



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2026
Grupo B: Pré-Requisito: Cirurgia Básica ou Cirurgia Geral

Especialidades: Cirurgia Vascular, Cirurgia Oncológica, Cirurgia Pediátrica, Urologia.

NOME COMPLETO

BOLETIM DE QUESTÕES

Nº DE INSCRIÇÃO

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

LEIA, COM ATENÇÃO, AS SEGUINTE INSTRUÇÕES

1. Este boletim de questões é constituído de:
- **50 questões objetivas.**

2. Confira se, além desse boletim de questões, você recebeu o cartão-resposta destinado à marcação das respostas das 50 questões objetivas.

3. **No CARTÃO-RESPOSTA**

a) Confira seu nome e número de inscrição e especialidade que você se inscreveu na parte superior do **CARTÃO-RESPOSTA** que você recebeu.

b) No caso de não coincidir seu nome e número de inscrição, devolva-o ao fiscal e peça-lhe o seu. Se o seu cartão não for encontrado, solicite um cartão virgem, o que não prejudicará a correção de sua prova.

c) Verifique se o Boletim de Questões, está legível e com o número de páginas correto. Em caso de divergência, comunique ao fiscal de sua sala para que este providencie a troca do Boletim de Questões. **Confira**, também, na **Capa do Boletim de Questões** e no rodapé das páginas internas, o nome do pré-requisito para a especialidade pleiteada.

d) Após a conferência, assine seu nome no espaço correspondente do **CARTÃO-RESPOSTA**, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade, utilizando caneta esferográfica de tinta preta ou azul.

e) Para cada uma das questões existem 5 (cinco) alternativas, classificadas com as letras **a, b, c, d, e**. Só uma responde corretamente ao quesito proposto. Você deve marcar no Cartão-Resposta apenas uma letra. **Marcando mais de uma, você anulará a questão**, mesmo que uma das marcadas corresponda à alternativa correta.

f) **O CARTÃO-RESPOSTA não pode ser dobrado, nem amassado, nem rasgado.**

LEMBRE-SE

4. A duração desta prova é de **4 (quatro) horas**, iniciando às **8 (oito) horas** e terminando às **12 (doze) horas**.

5. É terminantemente proibida a comunicação entre candidatos.

ATENÇÃO

6. Quando for marcar o Cartão-Resposta, proceda da seguinte maneira:

a) Faça uma revisão das alternativas marcadas no Boletim de Questões.

b) Assinale, inicialmente, no Boletim de Questões, a alternativa que julgar correta, para depois marcá-la no Cartão-Resposta definitivamente.

c) Marque o Cartão-Resposta, usando caneta esferográfica com tinta azul ou preta, preenchendo completamente o círculo correspondente à alternativa escolhida para cada questão.

d) Ao marcar a alternativa do Cartão-Resposta, faça-o com cuidado, evitando rasgá-lo ou furá-lo, tendo atenção para não ultrapassar os limites do círculo.

Marque certo o seu cartão como indicado: **CERTO**

●

e) Além de sua resposta e assinatura, nos locais indicados, não marque nem escreva mais nada no Cartão-Resposta.

f) **O gabarito poderá ser copiado, SOMENTE, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.**

7. Releia estas instruções antes de entregar a prova.

8. Assine na lista de presença, na linha correspondente, o seu nome, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade.

