

ÁREAS DE ATUAÇÕES  
Cirurgia Geral – Programa Avançado



PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 03/2025

Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo A19**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **1 hora**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente apenas a partir das 14 h. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVest a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste processo seletivo.
6. Lembre-se de que a FUVest se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVest. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
7. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **20** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
8. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

# TABELA DE ABREVIACES E VALORES DE REFERÊNCIA

LISTA DE ABREVIACES	VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)
<p>AA – Ar ambiente  AU – Altura Uterina  AAS – cido Acetilsalicílico  BCF – Batimentos Cardíacos Fetais  BEG – Bom Estado Geral  bpm – Batimentos por Minuto  Ca<sup>2+</sup> – Cálcio  Cl<sup>-</sup> – Cloro  Cr – Creatinina  DUM – Data da última Menstruao  ECG – Eletrocardiograma  FA – Fosfatase Alcalina  FC – Frequência Cardíaca  FR – Frequência Respiratória  FSH – Hormônio Foliculo Estimulante  GGT – Gamaglutamiltransferase  HAS – Hipertenso Arterial Sistmica  HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> – Bicarbonato  Hb – Hemoglobina  Ht – Hematócrito  IAM – Infarto Agudo do Miocárdio  IC<sub>95%</sub> – Intervalo de Confiana de 95%  IMC – Índice de Massa Corpórea  irpm – Incurses Respiratórias por Minuto  IST – Infeco Sexualmente Transmissível  K<sup>+</sup> – Potássio  LH – Hormônio Luteinizante  mEq – Miliequivalente  Mg<sup>2+</sup> – Magnésio  mmHg – Milímetros de Mercúrio  MMII – Membros Inferiores  MMSS – Membros Superiores  MV – Murmrios Vesiculares  Na<sup>+</sup> – Sódio  PA – Presso Arterial  pCO<sub>2</sub> – Presso Parcial de Gás Carbnico  PEEP – Presso Expiratória Final Positiva  PEP – Profilaxia Pós-Exposio  PrEP – Profilaxia Pré-Exposio  pO<sub>2</sub> – Presso Parcial de Oxignio  POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i>  PS – Pronto-Socorro  PSA – Antígeno Prosttico Específico  REG – Regular Estado Geral  RN – Recém-nascido  SpO<sub>2</sub> – Saturaco Percutânea de Oxignio  TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato Amino transferase  TGP/ALT – Transaminase Piruvtica/Alanina Amino transferase  TSH – Hormônio Tireo-Estimulante  UI – Unidades Internacionais  Ur – Ureia  UBS – Unidade Básica de Saúde  USG – Ultrassonografia  UTI – Unidade de Terapia Intensiva</p>	<p><b>Sangue (bioquímica e hormônios):</b>  Albumina = 3,5 a 5,2 g/dL  Bilirrubina total = 0,2 a 1,1 mg/dL  Bilirrubina direta = 0,0 a 0,3 mg/dL  Bilirrubina indireta = 0,2 a 1,1 mg/dL  Cálcio inico = 1,1 a 1,4 mmol/L  Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL  Relao abuminria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina  Desidrogenase láctica = menor que 