



# PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS



Universidade  
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 09

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **CIRURGIA PEDIÁTRICA**

DATA: 26/01/2020 – HORÁRIO: 8h30 às 10h30 (horário do Piauí)

## LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
  - a) Este caderno (TIPO 09) com 50 questões objetivas sem falha ou repetição.
  - b) Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova. *Verifique se o tipo de caderno (TIPO 09) é o mesmo que consta no seu Cartão-Resposta.*

**OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.**
02. Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
03. Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do CARTÃO-RESPOSTA utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
04. Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste CADERNO DE QUESTÕES, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
05. No CARTÃO-RESPOSTA, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção, deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
06. Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
07. Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
08. As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
09. Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
10. Reserve os 30(trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão levados em conta.
11. Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a LISTA DE FREQUÊNCIA, entregue ao Fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA, que deverão conter sua assinatura.
12. O tempo de duração para esta prova é de **2h (duas horas)**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **1h30min** do início desta.
14. O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

## Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--	--	--

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

## RASCUNHO

01		26	
02		27	
03		28	
04		29	
05		30	
06		31	
07		32	
08		33	
09		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	

PROCESSO SELETIVO - RESIDÊNCIA MÉDICA - CIRURGIA PEDIÁTRICA  
NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS - NUCEPE  
FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.



**PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIAS MÉDICAS**



<b>N ° DE INSCRIÇÃO</b>					

## CIRURGIA GERAL 1

- 01.** Achado na avaliação pré-operatória de paciente sugestivo de neoplasia de vesícula biliar, exceto:
- Vesícula em “porcelana”.
  - US abdominal com vesícula escleroatrófica.
  - US abdominal com vesícula apresentando grande espessamento e irregularidade da parede.
  - Linfonodos loco-regionais aumentados.
  - Presença de múltiplos pequenos cálculos.
- 02.** Na colecistite aguda, em que muitas vezes no intra-operatório observa-se vesícula biliar necro-hemorrágica de difícil abordagem cirúrgica. O cirurgião tem como alternativa a técnica à Torek. Que consiste basicamente em:
- colecistectomia fundo-cística com ligadura do ducto cístico.
  - colecistectomia com abertura da vesícula deixando a parede posterior e cauterizando a parede remanescente.
  - colecistectomia com coledocotomia e exploração das vias biliares.
  - aspiração da vesícula previamente à colecistectomia fundo-cística.
  - colecistectomia com coledocotomia e posterior anastomose biliodigestiva utilizando a técnica mais adequada.
- 03.** São achados encontrados na acalasia de esôfago, chagásica ou idiopática, **EXCETO**:
- perda ponderal.
  - diminuição do peristaltismo ou até aperistalse.
  - contrações terciárias associada à angina.
  - regurgitação de alimentos não digeridos.
  - esfíncter esofágico inferior com pressão basal elevada.
- 04.** Paciente foi submetido a uma cirurgia de Billroth dois. Evoluindo no 15º dia pós-operatório com mal-estar, taquicardia e sudorese, logo após refeição rica em carboidratos. A principal hipótese diagnóstica é:
- Síndrome de estenose pilórica.
  - Hérnia interna encarcerada.
  - Hérnia interna com estrangulamento.
  - Dumping.
  - Obstrução intestinal.
- 05.** No cisto adenoma mucinoso pancreático, o principal achado histológico é:
- Displasia de baixo grau.
  - Células em anel de sinete.
  - Células cuboides na cápsula.
  - Estroma do tipo ovariano.
  - Células cuboides na cápsula e no interior da lesão.
- 06.** Assinale o local de maior formação de embolia pulmonar.
- Veia porta.
  - Veia poplítea.
  - Veia femoral.
  - Veia esplênica.
  - Veia jugular.
- 07.** Qual o local mais comum de incidência de *GIST* (tumor estromal gastrointestinal) no aparelho digestivo?
- Esôfago.
  - Estômago.
  - Fígado.
  - Intestino delgado.
  - Cólon.
- 08.** Quanto ao trauma de vísceras ocas, marque a alternativa **CORRETA**.
- Sangue identificado em sonda nasogástrica indica perfuração de víscera oca.
  - O trauma duodenal é de fácil abordagem e dificilmente evoluem com fístula.
  - Lesões de vísceras ocas são de fácil identificação na laparotomia exploradora, principalmente, aquelas causadas por armas de fogo.
  - As lesões de vísceras ocas ocorrem mais quando o trauma ocorre nos flancos do abdômen.
  - Todas as alternativas estão incorretas.
- 09.** Vítima de trauma abdominal por arma branca há 12 horas. Ferimento por punhal no hipocôndrio direito na linha axilar anterior. Ao exame paciente encontra-se estável com PA 110/70mmhg, pulso cheio com frequência de 85bpm. Eupnéico. Consciente. Abdômen com dor discreta à palpação. TC abdominal revela lesão envolvendo cápsula e chegando a 3cm de profundidade no parênquima hepático. Foi adotada uma conduta inicial conservadora. Algumas horas após, evoluiu com intensificação da dor abdominal com reação à descompressão. O quadro



