, com tempo de evolução de 24h. Ao exame físico: temperatura axilar (36,5 graus celsius). Apresenta defesa de parede no quadrante inferior direito do abdome e dor à descompressão brusca em fossa ilíaca direita. Exames laboratoriais: leucocitose, sem desvio à esquerda.

O escore de alvarado desse paciente é

- (A) 2.
- (B) 5.
- (C) 6.
- (D) 8.

QUESTÃO 08

Leia o caso a seguir.

A.D.M., 40 anos, foi submetido a herniorrafia unilateral direita a Linchestein. Durante o reparo cirúrgico, foi visualizado que o defeito herniário estava lateral aos vasos epigástricos. Ainda, foi visualizado anel inguinal interno dilatado, destruindo a fásia transversal do triângulo de Hesselbach.

Segundo a classificação de Nyhus, trata-se de hérnia

- (A) tipo I.
- (B) tipo IIIa.
- (C) tipo IIIb.
- (D) tipo IVa.

QUESTÃO 09

As artérias epigástricas inferiores são importantes referências anatômicas para a diferenciação entre hérnias inguinais diretas e indiretas. Estas são ramos das artérias

- (A) ilíacas externas.
- (B) femorais.
- (C) mesentérica superior.
- (D) retais superiores.

QUESTÃO 10

O divertículo de Meckel é a anomalia congênita mais encontrada no intestino delgado, ocorrendo em cerca de 2% da população. Não é raro o encontro de tecido heterotópico dentro do divertículo, sendo mais comum

- (A) o pancreático.
- (B) o gástrico.
- (C) o colônico.
- (D) o esofágico.

QUESTÃO 11

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 60 anos, com histórico de AVE isquêmico há 3 meses, risco cardiológico e pneumológico baixo. Em investigação realizou Doppler de Carótidas com as seguintes alterações em sua conclusão:

- Oclusão de A. Carótida interna direita;
- Estenose menor que 50% em A. Carótida interna esquerda.

Diante destes resultados, qual é a conduta adequada?

- (A) Enderectomia de carótida direita.
- (B) Angioplastia de artéria carótida interna esquerda.
- (C) Não operatória e medicamentosa.
- (D) Embolectomia arterial.

QUESTÃO 12

A Síndrome de Cockett ou May-Thurner, na maioria dos casos, é caracterizada pelo envolvimento de quais vasos?

- (A) Artéria ilíaca interna direita e veia ilíaca interna esquerda.
- (B) Artéria femoral profunda esquerda e veia femoral comum esquerda.
- (C) Artéria mesentérica superior e veia renal esquerda.
- (D) Artéria ilíaca comum direita e veia ilíaca comum esquerda.

QUESTÃO 13

Leia o caso a seguir.

Paciente vítima de perfuração por projétil de arma de fogo em região abdominal evoluindo com massa abdominal pulsátil.

Qual o possível diagnóstico do caso descrito acima?

- (A) Úlcera de aorta.
- (B) Pseudoaneurisma de aorta.
- (C) Hematoma intramural.
- (D) Dissecção de aorta abdominal.

QUESTÃO 14

Qual é a localização mais comum de ruptura traumática de Aorta e a melhor conduta em paciente de 65 anos com este quadro, após colisão frontal de veículo e mecanismo de desaceleração, respectivamente?

- (A) Aorta ascendente; cirurgia cardíaca emergencial.
- (B) Aorta descendente proximal; endoprotese convencional.
- (C) Aorta descendente distal; endoprótese fenestrada.
- (D) Aorta abdominal; enxerto com dácron aorto-aórtico.

QUESTÃO 15

Em geral, a artéria infragenicular preservada nos achados de arteriografia de um paciente diabético é a

- (A) artéria tibial anterior.
- (B) artéria fibular.
- (C) artéria pediosa.
- (D) artéria tibial posterior.

QUESTÃO 16

Considere um paciente em uso de cateter de longa permanência após iniciar tratamento dialítico. O germe isolado em culturas que menos indica retirada imediata deste cateter é o

- (A) *Pseudomonas spp.*
- (B) *Enterococcus*.
- (C) *Candida spp.*
- (D) microorganismo multirresistente.

