

1. Assinale a alternativa CORRETA sobre a solicitação de exame de pré-operatório
 - a. TP e KTTp devem ser solicitados para todos pacientes acima de 40 anos
 - b. Coagulograma indicado somente em casos de história de sangramento ou hepatopatia
 - c. Contagem de plaquetas avalia a hemostasia primária e a via intrínseca da coagulação
 - d. Raio-x de tórax deve ser solicitado em todos pacientes acima de 40 anos, mesmo não-tabagistas
 - e. Mulheres em idade fértil e sexualmente ativas não necessitam de beta-Hcg se estiverem em uso de DIU hormonal
2. De acordo com o Score de Caprini (2005), assinale a alternativa INCORRETA da relação do fator de risco e sua respectiva pontuação
 - a. IMC > 25 – 1 ponto
 - b. Gravidez ou puerpério – 1 ponto
 - c. História prévia de TVP ou TEP – 3 pontos
 - d. Lesão medular aguda – 5 pontos
 - e. Neoplasia maligna atual – 5 pontos
3. Sobre os anestésicos locais, assinale a alternativa CORRETA
 - a. A lidocaína tem início de ação mais lento que a bupivacaína, mas duração mais longa
 - b. A bupivacaína oferece um bloqueio motor mais intenso em relação à ropivacaína
 - c. O uso de vasoconstritor tem apenas efeito local, não alterando a absorção sistêmica dos anestésicos
 - d. A toxicidade por anestésico local depende apenas da dose administrada, independentemente da via de administração
 - e. Em um indivíduo de 100kg de peso, a dose máxima total de lidocaína com vasoconstritor é de 700mg
4. Paciente crítico, obeso e com choque séptico necessita cateter venoso central para uso de drogas vasoativas. Considere os seguintes sítios de punção e assinale a alternativa CORRETA
 - a. Jugular interna apresenta maior risco de pneumotórax do que subclávia via infraclavicular, devendo ser evitada em pacientes com insuficiência respiratória
 - b. Subclávia supraclavicular tem trajeto mais direto para a veia cava superior e menor risco de pneumotórax que a subclávia via infraclavicular
 - c. Femoral é contraindicação absoluta em pacientes críticos devido ao risco de infecção
 - d. Subclávia infraclavicular deve ser preferida em pacientes obesos, pois permite melhor visualização ultrassonográfica
 - e. Femoral é o sítio preferido, pois apresenta o menor risco de trombose
5. Em relação a ponte de heparina no pré-operatório, assinale a alternativa CORRETA
 - a. Está indicada em todos os pacientes em uso crônico de varfarina
 - b. Estudos como o BRIDGE Trial mostram que a ponte de heparina reduz o risco tromboembólico sem aumentar sangramento em pacientes de baixo risco
 - c. Está indicado somente em pacientes com alto risco tromboembólico
 - d. Deve ser iniciada após a suspensão da varfarina apenas no pós-operatório
 - e. Somente pode ser feita ponte com heparina não-fracionada