225 UI/L  Ferritina: homens = 26 a 446 µg/mL  mulheres = 15 a 149 µg/mL  Ferro sérico: homens = 65 a 175 µg/dL  mulheres = 50 a 170 µg/dL  Fósforo = 2,5 a 4,5 mg/dL  Globulina = 1,7 a 3,5 g/dL  LDL = desejável de 100 a 129 mg/dL  HDL = desejável maior que 40 mg/dL  Triglicérides = desejável de 100 a 129 mg/dL  Glicemia em jejum = 75 a 99 mg/dL  Magnésio = 1,6 a 2,6 mg/dL  Potássio = 3,5 a 5,1 mEq/L  Proteína total = 6,5 a 8,1 g/dL  PSA = menor que 4 ng/mL  Sódio = 136 a 145 mEq/L  TSH (de 20 a 60 anos) = 0,45 a 4,5 mUI/mL  T4 Livre = 0,9 a 1,8 ng/dL  PTH = 10 a 65 pg/mL  Testosterona livre: homens = 131 a 640 pmol/L  mulheres = 2,4 a 37,0 pmol/L  Estradiol: fase folicular = 1,2 a 23,3 ng/dL  pico ovulatório = 4,1 a 39,8 ng/dL  fase lútea = 2,2 a 34,1 ng/dL  menopausa = até 5,5 ng/dL  LH: fase folicular = até 12 UI/L  pico ovulatório = 15 a 100 UI/L  fase lútea = até 15 UI/L  menopausa = acima de 15 UI/L  FSH: fase folicular = até 12 UI/L  pico ovulatório = 12 a 25 UI/L  fase lútea = até 12 UI/L  menopausa = acima de 30 UI/L  Prolactina = até 29 µg/L (no gestante)  Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL  Amilase = 28 a 100 UI/L  Lipase = inferior a 60 UI/L  Ureia = 10 a 50 mg/dL  GGT: homens: 12 a 73 UI/L  mulheres = 8 a 41 UI/L  Fosfatase alcalina: homens = 40 a 129 UI/L  mulheres = 35 a 104 UI/L  Antígeno Carcinoembrionrio (CEA) = até 5 ng/mL (no fumantes)  até 10 ng/mL (fumantes)  Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm  Vitamina D = &gt; 20 ng/mL</p>
VALORES DE REFERÊNCIA PARA GASOMETRIA ARTERIAL	
<p>pH = 7,35 a 7,45  pO<sub>2</sub> = 80 a 100 mmHg  pCO<sub>2</sub> = 35 a 45 mmHg  Base Excess (BE) = -2 a 2  HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> = 22 a 28 mEq/L  SpO<sub>2</sub> &gt; 95%</p>	<p><b>Sangue (hemograma e coagulograma):</b>  Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL  Hemoglobina glicada = 4,3 a 6,1%  Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 32 a 36 g/dL  Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg  Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL  Amplitude de distribuio dos glóbulos vermelhos (RDW) = 11 a 14%  Leucócitos = 3.400 a 8.300/mm<sup>3</sup>  Neutrfílos = 1.500 a 5.000/mm<sup>3</sup>  Eosinfílos = 20 a 420/mm<sup>3</sup>  Basfílos = 10 a 80/mm<sup>3</sup>  Linfócitos = 1.000 a 3.000/mm<sup>3</sup>  Monócitos = 220 a 730/mm<sup>3</sup>  Segmentados = 1.500 a 5.000/mm<sup>3</sup>  Bastonetes = até 829/mm<sup>3</sup>  Plaquetas = 150.000 a 340.000/mm<sup>3</sup>  Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100%  Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R = até 1,2  Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos</p>
VALORES DE REFERÊNCIA DE Hb PARA CRIANAS	
<p>Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL  2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL  6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL  2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL  6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL</p>	