QUESTÃO 17

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente com risco cardiológico e pneumológico alto, submetido há 2 dias à angioplastia coronariana, evoluindo com pequeno hematoma em região inguinal em sítio de punção, clinicamente bem, sem dor. Realizou estudo com Doppler arterial de membro inferior com o seguinte resultado:

- Pseudoaneurisma de A. Femoral comum direita em sua bifurcação com tamanho de 1,1 cm e colo de 1mm. Fluxo distal preservado.

A partir dos dados apresentados no caso clínico acima, qual é a conduta mais adequada?

- (A) Cirurgia aberta com reparo e correção com prolene 2.0.
- (B) Cirurgia endovascular utilizando stent revestido.
- (C) Expectante e não operatória.
- (D) Compressão ecoguiada seguida de injeção de partícula (PVA).

QUESTÃO 18

Qual é o efeito hemodinâmico esperado em uma angioplastia de carótida e qual sua medida de profilaxia, respectivamente?

- (A) Taquicardia; Metoprolol EV.
- (B) Crise hipertensiva; Niprid EV.
- (C) Bradicardia; Atropina EV.
- (D) AVE isquêmico; Alteplase intraarterial.

QUESTÃO 19

Em relação à classificação e manejo dos tipos de Endoleak pós EVAR (Correção Endovascular de Aneurisma de Aorta), a seleção dos casos que deve ser tratada o mais rapidamente possível é

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

QUESTÃO 20

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 70 anos, tabagista inveterada, claudicante limitante, com alto risco cardiológico e passado de laparotomia exploradora por úlcera, tem doença estenótica intensamente calcificada grave apenas em bifurcação aorto-iliaca (até terço proximal de ilíacas comuns). Ao exame ausência de pulsos femorais, evoluiu com dor isquêmica de repouso.

A partir do caso descrito acima, qual é a conduta terapêutica mais adequada?

- (A) Enxerto aorto (bi femoral).
- (B) Angioplastia com stents revestidos (*kissing stent*).
- (C) Embolectomia bilateral via femoral.
- (D) Estímulo à caminhada, a fim de melhorar a colateralização.

QUESTÃO 21

É sabido que a cicatriz cutânea apresenta uma força tênsil menor que a pele normal (sem injúria). Uma cicatriz formada atingirá uma força tênsil máxima, após um ano, de

- (A) 60%.
- (B) 70%.
- (C) 80%.
- (D) 90%.

QUESTÃO 22

Leia o caso a seguir.

Após curtir um dia inteiro de praia, à noite a paciente apresentava a pele bastante eritematosa e dolorosa em regiões dorsal, lombar, peito, barriga e em toda a extensão dos braços.

No atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS), a conduta adequada do profissional foi

- (A) o encaminhamento para unidade de referência em queimadura, pois a área acometida corresponde a 36%, pela regra dos 9.
- (B) a analgesia, cuidados locais e orientações de que não seria levado em consideração a regra dos 9 para a queimadura de pele da paciente.
- (C) a analgesia, internação na unidade básica de saúde, sem necessidade de encaminhamento para um centro de referência, pois a área acometida está menor que 20% pela regra dos 9.
- (D) o encaminhamento para unidade de referência em queimadura, pois a área acometida corresponde a 54%, pela regra dos 9.

QUESTÃO 23

Leia o caso a seguir.

Em uma vítima de agressão, pesando 80kg, com lesão cortante, extensa, com profundidade até hipoderme, sem lesão muscular, nota-se que a sutura cutânea seria resolutive para o caso. Dentre os medicamentos disponíveis para a anestesia local, há lidocaína a 2% com vasoconstritor (1:200.000), contendo 20 ml em cada frasco.

Qual o máximo de volume deste anestésico, sem diluição ou outros acréscimos, poderá ser administrado localmente, em região subdérmica, para a realização da sutura neste paciente, com segurança?

- (A) Até 17 ml.
- (B) Até 22 ml.
- (C) Até 28 ml.
- (D) Até 32 ml.

