

CIRURGIA GERAL

Prova: 02/Novembro/2025

Nome Legível: _____

Assinatura do candidato: _____

INSTRUÇÕES

- 1** - Confira se os dados impressos acima, que identificam esta prova, estão corretos. Assine em seguida.
- 2** - O caderno de prova deverá conter 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha, com 5 (cinco) alternativas, das quais 1(uma) só é correta.
- 3** - A duração da prova será de 3 horas (três horas). Ao final, haverá mais 15 (quinze) minutos para a marcação no cartão-resposta.
- 4** - A interpretação das questões é parte integrante da prova, não sendo, portanto, permitidas perguntas aos Fiscais.
- 5** - A prova é INDIVIDUAL, sendo vetada a comunicação entre os candidatos durante sua realização.
- 6** - Será eliminado o candidato que utilizar material de consulta ou qualquer sistema de comunicação.

7 - Em cada questão, há somente uma resposta correta. Cuidado quando transcrever para o cartão-resposta, não poderá haver rasuras.

8 - O caderno de prova deve ser entregue para o Fiscal, juntamente com o cartão-resposta.

9 - Ao receber seu cartão-resposta, aja da seguinte forma:

- a)** o cartão resposta deverá ser entregue com assinatura conforme os dados afixados na carteira;
- b)** assine no local indicado;
- c)** pinte, preenchendo por inteiro, com caneta esferográfica ponta média, tinta preta, o campo correspondente à alternativa que considera correta em cada questão.
- d)** não o amasse, nem dobre.

MODELO DO CARTÃO-RESPOSTA

01 (A) (B) (C) (D) (E)	21 (A) (B) (C) (D) (E)	41 (A) (B) (C) (D) (E)	61 (A) (B) (C) (D) (E)	81 (A) (B) (C) (D) (E)
02 (A) (B) (C) (D) (E)	22 (A) (B) (C) (D) (E)	42 (A) (B) (C) (D) (E)	62 (A) (B) (C) (D) (E)	82 (A) (B) (C) (D) (E)
03 (A) (B) (C) (D) (E)	23 (A) (B) (C) (D) (E)	43 (A) (B) (C) (D) (E)	63 (A) (B) (C) (D) (E)	83 (A) (B) (C) (D) (E)
04 (A) (B) (C) (D) (E)	24 (A) (B) (C) (D) (E)	44 (A) (B) (C) (D) (E)	64 (A) (B) (C) (D) (E)	84 (A) (B) (C) (D) (E)
05 (A) (B) (C) (D) (E)	25 (A) (B) (C) (D) (E)	45 (A) (B) (C) (D) (E)	65 (A) (B) (C) (D) (E)	85 (A) (B) (C) (D) (E)
06 (A) (B) (C) (D) (E)	26 (A) (B) (C) (D) (E)	46 (A) (B) (C) (D) (E)	66 (A) (B) (C) (D) (E)	86 (A) (B) (C) (D) (E)
07 (A) (B) (C) (D) (E)	27 (A) (B) (C) (D) (E)	47 (A) (B) (C) (D) (E)	67 (A) (B) (C) (D) (E)	87 (A) (B) (C) (D) (E)
08 (A) (B) (C) (D) (E)	28 (A) (B) (C) (D) (E)	48 (A) (B) (C) (D) (E)	68 (A) (B) (C) (D) (E)	88 (A) (B) (C) (D) (E)
09 (A) (B) (C) (D) (E)	29 (A) (B) (C) (D) (E)	49 (A) (B) (C) (D) (E)	69 (A) (B) (C) (D) (E)	89 (A) (B) (C) (D) (E)
10 (A) (B) (C) (D) (E)	30 (A) (B) (C) (D) (E)	50 (A) (B) (C) (D) (E)	70 (A) (B) (C) (D) (E)	90 (A) (B) (C) (D) (E)
11 (A) (B) (C) (D) (E)	31 (A) (B) (C) (D) (E)	51 (A) (B) (C) (D) (E)	71 (A) (B) (C) (D) (E)	91 (A) (B) (C) (D) (E)
12 (A) (B) (C) (D) (E)	32 (A) (B) (C) (D) (E)	52 (A) (B) (C) (D) (E)	72 (A) (B) (C) (D) (E)	92 (A) (B) (C) (D) (E)
13 (A) (B) (C) (D) (E)	33 (A) (B) (C) (D) (E)	53 (A) (B) (C) (D) (E)	73 (A) (B) (C) (D) (E)	93 (A) (B) (C) (D) (E)
14 (A) (B) (C) (D) (E)	34 (A) (B) (C) (D) (E)	54 (A) (B) (C) (D) (E)	74 (A) (B) (C) (D) (E)	94 (A) (B) (C) (D) (E)
15 (A) (B) (C) (D) (E)	35 (A) (B) (C) (D) (E)	55 (A) (B) (C) (D) (E)	75 (A) (B) (C) (D) (E)	95 (A) (B) (C) (D) (E)
16 (A) (B) (C) (D) (E)	36 (A) (B) (C) (D) (E)	56 (A) (B) (C) (D) (E)	76 (A) (B) (C) (D) (E)	96 (A) (B) (C) (D) (E)
17 (A) (B) (C) (D) (E)	37 (A) (B) (C) (D) (E)	57 (A) (B) (C) (D) (E)	77 (A) (B) (C) (D) (E)	97 (A) (B) (C) (D) (E)
18 (A) (B) (C) (D) (E)	38 (A) (B) (C) (D) (E)	58 (A) (B) (C) (D) (E)	78 (A) (B) (C) (D) (E)	98 (A) (B) (C) (D) (E)
19 (A) (B) (C) (D) (E)	39 (A) (B) (C) (D) (E)	59 (A) (B) (C) (D) (E)	79 (A) (B) (C) (D) (E)	99 (A) (B) (C) (D) (E)
20 (A) (B) (C) (D) (E)	40 (A) (B) (C) (D) (E)	60 (A) (B) (C) (D) (E)	80 (A) (B) (C) (D) (E)	100 (A) (B) (C) (D) (E)