6. De acordo com as orientações mais recentes para a suspensão de medicamentos no pré-operatório de cirurgias eletivas, assinale a VERDADEIRO (V) OU FALSO (F):
- I. Omeprazol - suspender 24-48h antes
 - II. Beta-bloqueadores – manter, inclusive no dia da cirurgia
 - III. Rivaroxabana – suspender 5-7 dias antes
 - IV. Semaglutida – suspender 14-21 dias antes
 - V. Sinvastatina – não necessita suspensão
 - VI. AINE seletivo COX-2 (Celecoxibe) – não necessita suspensão
- a. V – V – F – V – F – F
 - b. V – F – V – F – V – V
 - c. F – F – V – V – F – F
 - d. F – V – F – V – V – V
 - e. F – V – V – F – V – V
7. Paciente masculino, 24 anos sem comorbidades. Apresentava apendicite perforada com peritonite difusa, submetido a apendicectomia videolaparoscópica. No 6º dia de pós-operatório, evolui com febre persistente e dor abdominal. TC mostra coleção pélvica de 5cm. Qual a conduta mais adequada?
- a. Laparotomia exploradora
 - b. Reoperação laparoscópica imediata
 - c. Drenagem percutânea guiada por imagem, se houver janela
 - d. Antibioticoterapia de amplo espectro
 - e. Colonoscopia
8. De acordo com a classificação de hérnias de Nyhus, assinale a correspondência correta
- A. Paciente A: hérnia indireta, saco herniário pequeno, anel inguinal profundo normal, parede posterior intacta
 - B. Paciente B: Hérnia indireta, saco herniário volumoso, com anel inguinal profundo alargado, parede posterior ainda normal
 - C. Paciente C: Hérnia direta, abaulamento medial aos vasos epigástricos, destruição da parede posterior, sem cirurgia prévia
 - D. Paciente D: Hérnia femoral, abaixo do ligamento inguinal, sem sinais de estrangulamento
- a. A – I; B – II; C – IIIB; D – IIIC
 - b. A – I; B – IA; C IIIC; D – IV
 - c. A – II; B – I; C – IIIB; D – IIIA
 - d. A – I; B – II; C – IIIB; D – IIIC
 - e. A – II; B – IIIA; C – II; D – IV
9. Paciente feminina, 38 anos, assintomática, nódulo palpável em lobo direito da tireoide há 3 meses, com TSH normal. Ultrassonografia mostra nódulo sólido de 1,6cm hipoecoico, margens irregulares, microcalcificações, sem linfonodos suspeitos. Qual a melhor conduta?
- a. Acompanhar com ultrassonografia em 6 meses
 - b. Solicitar cintilografia
 - c. Punção aspirativa com agulha fina (PAAF)
 - d. Tireoidectomia parcial imediata
 - e. Iniciar levotiroxina supressiva

10. Paciente masculino de 42 anos, apresenta lesão pigmentada irregular em dorso, submetida a biópsia excisional. Anatomopatológico mostra: Melanoma invasivo, Breslow 1,6mm. Sem ulceração, índice mitótico zero, sem invasão linfovascular. Margens livres. Ao exame físico, sem linfonodos palpáveis; PET-CT sem metástases a distância. Qual a conduta mais adequada?
- Seguimento clínico semestral
 - Ampliação de margens para 1cm
 - Ampliação de margens para 2cm
 - Ampliação de margens para 2cm + biópsia de linfonodo sentinela
 - Ampliação de margens para 2cm + linfadenectomia regional
11. No contexto de icterícia obstrutiva, NÃO é indicação para solicitação de CPRE diretamente (sem necessidade de exames intermediários)
- Suspeita clínica de pancreatite aguda de etiologia biliar leve
 - Paciente com dor em hipocôndrio direito, febre baixa e icterícia e bilirrubina total de 4,2
 - Cálculo de colédoco visível menor de 4mm na ultrassonografia
 - Bilirrubina total > 4 com colédoco dilatado (8mm)
 - Todas alternativas são indicações para CPRE como exame primário
12. A respeito das técnicas cirúrgicas para o tratamento da pancreatite crônica, assinale a INCORRETA:
- A técnica de Puestow é indicada para pacientes com ducto pancreático dilatado, mas com cabeça pancreática pouco afetada, promovendo drenagem e alívio da dor
 - A ressecção da cabeça pancreática (Beger) é indicada quando há inflamação ou fibrose intensa na cabeça pancreática, permitindo preservação do duodeno e do tecido pancreático funcional
 - A técnica de Frey combina ressecção limitada da cabeça pancreática com drenagem longitudinal do ducto principal, sendo útil em pacientes com ducto dilatado e cabeça pancreática funcional
 - A cirurgia de descompressão do ducto pancreático melhora a dor, mas não tem impacto sobre a função endócrina ou exócrina do pâncreas
 - A escolha da técnica deve considerar diâmetro do ducto pancreático, extensão da fibrose e localização da inflamação, buscando alívio da dor e preservação da função pancreática
13. Paciente com obesidade mórbida (IMC 42kg/m²) e diabetes tipo 2 procura cirurgia bariátrica. Sobre as técnicas cirúrgicas modernamente utilizadas, assinale a INCORRETA
- A OAGB (*One anastomosis gastric by-pass*) combina efeito restritivo e disabortivo em uma única anastomose, apresenta menor tempo cirúrgico que o bypass clássico (Y de Roux) e sua principal complicação crônica é refluxo biliar
 - O by-pass em Y de Roux é considerado padrão-ouro em pacientes com refluxo gastroesofágico associado, pois o limbamento biliopancreático desvia a bile do estômago residual, reduzindo os sintomas
 - A gastrectomia vertical (Sleeve) é principalmente restritiva, mas também altera hormônios como GLP-1, PYY e grelina, melhorando a saciedade e o metabolismo da glicose
 - O OAGB apresenta menor risco de deficiência nutricional comparado ao Sleeve, independentemente do comprimento do limbamento alimentar
 - Todas as três técnicas podem melhorar diabetes tipo 2, hipertensão e dislipidemia, com efeito metabólico que frequentemente precede a perda ponderal significativa

