

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (FUB) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB)



APLICAÇÃO: 2019

MANHÃ

PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO
NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

CADERNO DE PROVA OBJETIVA

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno de prova, confira inicialmente se os seus dados pessoais, transcritos acima, estão corretos e coincidem com o que está registrado na sua Folha de Respostas. Confira também o seu nome em cada página numerada deste caderno de prova (desconsidere estas instruções, caso se trate de caderno de prova reserva). Em seguida, verifique se ele contém a quantidade de itens indicada em sua Folha de Respostas, correspondentes à prova objetiva. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito e(ou) apresente divergência quanto aos seus dados pessoais, solicite, de imediato, ao(a) aplicador(a) de prova mais próximo(a) que tome as providências necessárias.
- 2 Durante a realização da prova, não se comunique com outros(as) candidatos(as) nem se levante sem autorização de um(a) dos(as) aplicadores(as) de prova.
- 3 Na duração da prova, está incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer da prova — e ao preenchimento da **Folha de Respostas**.
- 4 Ao terminar a prova, chame o(a) aplicador(a) de prova mais próximo(a), devolva-lhe a sua **Folha de Respostas** e deixe o local de prova.
- 5 Nenhuma folha deste caderno pode ser destacada, exceto a **Folha de Respostas**, cujo cabeçalho será destacado pelo(a) chefe de sala ao final da prova, para fins de desidentificação.
- 6 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno ou na **Folha de Respostas** implicará a anulação da sua prova.

OBSERVAÇÕES:

- Não serão conhecidos recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.



UnB | HUB



Cebraspe

Centro Brasileiro de Pesquisa em Avaliação
e Seleção e de Promoção de Eventos

INFORMAÇÕES ADICIONAIS: 0(XX) 61 3448-0100 | www.cebraspe.org.br | sac@cebraspe.org.br

VOCE
SABIA?

O Cebraspe é o detentor exclusivo do **Método Cespe** de realização de avaliações, certificações e seleções. Esse método está em constante evolução, sendo desenvolvido e aperfeiçoado a partir de pesquisas acadêmicas, algoritmos, processos estatísticos e outras técnicas sofisticadas. Tudo isso para entregar resultados confiáveis, obtidos com inovação e alta qualidade técnica.

O CEBRASPE TRABALHA PARA OFERECER O MELHOR!

- Cada um dos itens da prova objetiva está vinculado ao comando que imediatamente o antecede. De acordo com o comando a que cada um deles esteja vinculado, marque, na **Folha de Respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a Folha de Respostas, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.
- Caso haja item(ns) constituído(s) pela estrutura **Situação hipotética**: ... seguida de **Assertiva**: ..., os dados apresentados como situação hipotética deverão ser considerados premissa(s) para o julgamento da assertiva proposta.
- Eventuais espaços livres — identificados ou não pela expressão “Espaço livre” — que constarem deste caderno de prova poderão ser utilizados para rascunho.

PROVA OBJETIVA

OBSTETRÍCIA/GINECOLOGIA

Com relação a anatomia pélvica, julgue os itens a seguir.

- 1 A artéria uterina, que passa por cima dos ligamentos cardinais, está próxima do ureter, que passa por baixo dos ligamentos cardinais, o que deve ser observado durante o procedimento de histerectomia total.
- 2 Durante uma histerectomia abdominal, caso ocorra hemorragia excessiva que não cesse com as medidas habituais, deve-se fazer a ligadura das artérias uterinas com a artéria ilíaca externa.
- 3 Durante um procedimento por via vaginal, é possível encontrar um cisto do ducto de Gartner, que é remanescente dos ductos de Müller.
- 4 Após procedimento de ooforectomia bilateral para tratamento de endometriose ovariana em pacientes no período menarca, a reposição hormonal só poderá ser iniciada 18 meses após o início dos sintomas.
- 5 A vídeo-histeroscopia cirúrgica é o tratamento de escolha para pacientes portadoras de mioma uterino submucoso que desejem manter o útero.

Com relação a planejamento familiar e infertilidade conjugal, julgue os seguintes itens.