ESPECIALIDADES:

CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO

CIRURGIA ONCOLÓGICA

CIRURGIA TORÁCICA

CIRURGIA TORÁCICA (CAPACITAÇÃO)

CIRURGIA VASCULAR

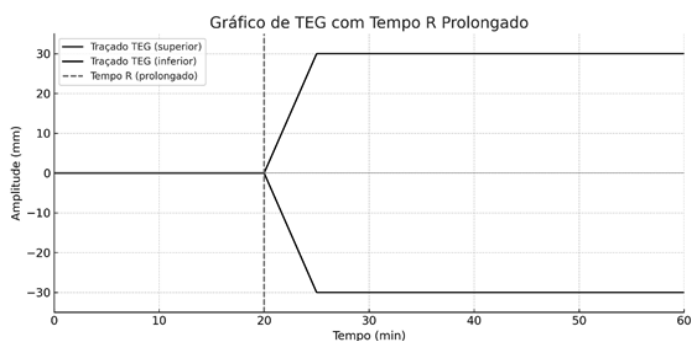
CIRURGIA VASCULAR (CAPACITAÇÃO)

UROLOGIA

1) Paciente submetido a prostatectomia radical com acesso videolaparoscópico devido a câncer de próstata. Cirurgia transcorre sem sangramento e sem lesões de estruturas adjacentes. Nas primeiras 6 horas de pós-operatório, paciente urinou 200ml (peso do paciente 100kg) e sua creatinina sérica subiu para 2mg/dl (há 2 dias, sua creatinina sérica era 1,4mg/dl). Diante desse cenário, qual conduta mais apropriada?

- A) As alterações são esperadas para cirurgia de grande porte, não sendo necessários quaisquer tratamentos adicionais.
- B) As alterações indicam insuficiência renal aguda, sendo indicado realizar prova de volume independente da etiologia do evento.
- C) As alterações indicam insuficiência renal aguda, sendo indicado avaliar se há alteração hidroeletrólítica e buscar a causa incitadora.
- D) As alterações indicam insuficiência renal aguda, sendo necessário realizar terapia de substituição renal para evitar complicações metabólicas.
- E) As alterações são esperadas para cirurgia de grande porte, sendo necessário tratamento paliativo baseado em hidratação endovenosa.

2) Paciente de 58 anos, com cirrose hepática por hepatite C, é submetido a transplante hepático ortotópico. Durante o intraoperatório, apresenta sangramento difuso, e os exames laboratoriais convencionais (TAP/RNI e TTP) mostram prolongamento moderado dos tempos, sem clara correlação com a gravidade do sangramento. O anestesista solicita uma tromboelastografia (TEG), que revela: tempo R prolongado, tempo K normal, ângulo α normal, amplitude máxima normal e LY30 < 1%.



Com base nesses achados, qual é a conduta mais apropriada?