QUESTÃO 24

Leia o caso a seguir.

Uma genitora, proveniente do interior, apresentou-se com sua criança de 5 anos na ala pediátrica para atendimento médico. Ao realizar o primeiro atendimento, o interno teve a ideia de pedir ajuda ao seu irmão, residente de cirurgia plástica. Em vídeo chamada, o residente notou que a criança tinha braquicefalia, hipoplasia do terço médio da face, exorbitismo e extremidades sem alterações.

Ao se deparar com a situação descrita no caso acima, ele se recordou de uma questão que caiu em sua prova, que abordava tais alterações sendo mais comuns nos portadores da síndrome de

- (A) Apert.
- (B) Crouzon.
- (C) Pfeiffer.
- (D) Saethre-Chotzen.

QUESTÃO 25

A zetaplastia é um dos retalhos mais utilizados, além de mudar a direção das cicatrizes, há um ganho adicional teórico no comprimento de pele que varia de acordo com o ângulo utilizado entre os retalhos triangulares. No caso da incisão formando um ângulo de 60°-60° entre os retalhos triangulares da zetaplastia, o ganho teórico adicional em comprimento de pele, em porcentagem é de

- (A) 25%.
- (B) 50%.
- (C) 75%.
- (D) 100%.

QUESTÃO 26

A reconstrução de mama pós-tratamento de tumor é fundamental para devolver a autoestima da mulher e alguns dos retalhos miocutâneos que podem ser usados é do *latissimus dorsalis*. Segundo a classificação de retalhos musculares de Mathes and Nahai, o músculo *latissimus dorsalis* é irrigado pelo padrão vascular de

- (A) um pedículo dominante e outros pedículos secundários e segmentares.
- (B) dois pedículos grandes.
- (C) apenas um pedículo.
- (D) um pedículo menor e outro dominante.

QUESTÃO 27

Uma neuropraxia do nervo fibular, sem tratamento, resulta em

- (A) parestesia plantar permanente.
- (B) parestesia plantar temporária.
- (C) pé caído permanente.
- (D) pé caído temporário.

QUESTÃO 28

Dentre os tipos de melanoma, o tipo que mais acomete a população afroamericana/descendente é o melanoma

- (A) lentigo maligno.
- (B) extensivo superficial.
- (C) acral lentiginoso.
- (D) nodular.

QUESTÃO 29

Considerando as características epidemiológicas das fendas labiais e/ou palatinas, temos que:

- (A) a maioria está associada a uma síndrome.
- (B) os caucasianos estão entre os mais acometidos pela fenda palatina isolada.
- (C) as fendas labiais isoladas são as mais comuns.
- (D) os asiáticos são os mais acometidos na fenda labial, isolada ou não.

QUESTÃO 30

A administração de lidocaína para realização de procedimentos ambulatoriais em sobredose pode levar a desfechos fatais. Os sinais clínicos surgem de forma escalonada e possuem relação sérica com a dose administrada. Um dos sinais clínicos que indica que a toxicidade está avançando, ou seja, não é considerado um sinal precoce, é

- (A) o tremor.
- (B) o gosto metálico.
- (C) a sonolência.
- (D) o zumbido.

QUESTÃO 31

Leia o caso a seguir.

A.S.D, 65 anos, feminino, vem à consulta médica, na Unidade Básica de Saúde, queixando-se de pigarro matinal e dispneia aos médios esforços. Hipertensa há dez anos, hipotireoidismo há cinco anos. Sedentária, tabagista 35 maços/ano. Sem história familiar relevante. Filha que a acompanha mostra-se preocupada com o tabagismo da mãe, solicitando apoio para essa demanda.

Com base no relato, a conduta adequada para o caso em questão compreende encaminhamento para o grupo de cessação tabágica e

- (A) rastreio para DPOC.
- (B) prescrição de beta agonista.
- (C) TC de tórax de baixa dosagem.
- (D) prescrição de antimuscarínico.

QUESTÃO 32

Leia o caso a seguir.