**01**

Homem, 60 anos de idade, foi vítima de colisão moto x auto e chega ao pronto-socorro consciente, pálido, apresentando FC de 126 bpm, PA de 90×60 mmHg e SpO<sub>2</sub> de 96% em ar ambiente. Referia dor abdominal difusa, mais intensa em hipocôndrio esquerdo. O FAST estava com líquido livre em quadrante superior esquerdo. Durante a reanimação inicial, recebeu 1 litro de ringer lactato e 2 unidades de concentrado de hemácias com resposta transitória da pressão arterial. A tomografia de abdome com contraste (fase portal) evidenciava lesão esplênica grau IV com extravasamento de contraste e hemoperitônio volumoso em todos os quadrantes do abdome. Qual a conduta mais adequada neste caso?

- (A) Observação em UTI com controle seriado hemodinâmico e hemograma.
- (B) Embolização seletiva da artéria esplênica no serviço de radiologia.
- (C) Laparotomia exploradora com esplenectomia.
- (D) Laparotomia exploradora com rafia esplênica e drenagem.

**02**

Mulher, 40 anos de idade, com dor em epigástrio e plenitude pós-prandial, realizou ecoendoscopia gástrica com lesão sub-epitelial na pequena curvatura, associada a deformidade do órgão com origem na camada muscular, medindo cerca de 106 x 85 mm, e a tomografia a seguir:

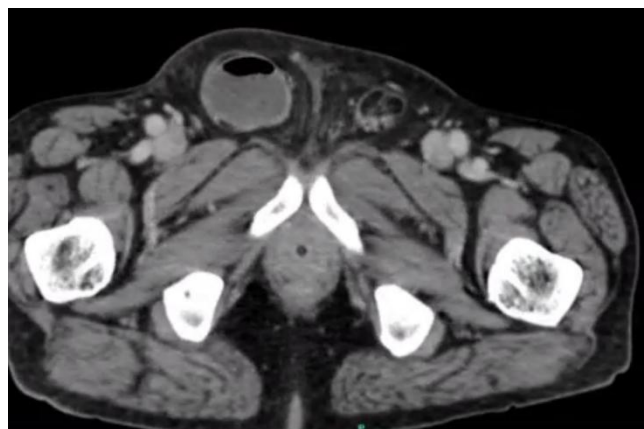


Em relação ao caso apresentado, qual é o diagnóstico provável?

- (A) Tumor carcinoide gástrico.
- (B) Linfoma gástrico.
- (C) Adenocarcinoma gástrico.
- (D) Tumor estromal gastrointestinal.

**03**

Paciente, 60 anos de idade, IMC de 32 kg/m<sup>2</sup>, submetido a hernioplastia bilateral pela técnica de Stoppa, devido a hérnia inguino-escrotal. No 5º dia de pós-operatório, desenvolve abaulamento em região inguinal direita. Realizou a tomografia a seguir:



Em relação ao caso descrito, qual é a complicação mais provável?

- (A) Recidiva da hérnia.
- (B) Seroma.
- (C) Urinoma.
- (D) Perfuração de alça.

**04**

Homem, 72 anos de idade, com histórico de uso crônico de anti-inflamatórios não esteroides para osteoartrose, é admitido no PS com melena e hematêmese. O exame físico inicial revela um paciente pálido, com PA de 90×60 mmHg e FC de 125 bpm. A hemoglobina inicial é de 6,8 g/dL. Ele recebe ressuscitação volêmica e transfusão de 2 concentrados de hemácias. Uma endoscopia digestiva alta é realizada, identificando uma úlcera duodenal de 1,5 cm com sangramento ativo (Forrest Ia). O sangramento é controlado com injeção de adrenalina e 3 cliques hemostáticos. No entanto, 12 horas após o procedimento, o paciente apresenta novo episódio de hematêmese e instabilidade hemodinâmica com necessidade de droga vasoativa em dose alta e PA de 80×50 mmHg. Uma segunda endoscopia falha em controlar o sangramento. Qual é a conduta mais apropriada de imediato?

- (A) Laparotomia exploradora, duodenotomia com ligadura do vaso sangrante, sutura da úlcera sangrante e piloroplastia.
- (B) Embolização por radiologia intervencionista da artéria gástrica esquerda.
- (C) Exploração por laparoscopia, com ligadura da artéria gastroduodenal.
- (D) Gastrectomia parcial com ligadura do vaso e gastroduodenostomia.

05

No estadiamento do melanoma cutâneo, qual dos seguintes fatores é fundamental para definir a classificação do T (tumor primário) segundo a 8ª edição da AJCC (*American Joint Committee on Cancer*)?

- (A) Espessura do tumor e presença de ulceração.
- (B) Linfonodo sentinela positivo.
- (C) Localização anatômica da lesão.
- (D) Alta taxa mitótica ( $> 3$  mitoses/mm<sup>2</sup>).

06

Homem, 62 anos de idade, submetido a prostatectomia radical robótica há 2 anos, desenvolve uma hérnia inguinal indireta à direita, sintomática. Qual a abordagem cirúrgica preferencial para o reparo?

- (A) Herniorrafia inguinal aberta anterior (técnica de Lichtenstein).
- (B) Reparo laparoscópico, via transabdominal (TAPP).
- (C) Reparo laparoscópico, via totalmente extraperitoneal (TEP).
- (D) Herniorrafia inguinal aberta posterior (técnica de Shouldice).