- A) Administração de plasma fresco congelado (PFC), pois o tempo R prolongado sugere deficiência de fatores de coagulação da fase inicial.
- B) Transfusão de plaquetas, pois a amplitude máxima representa a agregação plaquetária, e o sangramento indica trombocitopenia funcional.
- C) Nenhuma conduta específica, pois o TEG está normal e o sangramento deve ser contido com ligaduras vasculares cirúrgicas.
- D) Início de antifibrinolítico (ácido tranexâmico), pois o LY30 está aumentado, indicando lise precoce do coágulo.

E) Administração de crioprecipitado, pois o tempo K está alterado, indicando deficiência de fibrinogênio.

3) Paciente de 71 anos, sexo masculino, hipertenso e diabético, foi submetido a retossigmoidectomia por adenocarcinoma de cólon. No 1º dia de pós-operatório, está em uso de dieta zero, sem sangramento ativo aparente, pressão arterial de 118/76 mmHg, frequência cardíaca de 78 bpm, sem dor torácica ou dispneia. A hemoglobina caiu de 10,1 g/dl no pré-operatório para 7,3 g/dl. Encontra-se lúcido, orientado e clinicamente estável.

Qual a conduta mais adequada em relação à transfusão de concentrado de hemácias (CH)?

- A) Não transfundir, pois o paciente está hemodinamicamente estável e o valor de hemoglobina ainda está acima do limite recomendado para transfusão.
- B) Indicar transfusão apenas se houver sinais de isquemia miocárdica ou instabilidade hemodinâmica, independentemente do valor de hemoglobina.
- C) Transfundir 1 unidade de CH, pois o valor de hemoglobina está abaixo de 8 g/dl em um paciente cirúrgico.
- D) Transfundir 2 unidades de CH devido à queda significativa da hemoglobina no pós-operatório.
- E) Iniciar transfusão profilática devido à idade do paciente e presença de comorbidades.

4) Paciente de 65 anos, pós-operatório de cirurgia abdominal de grande porte, está internado em UTI com sepse e necessidade de ventilação mecânica. Durante a internação, apresenta hiperglicemia persistente com glicemia capilar entre 200 e 250 mg/dL. A equipe avalia a melhor estratégia para controle glicêmico.

Considerando as evidências atuais sobre controle da glicose em pacientes críticos, assinale a alternativa correta:

- A) A hiperglicemia em pacientes críticos protege contra infecções e disfunção orgânica.
- B) Hipoglicemia grave em pacientes internados em UTI é rara e geralmente sem consequências neurológicas.
- C) A hiperglicemia de estresse em pacientes graves é benigna e não está associada a piora do prognóstico.
- D) O controle glicêmico ideal em pacientes críticos atualmente recomendado é manter a glicemia entre 140 e 180 mg/dL.
- E) O controle rígido da glicemia, mantendo níveis entre 80 e 110 mg/dL, reduz a mortalidade em pacientes criticamente enfermos.

5) Paciente masculino, 42 anos, apresenta lesão pigmentada na face dorsal do antebraço direito, referindo que há cerca de 8 meses percebeu aumento progressivo do tamanho e surgimento de áreas mais escuras. Ao exame, observa-se lesão de aproximadamente 7 mm, assimétrica, com bordas irregulares, variação de coloração e aspecto nodular em um dos polos. Considerando os critérios clínicos e as indicações para biópsia de lesões cutâneas pigmentadas, a con-

duta inicial mais adequada é:

- A) Proceder biópsia por raspagem (shaving) para evitar cicatriz inestética.
- B) Realizar biópsia incisional com punch de 2 mm na borda menos pigmentada da lesão.
- C) Observar a evolução da lesão por três meses antes de indicar qualquer procedimento cirúrgico.
- D) Indicar ressecção ampla com margens oncológicas definitivas, dispensando biópsia diagnóstica prévia.
- E) Realizar biópsia excisional com margens estreitas, incluindo toda a lesão e estendendo a profundidade até a gordura subcutânea.

6) Homem, 68 anos, foi submetido à colectomia total por megacólon tóxico. No pós-operatório, evoluiu com choque séptico e necessidade de ventilação mecânica, terapia com drogas vasoativas e hemodiálise. Apesar de suporte intensivo, apresenta piora progressiva, com elevação na pontuação SOFA e sinais de falência hepática aguda.

Diante desse cenário, a conduta mais adequada é:

- A) Discutir com a família sobre o prognóstico, objetivos de cuidado e possibilidade de limitar medidas fúteis, envolvendo equipe de cuidados paliativos e comitê de ética.
- B) Suspender todas as medidas de suporte e iniciar sedação profunda, sem comunicação prévia com a família, para evitar prolongar sofrimento.
- C) Prosseguir com todas as medidas invasivas disponíveis, independentemente do prognóstico, para evitar acusação de omissão de tratamento.
- D) Transferir o paciente para outro serviço com maior disponibilidade tecnológica, sem discutir a situação clínica atual.
- E) Iniciar imediatamente suporte hepático extracorpóreo, mesmo sem evidência de benefício para este perfil de paciente.