hemodinâmico, porém permanece estável. Qual a melhor conduta?

- a) Nova TC abdominal com contraste.
- b) Ressonância magnética do abdômen.
- c) Laparoscopia.
- d) Laparotomia exploradora.
- e) Lavado peritoneal diagnóstico.

**10.** Sobre os marcadores tumorais, marque a alternativa **CORRETA**.

- a) O CEA é utilizado no segmento dos tumores do cólon e reto.
- b) A alfafetoproteína sérica encontra-se elevada até a puberdade, declinando após os 20 anos de idade.
- c) A alfafetoproteína sérica elevada só ocorre no caso de neoplasias.
- d) O CA 19-9 tem pouca importância no segmento de neoplasias das vias biliares.
- e) Após a ressecção de neoplasia de cólon, o CEA encontra-se normal.

**11.** Com relação à hemorragia digestiva, marque a alternativa **CORRETA**.

- a) A ligadura elástica de varizes tem menores taxas de complicação em comparação com a esclerose endoscópica.
- b) Paciente com hemorragia digestiva aguda instável hemodinamicamente deve ser imediatamente abordado via endoscópica com esclerose do foco hemorrágico.
- c) Sonda nasogástrica sem retorno hemorrágico serve como parâmetro de exclusão para hemorragia digestiva.
- d) O uso do propranolol, um beta-bloqueador, aumenta o risco de um sangramento primário.
- e) O TPIS (derivação portossistêmica intra-hepática transjugular) não influencia na pressão portal.

**12.** Paciente de 30 anos, de idade com hérnia inguinal à direita há 2 anos. Evoluindo com discreto aumento de volume, progredindo para a bolsa escrotal, principalmente, quando realiza grande esforço físico. Durante a cirurgia, observou-se um anel inguinal profundo com 2 cm de diâmetro e a parede inguinal posterior comprometida com saco herniário evidente. Marque a alternativa **CORRETA**.

- a) Trata-se de um paciente com hérnia inguinal tipo IIIB de Nyhus.
- b) Trata-se de um paciente com hérnia tipo II e IIIA de Nyhus.

- c) Trata-se de um paciente com hérnia tipo IIIA e IIIB de Nyhus.
- d) Trata-se de um paciente com hérnia tipo II e IIIB de Nyhus.
- e) Trata-se de um paciente com hérnia tipo IIIA e IIIC de Nyhus.

**13.** Paciente MSPS, 40 anos, tem três filhos. Após a última gestação, há 2 anos, apresentou abaulamento progressivo na cicatriz na umbilical. No momento sem queixas. Ao exame físico nota-se, na cicatriz umbilical, volumoso abaulamento indolor e que fica mais evidente com a manobra de Valsalva. Não sendo possível, entretanto, avaliar o diâmetro do anel herniário. No intra-operatório, observa-se grande saco herniário com alça intestinal inclusa. Qual a melhor abordagem?

- a) Ressecção da alça contida no saco herniário e síntese da falha herniária transversalmente.
- b) Enterectomia e síntese da falha herniária longitudinalmente.
- c) Redução da alça contida no saco herniário e correção da falha com uso de prótese, visto que o anel tem 4cm de diâmetro.
- d) Redução da alça contida no saco herniário e correção da falha utilizando síntese transversal, mesmo com o anel tendo 4cm de diâmetro.
- e) Todas as abordagens anteriores estão incorretas.