BOA PROVA

BOA PROVA

- 1.** Uma criança de 5 anos apresenta uma massa indolor na linha média cervical anterior, logo acima do osso hioide, percebida há alguns meses pelos pais. A lesão é móvel com a deglutição e aumentou discretamente de volume após infecção de vias aéreas superiores recente. A ultrassonografia revela estrutura cística não vascularizada, com glândula tireoide em localização habitual. Com base no quadro clínico e nos achados de imagem, foi feito o diagnóstico de cisto do ducto tireoglosso. O procedimento cirúrgico mais apropriado para o tratamento definitivo dessa condição, é:
- a** excisão simples da lesão, com margem de segurança, por via cervical baixa.
 - b** drenagem cirúrgica seguida de antibioticoterapia endovenosa.
 - c** marsupialização da lesão e observação ambulatorial periódica.
 - d** punção aspirativa para alívio sintomático, seguida de conduta expectante.
 - e** exérese completa do cisto, do trato fistuloso e da porção central do osso hioide.
- 2.** Um lactente do sexo masculino, com 5 semanas de vida, é levado ao pronto-socorro com história de vômitos em jato, não biliosos, após as mamadas, há cerca de 5 dias. Os pais relatam que a criança mantém o apetite mesmo após os episódios de êmese. Ao exame físico, observa-se peristaltismo gástrico visível no epigástrio e palpação de massa firme em forma de oliva na região do quadrante superior direito. A ultrassonografia evidencia espessura do músculo pilórico de 4,8 mm e comprimento de 17 mm. O procedimento cirúrgico indicado para correção definitiva da principal hipótese diagnóstica, é:
- a** Procedimento de Ramstedt.
 - b** Procedimento de Duhamel.
 - c** Operação de Swenson.
 - d** Procedimento de Kasai.
 - e** Operação de Ladd.
- 3.** Um lactente do sexo masculino, nascido prematuro com 32 semanas de gestação, agora com 2 meses de idade corrigida, é levado ao pronto-socorro com história de choro inconsolável, recusa alimentar e aumento volumoso e doloroso da região inguinoescrotal direita, iniciado há cerca de 4 horas. Ao exame, nota-se massa endurecida e irredutível em região inguinal, com eritema e edema local. A auscultação abdominal revela ruídos hidroáreos diminuídos. A conduta inicial mais apropriada diante da hipótese diagnóstica mais provável, é:
- a** correção cirúrgica de urgência por via laparoscópica de hérnia inguinal estrangulada.
 - b** observação clínica e agendamento de correção cirúrgica eletiva após 6 meses de idade.
 - c** tentativa de redução manual da hérnia e, se bem-sucedida, correção cirúrgica em 24/48 horas.
 - d** antibioticoterapia empírica e uso de analgésicos até resolução do quadro abdominal.
 - e** jejum e uso de prokinéticos, pois o quadro é compatível com íleo funcional transitório.
- 4.** Recém-nascido do sexo masculino, a termo, é avaliado ainda na maternidade com genitália externa aparentemente normal, mas ausência bilateral de testículos no escroto. À palpação cuidadosa, nenhum testículo é identificado em canal inguinal ou escroto. O restante do exame físico não apresenta anormalidades. O próximo passo mais adequado para a investigação diagnóstica, neste caso é:
- a** solicitar ultrassonografia inguinoescrotal para localizar os testículos.
 - b** iniciar tratamento empírico com testosterona para promover descida testicular.
 - c** indicar laparoscopia exploradora imediata para orquidopexia bilateral.
 - d** realizar teste de estimulação com HCG para verificar presença de testículos funcionais.
 - e** observar até 6 meses, pois os testículos devem tornar-se palpáveis espontaneamente.
- 5.** Um homem de 64 anos, tabagista de longa data, apresenta lesão pulmonar identificada em exames de imagem. A tomografia computadorizada evidencia um nódulo de 4,8 cm no lobo superior direito, sem invasão de estruturas adjacentes. A PET-TC mostra linfonodos hilares ipsilaterais aumentados e hipercaptantes. Não há evidência de metástases à distância. Com base na oitava edição do sistema de estadiamento para o câncer de pulmão, o estadiamento deste paciente, é:
- a** Estágio IB
 - b** Estágio IIA
 - c** Estágio IIB
 - d** Estágio IIIA
 - e** Estágio IIIC