- 6 O risco de gestação ectópica é menor em pacientes usuárias de dispositivo intrauterino (DIU) de cobre do que em mulheres que não utilizam nenhum método contraceptivo. Entretanto, o DIU de cobre é mais eficaz para evitar gravidez tópica do que para evitar gravidez ectópica.
- 7 O índice de Pearl consiste no número de gestações ocorridas em 100 mulheres que utilizam determinado método contraceptivo no período de um ano.
- 8 O sistema intrauterino (SIU) de levonorgestrel é o método contraceptivo de escolha para pacientes portadoras de lúpus eritematoso sistêmico com a presença de anticorpos antifosfolípides.
- 9 O SIU de levonorgestrel aumenta o risco de sangramento uterino abundante em mulheres em terapia anticoagulante crônica, razão pela qual ele é contraindicado nessas situações clínicas.
- 10 Nas técnicas de reprodução assistida, indica-se a injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI) caso o número de oócitos captados seja inferior a cinco.
- 11 Devem ser feitas até o quinto dia do ciclo menstrual a avaliação da reserva ovariana pela dosagem de hormônio antimülleriano (AMH) e a contagem de folículos antrais por meio de ecografia transvaginal.

Acerca de endocrinologia reprodutiva, julgue os itens subsequentes.

- 12 A síndrome de Savage causa amenorreia de etiologia ovariana e cursa com ovários morfológicamente normais, folículos normais e elevação dos níveis de FSH e LH.
- 13 No tratamento da amenorreia por hipogonadismo hipergonadotrófico, se houver cromossomo Y, o tratamento clínico deverá ser instituído o mais precocemente possível, pois devem ser preservadas as gônadas e a fertilidade futura da paciente.
- 14 A endometriose pode aumentar em 2 a 3 vezes o risco de câncer de ovário, principalmente tumores epiteliais de baixo grau.
- 15 Na disgenesia gonadal mista, o cariótipo mais frequentemente encontrado é o 46,XX e a cromatina é positiva.

Com referência a síndromes hipertensivas durante a gestação, julgue os próximos itens.

- 16 O diagnóstico de proteinúria na pré-eclâmpsia é feito com base em amostra única.
- 17 Se os valores absolutos da pressão arterial estiverem abaixo de 140 mmHg × 90 mmHg, um aumento de 30 mmHg na pressão sistólica ou de 15 mmHg na pressão diastólica não deverá ser usado como critério diagnóstico de pré-eclâmpsia.
- 18 **Situação hipotética**: Uma paciente deu entrada no pronto-socorro apresentando quadro clínico caracterizado por encefalopatia hipertensiva, pressão arterial diastólica de 110 mmHg e presença de esquizócitos em esfregaços de sangue periférico. **Assertiva**: Nessa situação, o diagnóstico mais provável é pré-eclâmpsia grave.
- 19 Em gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia que tenham aumento rápido de peso e edema facial, é necessário realizar monitorização rigorosa da pressão arterial e detectar proteinúria. Nesse caso, se for constatado aumento pressórico, a reavaliação da paciente deverá ser realizada uma semana após essa constatação.
- 20 A monitorização fetal em gestante com pré-eclâmpsia leve consiste na contagem diária de movimentos fetais, na avaliação, a cada três semanas, do crescimento fetal e do líquido amniótico e na cardiotocografia basal, em caso de disponibilidade.
- 21 São critérios para antecipação do parto em pacientes com pré-eclâmpsia grave comprometimento dos testes de avaliação da vitalidade fetal, oligoidrâmnio e restrição do crescimento fetal.

Acerca de diabetes e gestação, julgue os itens a seguir.

- 22 O rastreamento é considerado positivo no caso de diabetes em gestantes com nível plasmático de glicemia de jejum igual ou superior a 85 mg/dL e(ou) no caso de haver qualquer fator de risco para o diabetes gestacional.
- 23 **Situação hipotética:** Em determinada paciente, foram realizados dois exames que revelaram glicemia plasmática de jejum superior a 126 mg/dL. **Assertiva:** Nesse caso, os níveis glicêmicos constatados nos exames não são suficientes para confirmação do diagnóstico de diabetes gestacional, sendo necessário realizar também teste de tolerância oral à glicose.
- 24 Hipoglicemiantes orais devem ser utilizados na prática clínica de gestantes com diabetes gestacional.
- 25 É um critério para uso de insulina o crescimento fetal exagerado acima do percentil 75 em ecografias obstétricas realizadas entre 29 e 33 semanas de gestação.