**14.** Paciente com mamilo hemorroidário que se exterioriza com a evacuação e depois reduz espontaneamente. Segundo o grau de evolução a doença hemorroidária está classificada como:

- a) Grau I.
- b) Grau II.
- c) Grau III A.
- d) Grau III.
- e) Grau IV.

**15.** Um cirurgião está realizando um procedimento ambulatorial que requer uma diluição do anestésico local. Ele tem disponível um frasco de lidocaína a 2% de 20 ml. Utilizando uma seringa de 20 ml ele fará a diluição do anestésico a 0,5%. Qual a opção **CORRETA**?

- a) Retirar do frasco de lidocaína 10 ml e completar com 10 ml de diluente.
- b) Retirar do frasco de lidocaína 5 ml e completar com 10 ml de diluente.
- c) Retirar do frasco de lidocaína 5 ml e completar com 20ml de diluente.



- d) Retirar do frasco de lidocaína 5ml e completar com 15ml de diluente.
- e) Não há vantagem na diluição do anestésico, no que diz respeito a diminuir os riscos relacionados à dose deste.
- 16.** Paciente JPS 65 anos com perda ponderal de 5%, icterícia e dor epigástrica. A elevação de qual marcador sugere adenocarcinoma de pâncreas?
- a) Ácido 5-hidroxiindolacético.  
b) Alfafetoproteína.  
c) CEA.  
d) CA 125  
e) CA 19-9
- 17.** Marque a alternativa em que estão descritos apenas fios cirúrgicos não absorvíveis.
- a) Polipropileno, ácido poliglicólico, algodão.  
b) Polidioxona, seda, ácido poliglicólico.  
c) Polipropileno, polidioxona, poliéster.  
d) Polipropileno, algodão, seda, poliéster.  
e) Polidioxona, algodão, seda.
- 18.** Paciente com quadro de peritonite difusa persistente. Foi feita coleta de material para análise em duas ocasiões, não apresentando agente patógeno na análise do material. Qual o diagnóstico mais provável?
- a) Peritonite supurativa.  
b) Peritonite secundária.  
c) Peritonite terciária.  
d) Peritonite espontânea.  
e) Peritonite bacteriana com abscessos múltiplos.
- 19.** Queimadura por agente térmico que atinge a epiderme e derme. Com quadro de dor, vermelhidão local e formação de bolhas. É classificada como:
- a) Queimadura primeiro grau.  
b) Queimadura segundo grau.  
c) Queimadura terceiro grau.  
d) Queimadura quarto grau.  
e) Não pode ser classificada, pois não foi determinada a extensão da área corporal acometida.
- 20.** Paciente com suspeita de síndrome de Boerhaave. Qual melhor abordagem na investigação radiológica?
- a) Exame com contraste de sulfato de bário.  
b) Exame com contraste hidrossolúvel.

- c) Realizar tomografia com contraste radioativo.  
d) Deve ser utilizado contraste hidrossolúvel.  
e) O uso de exame contrastado está formalmente contraindicado.

## CIRURGIA GERAL 2

- 21.** O que não é fator de risco para carcinoma espinocelular de esôfago?
- a) Doença do refluxo gastresofágico e esôfago de Barrett.  
b) Acalasia.  
c) Tabagismo.  
d) Síndrome de Plumer-Vinson.  
e) Consumo excessivo de bebida alcoólica.
- 22.** Num paciente politraumatizado com choque classe III, podemos afirmar que:
- a) O paciente está em coma.  
b) Devemos usar colóide e cristalóide.  
c) A pressão arterial é inaudível.  
d) Devemos usar só cristalóide.  
e) A perda volêmica é superior a 40% da volemia.
- 23.** Feocromossitoma é tumor da suprarrenal, caracterizado por:
- a) Sinais de feminilização ou virilização, dor abdominal, perda de peso.  
b) Na tomografia computadorizada, aparece como massa lisa, arredondada, de baixa densidade e paredes lisas.  
c) Hipertensão, palpitação, sudorese, perda de peso.  
d) Hipertensão, paciente com face de lua, giba de búfalo, perdas musculares nas extremidades.  
e) Hipertensão, hipocalcemia, hiponatremia, alcalose metabólica.
- 24.** Sobre as hérnias por deslizamento, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) É definida como a presença do divertículo de Meckel em seu interior.  
b) A maioria das hérnias por deslizamento representa uma variante das hérnias inguinais diretas.  
c) Não há risco associado às hérnias por deslizamento.