7) Paciente masculino, 56 anos, vítima de politrauma, encontra-se em ventilação mecânica na UTI há 5 dias. Apresenta Glasgow 8, múltiplas fraturas costais e contusão pulmonar bilateral. A equipe prevê necessidade de ventilação mecânica por, no mínimo, 14 dias. Considerando as evidências atuais sobre traqueostomia em pacientes críticos, qual a conduta mais adequada?

- A) Optar pela traqueostomia somente se houver falha na extubação após o 14º dia de ventilação mecânica.
- B) Indicar traqueostomia percutânea precoce apenas se houver evidência de infecção de vias aéreas superiores.
- C) Realizar traqueostomia apenas no centro cirúrgico, visto que a percutânea apresenta maior risco de complicações graves.
- D) Manter intubação orotraqueal até o 14º dia, pois não há benefício comprovado na realização precoce de traqueostomia.
- E) Indicar traqueostomia precoce (até 7 dias), pois há evidência de redução de tempo de ventilação mecânica e

permanência na UTI, mesmo sem impacto consistente na mortalidade.

8) Paciente feminina, 84 anos, apresenta massa renal esquerda de 14 cm, sugestiva de carcinoma de células claras, sem metástases à distância. É hipertensa controlada, perdeu 5 kg nos últimos 4 meses, refere fadiga e marcha lenta. Necessita de ajuda parcial nas atividades instrumentais de vida diária. No teste de levantar-se da cadeira 5 vezes, levou 18 segundos. Considerando o impacto da fragilidade sobre resultados cirúrgicos, qual das alternativas descreve a conduta mais adequada?

- A) Indicar nefrectomia radical sem demora, pois a doença ameaça a sobrevivência e a idade não contraindica cirurgia.
- B) Iniciar quimioterapia sistêmica antes da cirurgia, pois carcinoma renal localizado apresenta boa resposta inicial.
- C) Adiar a cirurgia e optar por tratamento clínico, pois a fragilidade representa risco muito elevado para o procedimento.
- D) Realizar avaliação geriátrica ampla e medir fragilidade com instrumento validado, otimizando a paciente antes da decisão.
- E) Solicitar avaliação cardiológica como principal medida, pois o risco cardiovascular é o fator mais relevante no idoso.

9) Durante avaliação de rotina, uma mulher de 63 anos, assintomática, realiza ultrassonografia abdominal que identifica imagem polipoide única na vesícula biliar, medindo 11 mm, sem sinais de colelitíase. A paciente não apresenta colangite esclerosante primária ou história familiar de câncer de vesícula. Exames laboratoriais estão normais.

Com base nos critérios atuais, qual deve ser a conduta mais adequada?

- A) Iniciar tratamento com ácido ursodesoxicólico e acompanhar clinicamente.
- B) Repetir a ultrassonografia abdominal em 6 meses para avaliar crescimento da lesão.
- C) Realizar ressonância magnética das vias biliares para melhor caracterização do pólipio.
- D) Indicar colecistectomia laparoscópica eletiva devido ao risco aumentado de malignidade.
- E) Observar anualmente com exames de imagem, pois pólipos < 2 cm não exigem intervenção.

10) Um homem de 66 anos, previamente hígido, é submetido a uma ressonância magnética abdominal após queixa de desconforto epigástrico inespecífico. O exame revela cisto pancreático único, medindo 3,8 cm, localizado na cabeça do pâncreas, com nódulo mural realçado medindo 6 mm e dilatação do ducto pancreático principal com 1,2 cm de diâmetro. Não há icterícia clínica, linfadenopatia ou elevação de marcadores tumorais.

Com base nos critérios atuais de estratificação de risco para neoplasia intraductal mucinosa papilífera

(NIMP), qual é a conduta mais apropriada?

- A) Indicação de ressecção cirúrgica devido à presença de características de alto risco.
- B) Punção guiada por ecoendoscopia para dosagem de amilase e CEA no líquido cístico.
- C) Abstenção de conduta, pois se trata de um achado incidental em paciente assintomático.
- D) Seguimento clínico e radiológico anual, devido ao baixo risco de transformação maligna.
- E) Observação com nova ressonância magnética em 6 meses, apenas se houver crescimento do cisto.