- | | |
|---|---|
| <p>6. Um paciente com derrame pleural é submetido à toracocentese diagnóstica. Os exames bioquímicos do líquido pleural e do soro revelam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proteína do líquido pleural: 3,4 g/dL • Proteína sérica: 6,6 g/dL • LDH do líquido pleural: 150 U/L • LDH sérica: 220 U/L • Valor de referência da LDH sérica normal: até 240 U/L <p>Com base nos critérios de Light, o líquido pleural é mais consistentemente classificado como:</p> <ul style="list-style-type: none"> a Transudato, pois a relação proteína pleural/sérica não ultrapassa 0,5. b Exsudato, pois a relação LDH pleural/sérica ultrapassa 0,6. c Transudato, pois dois critérios de Light estão preenchidos. d Exsudato, pois a LDH pleural está abaixo de 2/3 do limite superior da normalidade. e Exsudato, pois o valor absoluto da proteína pleural está acima de 3 g/dL. <p>7. Em relação às contraindicações absolutas ou relativas ao reparo cirúrgico da traqueia, assinale a alternativa correta.</p> <ul style="list-style-type: none"> a Paralisia de corda vocal unilateral é contraindicação formal ao reparo traqueal, devendo ser corrigida antes da intervenção. b Traqueostomia realizada há mais de 3 meses é uma contraindicação definitiva ao reparo traqueal. c Esclerose lateral amiotrófica com ventilação domiciliar não contraindica o reparo traqueal. d Uso de corticosteroides em dose fisiológica é contraindicação absoluta ao reparo da traqueia. e Pacientes com quadriplegia e necessidade de traqueostomia permanente não devem ser submetidos a reparo traqueal. <p>8. Um paciente com história prévia de tuberculose pulmonar apresenta imagem radiológica de cavidade no lobo superior direito contendo massa arredondada móvel, com sinal do crescente aéreo. Evolui com episódios recorrentes de hemoptise. Diante desse quadro, a melhor conduta definitiva é:</p> <ul style="list-style-type: none"> a ressecção pulmonar (lobectomia), devido ao risco de hemorragia maciça. b não há indicação cirúrgica, sendo o tratamento antifúngico isolado a escolha. c VATS para biópsia por congelamento da lesão suspeita. d pneumonectomia ipsilateral eletiva por toracotomia. e observação clínica, uma vez que o aspergiloma raramente causa complicações graves. | <p>9. Durante avaliação de um lactente com distensão torácica progressiva e episódios de desconforto respiratório, a tomografia computadorizada revela uma lesão pulmonar multiloculada, composta por cistos únicos e múltiplos com mais de 2 cm de diâmetro, ocupando grande parte de um lobo pulmonar. Considerando a classificação de Stocker para Malformações Congênitas das Vias Respiratórias (MCVR), o tipo mais compatível com essa apresentação é:</p> <ul style="list-style-type: none"> a Tipo 0 b Tipo 1 c Tipo 2 d Tipo 3 e Tipo 4 <p>10. Homem de 54 anos, tabagista, é admitido com quadro de febre alta, tosse produtiva com secreção purulenta e dor torácica à direita há três semanas. A radiografia de tórax mostra imagem cavitária no lobo inferior direito. Uma tomografia computadorizada confirma abscesso pulmonar com cavitação de 4,2 cm, de paredes espessas e conteúdo purulento. O paciente foi tratado empiricamente com antibióticos intravenosos por 8 semanas, com melhora parcial, mas persiste com febre diária e leucocitose. Diante do quadro clínico descrito, a conduta mais apropriada a ser considerada neste momento é:</p> <ul style="list-style-type: none"> a trocar o esquema antibiótico e manter tratamento clínico por mais quatro semanas. b indicar drenagem percutânea guiada por imagem. c solicitar broncoscopia para aspiração do conteúdo da cavidade. d indicar ressecção cirúrgica do segmento pulmonar afetado. e manter antibiótico por mais quatro semanas e iniciar corticosteroides sistêmicos. |
|---|---|

Leia o caso clínico abaixo para responder às questões 11 a 13

Paciente masculino de 45 anos procura o pronto-socorro com dor lombar intensa à esquerda, irradiada para a fossa ilíaca esquerda, em cólica, iniciada há 6 horas, associada a náuseas e vômitos. Ao exame, está afebril, com dor à palpação em flanco esquerdo e sem sinais de irritação peritoneal. A tomografia computadorizada sem contraste revela cálculo de 4 mm no ureter distal esquerdo, sem sinais de dilatação do sistema coletor. Os exames laboratoriais mostram função renal preservada e ausência de leucocitose ou alterações urinárias significativas.

11. A conduta inicial mais adequada para este paciente é:

- Ⓐ internação hospitalar para hidratação venosa, antibioticoterapia e analgesia parenteral.
- Ⓑ iniciar antibioticoterapia oral ambulatorial e solicitar urocultura.
- Ⓒ encaminhar para litotripsia extracorpórea de urgência.
- Ⓓ prescrever AINE e iniciar terapia médica expulsiva com bloqueador α1.
- Ⓔ realizar cistoscopia para retirada do cálculo uretral.

12. O paciente do caso clínico acima retorna à emergência 48 horas depois, agora com febre de 39°C, taquicardia, confusão mental e pressão arterial de 85×50 mmHg. A nova TC mostra o mesmo cálculo impactado no ureter distal direito, com hidronefrose moderada. A urina apresenta piúria intensa e a urocultura colhida anteriormente foi positiva para *Escherichia coli*. A conduta mais apropriada neste momento é:

- Ⓐ iniciar antibiótico endovenoso e manter observação clínica.
- Ⓑ repetir TC com contraste para avaliar indicação de intervenção.
- Ⓒ implantar cateter ureteral duplo J para desobstrução e retirada do cálculo.
- Ⓓ realizar litotripsia extracorpórea para remoção urgente do cálculo.
- Ⓔ indicar cirurgia aberta com pielolitotomia imediata.