- d) Após a redução da hérnia, apenas a técnica de McVay pode ser utilizada para o reparo da hérnia inguinal.
- e) As vísceras mais comumente envolvidas são o cólon e a bexiga.

**25.** Pacientes com história prévia de divertículos do cólon que passam a apresentar dor e irritação peritoneal em flanco esquerdo, sem massa palpável e usualmente sem febre e comprometimento do estado geral, têm como diagnóstico inicial e conduta a ser tomada, respectivamente:

- a) Diverticulite complicada com abscesso; drenagem percutânea orientada por ultrassom ou tomografia.
- b) Diverticulite complicada com fístula; laparotomia com enterectomia.
- c) Diverticulite não complicada; antibioticoterapia sistêmica.
- d) Diverticulite complicada com peritonite; laparotomia com enterectomia e colostomia.
- e) Diverticulite complicada com obstrução intestinal; laparotomia com enterectomia.

**26.** Durante o processo de cicatrização das feridas, na fase aguda, a cessação da hemorragia é auxiliada pelo tamponamento de capilares com hemácias e plaquetas que aderem ao endotélio capilar lesado. A ativação da via de coagulação e a agregação plaquetária é desencadeada pela:

- a) Vasodilatação reflexa pela liberação de histamina e serotonina pelos mastócitos que se aderem à superfície endotelial com opsonização de macrófagos e agregação plaquetária.
- b) Liberação local de trombina que catalisa a formação de fibrinogênio em fibrina com aprisionamento de hemácias.
- c) Liberação de fatores do complemento pelos macrófagos que chegam à lesão pelo aumento da permeabilidade vascular.
- d) Liberação de Interleucina 1 e fator de necrose tumoral pelos monócitos e pelas células endoteliais, promovendo adesão dos neutrófilos ao endotélio.
- e) Exposição do colágeno endotelial a plaquetas, desencadeando agregação plaquetária e ativação da cascata de coagulação.

**27.** No tratamento da doença ulcerosa péptica, a erradicação do *Helicobacter pylori* está indicada em todas as condições clínicas abaixo, **EXCETO**:

- a) Gastrite severa.
- b) Doença do refluxo gastro esofágico.
- c) Úlcera péptica ativa.
- d) Adenocarcinoma gástrico.
- e) Uso crônico de anti-inflamatórios não esteróides ou AAS.

**28.** Na polipose adenomatosa familiar (PAF), a afirmação **INCORRETA** é:

- a) Se houver presença de pólipos apenas no colo sigmóide, pode-se optar pela sigmoidectomia.
- b) A malignização dos pólipos é altamente provável.
- c) Esta síndrome pode estar associada com tumores cerebrais como gliomas e glioblastomas.
- d) A chance de o filho de um portador de PAF ter a doença é de 50%.
- e) Se não forem tratados, a maioria dos portadores de PAF apresentará câncer de colo antes dos 40 anos.

**29.** Diante de um quadro de obstrução intestinal por volvo de sigmóide de recente instalação, a melhor conduta é:

- a) Cirurgia imediata com redução do volvo e fixação do sigmóide.
- b) Cirurgia imediata com redução do volvo e operação à Hartmann.
- c) Tratamento conservador com clister glicerinado.
- d) Tratamento conservador com aspiração nasogástrica e colocação de sonda retal.
- e) Tentativa de redução com colonoscopia.

**30.** A sepse (também conhecida como septicemia) caracteriza-se como uma síndrome com várias manifestações graves em todo o organismo, que tem como causa uma infecção. A esse respeito, é **CORRETO** afirmar que a(o):

- a) Presença de sinais de encefalopatia (agitação, confusão, sonolência), queda de saturação ou oligúria caracteriza sepse grave.
- b) Suspeita de sepse necessita de, pelo menos, quatro dos seguintes sinais: febre, taquicardia, taquipneia, leucocitose, plaquetopenia.



- c) Expansão volêmica para o tratamento de sepse está indicada nos casos de choque séptico e deve ser feita somente após a coleta de culturas.
- d) Acidose láctica e níveis diminuídos de procalcitonina são indicadores de sepse grave.
- e) Início da terapia antimicrobiana, nos primeiros 60 minutos da suspeita diagnóstica de sepse, parece não ter impacto na mortalidade dos doentes.