11) Homem 45 anos, IMC 29, crises de dor no hipocôndrio direito após refeições gordurosas. US: múltiplos cálculos < 1 cm, espessura da parede da vesícula de 3 mm, sem coleções. Em sua análise qual a melhor conduta definitiva?

- A) Aguardar complicação.
- B) Litotripsia extracorpórea.
- C) Dissolução medicamentosa.
- D) Dieta pobre em gordura 12 meses.
- E) Colectomia videolaparoscópica.

12) Mulher 24 anos, dor em fossa ilíaca direita há 12 h, Temperatura 38 °C, leucócitos 14 000. US: apêndice 9 mm de diâmetro, não compressível. Escolha o melhor tratamento?

- A) Colonoscopia.
- B) Antibiótico ambulatorial.
- C) Laparoscopia diagnóstica.
- D) Appendicectomia videolaparoscópica.
- E) Tomografia de abdome antes de indicar cirurgia.

13) Homem 70 kg, queimadura térmica de 30 % de superfície corporal queimada (SCQ). Nestes casos a reposição de volume de cristalóide nas primeiras 24 h é, segundo a fórmula de Parkland?

- A) $2 \text{ mL} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$.
- B) $3 \text{ mL} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$.
- C) $4 \text{ mL} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$.
- D) $5 \text{ mL} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$.
- E) $6 \text{ mL} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$.

14) Homem 58 anos, obeso grau II, hérnia umbilical de 1,5 cm programada para reparo primário. Qual o principal fator de risco de recidiva?

- A) Obesidade.
- B) Tabagismo.
- C) Sexo feminino.
- D) Idade > 60 anos.
- E) Diálise peritoneal crônica.

15) Colectomia eletiva (cirurgia limpa-contaminada). O uso profilático de antibiótico terapia é uma prática estabelecida. Qual o momento correto da primeira

dose de antibiótico IV profilático?

- A) 24 h antes.
- B) 2 h antes da incisão.
- C) Somente no pós-operatório.
- D) Durante o fechamento cutâneo.
- E) Na indução anestésica ($\leq 60 \text{ min}$).

16) Homem 40 anos, úlcera duodenal ativa, H. pylori positiva. Considerando a necessidade de tratamento, qual o melhor esquema inicial de erradicação?

- A) IBP isolado
- B) Claritromicina 7 dias
- C) IBP + metronidazol 3 dias
- D) Subsalicilato de bismuto
- E) IBP + amoxicilina + claritromicina 14 dias

17) Homem 60 anos, 4 dia pós-operatório de colectomia; ferida com eritema < 5 cm e exsudato purulento restrito a pele/subcutâneo, aponeurose íntegra. Como podemos classificar este caso baseado na Classificação CDC de infecção operatória?

- A) Deiscência visceral.
- B) Celulite não cirúrgica.
- C) Infecção de órgão-espaco.
- D) Infecção de sítio cirúrgico profunda.
- E) Infecção de sítio cirúrgico superficial.

18) Homem 72 anos, DPOC, fibrilação atrial, dor abdominal desproporcional ao exame físico, lactato 4,2 mmol/L. Escolha o melhor exame para o diagnóstico?

- A) Colonoscopia.
- B) Arteriografia seletiva.
- C) Radiografia de abdome.
- D) Angiotomografia de abdome.
- E) Ecografia Doppler de vasos mesentéricos.

19) Herniorrafia inguinal aberta (Lichtenstein) faz a correção dos planos anatômicos através de sutura simples ou colocação de tela. Por vezes a proximidade de nervos locais podem levar a parestesia. Qual o nervo cuja preservação reduz a parestesia crônica escrotal?

- A) Obturador.
- B) Ilio-inguinal.
- C) Gêrito-femoral.
- D) Ilio-hipogástrico.
- E) Fêmoro-cutâneo.

20) Homem 55 anos, pancreatite alcoólica; coleção walled-off de 8 cm, 7 semanas, dor persistente e saciedade precoce. Qual a melhor abordagem?

- A) Observação.
- B) Drenagem percutânea.
- C) Laparotomia com ressecção.

- D) Drenagem endoscópica transmural.
E) Cistogastroanastomose aberta tardia.

21) Na Diverticulite Aguda, a presença de abscesso pericólico confinado corresponde a qual estágio da classificação de Hinchey:

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

22) A ocorrência de Trombose Venosa Profunda (TVP) com ou sem Tromboembolismo Venoso (TEV) durante o perioperatório pode ser controlada através do uso de medicação. Qual a dose usual de enoxaparina em adulto de risco moderado?