A respeito da síndrome pré-menstrual ou tensão pré-menstrual (TPM), julgue os itens a seguir.

- 26 Embora drogas antidepressivas nem sempre estejam associadas ao alívio total das queixas pré-menstruais, os psicoterápicos, como os inibidores de recaptção de serotonina, constituem o tratamento padrão ouro para os casos mais severos de síndrome pré-menstrual, podendo ser utilizados de forma contínua ou somente durante a fase lútea do ciclo menstrual.
- 27 O uso de contraceptivos orais combinados tem produzido resultados favoráveis, pois possibilita a diminuição dos sintomas fisiológicos e emocionais da TPM, promovendo a manutenção dos níveis estáveis de hormônios e minimizando os efeitos colaterais do sangramento de privação. Além disso, a escolha do componente progestagênico, usado na combinação do contraceptivo, influencia no controle da sintomatologia da TPM, com destaque positivo para a drospirenona.
- 28 **Situação hipotética:** Uma paciente de trinta e dois anos de idade compareceu a consulta ambulatorial queixando-se de que, na fase pré-menstrual de seus dois últimos ciclos menstruais, havia notado piora em sua ansiedade; humor depressivo; irritabilidade; insônia; e fadiga — o que prejudicava sua convivência social. Informou ainda que já havia apresentado quadro semelhante anteriormente. **Assertiva:** Nesse caso, o diagnóstico provável é de transtorno disfórico pré-menstrual.
- 29 Algumas sessões de acupuntura no tratamento da síndrome pré-menstrual promove redução significativa dos sintomas, embora a frequência dessa prática afete diretamente o resultado final, principalmente quando realizada durante a fase lútea do ciclo menstrual.
- 30 O tratamento da mastalgia cíclica a base de dieta rica em farinha de linhaça, com redução no consumo de cafeína e de refrigerantes, associado a suplementação de vitamina E na dose de 400 UI/dia é mais eficaz que a terapia com placebo e(ou) anti-inflamatórios tópicos.

No que diz respeito ao climatério, julgue os itens subsecutivos.

- 31 No climatério, os intervalos entre os ciclos menstruais tendem, inicialmente, a se tornar mais curtos, podendo ocorrer aumento nos níveis do hormônio folículo-estimulante (FSH) e normalidade nos níveis do hormônio luteinizante. Essa elevação isolada inicial do FSH traduz uma redução da sensibilidade hipotálamo-hipofisária ao *feedback* do estradiol, que ainda se encontra em níveis normais, e a uma diminuição da inibina.
- 32 Na pós-menopausa, a maior parte da estrona, o estrogênio dominante, provém da conversão periférica de androstenediona — no tecido adiposo, no fígado, no cérebro, na medula óssea e nos músculos; a progesterona, por sua vez, origina-se da adrenal.
- 33 Na pós-menopausa, os níveis de prolactina aumentam e os níveis de hormônio gonadotrófico (GnRH) diminuem, e isso ocorre porque os mecanismos fisiológicos do organismo tentam compensar os baixos níveis de estrógenos em razão de os ovários não serem mais responsivos.
- 34 No esquema de terapia hormonal estro-progestagênico combinado contínuo, indicado nos casos de sintomas de tensão pré-menstrual e em mulheres com diagnóstico de mioma e endometriose, o estrogênio pode ser administrado por 25 dias no mês ou sem interrupção, ao passo que a progesterona deve ser introduzida entre o 12.º e o 14.º dia do mês.
- 35 Além de aliviar sintomas vasomotores, reduzir o risco de câncer colorretal, prevenir e tratar as atrofia vulvovaginais e melhorar a função sexual, a terapia hormonal pode diminuir o índice de fraturas osteoporóticas vertebrais e não vertebrais.

As infecções por transmissão sexual, quando não tratadas, podem evoluir para complicações crônicas no trato reprodutivo, gerando infertilidade e até mesmo neoplasias malignas. Com relação a esse assunto, julgue os itens seguintes.