**31.** Em relação às cirurgias por videolaparoscopia, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) A posição de Trendelenburg provoca diminuição do retorno venoso e do débito cardíaco, diminuição da capacidade vital por compressão do diafragma. Já a posição de Trendelenburg invertida piora as condições ventilatórias, mas aumenta o retorno venoso e o débito cardíaco.
- b) As alterações circulatórias mais observadas são: hipertensão, diminuição da tensão arterial e aumento pH arterial.
- c) O dióxido de carbono CO<sub>2</sub> é indolor, incolor, tem baixa solubilidade; é tóxico, rapidamente solúvel no sangue e dificilmente eliminado pela respiração. Como vantagem, apresenta baixo risco de embolia e não é combustível; como desvantagem, hipercarbia e alcalose no pós-operatório.
- d) Podem ocorrer as alterações hormonais como diminuição das catecolaminas, com a estimulação da atividade da insulina, do glucagon e do hormônio antidiurético.
- e) O pneumoperitônio diminui a capacidade residual funcional e complacência pulmonar e aumenta a pressão nas vias aéreas. Além disso, observam-se aumento da tensão arterial de gás carbônico (PaCO<sub>2</sub>), hipercapnia e diminuição do pH arterial devido à absorção do CO<sub>2</sub> pela superfície peritoneal.

**32.** Assinale a alternativa em que está indicada a antibioticoprofilaxia nas cirurgias.

- a) Hernioplastias de parede abdominal com colocação de tela, ressecção dos cólons e apendicectomia.
- b) Gastrectomia por câncer gástrico, hernioplastia inguinal com tela e cistectomia.
- c) Hemorroidectomia, anastomose biliodigestiva por colangitea e fistulectomia anorretal.

- d) Cirurgia cardiovascular, peritonite primária e apendicectomia.
- e) Colectomia por empiema de vesícula, prótese de quadril e úlcera péptica.

**33.** Sobre o choque hemorrágico, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Os pacientes com choque descompensado não conseguem manter a pressão média, têm débito cardíaco baixo e apresentam acidose proporcional à gravidade do choque.
- b) Pacientes com perda sanguínea de até 20% mantêm perfusão adequada do cérebro e coração, mas já se encontram hipotensos.
- c) Pacientes com choque leve a moderado compensado precisam de grande volume de solução cristalóide parenteral para manterem os dados vitais, com chance alta de óbito.
- d) Os pacientes com perda de mais de 40 % do volume sanguíneo, tornam-se comatosos, mas costumam demorar horas para irem a óbito, mesmo sem tratamento, devido à vasoconstrição periférica.
- e) Os pacientes em choque descompensado podem ser prontamente reanimados com infusão endovenosa de cristalóides.

**34.** Sobre a doença hemorroidária, é **CORRETO** afirmar que:

- a) O tratamento cirúrgico é indicado em 40% dos pacientes sintomáticos.
- b) O tratamento cirúrgico está comumente indicado em hemorroidas internas grau III e IV com ou sem componente externo refratário a medidas conservadoras.
- c) A esfínterectomia interna associada à hemorroidectomia é usada de forma rotineira.
- d) Uma das técnicas cirúrgicas mais utilizadas é a hemorroidectomia fechada (técnica de Milligan-Morgan).
- e) A complicação precoce mais frequente é a estenose anal.

**35.** Sobre Síndrome de Leriche, é **CORRETO** afirmar que:

- a) Afeta tipicamente indivíduos acima dos 60 anos de idade.
- b) A oclusão aórtica pode ser acima das artérias renais.
- c) Apresenta fadiga de membros inferiores, atrofia simétrica de membros inferiores com alterações tróficas de pele e unhas, palidez de pernas e pés.



- d) O tratamento mais comum é a tromboendarterectomia.
- e) Os achados patológicos incluem aterosclerose da parede arterial com trombose superposta.