- A) 20 mg 1x/dia.
B) 30 mg 1x/dia.
C) 40 mg 1x/dia.
D) 60 mg 1x/dia.
E) 1 mg/kg 1x/dia.

23) Em paciente politraumatizado, qual sinal fisiológico costuma ser o mais precoce no choque hipovolêmico?

- A) Oligúria.
B) Taquicardia.
C) Sudorese fria.
D) Queda da pressão sistólica.
E) Aumento da pressão de pulso.

24) Paciente em 2ª pós-operatório de colestomia, apresenta febre 38,5 °C, FR 28, infiltrado intersticial bilateral em radiografia. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) SARA.
B) Atelectasia.
C) Insuficiência cardíaca.
D) Pneumonia por aspiração.
E) Tromboembolismo pulmonar.

25) Paciente masculino, 38 anos, IMC 27, apresenta recidiva de hérnia incisional (> 10 cm) com perda de domicílio. Qual a técnica preferencial de reconstrução?

- A) Shouldice modificada.
B) Sutura primária sob tensão.
C) Tela intraperitoneal simples.
D) Separação anterior de componentes.
E) Separação posterior de componentes (TAR).

26) Paciente portador de Cirrose Child-A com carcinoma hepatocelular. Qual situação exclui transplante hepático?

- A) MELD > 12.
B) AFP > 400 ng/mL.
C) Lesão única > 6 cm.
D) Três lesões ≤ 3 cm cada.
E) Hipertensão portal.

27) Homem 65 anos, apresenta obstrução intestinal por bridas confirmada através de tomografia, e sem sinais de isquemia ou perfuração. Qual a conduta inicial?

- A) Laparotomia de urgência.
B) Colonoscopia terapêutica.
C) Laparoscopia diagnóstica imediata.
D) Ressecção intestinal e anastomose.
E) Tratamento conservador com sonda nasogástrica + hidratação IV.

28) Mulher 60 anos, chega ao atendimento com quadro clínico de colecistite aguda grau II (Tokyo). Os sintomas iniciaram há 48 h. Em sua análise qual a melhor estratégia?

- A) Terapia dissolutiva por ursodiol.
B) Aguardar resolução espontânea.
C) Colecistostomia percutânea isolada.
D) Antibiótico + colecistectomia tardia (6-8 semanas).
E) Colecistectomia videolaparoscópica precoce (< 72 h).

29) Homem 62 anos, encontra-se no 5º dia pós-operatório de hemicolectomia direita por câncer. Apresenta taquicardia 110 bpm, febre 38,3 °C, dor abdominal difusa leve, leucócitos 16 000. Suspeita-se de deiscência da anastomose. Qual o melhor exame diagnóstico de escolha?

- A) Colonoscopia.
B) Ultrassonografia abdominal.
C) Lavado peritoneal diagnóstico.
D) Radiografia de abdome em pé e deitado.
E) TC de abdome com contraste IV + oral hidrossolúvel.

30) Paciente 68 anos, DPOC moderada, HAS e DM2 controladas, programado para colestomia eletiva. Classificação ASA?

- A) II.
B) III.
C) IV.
D) V.
E) VI.

31) Caso Clínico: Homem de 25 anos, chega ao Pronto Atendimento após sofrer colisão automobilística frontal. O exame físico apresenta PA 120/80 mmHg, dor em hipocôndrio direito. FAST será realizado. Qual a melhor orientação?

- A) Avaliar pericárdio, estômago, retroperitônio e pelve.
B) Avaliar apenas espleno renal e pelve para reduzir tem-

po de exame.

C) Avaliar apenas o espaço hepatorenal; demais janelas só se instável.

D) Avaliar pericárdio e hepatorenal; demais janelas não são obrigatórias.

E) Avaliar pericárdio, espaço hepatorenal, espaço esplenorenal e fundo de saco pélvico.

32) Caso Clínico: Mulher de 40 anos, atropelada, PA 80/50 mmHg, FC 130 bpm, FAST mostra líquido livre. Qual a melhor conduta?

A) Alta com retorno se dor piorar.

B) TC de abdome com contraste.

C) Laparotomia exploradora imediata.

D) Observação com expansão volêmica.

E) Lavado peritoneal diagnóstico antes de decidir.

33) Caso Clínico: Homem de 22 anos, sofre ferimento por arma branca (faca) em região periumbilical, com as alças do intestino delgado exteriorizadas. Chegou ao Pronto Atendimento estável e hemodinamicamente normotenso.

Qual a melhor conduta?

A) Laparotomia emergencial.

B) TC e observação em enfermaria.

