

**ÁREAS DE ATUAÇÕES**  
**Cirurgia Geral – Programa Avançado**



Universidade de São Paulo



vencerás pela  
educação



**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 ABREVIACÕES E VALORES DE REFERÊNCIA

<u>LISTA DE ABREVIACÕES</u>	<u>VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)</u>
AA – Ar ambiente	<b>Sangue (bioquímica e hormônios):</b>
AU – Altura Uterina	Albumina = 3,5 a 5,2 g/dL
AAS – Ácido Acetilsalicílico	Bilirrubina total = 0,2 a 1,1 mg/dL
BCF – Batimentos Cardíacos Fetais	Bilirrubina direta = 0,0 a 0,3 mg/dL
BEG – Bom Estado Geral	Bilirrubina indireta = 0,2 a 1,1 mg/dL
bpm – Batimentos por Minuto	Cálcio iônico = 1,1 a 1,4 mmol/L
Ca <sup>2+</sup> – Cálcio	Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL
Cl <sup>-</sup> – Cloro	Relação albuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina
Cr – Creatinina	Desidrogenase láctica = menor que 225 UI/L
DUM – Data da Última Menstruação	Ferritina: homens = 26 a 446 µg/mL
ECG – Eletrocardiograma	mulheres = 15 a 149 µg/mL
FA – Fosfatase Alcalina	Ferro sérico: homens = 65 a 175 µg/dL
FC – Frequência Cardíaca	mulheres = 50 a 170 µg/dL
FR – Frequência Respiratória	Fósforo = 2,5 a 4,5 mg/dL
FSH – Hormônio Folículo Estimulante	Globulina = 1,7 a 3,5 g/dL
GGT – Gamaglutamiltransferase	LDL = desejável de 100 a 129 mg/dL
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica	HDL = desejável maior que 40 mg/dL
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> – Bicarbonato	Triglicérides = desejável de 100 a 129 mg/dL
Hb – Hemoglobina	Glicemia em jejum = 75 a 99 mg/dL
Ht – Hematócrito	Magnésio = 1,6 a 2,6 mg/dL
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio	Potássio = 3,5 a 5,1 mEq/L
IC <sub>95%</sub> – Intervalo de Confiança de 95%	Proteína total = 6,5 a 8,1 g/dL
IMC – Índice de Massa Corpórea	PSA = menor que 4 ng/mL
irpm – Incursões Respiratórias por Minuto	Sódio = 136 a 145 mEq/L
IST – Infecção Sexualmente Transmissível	TSH (de 20 a 60 anos) = 0,45 a 4,5 mUI/mL
K <sup>+</sup> – Potássio	T4 Livre = 0,9 a 1,8 ng/dL
LH – Hormônio Luteinizante	PTH = 10 a 65 pg/mL
mEq – Miliequivalente	Testosterona livre: homens = 131 a 640 pmol/L
Mg <sup>2+</sup> – Magnésio	mulheres = 2,4 a 37,0 pmol/L
mmHg – Milímetros de Mercúrio	Estradiol: fase folicular = 1,2 a 23,3 ng/dL
MMII – Membros Inferiores	pico ovulatório = 4,1 a 39,8 ng/dL
MMSS – Membros Superiores	fase lútea = 2,2 a 34,1 ng/dL
MV – Murmúrios Vesiculares	menopausa = até 5,5 ng/dL
Na <sup>+</sup> – Sódio	LH: fase folicular = até 12 UI/L
PA – Pressão Arterial	pico ovulatório = 15 a 100 UI/L
pCO <sub>2</sub> – Pressão Parcial de Gás Carbônico	fase lútea = até 15 UI/L
PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva	menopausa = acima de 15 UI/L
PEP – Profilaxia Pós-Exposição	FSH: fase folicular = até 12 UI/L
PrEP – Profilaxia Pré-Exposição	pico ovulatório = 12 a 25 UI/L
pO <sub>2</sub> – Pressão Parcial de Oxigênio	fase lútea = até 12 UI/L
POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i>	menopausa = acima de 30 UI/L
PS – Pronto-Socorro	Prolactina = até 29 µg/L (não gestante)
PSA – Antígeno Prostático Específico	Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL
REG – Regular Estado Geral	Amilase = 28 a 100 UI/L
RN – Recém-nascido	Lipase = inferior a 60 UI/L
SpO <sub>2</sub> – Saturação Percutânea de Oxigênio	Ureia = 10 a 50 mg/dL
TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato	GGT: homens: 12 a 73 UI/L
Aminotransferase	mulheres = 8 a 41 UI/L
TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina	Fosfatase alcalina: homens = 40 a 129 UI/L
Aminotransferase	mulheres = 35 a 104 UI/L
TSH – Hormônio Tireo-Estimulante	Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes)
UI – Unidades Internacionais	até 10 ng/mL (fumantes)
Ur – Ureia	Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm
UBS – Unidade Básica de Saúde	Vitamina D = > 20 ng/mL
USG – Ultrassonografia	<b>Sangue (hemograma e coagulograma):</b>
UTI – Unidade de Terapia Intensiva	Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL
<u>VALORES DE REFERÊNCIA PARA GASOMETRIA ARTERIAL</u>	
pH = 7,35 a 7,45	Hemoglobina glicada = 4,3 a 6,1%
pO <sub>2</sub> = 80 a 100 mmHg	Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 32 a 36 g/dL
pCO <sub>2</sub> = 35 a 45 mmHg	Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg
Base Excess (BE) = -2 a 2	Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> = 22 a 28 mEq/L	Amplitude de distribuição dos glóbulos vermelhos (RDW) = 11 a 14%
SpO <sub>2</sub> > 95%	Leucócitos = 3.400 a 8.300/mm <sup>3</sup>
<u>VALORES DE REFERÊNCIA DE Hb PARA CRIANÇAS</u>	
Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL	Neutrófilos = 1.500 a 5.000/mm <sup>3</sup>
2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL	Eosinófilos = 20 a 420/mm <sup>3</sup>
6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL	Basófilos = 10 a 80/mm <sup>3</sup>
2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL	Linfócitos = 1.000 a 3.000/mm <sup>3</sup>
6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL	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