13. O paciente do caso clínico anterior retorna ao ambulatório para seguimento. Ele relata não ter apresentado recorrência dos sintomas e traz tomografia de abdome pós-procedimento sem alterações. O exame do cálculo retirado na última crise revelou composição de oxalato de cálcio monoidratado. Ele deseja saber como pode evitar novos episódios. Das orientações a que está mais adequadamente indicada como parte das medidas preventivas para este paciente, é:

- Ⓐ reduzir a ingestão de cálcio na dieta para evitar acúmulo do mineral nos rins.
- Ⓑ aumentar a ingestão hídrica diária para manter volume urinário superior a 2 litros por dia.
- Ⓒ manter dieta hiperproteica para reduzir a excreção de oxalato urinário.
- Ⓓ utilizar suplemento de vitamina C diariamente para acidificar a urina.
- Ⓔ ingerir bebidas com baixo pH, como refrigerantes tipo cola, para ajudar a dissolver cristais.

14. Um adolescente de 15 anos, da zona rural de Altamira, procura o pronto-socorro do Hospital Regional com dor escrotal intensa à esquerda iniciada há 8 horas, de início súbito, acompanhada de náuseas e vômitos. Nega trauma local. Ao exame físico, apresenta edema escrotal, dor acentuada à palpação e ausência do reflexo cremastérico à esquerda. Diante desse quadro clínico, a conduta mais apropriada é:

- Ⓐ solicitar ultrassonografia com Doppler escrotal antes de definir conduta cirúrgica.
- Ⓑ iniciar antibioticoterapia empírica para epididimite e observar evolução clínica.
- Ⓒ indicar exploração escrotal imediata com destorção e orquidopexia bilateral.
- Ⓓ prescrever analgesia e reavaliar em 24 horas para descartar torção de apêndice testicular.
- Ⓔ realizar apenas manobra de destorção manual e alta hospitalar com seguimento ambulatorial.

15. Uma mulher de 58 anos, com histórico de três partos vaginais e histerectomia há 10 anos, relata perda involuntária de urina ao tossir, espirrar ou levantar peso. Refere que já realizou modificações dietéticas, perdeu peso, interrompeu o consumo de cafeína e realizou exercícios de assoalho pélvico por seis meses, com melhora parcial dos sintomas. Está insatisfeita com os resultados e deseja uma solução mais definitiva. A alternativa mais indicada neste momento para manejo cirúrgico da incontinência urinária é:

- Ⓐ colocação de sling na uretra média.
- Ⓑ início de anticolinérgicos orais.
- Ⓒ prescrição de tansulosina.
- Ⓓ instalação de esfíncter urinário artificial.
- Ⓔ administração de antibióticos para tratar infecção urinária.