C) Antibioticoterapia e jejum por 24 h.

D) Sutura da pele sob anestesia local.

E) C. Alta ambulatorial com curativo compressivo.

34) Caso Clínico: Paciente politraumatizado, atendido no Pronto Socorro com dificuldade respiratória. R X mostra nível líquido no hemitorax. Ao realizar a colocação de dreno torácico ocorre a drenagem de 1 800 mL de sangue ao inserir. Em sua avaliação qual a melhor conduta?

A) Videotoracoscopia eletiva.

B) Manter drenagem e reavaliar em 1 h.

C) Autotransfusão e conduta expectante.

D) Retirada do dreno para evitar hipotensão.

E) Toracotomia de urgência para controle de sangramento.

35) Caso Clínico: Pessoa do sexo masculino, jovem, chega ao Pronto Socorro com ferimento aberto de 3 cm na parede torácica anterior. Apresenta-se dispnéico e presença de ruído de entrada de ar a cada movimento respiratório. Em sua avaliação qual a melhor conduta?

A) Analgesia e alta.

B) Apenas oxigênio suplementar.

C) Antibioticoterapia profilática, sem curativo.

D) Fechar hermeticamente com gaze e esparadrapo nos quatro lados.

E) Cobrir com curativo de três lados e providenciar dreno em selo d'água.

36) Caso Clínico: Durante uma discussão um paciente sofreu uma facada abaixo da 5.ª EI (Espaço Inter-costal) no lado esquerdo. Por ocasião da chegada encontra-se hemodinamicamente estável. Feito o RX que não revelou achados importantes.

A) Toracotomia exploradora.

B) Apenas observação clínica por 24 h.

C) FAST seriado substitui outros exames.

D) Laparoscopia diagnóstica preferencial para avaliar diafragma.

E) TC é superior e suficiente para descartar lesão diafragmática.

37) Caso Clínico: Motorista de 30 anos, ao passar por cruzamento de ruas sofre uma colisão. Em uso de cinto de segurança apresentou contusão abdominal transversal, e dor abdominal difusa. Ao chegar encontrava-se com dados vitais estáveis. Qual a melhor orientação a ser seguida?

A) Alta com analgésico oral.

B) USG abdominal serial por 48 h.

C) Apenas FAST na sala de trauma.

D) Laparotomia imediata sem imagem.

E) TC contrastada de abdome para descartar lesão de delgado/mesentério.

38) Caso Clínico: Homem de 28 anos, sofre ferimento por arma de fogo que atravessa a cavidade peritoneal. O exame físico demonstra orifícios de entrada e saída do projétil. Queixa de dor e não está hipotenso.

A) FAST isolado basta.

B) Alta se exame físico normal.

C) TC multidetector e observação.

D) Lavado peritoneal diagnóstico apenas.

E) Laparotomia exploradora, mesmo estável.

39) Caso Clínico: Homem de 35 anos, chega ao Pronto Socorro apresentando ferimento inciso na região esternocleidomastoidea. Encontra-se estável, sem sangramento ativo ou sopro. Qual a melhor conduta?

A) Alta sem exames.

B) Doppler apenas.

C) Exploração cirúrgica obrigatória.

D) Colar cervical rígido e reavaliação em 24 h.

E) Angiotomografia cervical (CTA) para avaliação vascular/aerodigestiva.

40) Caso Clínico: Durante assalto, uma mulher foi esfaqueada em hemitórax esquerdo inferior. A TC (Tomografia Computadorizada) revela ausência de lesões importantes. Em observação permanece assintomática. Qual a melhor conduta?

A) Observação ambulatorial.

B) Toracotomia exploradora.

C) Radiografia decúbito-dorsal resolve.

- D) Repetir TC em 24 h, pois é 100 % sensível.
E) Laparoscopia diagnóstica indicada para excluir defeito diafragmático.

41) Um homem de 28 anos, vítima de colisão moto-carro, chega pálido, FC 140 bpm, PAS 70 mmHg. Pelve instável ao “aperto em livro”. FAST inicial sem líquido livre. Depois de 1 U de concentrado, a pressão continua 70 mmHg. Qual a melhor conduta?

- A) Encaminhar primeiro para arteriografia com embolização.
B) Fazer lavado peritoneal diagnóstico antes de qualquer outra conduta.
C) Levar direto ao centro cirúrgico para fixação externa sem binder prévio.
D) Enviar para tomografia computadorizada total do corpo para estadiamento.
E) Colocar imediatamente um binder pélvico, iniciar transfusão balanceada e, se a hipotensão persistir, realizar packing pré-peritoneal de controle de dano.