C.G.B.S, masculino, 22 anos, sem comorbidades. Atleta profissional de futebol, tabagista 4 maços/ano, etilista social. Dá entrada no pronto atendimento do Hospital de Urgências, com queixa de dor torácica súbita à direita e dispneia. Ao exame: Glasgow 15, FC 109 bpm, PA 110 x 90 mmHg, FR 23 irpm, SO₂ 91%. Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular, dois tempos, sem sopros. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular reduzido à direita, com percussão timpânica ipsilateral.

Frente ao caso em questão, qual a principal hipótese diagnóstica e qual a propeidêutica complementar adequada, nesse momento, respectivamente?

- (A) Infarto Agudo do Miocárdio e Eletrocardiograma 12 derivações.
- (B) Pneumotórax Espontâneo Secundário e Tomografia de Tórax.
- (C) Infarto Agudo do Miocárdio e Angiotomografia de Tórax.
- (D) Pneumotórax Espontâneo Primário e Radiografia de Tórax.

QUESTÃO 33

Leia o caso a seguir.

A.S.D, 68 anos, feminino, acompanha seu pai com câncer de pulmão, em consulta, no ambulatório de cirurgia torácica. Hipertensa há dez anos, hipotireoidismo há cinco anos. Sedentária, ex-tabagista, 35 maços/ano, parou há 12 anos. Extremamente preocupada com a possibilidade de ser portadora de neoplasia de pulmão. Dessa maneira, solicita aconselhamento para essa avaliação.

Frente a esse caso, qual seria a conduta adequada?

- (A) Solicitar teste genético em DNA para avaliação de mutações somáticas.
- (B) Solicitar tomografia de tórax de baixa dosagem.
- (C) Solicitar teste genético em RNA para avaliação de mutações somáticas.
- (D) Solicitar angiotomografia de tórax.

QUESTÃO 34

Leia o caso a seguir.

H.F, 72 anos, feminino, vem à consulta médica no ambulatório de cirurgia torácica, devido a achado de nódulo pulmonar em angiotomografia de tórax. Hipertensa há 25 anos, diabética não insulino dependente há 15 anos. Sedentária, ex-tabagista 40 maços/ano, parou há 20 anos. Angiotomografia de tórax demonstrando nódulo pulmonar, espiculado, justa pleural, em segmento anterior do lobo superior direito, medindo 7 mm, em seus maiores diâmetros, com tênue captação pelo meio de contraste.

De posse das recomendações para manejo dos nódulos pulmonares, qual a conduta adequada?

- (A) Biopsia pulmonar guiada por tomografia para diagnóstico da lesão.
- (B) Repetir tomografia de tórax em três à seis meses.
- (C) Biopsia pulmonar guiada por broncoscopia para diagnóstico da lesão.
- (D) Repetir angiotomografia de tórax em um ano.

QUESTÃO 35

Leia o caso a seguir.

A.J.M, 68 anos, feminino, vem a consulta médica no ambulatório de cirurgia torácica, devido a achado de nódulo pulmonar em tomografia de abdome. Sem comorbidades e não tabagista. Tomografia contrastada do abdome demonstrando nódulo pulmonar, espiculado, em íntimo contato com a veia pulmonar inferior direita e brônquio pulmonar inferior direito, em segmento superior do lobo inferior direito, medindo 2,7 cm, em seus maiores diâmetros, com captação pelo meio de contraste. Realizou biopsia guiada por tomografia, positiva para adenocarcinoma de pulmão, padrão micropapilífero. Estadiamento clínico com PET CT e Ressonância de Crânio sem outras evidências de doença, com lesão pulmonar de 2,7 cm, segmento superior do lobo inferior direito, SUV 3,4.

Qual seria a conduta adequada para o caso relatado?

- (A) Lobectomia inferior direita mais linfadenectomia mediastinal.
- (B) Segmentectomia S6 direita mais linfadenectomia mediastinal.
- (C) Estadiamento invasivo do mediastino.
- (D) Ressecção em cunha mais linfadenectomia mediastinal.

QUESTÃO 36

Leia o caso a seguir.