- 36 Em pacientes alérgicas a penicilina com diagnóstico confirmado de sífilis primária, secundária ou latente recente, o tratamento medicamentoso alternativo pode ser feito com doxiciclina 100 mg via oral de 12 h em 12 h por 15 dias ou ceftriaxona 1 g por dia durante 8 dias a 10 dias.
- 37 **Situação hipotética:** Duas pacientes internadas na enfermaria de ginecologia receberam os resultados de padrões sorológicos, para a análise de infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) conforme apresentados a seguir. Resultado da paciente I: HBsAg positivo, anti-HBs negativo, anti-HBc IgM positivo, HBeAg positivo e anti-HBe negativo. Resultado da paciente II: HBsAg negativo, anti-HBs positivo, anti-HBc negativo, HBeAg negativo e anti-HBe negativo. **Assertiva:** O diagnóstico para a paciente I é de hepatite B aguda, e o diagnóstico para a paciente II é de hepatite B crônica com replicação viral ausente.
- 38 O rastreamento para sífilis em gestantes é feito com teste não treponêmico (VDRL), realizado na primeira consulta pré-natal e repetido entre a 24.ª e a 28.ª semanas de gestação e no momento do parto. Se o VDRL for positivo, deve ser feita confirmação com teste treponêmico e, confirmada a doença, o esquema terapêutico deverá seguir o esquema para não gestantes.

Em cada um dos itens a seguir é apresentado um caso clínico seguido de uma assertiva a ser julgada a respeito de complicações crônicas no trato reprodutivo.

- 39 Uma paciente de vinte e cinco anos de idade, G0P0, usuária de DIU, compareceu ao pronto atendimento com quadro clínico de lesões eritemato-papulosas múltiplas em pequenos lábios, grandes lábios, clitóris e fúrcula vaginal, com 3 mm no maior diâmetro, associadas a pequenas vesículas de conteúdo citrino e ulcerações dolorosas. A paciente relatou que o quadro havia se iniciado aproximadamente uma semana após ela ter mantido contato sexual com novo parceiro e que o quadro já durava duas semanas. O material coletado das lesões foi fixado em lâmina com álcool a 70%, para análise em microscópio. Os resultados evidenciaram multinucleação e balonização celular. Nesse caso, o diagnóstico da paciente é de primoinfecção herpética, podendo o tratamento ser feito com aciclovir 200 mg, via oral, de 4 h em 4 h, por 5 dias a 10 dias.
- 40 Uma paciente de vinte e oito anos de idade, G1P1, usuária de anticoncepcional hormonal oral, foi atendida no pronto atendimento com quadro clínico de lesão genital ulcerada, única, indolor, com fundo limpo e bordos endurecidos, associada à linfadenopatia satélite indolor. Nesse caso, a principal hipótese diagnóstica é de sífilis e o tratamento, após confirmação sorológica, pode ser feito com penicilina G benzatina intramuscular, em 3 doses semanais de 2.400.000 UI.

Uma paciente de trinta anos de idade, G2P2, submetida à laqueadura tubária havia um ano, compareceu a consulta médica com quadro de fluxos menstruais de volume e duração aumentados, associados a dismenorria. No exame físico, percebeu-se útero em retroversão, aumentado em volume e amolecido ao toque vaginal. A ultrassonografia transvaginal revelou útero com volume global aumentado, ecotextura miometrial heterogênea com áreas de ecogenicidade diminuída e com estrias subendometriais lineares de padrão radial, sem outros achados.

A partir do caso clínico apresentado, julgue os itens subsequentes.

- 41 As hipóteses diagnósticas para essa paciente incluem adenomiose, leiomiomas uterinos, endometriose, hiperplasia endometrial, pólipos endometriais e adenocarcinoma endometrial.
- 42 A maioria dos casos de adenomiose pode ser identificada em úteros de pacientes multiparas. Além da paridade, são fatores de risco para a adenomiose a menarca antes dos onze anos de idade, os ciclos menstruais com duração menor que 25 dias, o sobrepeso e a obesidade.
- 43 Entre os critérios de maior especificidade diagnóstica para adenomiose na ressonância magnética incluem-se os pontos de alta intensidade no miométrio, o espessamento maior que 12 mm da zona juncional e o comprometimento superior a 40% da espessura miometrial total.
- 44 O SIU de levonorgestrel é uma das melhores escolhas entre as modalidades medicamentosas de tratamento para adenomiose; seu mecanismo de ação baseia-se na atividade antiestrogênica semelhante à dos agonistas do GnRH, com redução do volume uterino e melhora dos sintomas.
- 45 Nos casos de adenomiose com comprometimento miometrial extenso, tendo havido falha de alternativas terapêuticas e quando a preservação da fertilidade não é uma preocupação, a histerectomia terapêutica é indicada.