- O caso clínico abaixo deve ser utilizado como base para responder as questões 16 e 17
- 16.** Um homem de 68 anos apresenta queixas de noctúria, jato urinário fraco e sensação de esvaziamento incompleto há 8 meses. O toque retal revela próstata aumentada, fibroelástica, indolor e sem nódulos. PSA: 2,3 ng/mL. Não há retenção urinária ou infecção urinária. Considerando o manejo inicial da Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) com sintomas moderados, a conduta mais adequada é:
- (a) iniciar bloqueador α1-adrenérgico, inibidor da 5α-redutase e medidas comportamentais.
 - (b) indicação imediata de Ressecção Transuretral da Próstata (RTUP).
 - (c) observação expectante sem qualquer intervenção.
 - (d) solicitação de biópsia prostática para afastar câncer de próstata.
 - (e) uso exclusivo de fitoterápico à base de extratos vegetais.
- 17.** Após 8 meses o paciente apresenta retenção urinária aguda, necessitando de cateterismo vesical de alívio em duas ocasiões, com falha na retirada do cateter após tentativa de esvaziamento espontâneo. Considerando o quadro atual, a conduta mais adequada é:
- (a) manter tratamento clínico por mais 6 meses.
 - (b) tentar nova tentativa de retirada do cateter e aguardar melhora espontânea.
 - (c) introduzir anticolinérgico e observar evolução.
 - (d) indicar Ressecção Transuretral da Próstata (RTUP).
 - (e) solicitar biópsia prostática para descartar neoplasia.
- 18.** Homem de 68 anos, tabagista de longa data, apresenta hematúria indolor. A cistoscopia revela lesão papilífera ampla em cúpula vesical. A citologia urinária é positiva para células de alto grau e a tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste não evidencia invasão de trato urinário superior nem linfonodomegalia. O paciente é submetido à Ressecção Transuretral de Tumor de Bexiga (RTUTB), com exame bimanual negativo. A análise anatomo-patológica revela carcinoma urotelial papilífero de alto grau (pT1) sem identificação de músculo detrusor na amostra. Considerando a conduta mais apropriada neste caso, assinale a alternativa correta.
- (a) Iniciar instilação intravesical imediata com mitomicina C e agendar novo seguimento em 6 meses.
 - (b) Aguardar novo episódio de hematúria para repetir a cistoscopia e então considerar nova ressecção.
 - (c) Iniciar imunoterapia com BCG intravesical e repetir cistoscopia após 1 ano.
 - (d) Indicar cistectomia radical precoce, pois a ausência de músculo na amostra caracteriza invasão avançada.
 - (e) Realizar nova RTUTB em até 2 a 6 semanas para reestadiamento e avaliação da presença de músculo.
- 19.** Homem de 62 anos, previamente hígido, procura atendimento com queixas de noctúria e jato urinário enfraquecido há 6 meses. Ao toque retal, observa-se próstata aumentada com nódulo endurecido ocupando mais da metade do lobo direito, sem acometimento do lobo esquerdo. O PSA total é de 15 ng/mL. Biópsia prostática com 12 fragmentos revelou adenocarcinoma de próstata com escore de Gleason 4+3 em 5 fragmentos, todos no lobo direito. Com base no quadro clínico e nos achados complementares, o estadiamento clínico mais provável e a conduta inicial mais adequada é:
- (a) T1c; vigilância ativa, por tratar-se de tumor de baixo risco e limitado ao lobo direito.
 - (b) T2a; indicar prostatectomia radical com preservação de nervos, pois o tumor ocupa menos da metade de um lobo.
 - (c) T2b; indicar tratamento definitivo com prostatectomia radical e linfadenectomia pélvica estendida ou radioterapia com privação androgênica.
 - (d) T2c; radioterapia exclusiva, pois o envolvimento de ambos os lobos torna a cirurgia inviável.
 - (e) T3a; quimioterapia neoadjuvante antes da prostatectomia radical, pelo alto risco de invasão extracapsular.
- 20.** Paciente masculino de 62 anos, hipertenso controlado, sem outras comorbidades relevantes, é encaminhado ao urologista após realização de tomografia abdominal por queixas inespecíficas de dispepsia. O exame revelou uma massa renal sólida, exofítica, bem delimitada, medindo 3,5 cm, localizada no pólo superior do rim direito, sem acometimento hilar ou vascular e sem evidências de metástase. Exames laboratoriais estão normais. Com base no estadiamento TNM e nas recomendações atuais de manejo cirúrgico do carcinoma de células renais, a conduta mais apropriada é:
- (a) Nefrectomia parcial, indicada para tumores T1a em pacientes com boa reserva funcional e anatomia favorável.
 - (b) Ablação térmica percutânea, preferida em tumores menores que 4 cm em pacientes jovens e sem comorbidades.
 - (c) vigilância ativa, considerando a baixa agressividade de tumores T1a em pacientes com expectativa de vida prolongada.
 - (d) Nefrectomia radical, pois tumores acima de 3 cm têm maior risco de progressão e recidiva local.
 - (e) Biópsia renal pré-operatória para determinar o subtipo histológico e guiar a decisão terapêutica.