C.G.B.S, masculino, 22 anos, sem comorbidades. Atleta profissional de futebol, tabagista 4 maços/ano, etilista social. Dá entrada no pronto atendimento do Hospital de Urgências, com queixa de dor torácica súbita à direita e dispneia. Ao exame: Glasgow 15, FC 109 bpm, PA 110 x 90 mmHg, FR 23 irpm, SO2 96%. Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular, 2 tempos, sem sopros. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular reduzido à direita, com percussão timpânica ipsilateral. Radiografia de tórax com moderado pneumotórax a direita. Após administração de analgesia comum, paciente assintomático.

Frente ao caso em questão, qual a conduta adequada?

- (A) Tratamento conservador do pneumotórax e observação hospitalar por seis a 12 horas.
- (B) Tomografia computadorizada de tórax e toracostomia com drenagem fechada.
- (C) Toracostomia com drenagem fechada guiada por ultrassonografia.
- (D) Tomografia computadorizada de tórax e bulectomia por vídeo.

QUESTÃO 37

Leia o caso a seguir.

L.M.S, 68 anos, portador de neoplasia de pulmão avançada, ECOG 4. Dá entrada no Cancer Center, com dispneia aos mínimos esforços, dor torácica ventilatória dependente a direita e tosse não produtiva. História de outras 3 internações prévias por “água no pulmão”, sendo drenado em duas oportunidades. USG de tórax demonstra bolsão hipoecogênico à direita, com volume estimado em 1350ml, associado a sinais de implantes pleurais. Análise prévia do líquido pleural: exsudato, linfocítico, com células neoplásicas positivas.

Qual seria a conduta adequada?

- (A) Drenagem pleural a direita seguido por pleurodese com talco.
- (B) Pleuroscopia direita para biopsia pleural e pleurodese.
- (C) Toracocenteses seriadas conforme demanda.
- (D) Tratamento conservador com diurético e restrição hidrosalina.

QUESTÃO 38

Leia o caso a seguir.

J.S, 55 anos, piloto comercial, sem comorbidades. Vem à consulta de cirurgia torácica devido a um quadro de TEP maciço há seis meses, em uso de Rivaroxabana 20 mg/dia e massa bem delimitada em mediastino anterior, com distribuição homogênea do contraste, medindo 2,5 cm. Relata queixas esporádicas de engasgo com alimentos sólidos e fraqueza da cintura escapular.

Frente ao caso clínico, qual a conduta adequada?

- (A) Biopsia transtorácica da lesão do mediastino para definição etiológica.
- (B) Pesquisa de anticorpo contra o receptor de acetilcolina e anti MUSK.
- (C) Ressecção *up front* da lesão do mediastino.
- (D) Ressonância Magnética de Tórax para seguimento semestral da lesão.

QUESTÃO 39

Leia o caso a seguir.

Y.B.J, 23 anos, dá entrada no pronto atendimento com queixa de dispneia, tosse produtiva, com sensação de pigarro e estridor laringeo. Histórico prévio de acidente automobilístico com necessidade de intubação orotraqueal prolongada e traqueostomia. Ao exame estável, FC 91bpm, PA 120 x 70 mmHg, FR 16 irpm, SO2 98% em ar ambiente.

Qual a conduta adequada para o caso em questão?

- (A) Dilatação traqueal com broncoscopia rígida em caráter de emergência.
- (B) Tomografia de pescoço e tórax mais broncoscopia flexível.
- (C) Ressecção e anastomose traqueal em caráter emergencial.
- (D) Traqueostomia de emergência com paciente acordado.

QUESTÃO 40

Leia o caso a seguir.

E.N.S.P, feminino, 24 anos, sem comorbidades, dá entrada no pronto atendimento do Hospital de Urgências, trazida pelo serviço de resgate, após colisão moto x anteparo fixo. Ao exame: via área pérvia, com tubo orotraqueal n 7,5, na rima labial 22, em prancha rígida e com colar cervical. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular reduzido à direita, com percussão timpânica ipsilateral. Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular, dois tempos, sem sopros. FC 109, PA 55x40 mmHg. Glasgow 6, pupilas isofotorreagentes. Ausência de lesões expostas à ectoscopia. E-fast demonstra ausência de *Lung slide* e *Lung pulse* à direita.