Uma paciente de trinta e nove anos de idade, G2P2, usuária de DIU de cobre havia dois anos, compareceu ao ambulatório de mastologia com quadro de nodulação indolor em mama direita, notado havia 30 dias. O exame de mamografia realizado duas semanas antes mostrou imagem nodular irregular, espiculada, parcialmente obscurecida, associada a microcalcificações pleomórficas agrupadas, em quadrante superolateral de mama direita. A ultrassonografia mamária realizada na mesma época da mamografia evidenciou nodulação de 2,1 cm com margens indistintas. A paciente já havia sido submetida a biópsia com agulha grossa, cujo resultado anatomopatológico revelou tratar-se de carcinoma ductal invasivo grau 2. O resultado da imuno-histoquímica foi positivo para receptores de estrógeno (90%), progesterona (80%), índice de proliferação KI-67 de 60% e a expressão de HER-2 em ++/+++.

O exame físico evidenciou nodulação palpável, endurecida, 2,5 cm em quadrante superolateral da mama direita, com expressão mamilar negativa e presença de linfonomegalia axilar homolateral de 2,0 cm, única, não aderida, endurecida.

Com referência ao caso clínico apresentado, julgue os itens que se seguem.

- 46 Deve-se indicar para essa paciente o estadiamento sistêmico da doença com a finalidade de avaliar a presença ou não de implantes secundários do tumor nos seguintes sítios comuns de acometimento metastático: sistema nervoso central, ossos e trato gastrointestinal.
- 47 Recomenda-se a realização de teste de hibridização *in situ* por imunofluorescência (FISH) para confirmar a positividade da expressão do HER-2, pois o resultado deste no exame de imuno-histoquímica convencional foi inconclusivo.
- 48 Entre as vantagens do emprego de quimioterapia neoadjuvante no tratamento do câncer de mama estão: reduzir o tamanho do tumor, o que possibilitará cirurgia menos mutilante, e avaliar a sensibilidade tumoral aos quimioterápicos utilizados.

Paciente de cinquenta e dois anos de idade, nulípara, que entrara na menopausa havia 3 anos, compareceu a consulta ambulatorial na mastologia com quadro de nodulações palpáveis em ambas as mamas e mastalgia acíclica. A paciente informou ter uma prima com diagnóstico de câncer de mama, mas que já havia sido tratado. No exame físico, as inspeções estática e dinâmica estavam normais e foram palpadas nodulações de consistência cística, não aderidas e bem delimitadas, de até 2 cm, bilateralmente. Houve saída de secreção esverdeada, multiductal, bilateral à expressão mamilar e os cavos axilares estavam normais. O exame de ultrassom de mamas realizado havia 2 meses mostrou múltiplos cistos simples bilaterais, associados a sinais de ectasia ductal. Não foram observados nódulos sólidos. A paciente informou que nunca tinha feito mamografia.

Com relação a esse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 49 No caso em questão, o exame mamográfico só deve ser realizado após a punção esvaziadora dos cistos simples, para maior acurácia desse exame.
- 50 De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, essa paciente deve ser submetida a mamografia de rastreio bianual até os sessenta e nove anos de idade, uma vez que, antes dessa faixa etária, as mulheres tendem a ter maior densidade mamária, o que reduz a sensibilidade de detecção desse exame, podendo ser necessária a realização de mais exames complementares.

CIRURGIA-GERAL

Com base nas recomendações do projeto Acerto, julgue os itens a seguir.

- 51 A ingestão de líquido claro composto de carboidratos deve ser incentivada duas horas antes das cirurgias.
- 52 O volume máximo de líquidos a ser prescrito no pós-operatório é de 40 mL/kg.
- 53 A lavagem mecânica do cólon é mandatória em procedimentos de ressecção do intestino grosso.
- 54 É preconizado jejum de 12 horas para procedimento cirúrgico eletivo.
- 55 Para profilaxia de trombose venosa profunda, é recomendada a mobilização ultraprecoce.