**36.** As confecções de estomas na parede abdominal são uns dos procedimentos mais comuns em cirurgia geral, no entanto, não estão livres de complicações. Sobre a maturação da ileostomia e da colostomia, assinale V (verdadeiro) ou F (falso):

- ( ) A colostomia deve ser maturada na pele com mucosa procidente à maneira de Brooke.
- ( ) A maturação da ileostomia pode ser confeccionada junto à pele com discreta elevação.
- ( ) Na laparotomia, tracionar a borda da parede à linha média com auxílio de pinças de Kocher evita a distorção dos planos durante a dissecação.
- ( ) As ileostomia rasa ou plana pode resultar em dermatite logo nos primeiros dias de pós-operatório.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência **CORRETA**:

- a) V – F – V – F.
- b) F – V – F – V.
- c) V – F – F – V.
- d) F – V – V – F.
- e) F – F – V – V.

**37.** Os portadores de carcinoma hepatocelular de 2,0 cm de diâmetro, localizados em segmento VI, em fígado não cirrótico, tem como opção mais apropriada de tratamento:

- a) Hepatectomia direita com margem de, pelo menos, 3,0 cm.
- b) Ressecção do segmento lateral esquerdo do fígado, com linfadenectomia regional.
- c) Ressecção do segmento anterior direito do fígado, sem linfadenectomia regional.
- d) Transplante hepático.
- e) Segmentectomia hepática com margem de, pelo menos, 1,0 cm.

**38.** Operações de grande porte, como a gastrectomia total radical ampliada, tem impacto grande sobre o estado nutricional do doente oncológico. No intuito de minimizar esses efeitos nutricionais deletérios das intervenções deste tipo,

- a) deve ser instalada sonda nasoentérica, em posição jejunal após a anastomose da base do “Y-de-Roux”, para alimentação precoce.
- b) deve ser indicada nutrição parenteral precoce no período pré-operatório desses doentes.
- c) deve ser realizada confecção sistemática de jejunostomia para alimentação pós-operatória precoce.
- d) deve ser iniciada nutrição parenteral no intra-operatório e estendida, pelo menos, até o 10º dia de pós-operatório.
- e) deve ser liberada dieta líquida + suplementos hiperproteicos pela via oral, assim que o doente apresentar ruídos hidroaéreos, para minimizar os efeitos deletérios do jejum.

**39.** Operações bariátricas e metabólicas em indivíduos portadores de diabetes mellitus do tipo 2 (DMT2) têm contribuído para controle, remissão e cura dessa doença metabólica relacionada à obesidade. Assinale a alternativa **INCORRETA**, em relação ao tratamento cirúrgico do DMT2.

- a) As operações mistas têm obtido maiores índices de cura, em relação às operações puramente restritivas.
- b) A produção incretínica, após operações bariátricas e metabólicas, fica elevada, sendo comum o surgimento de nesidioblastose no período pós-operatório.
- c) A banda gástrica ajustável é o método com menor mortalidade em curto prazo, em relação às operações mistas.
- d) Operações bariátricas e metabólicas podem ser consideradas em indivíduos portadores de DMT2, com índice de massa corporal entre 30 e 35, desde que o tratamento clínico não esteja sendo eficaz.
- e) O tempo de doença, nas operações para tratamento do DMT2, é fator prognóstico importante. Sendo a probabilidade de remissão ou cura inversamente proporcional ao tempo de duração da doença.



- 40.** A pancreatite crônica alcoólica (PCA) é uma doença grave, de evolução progressiva, que pode necessitar de tratamento operatório. Assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) As operações de ressecção pancreática corpo-caudal estão indicadas quando a pancreatite crônica é focal.
  - b) As derivações da via biliar principal devem ser realizadas, preferencialmente, com fios de polipropileno 3.0 ou 4.0.
  - c) O surgimento de diabetes mellitus é mais comum nas operações de derivação do ducto pancreático principal, que nas ressecções corpo-caudais.
  - d) A cirrose hepática quase sempre está associada à PCA.
  - e) A PCA está relacionada ao adenocarcinoma pancreático.