07

Homem, 73 anos de idade, comparece à sala de emergência com distensão abdominal e vômitos. O cirurgião observa um abaulamento em região inguinal direita com hiperemia. Ao exame físico, está em bom estado geral, afebril e eupneico, com abdome muito distendido, sem peritonite, apresentando abaulamento, dor e hiperemia em região inguinal direita. Realizou a tomografia de abdome a seguir:



Baseado nos dados citados, qual é a conduta mais adequada?

- (A) O acesso iniciado por laparoscopia com ressecção de alça e correção do defeito herniário com tela pré-peritoneal.
- (B) O acesso iniciado por laparotomia com ressecção de alça, sem correção da hérnia por contaminação do saco.
- (C) O acesso por inguilotomia com ressecção de alça e colocação de tela pela técnica de Lichtenstein.
- (D) O acesso por laparotomia com ressecção de alça e colocação de tela pré-peritoneal.

08

Mulher, 58 anos de idade, com cirrose por hepatite B e Child-Pugh B7, comparece ao pronto-socorro com hematêmese maciça. A hemoglobina inicial é de 7,1 g/dL. No pronto atendimento, a paciente inicia infusão de octreotida e ceftriaxona. Uma endoscopia é realizada, confirmando sangramento ativo por varizes esofágicas de grosso calibre. Uma Ligadura Elástica Endoscópica (LEE) é realizada, mas a paciente volta a sangrar. Qual é a terapia de segunda linha mais adequada para o controle definitivo do sangramento após a falha da LEE?

- (A) Terapia farmacológica com octreotida por 48h e *second-look* endoscópico em 24h.
- (B) Tamponamento esofágico com balão de Sengstaken-Blakemore.
- (C) Inserção de um TIPS (*Shunt* Portossistêmico Intra-Hepático Transjugular) para descompressão da veia porta.
- (D) Tamponamento esofágico com prótese esofágica autoexpansível.

09

Paciente é transferido de outro serviço após atendimento inicial, com ferimento por arma branca em região cervical, conforme a imagem a seguir:



Em relação à retirada do objeto, qual a melhor conduta para a equipe de plantão do hospital terciário?

- (A) Remover na sala vermelha sem a retirada dos pontos, pois está com via aérea definitiva.
- (B) Retirar no centro cirúrgico com esternotomia para controle vascular dos vasos da base.
- (C) Retirar sob visão direta no centro cirúrgico com abertura dos pontos cirúrgicos.
- (D) Tracionar sob visão endoscópica na sala vermelha do trauma.



10

Homem, 30 anos de idade, é admitido no PS após se envolver em uma briga e ser atingido por um projétil de arma de fogo com orifício de entrada no 3º espaço intercostal direito, na projeção da linha hemiclavicular direita, sem orifício de saída. Encontra-se desorientado, taquipneico, PA de 80×60 mmHg e FC de 125 bpm, com FAST positivo na janela cardíaca. Qual deverá ser o próximo passo?

- (A) Toracotomia posterolateral direita no 5º espaço intercostal.
- (B) Janela pericárdica transdiafragmática.
- (C) Janela pericárdica subxifoídea.
- (D) Toracotomia anterolateral esquerda no 5º espaço intercostal.

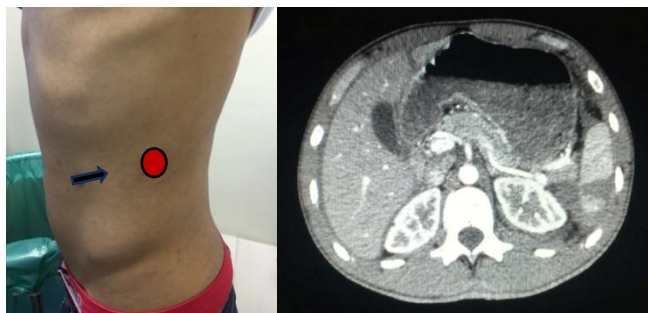
11

Paciente com choque séptico de foco abdominal, com rebaixamento importante do nível de consciência devido a delírium, ausculta simétrica bilateral, saturação arterial de oxigênio de 82%, taquipneico, PA de 70×50 mmHg. Qual é a opção mais apropriada para intubação desse paciente?