Com relação à anatomia de nervos, julgue os itens que se seguem.

- 56 Os nervos laríngeos recorrem do vago sob as artérias subclávias de anterior para posterior, correndo no sulco traqueoesofageano até penetrar na laringe, logo acima da metade posterior da cartilagem cricoide.
- 57 Os dois grandes nervos que cruzam o tórax no sentido craniocaudal são o décimo par craneano e o frênico.
- 58 Os nervos vagos correm no pescoço, entre a carótida e a jugular, e, no tórax, correm lateralmente ao esôfago e entram no abdome, o direito anterior e o esquerdo posterior a este órgão.
- 59 O nervo frênico corre em sentido craniocaudal, na frente do hilo pulmonar, e penetra o diafragma, subdividindo-se em um ramo anterior e outro posterior na face abdominal do órgão. Essa característica explica o sinal de Kehr.
- 60 A eferência da dor visceral é via simpática em nervos que correm paralelos às artérias do intestino delgado e penetram a medula em L2 e L1.

A respeito das práticas de prevenção de infecção de sítio cirúrgico, julgue os itens subsequentes.

- 61 Antes de se submeter a cirurgia, o paciente deve tomar banho com degermante e fazer antisepsia preferencialmente com iodóforos em solução aquosa, para evitar irritação na pele preparada.
- 62 Deixou de ser preconizada a segunda dose de antibiótico profilático em cirurgias prolongadas.
- 63 O uso de escova para antisepsia das mãos é inadequado. Deve-se esfregá-las com sabão a base de clorhexidina ou com preparado de álcool.
- 64 Recomenda-se o uso de moxifloxacino em pacientes de alto risco, por sua ação em germes anaeróbicos.
- 65 O controle cirúrgico de foco deve ser realizado preferencialmente dentro de 24 horas após o diagnóstico, instituindo-se o antibiótico em até 60 minutos desde o diagnóstico.

Acerca do uso de antibióticos em infecções intra-abdominais, julgue os próximos itens.

- 66 Nas afecções não traumáticas, a perfuração de víscera é o ponto de corte para uso de tratamento em vez de profilaxia.
- 67 O tratamento de infecções intra-abdominais com uso de antibióticos deve ter curta duração, não devendo ultrapassar 4 dias.
- 68 Não se recomenda uso empírico de ampicilina-sulbactam para infecções intra-abdominais.
- 69 Recomenda-se o uso de tigeciclina em pacientes de alto risco.
- 70 Está preconizada a laparotomia programada para casos de peritonite difusa e o antibiótico deve ser mantido enquanto houver procedimentos programados.

Um homem de vinte e sete anos de idade deu entrada no pronto-socorro cirúrgico com quadro de dor abdominal persistente havia 3 dias. A dor tinha iniciado em epigástrio; após 12 horas, fixara-se na fossa ilíaca direita; e, em torno de 10 horas, espalhou-se para todo o abdome. O paciente apresentava vômito e sinais de irritação peritoneal. Em laparoscopia, foi observada secreção purulenta em toda a cavidade, apêndice vermiforme perfurado em ponta, mas base cecal sem alterações. Foi realizada apendicectomia e lavagem da cavidade, sem intercorrências. Nesse procedimento, que durou 1 hora e 45 minutos, o anestesista infundiu no paciente 1.000 mL de Ringer-lactato.

Considerando o caso clínico precedente, julgue os itens a seguir.

- 71 O regime antibiótico adequado para esse paciente deve prever ciprofloxacino e metronidazol antes da incisão na pele, devendo-se suspendê-lo no pós-operatório.
- 72 No pós-operatório desse paciente, preconiza-se volume total de líquidos na dosagem de 20 mL por kg de peso corporal.
- 73 A prescrição de potássio no pós-operatório imediato desse paciente não é necessária, em razão de a insulina estar com liberação reduzida.
- 74 A alimentação só deverá ser liberada para esse paciente quando ele liberar *flatus* ou, preferencialmente, evacuar.
- 75 No caso em apreço, a deambulação só deve ser incentivada 24 horas após a cirurgia.