Frente ao caso em questão, qual a conduta adequada?

- (A) Tomografia de corpo inteiro seguida de drenagem torácica direita.
- (B) Punção torácica descompressiva seguida de drenagem torácica direita.
- (C) Toracotomia de reanimação direita em ambiente de centro cirúrgico.
- (D) Sedação intravenosa em bomba e encaminhamento para UTI do trauma.

QUESTÃO 41

As infecções urinárias podem ser complicadas ou não complicadas. A infecção urinária mais comum é a cistite não complicada, que acomete principalmente mulheres. É considerado tratamento antimicrobiano de primeira linha para cistite não complicada em mulheres a

- (A) fosfomicina ou nitrofurantoína.
- (B) nitrofurantoína ou ciprofloxacina.
- (C) fosfomicina ou ampicilina.
- (D) ciprofloxacina ou ampicilina.

QUESTÃO 42

Para avaliação diagnóstica da cistite não complicada, usualmente solicitamos apenas o exame simples de urina. A urocultura é solicitada quando

- (A) a suspeita é de pielonefrite aguda previamente maltratada.
- (B) os sintomas persistem ou recorrem dentro de quatro semanas após a conclusão do tratamento.
- (C) a mulher apresenta sintomas típicos periodicamente.
- (D) a mulher tem gravidez de risco.

QUESTÃO 43

Várias classes de medicamentos, incluindo bloqueadores α , inibidores dos canais de cálcio e inibidores da fosfodiesterase tipo 5, são usadas para terapia expulsiva medicamentosa de cálculos ureterais. Foi demonstrado um efeito de classe dos α -bloqueadores na terapia expulsiva medicamentosa em casos específicos. Considera-se o seu uso para cálculos ureterais

- (A) proximais > 5 mm.
- (B) distais < 5 mm.
- (C) proximais < 5 mm.
- (D) distais > 5 mm.

QUESTÃO 44

Boa parte dos tumores vesicais não músculo-invasivos é tratada apenas com uma ressecção transuretral de bexiga (RTUB) seguida ou não de instilações intravesicais de imuno ou quimioterápicos. Alguns casos necessitam de uma segunda RTUB (re-RTUB) em curto espaço de tempo, geralmente entre 2 e 6 semanas após a 1ª RTUB. Considera-se uma segunda RTUB (re-RTUB) em

- (A) casos de RTUB inicial incompleta ou em caso de dúvida sobre a integralidade de uma RTUB.
- (B) situações em que o músculo detrusor não apareceu na amostra após a ressecção inicial, com exceção de tumores Ta de baixo grau/G1 ou CIS primário ou concorrente.
- (C) tumores T1 ou Ta de alto grau.
- (D) tumores múltiplos maiores que 3 cm.

QUESTÃO 45

O BCG é utilizado frequentemente como imunoterapia intravesical complementar às ressecções transuretrais de bexiga (RTUB). Entretanto, existem algumas situações em que ele não deve ser utilizado. São contraindicações absolutas à instilação intravesical do BCG

- (A) as primeiras seis semanas após a RTUB.
- (B) os pacientes com hematúria visível e dor em baixo ventre.
- (C) o pós-cateterização uretral traumática.
- (D) os pacientes com infecção sintomática ou não do trato urinário.

QUESTÃO 46

O carcinoma de células renais (CCR) localizado é tratado em sua maior parte por nefrectomia radical ou parcial, entretanto, existem algumas particularidades em relação ao tratamento da doença localizada. Para alcançar a cura no CCR localizado, recomenda-se cirurgia e

- (A) oferecer nefrectomia parcial (NP) a pacientes com tumores de até 4 cm (T1a).
- (B) oferecer nefrectomia parcial (NP) a pacientes com tumores T2 e rim único ou doença renal crônica, se for tecnicamente viável.
- (C) realizar adrenalectomia ipsilateral, mesmo sem evidência clínica de invasão da glândula adrenal para tumores volumosos (maior 10 cm).
- (D) realizar dissecação extensa de linfonodos para pacientes com doença confinada a órgãos com lesões renais múltiplas.