- (A) Sequência rápida de intubação com cetamina e succinilcolina.
- (B) Intubação acordado com etomidato utilizando a dose máxima de 1 mg/kg.
- (C) *Delayed sequence intubation* com uso de etomidato ou midazolam.
- (D) Sequência rápida de intubação com fentanil, propofol e rocurônio.

12

Homem, 22 anos de idade, foi admitido no PS com ferimento por arma branca, andando, com palidez cutânea, PA de 110×70 mmHg e frequência cardíaca de 100 bpm.



Assinale a alternativa que apresenta o provável diagnóstico e a melhor conduta terapêutica.

- (A) Lesão renal esquerda e pancreática; tratamento em terapia intensiva com controle laboratorial e vigilância infecciosa.
- (B) Lesão esplênica e diafragmática; tratamento cirúrgico por laparoscopia.
- (C) Lesão renal esquerda e esplênica; laparotomia com exploração; esplenectomia e drenagem da cavidade.
- (D) Lesão esplênica; angioembolização seletiva com controle laboratorial.

13

Paciente, 55 anos de idade, realizou uma ileostomia terminal após uma colectomia total há 1 ano, apresenta um abaulamento ao lado da ostomia. O defeito herniário é palpado com um diâmetro de 3 cm, sem evidência de outra hérnia incisional na linha média da cicatriz cirúrgica. Na correção dessa hérnia, pode-se afirmar:

- (A) Laparotomia com mudança do local da ostomia e refiação do defeito é considerada técnica padrão de tratamento do caso.
- (B) A colocação de tela de polipropileno está contraindicada por ser um ambiente colonizado por bactérias da flora intestinal.
- (C) A correção por acesso local deve ser evitada.
- (D) A hérnia paraestomal deve ser corrigida com tela de polipropileno por acesso local.

14

Paciente no 2º dia pós-operatório de colecistectomia laparoscópica com drenagem da cavidade por colecistite aguda, evolui em bom estado geral, afebril, eupneica, aceitando dieta com abdome flácido, pouco doloroso e ferida operatória com bom aspecto. O residente observa o dreno pela manhã com débito de 7 mL em 12h com o aspecto a seguir:

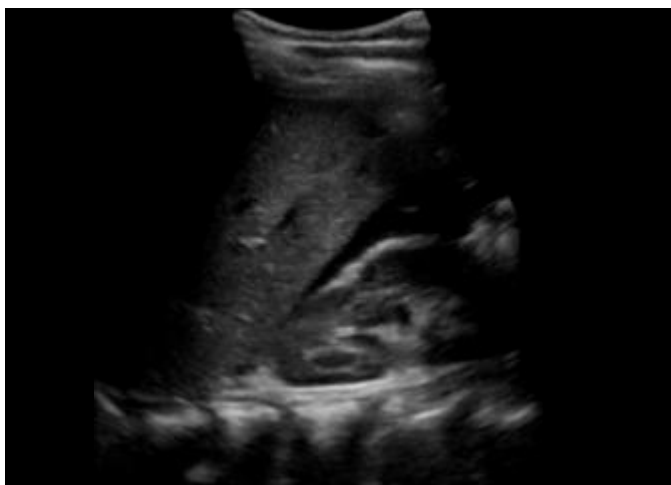


Na avaliação do caso apresentado, pode-se afirmar:

- (A) A paciente deverá ser mantida em observação clínica.
- (B) Existe um duto de Luschka com saída de bile.
- (C) A colangiografia endoscópica retrógrada deverá ser realizada de imediato com papilotomia e passagem de prótese.
- (D) A radiologia intervencionista deverá passar um dreno trans-hepático após colangiografia.

15

Paciente vítima de trauma abdominal contuso, instável hemodinamicamente, foi submetido a um exame ultrassonográfico que mostra a imagem a seguir obtida com o transdutor entre a 10ª e 11ª costelas, na linha axilar posterior direita e posicionado de forma sagital.