14. Uma mulher de 29 anos, assintomática, realiza ressonância de abdome por achado incidental em ultrassonografia. Observa-se lesão de 5,5cm, bem delimitada que apresenta realce intenso na fase arterial e hipointenso na fase tardia (hepatobiliar). Qual o diagnóstico mais provável e conduta adequada?
- Adenoma hepático, ressecção cirúrgica pelo risco de sangramento ou malignização
 - Hemangioma hepático, embolização guiada por imagem
 - Hiperplasia nodular focal; observação com imagem seriada
 - CHC fibrolamelar; biópsia e exames para estadiamento
 - Metástase hepática hipervascular; PET-CT para investigação do sítio primário
15. Sobre esôfago de Barrett, assinale a alternativa CORRETA
- Para confirmação diagnóstica é necessária a presença de epitélio escamoso estratificado na biópsia
 - O diagnóstico pode ser feito somente pela observação endoscópica, sem a necessidade de biópsia
 - Lesões consideradas Barrett longo são aquelas que tem comprimento maior que 2cm e seu tratamento independe do grau de displasia
 - Lesões Barrett longo não estão mais associadas a maior risco de adenocarcinoma de esôfago do que lesões Barrett curto
 - Lesões com displasia de baixo grau podem ser tratadas endoscopicamente ou com vigilância endoscópica a cada 6-12 meses
16. São critérios para internação/transferência para centro especializado em queimados, EXCETO
- Adultos com queimada de segundo grau $\geq 15\%$ de superfície corporal queimada
 - Queimadura de segundo grau em mãos e pés, independente da extensão
 - Queimadura de terceiro grau, menores de 5% da superfície corporal
 - Queimadura em paciente com imunossupressão
 - Queimadura elétrica com CPK normal
17. A respeito da terapia de pressão negativa associada enxertos e retalhos cutâneos, assinale a alternativa CORRETA
- É contraindicada nas primeiras 72h pois aumenta o cisalhamento entre o enxerto e o leito receptor
 - Aumenta o risco de infecção por criar um ambiente confinado
 - Pode ser indicada em enxertos de pele de espessura parcial, mas é contraindicada nos enxertos de pele total
 - Pode melhorar a taxa de integração dos enxertos por melhorar o ambiente do leito
 - O uso de curativo de pressão negativa é contraindicado em zonas de articulação
18. Em relação às indicações de oxigenoterapia hiperbárica, assinale a alternativa que NÃO constitui uma indicação clássica para seu uso:
- Intoxicação por monóxido de carbono
 - Osteomielite crônica refratária ao tratamento convencional
 - Lesões actínicas ósseas (osteorradição necrose)
 - Embolia gasosa
 - Tuberculose pulmonar