**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 epigástrico e plenitude pós-prandial, realizou ecoendoscopia gástrica com lesão subepitelial 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:

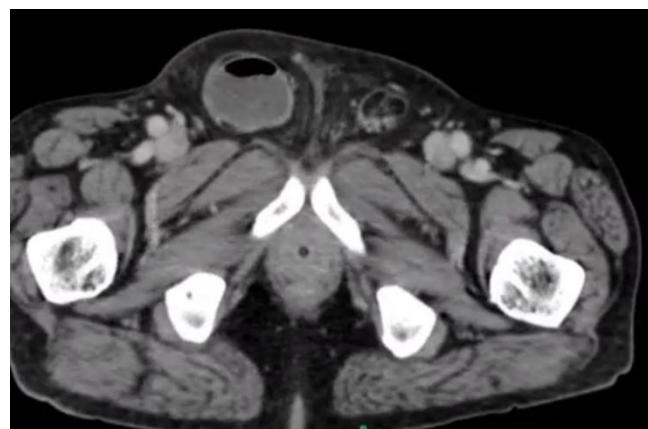


Em relação ao caso apresentado, qual é o diagnóstico provável?

- (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 clipes 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 8<sup>a</sup> 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>).

**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, confirmado 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.

**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 inguinotomia 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.

**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.

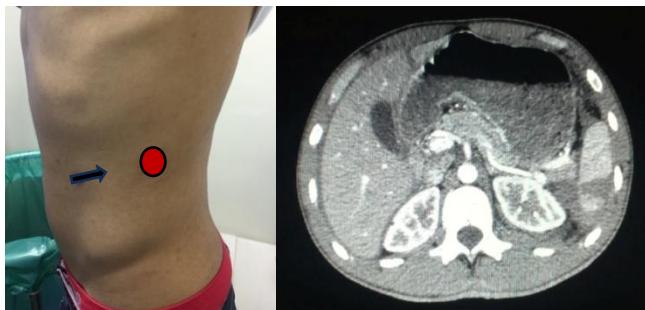
**11**

Paciente com choque séptico de foco abdominal, com rebaixamento importante do nível de consciência devido a delirium, 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 midazolan.
- (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 rafia do defeito é considerado 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:

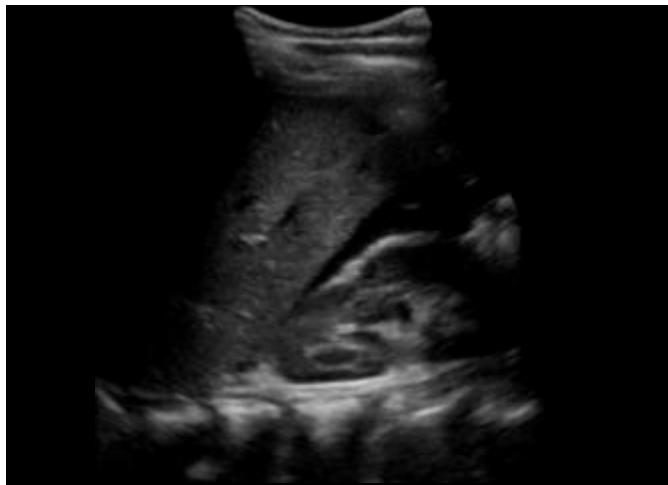


Na avaliação do caso apresentado, pode-se afirmar:

- (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 cristaloides 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/m<sup>2</sup>, 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 120×80 mmHg e frequência cardíaca de 80 bpm e abdome globoso, doloroso à palpação em hipogástrico e fossa ilíaca esquerda com sinais de irritação peritoneal. Leucocitose de 18.200 células/mm<sup>3</sup> 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 colón 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 anatomo-patológico: 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 pericôlicos 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.