QUESTÃO 47

A nefrectomia só é curativa se todos áreas com tumorais forem excisados. Isso inclui pacientes com tumor primário instalado e doença ressecável única ou oligometastática. Para a maioria dos pacientes com doença metastática, a nefrectomia citorrredutora (NC) é paliativa e tratamentos sistêmicos são necessários. Recomenda-se que a NC seja realizada em pacientes de

- (A) baixo risco de acordo com o MSKCC (*Memorial Sloan-Kettering Cancer*).
- (B) risco intermediário, de modo imediato, que apresentam tumor primário síncrono assintomático e necessitam de terapia sistêmica.
- (C) risco intermediário antes de iniciar terapia sistêmica, que apresentam tumor primário síncrono assintomático e necessitam de terapia sistêmica.
- (D) casos com oligometástases, de modo imediato, quando o tratamento local completo das metástases puder ser alcançado.

QUESTÃO 48

A avaliação básica da disfunção erétil (DE) constitui-se inicialmente apenas de exames laboratoriais relativamente simples. Entretanto, existem situações em que mais exames complementares são necessários. A indicação para testes diagnósticos específicos aplica-se a pacientes com

- (A) disfunção erétil secundária (não causada por doença orgânica adquirida ou transtorno psicogênico).
- (B) histórico de uso de medicações intracavernosas para tratamento de DE que evoluem com piora da DE após episódio de priapismo.
- (C) deformidades penianas que possam necessitar de correção cirúrgica, como doença de Peyronie e curvatura peniana congênita.
- (D) distúrbios endócrinos complexos associados a testículos criptorquídicos ou digenéticos.

QUESTÃO 49

Os sintomas do trato urinário inferior (STUI) de origem não neurogênica nos homens podem ser conduzidos de forma conservadora (mudanças de hábitos de vida), farmacológica (finasterida, tansulosina etc.) ou com tratamentos cirúrgicos (ressesções trausuretrais da próstata, prostatectomia transvesical etc.). No manejo farmacológico, recomenda-se

- (A) oferecer bloqueadores α_1 a homens com STUI moderado a grave ou em casos de retenção urinária recorrente e refratária.
- (B) usar inibidores da 5α -redutase (5-IRAs) em homens com STUI moderado a grave e com risco aumentado de progressão da doença (por exemplo, volume da próstata > 40 mL), se houver falha com bloqueadores α_1 .
- (C) orientar os pacientes sobre o início rápido de ação dos 5-ARIs, quando usado em dose plena.
- (D) usar antagonistas dos receptores muscarínicos em homens com STUI moderado a grave que apresentam principalmente sintomas de armazenamento vesical.

QUESTÃO 50

O Hipogonadismo Masculino, também conhecido como Deficiência de Testosterona, é um distúrbio associado à diminuição da atividade funcional dos testículos, com diminuição da produção de andrógenos e/ou produção prejudicada de espermatozoides. Pode afetar adversamente as funções de múltiplos órgãos e a qualidade de vida. A prevalência aumenta com a idade. O hipogonadismo de início tardio (HIT), aquele detectado na vida adulta, necessita de avaliação específica. Na avaliação diagnóstica do HIT, é recomendado

- (A) dosar testosterona total pela manhã (07h00 e 11h00), após refeição, com ensaio laboratorial confiável.
- (B) repetir a testosterona total em pelo menos duas ocasiões separadas quando < 12 nmol/L e antes de iniciar a terapia com testosterona, se o paciente for oligosintomático.
- (C) usar 12 nmol/L de testosterona total (3,5 ng/mL), como um limiar confiável para diagnosticar HIT.
- (D) dosar cortisol, T4 livre, TSH, prolactina, globulina ligadora de hormônios sexuais e considerar o cálculo de testosterona livre quando indicado.

RASCUNHO