O que isso indica e qual deve ser a próxima decisão?

- (A) Lesão hepática e do diafragma e tratamento não operatório.
- (B) Sangramento intra-abdominal e laparotomia de urgência.
- (C) Hemotórax e toracoscopia assistida.
- (D) Hemoperitônio e realizar tomografia de corpo inteiro.

16

Assinale a alternativa correta sobre o manejo do paciente cirúrgico na UTI.

- (A) No caso de perfurações de víscera oca, o antifúngico deve ser prescrito rotineiramente.
- (B) A otimização da perfusão tecidual no pós-operatório deve priorizar a expansão volêmica com cristaloídes guiada pela Pressão Venosa Central (PVC).
- (C) A infusão de albumina deve ser realizada no pós-operatório de grande cirurgia abdominal.
- (D) A ventilação não invasiva pode ser indicada na maioria dos pacientes que realizaram cirurgias abdominais com desconforto respiratório.

17

Assinale a alternativa que está relacionada ao sucesso da laparoscopia no tratamento da obstrução intestinal aguda.

- (A) A distensão deve ser leve e a obstrução deve ser mais distal.
- (B) A obstrução com 3 ou mais bandas apresenta resultados melhores.
- (C) A exploração da alça deve ser retrógrada para prevenir perfuração.
- (D) Os melhores resultados são esperados nas obstruções distais com distensão de alças de até 5 cm.

18

Homem, de 67 anos de idade, diabético e hipertenso, IMC de 34 kg/m², apresenta dor em fossa ilíaca esquerda há 12 horas, com o abdome apresentando sinais de irritação peritoneal. Ao exame físico, estava em regular estado geral, corado, PA de 120x80 mmHg e frequência cardíaca de 80 bpm e abdome globoso, doloroso à palpação em hipogástrio e fossa ilíaca esquerda com sinais de irritação peritoneal. Leucocitose de 18.200 células/mm³ e PCR 109 mg/L. Realizou a tomografia de abdome a seguir:



Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o provável diagnóstico e a melhor conduta.

- (A) Diverticulite aguda; ressecção do cólon e anastomose primária.
- (B) Neoplasia de cólon sigmoide; jejum oral com antibioticoterapia e colonoscopia.
- (C) Obstrução intestinal por neoplasia; passagem de sonda nasogástrica aberta, reposição volêmica e colonoscopia.
- (D) Colite isquêmica; laparotomia com retossigmoidectomia à Hartmann.

19

Mulher, 60 anos de idade, sem evidências clínicas de metástase, realizou uma colectomia direita laparoscópica eletiva com o seguinte anatomopatológico: adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado de cólon direito medindo 3,5 x 2,0 cm, infiltrando a parede até camada muscular própria externa, infiltração neoplásica vascular ou perineural não identificadas, margem de ressecção cirúrgica distal livre de neoplasia, linfonodos pericólicos livres de neoplasia (0/44), linfonodos de ligadura vascular livres de neoplasia (0/13), linfonodo mesentérico livre de neoplasia (0/1). Qual é a conduta recomendada para este paciente?

- (A) Realizar quimioterapia adjuvante com 5-FU, leucovorina e oxaliplatina por ser um estágio II.
- (B) Indicar quimioterapia adjuvante devido ao número de linfonodos avaliados.
- (C) Apenas seguimento clínico e colonoscopia.
- (D) Realizar tomografia por emissão de pósitrons para avaliar melhor linfonodos do mesentério.

## 20

Mulher, 42 anos de idade, comparece ao pronto-socorro referindo dor abdominal de forte intensidade, náuseas e vômitos há 2 dias. Na avaliação inicial, a paciente estava febril (temperatura axilar: 39 °C) e anictérica. A equipe médica indicou colecistectomia laparoscópica com colangiografia intraoperatória, conforme imagem a seguir:



Após os achados apresentados, qual é a melhor conduta?

- (A) Colangiografia endoscópica retrógrada intraoperatória.
- (B) Observação clínica com colangioressonância.
- (C) Laparotomia exploradora com coledocotomia e drenagem da cavidade.
- (D) Ecoendoscopia no pós-operatório.