19. Em relação à classificação BIRADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*) na mamografia e sua conduta recomendada, assinale a alternativa CORRETA
- a. BIRADS 0 indica exame inconclusivo, necessitando de avaliação adicional por imagem
 - b. Alterações classificadas como BIRADS 1 correspondem a achados benignos e devem seguir rastreamento de rotina
 - c. Lesão classificada como BIRADS 3 são consideradas provavelmente malignas, devendo ser submetidas a biópsia imediata
 - d. Pacientes com BIRADS 4 devem ser submetidas à exame de ressonância semestral para seguimento
 - e. BIRADS 5 significa lesão maligna confirmada em biópsia
20. Paciente masculino, 72 anos, tabagista e hipertenso em acompanhamento ambulatorial. Ultrassonografia de rotina detectou aneurisma de aorta abdominal infrarrenal medindo 5,8cm de diâmetro, assintomático. Qual a melhor conduta?
- a. Acompanhamento anual com ultrassonografia
 - b. Acompanhamento semestral com ultrassonografia
 - c. Correção eletiva (cirúrgica ou endovascular)
 - d. Apenas controle clínico rigoroso dos fatores de risco
 - e. Anticoagulação plena
21. Sobre as diferenças entre onfalocele e gastrosquise, assinale a alternativa CORRETA:
- a. A gastrosquise apresenta maior associação com anomalias cromossômicas do que a onfalocele
 - b. Na onfalocele, o defeito ocorre tipicamente a direita do umbigo e há membrana de revestimento
 - c. A presença de fígado herniado é mais comum na gastrosquise do que na onfalocele
 - d. A gastrosquise costuma cursar com alças espessadas por exposição ao líquido amniótico
 - e. Ambas apresentam incidência semelhante de cardiopatias congênitas associadas
22. Menino de 18 meses de idade é avaliado devido a ausência de testículo direito na bolsa escrotal. O exame físico confirma que o testículo direito é palpável na região inguinal. Considerando as recomendações atuais sobre orquidopexia, assinale a alternativa CORRETA.
- a. Orquidopexia apenas se o testículo não descer até os 5 anos de idade
 - b. Cirurgia indicada todos os pacientes acima de 6 meses com testículo não descido
 - c. Orquidopexia somente testículos intra-abdominais sintomáticos
 - d. Orquidopexia também é indicada para casos de testículo retrátil em pacientes acima de 1 ano de idade
 - e. A orquidopexia, quando indicada corretamente, reduz o risco de infertilidade, mas não reduz o risco de neoplasia testicular

23. Paciente masculino, 38 anos, chega ao pronto atendimento com dor lombar intensa a direita, irradiando para região inguinal ipsilateral, associada a náuseas. Afebril. TC sem contraste mostra cálculo distal em ureter direito, de 8mm de diâmetro, sem hidronefrose importante. Creatinina normal e dor controlável com analgesia. Considerando as diretrizes da *American Urological Association*, qual a melhor conduta inicial?
- Litotripsia extracorpórea imediata
 - Ureterosopia flexível
 - Tratamento conservador com alfa-bloqueador e AINE
 - Nefrostomia percutânea
 - Antibioticoterapia e alta hospitalar
24. A respeito de tratamento neoadjuvante em tumores de cólon e tumores de reto, assinale a alternativa CORRETA:
- Neoadjuvância está indicada em todos os tumores de reto, com vistas a *downstaging*
 - Neoadjuvância é indicada em casos de tumores de sigmoide, com boa resposta clínica
 - Em tumores de reto, a neoadjuvância melhora os índices de ressecção R0 e a possibilidade de conservação do esfíncter em tumores baixos, mas não tem benefício em relação a redução de recidiva local
 - Neoadjuvância somente tem benefício em tumores de reto com linfonodos positivos
 - História de doença inflamatória intestinal ativa grave é contraindicação para neoadjuvância em tumores de reto
25. Assinale a alternativa que NÃO representa uma contraindicação à drenagem torácica em selo d'água
- Coagulopatia grave não corrigida (absoluta)
 - Infecção local do sítio de inserção (relativa)
 - Lesão do ducto torácico com quilotórax volumoso (relativa)
 - Trauma pleural antigo com aderências (relativa)
 - Instabilidade hemodinâmica não corrigida (absoluta)

Nome completo:

Assinatura:

	A	B	C	D	E
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					