- 21.** Assinale a alternativa que relaciona o nível de lesão espinhal com o nível de lesão nervosa correspondente.
- (a) Nível de lesão espinhal C8 – nível de lesão nervosa: dedo polegar da mão.
 - (b) Nível de lesão espinhal T8 – nível de lesão nervosa: região deltóide.
 - (c) Nível de lesão espinhal T10 – nível de lesão nervosa: região umbilical.
 - (d) Nível de lesão espinhal T12 – nível de lesão nervosa: região perianal.
 - (e) Nível de lesão espinhal S5 – nível de lesão nervosa: dedo polegar do pé.
- 22.** Assinale a alternativa correta em relação à síndrome compartimental.
- (a) A síndrome compartimental é um diagnóstico clínico, as medidas de pressão são apenas auxiliares.
 - (b) A ausência de pulso distal palpável é necessária para o diagnóstico da síndrome compartimental.
 - (c) O tempo não influencia nas consequências da síndrome compartimental essas são determinadas pela pressão intracompartimental.
 - (d) A aspiração de hematomas em crescimento e estabilização de fraturas são alguns tipos de tratamento para a síndrome compartimental.
 - (e) A mioglobinúria não tem relação com o retardo na faciotomia ocorrendo por lesão renal isquêmica.
- 23.** Sobre a cirurgia bariátrica é correto afirmar que:
- (a) a vantagem do sleeve na anemia por deficiência de ferro é a preservação do intestino delgado sem desvios.
 - (b) a vantagem do sleeve na doença de Crohn do intestino delgado é a preservação do piloro.
 - (c) a vantagem do sleeve nos pacientes transplantados tomando imunossupressores orais é a maior absorção destas drogas.
 - (d) a vantagem do sleeve nas deficiências pré-existentes de vitaminas é a preservação de uma maior área do estômago.
 - (e) a vantagem do sleeve em pacientes sem seguimento frequente é por ser uma cirurgia mais fácil tecnicamente.
- 24.** Assinale a alternativa correta em relação à classificação endoscópica da lesão cáustica esofagiana.
- (a) Grau 1: necrose extensa
 - (b) Grau 2A: necrose focal
 - (c) Grau 3B: edema ou eritema superficial
 - (d) Grau 3A: erosão superficial
 - (e) Grau 2B: erosão circunferencial
- 25.** Assinale a alternativa que contém os elementos que formam o triângulo de Doom, visto no reparo laparoscópico das hérnias inguinais.
- (a) Medialmente pelo duto deferente e lateralmente pelos vasos femoriais.
 - (b) Medialmente pelo duto deferente e lateralmente pelos vasos espermáticos.
 - (c) Medialmente pelo trato íleo púbico e lateralmente pelo duto deferente.
 - (d) Medialmente pelos vasos femoriais e lateralmente pelo duto deferente.
 - (e) Medialmente pelos vasos epigástricos e lateralmente pelo duto deferente.
- 26.** Sobre a neoplasia do apêndice cecal é correto afirmar que:
- (a) o adenocarcinoma é o tipo mais comum de tumor primário do apêndice.
 - (b) o tipo histológico do tumor é o melhor preditor de potencial metastático do mesmo.
 - (c) tumores carcinóides menores que 1 cm são geralmente curados com um apendicectomia.
 - (d) tumores maiores de 2 cm com envolvimento da base devem ser submetidos a apendicectomia com linfadenectomia.
 - (e) um adenocarcinoma de apêndice cecal menor que 1 cm de tamanho deve ser tratado com apendicectomia.
- 27.** Sobre a irrigação sanguínea dos intestinos é correto afirmar que:
- (a) o território da artéria mesentérica superior termina na porção proximal do cólon transverso.
 - (b) o território da artéria mesentérica inferior começa na porção média do cólon transverso.
 - (c) a artéria ileocólica é o ramo mais constante da artéria cólica direita.
 - (d) a artéria retal média é um ramo da artéria ilíaca interna.
 - (e) a artéria cólica esquerda é o ramo mais distal da artéria mesentérica inferior.
- 28.** Sobre os tumores hepáticos é correto afirmar que:
- (a) massas benígnas focais estão presentes em aproximadamente 40% da população de países em desenvolvimento.
 - (b) o adenoma de células hepáticas é predominante em homens jovens.
 - (c) a hiperplasia nodular focal é o mais comum tumor benigno hepático.
 - (d) os hemangiomas são usualmente múltiplos e menores que 5 cm de diâmetro.
 - (e) os níveis séricos de alfafetoproteína estão geralmente normais em casos de hiperplasia nodular focal.