## ESPECÍFICA

- 41.** A mãe de uma criança de 5 anos percebeu que essa criança apresentava uma massa palpável na linha média do pescoço, que se movia à deglutição. Sobre a patologia mais provável, nesse caso, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) Mesmo ressecando-se o corpo do osso hioide, a chance de recidiva é maior que 80%.
  - b) A localização mais comum dessa afecção é acima do osso hioide.
  - c) O tratamento cirúrgico recomendado sugere a excisão da parte central do osso hioide em bloco e do trajeto cranial até a base da língua.
  - d) Após o diagnóstico, a conduta correta é o acompanhamento clínico, já que não há possibilidade de malignização da lesão.
  - e) Apesar da localização mediana da lesão nesse paciente, essa afecção é mais comumente localizada lateralmente à traqueia.
- 42.** Qual é o tipo de atresia de esôfago mais comum?
- a) Atresia de esôfago sem fístula.
  - b) Fístula esôfago-traqueal sem atresia.
  - c) Atresia de esôfago com fístula do esôfago proximal.
  - d) Atresia de esôfago com fístula do esôfago de ambos os cotos, proximal e distal, na traqueia.
  - e) Atresia de esôfago com fístula do esôfago distal na traqueia.

- 43.** A hérnia inguinal é a afecção cirúrgica mais frequente da criança e pode surgir em qualquer fase da vida. Sobre a hérnia inguinal, é correto afirmar que ocorre predominantemente no sexo.
- a) Masculino e do lado direito.
  - b) Feminino e bilateralmente.
  - c) Feminino e do lado esquerdo.
  - d) Feminino e do lado direito.
  - e) Masculino e do lado esquerdo.
- 44.** Assinale a alternativa que corresponde a uma alteração que leva à hidronefrose considerada não obstrutiva.
- a) Megaureter obstrutivo.
  - b) Ureter retrocaval.
  - c) Doença calculosa.
  - d) Válvula de uretra posterior.
  - e) Compressão ureteral extrínseca.
- 45.** Um lactente de dois meses, em aleitamento materno exclusivo, que eliminou mecônio com trinta horas de vida, com quadro de constipação intestinal associada à distensão abdominal, alça de cólon palpável, sem incontinência fecal e ausência de fezes na ampola ao toque retal, tem forte suspeita de ser portador de:
- a) Doença celíaca.
  - b) Intolerância à Lactose.
  - c) Fibrose cística do pâncreas.
  - d) Doença de Hirschsprung.
  - e) Alergia à proteína do leite de vaca.
- 46.** Um lactente com 05 semanas de vida, primogênito, com vômitos alimentares em jato, alcalose metabólica hipoclorêmica, ondas peristálticas visíveis no epigástrico e oliva palpável, até prova em contrário, é portador de:
- a) Estenose hipertrófica de piloro.
  - b) Atresia duodenal.
  - c) Pâncreas anular.
  - d) Windsockmembrane.
  - e) Atresia ileal.
- 47.** Em relação às diferenças entre onfalocele e ou gastrosquise, podemos afirmar que:
- a) A onfalocele apresenta-se sempre à direita do cordão umbilical.
  - b) A associação com outras malformações é menos frequente na onfalocele.
  - c) Agastrosquise é caracterizada sempre por ausência de saco herniário.



- d) O defeito abdominal é geralmente maior que 4 cm na gastrosquise.
- e) A incidência de onfalocele tem aumentado e a de gastrosquise tem diminuído

**48.** Na invaginação intestinal, é **CORRETO** afirmar que:

- a) A invaginação ileo-ileal é a mais comum no lactente.
- b) Ocorre mais frequentemente no recém-nascido.
- c) No início do quadro, é característica a dor abdominal permanente.
- d) O pico de incidência é entre os 4 e 6 anos de idade.
- e) A eliminação anal de muco com sangue é frequente.

**49.** Em relação à apendicite aguda na criança, é **CORRETO** afirmar que:

- a) o vômito sempre antecede a dor abdominal.
- b) é importante realizar um Rx panorâmico de abdômen.
- c) o exame físico da criança é o dado mais importante para o diagnóstico
- d) na suspeita, devemos iniciar o tratamento com antibioticoterapia.
- e) tomografia abdominal é o padrão ouro para o diagnóstico

**50.** Assinale a melhor resposta com relação às neoplasias abdominais em crianças.

- a) O neuroblastoma é condição de suspeita sempre que haja calcificações grosseiras presentes nos exames radiológicos.
- b) O neuroblastoma adrenal pode ser suspeitado em casos de puberdade precoce.
- c) O nefroblastoma, embora possa apresentar grandes volumes, raramente ultrapassa a linha mediana.
- d) O principal sítio dos teratomas é a coluna vertebral, entre os segmentos L1 a S4.
- e) Independente da etiologia, a mortalidade é superior a 50%.