42) Paciente de 33 anos, hemodinamicamente estável após colisão automobilística, dor em hipocôndrio esquerdo. TC com contraste mostra lesão esplênica grau III com contrast blush arterial. Qual a melhor conduta?

- A) Esplenectomia de urgência.
B) Drenagem percutânea da lesão.
C) Angiografia com embolização seletiva do esplênico.
D) Observação clínica isolada com seriadas de hemograma.
E) Laparotomia exploradora sem tentativa de preservação.

43) Mulher de 45 anos, acidente de carro, submetida a laparotomia por outras lesões; encontra-se hematoma retroperitoneal Zona III (pélvica) contuso, estável. Qual a melhor conduta?

- A) Abrir o retroperitônio para revisar os vasos ilíacos.
B) Realizar ligadura profilática de artéria ilíaca interna.
C) Fazer angioembolização intra-operatória obrigatória.
D) Colocar compressas e fechar, agendando revisão em 24 h.
E) Não abrir; mantê-lo tamponado e controlar externamente a pelve.

44) Homem de 40 anos, politrauma grave, recebeu 15 U de hemoderivados. Após 6 h em UTI: PIP ventilatório ↑, diurese < 0,3 mL/kg/h, circunferência abdominal tensa; pressão intra-abdominal 25 mmHg. Qual a melhor conduta?

- A) Passar dreno peritoneal de alívio.
B) Aumentar sedação e esperar estabilizar.
C) Administrar furosemida em alta dose.
D) Transferir para tomografia abdominal.
E) Realizar laparotomia descompressiva imediata.

45) Paciente de 27 anos sofre ferimento transfixante em flanco direito por lâmina. Está estável, sem sinais peritoneais; TC evidencia mínima quantidade de ar retroperitoneal na 2ª porção do duodeno. Qual a melhor conduta?

- A) Alta hospitalar com orientações.
B) Jejum e antibiótico, reavaliar em 48 h.
C) Pancreatoduodenectomia de urgência.
D) Laparotomia com duodenorrafia simples.
E) Duodenorrafia + exclusão pilórica e gastrojejunostomia de alívio.

46) Homem de 32 anos, ferimento por faca na transição toracoabdominal esquerda; estável, sem pneumotórax. RX sugere elevação da cúpula diafragmática; US e TC inconclusivos. Qual a melhor conduta?

- A) Observação ambulatorial.
B) Tomografia contrastada em 24 h.
C) Laparotomia exploradora de rotina.
D) Toracotomia para inspeção direta.
E) Videolaparoscopia diagnóstica imediata.

47) Paciente acidentada em carro, 62 anos, apresentador abdominal difusa. A radiografia mostra ar livre subdiafragmático. Qual a melhor conduta?

- A) Paracentese diagnóstica.
B) Videolaparoscopia eletiva em 24–48 h.
C) Laparotomia exploradora de urgência.
D) Iniciar antibiótico e repetir imagem em 6 h.
E) TC abdominal com contraste para confirmar.

48) Paciente politraumatizado desenvolve hemorragia maciça pélvica refratária a binder. Equipe opta por packing pré-peritoneal antes da embolização. Qual a melhor conduta?

- A) Ineficaz em fraturas em “anel fechado”.
B) Deve ser feito ainda com o binder no lugar.
C) Realizado após remoção do binder para facilitar assepsia.
D) Pode ser adiado até estabilização hemodinâmica completa.
E) Procedimento contraindicado em presença de fratura exposta de pelve.

49) Homem de 50 anos, contusão epigástrica intensa por guidão de bicicleta; TC sem contraste mostra edema pancreático sem coleções. Amilase sérica 680 U/L. Qual a melhor conduta?

- A) Alta com dieta leve.
B) CPRE só se aparecer coleções tardias.
C) Antibioticoterapia e repetição de enzimas.
D) Laparotomia imediata com pancreatectomia distal.
E) TC contrastada ou Colangioressonância para avaliar ducto pancreático.

50) Mulher de 38 anos, colisão de alta energia, apresenta hipotensão respondendo a fluidos, FAST + líquido livre. Sala operatória sem disponibilidade imediata; REBOA está disponível. Qual a melhor conduta?

- A) Contra indicado em mulheres em idade fértil.
- B) Método obsoleto, substituído pelo balão de Sengstaken.
- C) Dispositivo só deve ser usado após laparoscopia diagnóstica.
- D) REBOA em zona III é indicado para sangramento supracelíaco.
- E) REBOA em zona I pode ser usado como ponte para laparotomia.