- 29.** Assinale a alternativa que contém os segmentos hepáticos ressecados em uma tisegmentectomia direita segundo a classificação de Brisbane de 2000.
- a** Segmentos de V a VIII
 - b** Segmentos de IV a VIII
 - c** Segmentos de II a IV
 - d** Segmentos de II e III
 - e** Segmentos de II, III, IV, V e VIII
- 30.** Assinale a alternativa que contém os germes mais frequentes causadores de infecção pós splenectomia.
- a** *E. coli*, *H. influenzae* e *K. pneumoniae*.
 - b** *S. pneumoniae*, *E. coli* e *S. aureus*.
 - c** *K. pneumoniae*, *S. aureus* e *E. coli*.
 - d** *S. aureus*, *H. influenzae* e *N. meningitidis*.
 - e** *S. pneumoniae*, *H. influenzae* e *N. meningitidis*.
- 31.** Em relação aos sinais de apendicite durante o exame físico, assinale aquele que corresponde a dor em região epigástrica durante palpação de fossa ilíaca direita:
- a** Lapinsky
 - b** Tem Horn
 - c** Linander
 - d** Aaron
 - e** Rosving
- 32.** Paciente masculino com queixa de dor em fossa ilíaca esquerda há 3 dias associado a febre e náuseas. Após primeiro atendimento, observa-se leucocitose e tomografia de abdome sugerindo abcesso pélvico de cerca de 5 cm. A classificação de Hinckey e a conduta mais adequada, neste caso é:
- a** Hinckey I, antibioticoterapia endovenosa.
 - b** Hinckey II, antibioticoterapia e drenagem percutânea.
 - c** Hinckey II, antibioticoterapia e laparotomia.
 - d** Hinckey II, drenagem percutânea.
 - e** Hinckey II, laparotomia com colostomia.
- 33.** Assinale a alternativa que **NÃO** faz parte dos critérios de Tokyo para Colangite.
- a** Febre > 38°C
 - b** Leucocitose
 - c** Dilatação das vias biliares
 - d** Sinal de Murphy positivo
 - e** Bilirrubina > 1,5
- 34.** Entre as situações abaixo a que **NÃO** indica colecistectomia em paciente assintomático é:
- a** adenomas
 - b** vesícula em porcelana
 - c** anemia falciforme
 - d** cálculos > 2 cm
 - e** uso de NPT prolongada
- 35.** Paciente feminina idosa, dá entrada no pronto atendimento com queixa de dor abdominal intensa e difusa com início há cerca de 1 hora associado a náuseas e síncope, refratário a uso de analgesia. Durante o exame físico, observa-se taquicardia, agitação, abdome plano, flácido, descompressão brusca negativa. A primeira hipótese diagnóstica, neste caso é:
- a** Abdome agudo vascular
 - b** Abdome agudo inflamatório
 - c** Abdome agudo obstrutivo
 - d** Abdome agudo perfurativo
 - e** Câncer colorretal
- 36.** Paciente de 19 anos, sexo masculino, dá entrada no pronto socorro com quadro de dor em região inguinal direita associado a inapetência e febre. Investigação diagnóstica mostrou hérnia inguinal à direita com apêndice vermiciforme no interior do saco herniário. Esta hérnia é denominada como:
- a** Hérnia de Spiegel
 - b** Hérnia de Garangeot
 - c** Hérnia de Amyand
 - d** Hérnia de Petit
 - e** Hérnia de Littré.
- 37.** Paciente de 3 anos de idade, sexo masculino é diagnosticado com hérnia inguinal à esquerda. Sobre o manejo marque a alternativa correta.
- a** Deve ser efetuada correção da hérnia usando somente fios inabsoríveis e colocação de tela.
 - b** Deve ser usada a técnica de Liechtenstein.
 - c** A causa predominante de hérnias inguinais nessa faixa etária é fragilidade da fascia transversalis.
 - d** Trata-se de provável persistência de conduto peritonio vaginal não obliterado.
 - e** A colocação de tela de polipropileno é mandatória em casos como esse.
- 38.** Sobre as hérnias inguino-crurais marque a alternativa correta.
- a** As hérnias inguinais devem sempre ter conduta expectante uma vez que não são descritas grandes complicações com essa conduta.
 - b** As hérnias femorais tem baixo índice de encarceramento não devendo ser prontamente operadas.
 - c** A correção por técnica de Liechtenstein apresenta bons resultados.
 - d** A correção de hérnias inguinais deve ser feita pela técnica de Shouldice.
 - e** A colocação de tela tem mostrado pouco impacto na correção cirúrgica de hérnias inguinais.

- 39.** Durante tratamento cirúrgico de hérnia inguinal à direita foi encontrado um divertículo de Meckel no interior de saco herniário. Este tipo de hérnia é denominado:
- Littré
 - Garangeot
 - Amyand
 - Petit
 - Richter
- 40.** Sobre a anatomia cirúrgica da região inguinal marque a alternativa correta.
- O nervo ilio hipogástrico encontra-se imediatamente abaixo do tecido subcutâneo inguinal.
 - A fáscia transversalis encontra-se tectal a aponeurose do músculo oblíquo externo.
 - A persistência do conduto peritoneo-vaginal caracteriza hérnia inguinal tipicamente localizada medialmente aos vasos epigástricos inferiores.
 - O ponto de maior resistência da região inguinal é a fáscia transversalis.
 - O Triângulo de hesselbach pode apresentar sacos herniários localizados medialmente aos vasos epigástricos inferiores.
- 41.** Sobre o diagnóstico clínico da apendicite aguda, assinale a alternativa correta.
- A dor abdominal inicia-se tipicamente na fossa ilíaca direita.
 - A febre alta é um achado precoce e constante.
 - A presença de sinal de Blumberg positivo é indicativa de irritação peritoneal.
 - A leucocitose acima de $20.000/\text{mm}^3$ é um achado típico em todos os casos.
 - A dor migratória não é característica da apendicite.
- 42.** Em relação à colecistite aguda, o achado mais característico no exame físico é:
- dor em hipogástrio com irradiação para o dorso.
 - sinal de Murphy positivo.
 - massa palpável em fossa ilíaca esquerda.
 - dor abdominal difusa sem localização específica.
 - ausência de dor à palpação profunda.
- 43.** Dentre os achados abaixo, o mais característico de obstrução intestinal em radiografia simples de abdome é:
- alças dilatadas com níveis hidroáreos.
 - presença de ar livre subdiafragmático.
 - aumento da densidade hepática.
 - ausência de gás em cólon sigmoide.
 - presença de calcificações em região renal.
- 44.** No contexto de trauma torácico, a conduta imediata no pneumotórax hipertensivo é:
- solicitação de tomografia de tórax.
 - intubação orotraqueal com ventilação mecânica.
 - punção com agulha de grosso calibre no segundo espaço intercostal.
 - administração de analgésicos e observação clínica.
 - lavagem pleural com solução salina.
- 45.** Sobre as complicações das hérnias abdominais, assinale a alternativa correta.
- Encarceramento é sempre acompanhado de necrose intestinal.
 - Hérnias inguinais diretas têm maior risco de estrangulamento que as indiretas.
 - Encarceramento é sinônimo de hérnia redutível.
 - Hérnias umbilicais nunca apresentam complicações.
 - Estrangulamento ocorre quando há comprometimento vascular do conteúdo herniado.
- 46.** Paciente masculino, 48 anos, etilista, apresenta dor epigástrica intensa irradiando para dorso, náuseas e vômitos há 5 dias. Evolui com febre persistente, leucocitose, disfunção renal e queda do estado geral. TC de abdome mostra necrose pancreática com gás intrapancreático e coleção líquida associada. A conduta mais adequada, neste caso é:
- antibioticoterapia oral e alta hospitalar com dieta líquida.
 - suporte clínico intensivo e observação por 72 horas.
 - drenagem percutânea imediata da coleção.
 - necrosectomia cirúrgica ou endoscópica após estabilização clínica.
 - lavagem peritoneal com solução salina e analgesia.
- 47.** Paciente de 25 anos, vítima de colisão automobilística, apresenta dor abdominal difusa e hipotensão refratária à reposição volêmica. FAST positivo para líquido livre. TC de abdome mostra lesão hepática grau IV com sangramento ativo. A conduta mais adequada é:
- observação clínica em unidade de terapia intensiva.
 - embolização arterial hepática imediata.
 - laparotomia exploradora com controle de danos.
 - lavagem peritoneal diagnóstica.
 - alta hospitalar com seguimento ambulatorial.

- 48.** Paciente de 62 anos com sangramento retal e alteração do hábito intestinal. Colonoscopia mostra lesão vegetante em cólon descendente. Biópsia confirma adenocarcinoma. TC de abdome total evidencia linfonodos regionais aumentados e ausência de metástases. O estadiamento provável e conduta cirúrgica ideal é:
- a** Estágio I; colectomia segmentar sem linfadenectomia.
 - b** Estágio II; colectomia total com quimioterapia adjuvante.
 - c** Estágio III; colectomia segmentar com linfadenectomia.
 - d** Estágio IV; ressecção paliativa com radioterapia.
 - e** Estágio II; ressecção local endoscópica.
- 49.** Homem de 58 anos, tabagista, usuário crônico de AINES, com dor epigástrica súbita e intensa há 6 horas. Radiografia mostra ar livre subdiafragmático. A conduta imediata mais adequada neste caso é:
- a** laparotomia exploradora com sutura da perfuração.
 - b** antibioticoterapia oral e dieta zero.
 - c** inibidor de bomba de prótons e observação clínica.
 - d** endoscopia digestiva alta para confirmação diagnóstica.
 - e** tomografia de abdome com contraste oral e antibioticoterapia de amplo espectro.
- 50.** Paciente de 70 anos, com história de diverticulite complicada, evolui com hipotensão, taquicardia e lactato elevado. A conduta inicial mais adequada neste caso é:
- a** administração de vasopressores antes da reposição volêmica.
 - b** reposição volêmica com cristaloides e antibioticoterapia precoce.
 - c** transfusão sanguínea imediata.
 - d** corticoide em altas doses como primeira medida.
 - e** diálise precoce para controle da sepse.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2026
Grupo B: Pré-Requisito: Cirurgia Básica ou Cirurgia Geral

Especialidades: Cirurgia Vascular, Cirurgia Oncológica, Cirurgia Pediátrica, Urologia.

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	