A colecistectomia videolaparoscópica para tratamento da colelitíase é um dos procedimentos mais frequentemente realizados pelo cirurgião geral. Durante a realização desse procedimento, o cirurgião pode encontrar algumas dificuldades técnicas. A respeito desse assunto, julgue os itens a seguir.

- 76 São fatores de risco para lesão de via biliar profissional com menos de quarenta colecistectomias laparoscópicas realizadas como cirurgião principal, colecistite aguda, anomalia da via biliar e uso de material inadequado.
- 77 É obrigatória a realização da colangiografia intraoperatória durante a colecistectomia em pacientes portadores de vesícula intra-hepática total, procedimento fundamental para a segurança da identificação das variações da anatomia da região.
- 78 Não há modificação na técnica de inserção dos trocárteres nos pacientes hepatopatas.
- 79 A colecistectomia videolaparoscópica pode ser realizada sem restrição nos pacientes portadores de pneumopatia que sejam retentores crônicos de CO₂.

As colostomias são utilizadas para desviar o trânsito intestinal, no controle das lesões traumáticas e obstrutivas (origem diverticular e tumoral) dos cólons transverso, esquerdo e direito. Com relação a complicações dos estomas intestinais, julgue os itens que se seguem.

- 80** A retração da colostomia, observada precocemente, está relacionada com mobilização inadequada do cólon, presença de mesentério espesso e pesado, uso de corticoides, imunossupressão e desnutrição.
- 81** A hérnia paraestomal é mais frequente após as ileostomias do que após colostomias, ocorrendo mais frequentemente quando o posicionamento do estoma é realizado na incisão da laparotomia e quando a confecção de estomas é realizada em cirurgias de urgência.

A respeito da ressecção endoscópica de adenocarcinoma gástrico precoce, julgue os itens subsecutivos.

- 82** O ultrassom endoscópico é um exame de rotina que deve ser realizado na avaliação de lesões superficiais, antes da ressecção endoscópica.
- 83** Adenocarcinoma indiferenciado intramucoso, sem úlcera, e adenocarcinoma menor que 2 cm são indicações estendidas de ressecção endoscópica, segundo os critérios de Gotoda.
- 84** Nos pacientes portadores de adenocarcinoma bem diferenciado restrito à camada mucosa, sem ulceração e com diâmetro de 2 cm, sem invasão vascular, a mucosectomia e a dissecação submucosa apresentam resultados semelhantes no que se refere aos critérios de cura após ressecção.

O trauma cervical corresponde a cerca de 5% e 10% de todos os traumas, com uma mortalidade global em torno de 10%. O conhecimento anatômico é de suma importância para a correta abordagem das lesões traumáticas da região cervical. Com relação ao trauma cervical, julgue os próximos itens.

- 85** São sinais maiores de lesão cervical: escape de ar pelo local da lesão, hematoma pulsátil ou em expansão, sopro na ausculta ou frêmito, e enfisema subcutâneo extenso.
- 86** A angiotomografia computadorizada é considerada o método diagnóstico preferencial para o diagnóstico das lesões vasculares cervicais.
- 87** A base do tratamento das lesões traqueais ainda é a sutura, porém as lesões menores que 2 cm apenas da mucosa, com boa aposição das bordas, sem perda tecidual e sem escape de ar podem ser tratadas de forma conservadora, sem a necessidade da realização de sutura.
- 88** As lesões penetrantes do esôfago cervical devem ser tratadas com sutura em dois planos, fechamento da cervicotomia por planos, drenagem, em casos selecionados, e antibioticoterapia de largo espectro.

Um paciente em pós-operatório tardio de gastroplastia deu entrada ao pronto-socorro por ter apresentado quadro de enterorragia, com repercussão hemodinâmica. Após a realização da ressuscitação volêmica, com boa resposta, o paciente foi transferido para unidade de terapia intensiva. Foi realizada endoscopia digestiva alta, pela qual se identificou uma úlcera na parte intestinal da anastomose gastrojejunal, com coágulo aderido. Foram realizadas exaustiva irrigação, sem deslocamento do coágulo, e injetoterapia com 20 mL de solução hipertônica de adrenalina 1:20.000 + glicose 25%, com boa resposta.

Acerca do caso clínico precedente, julgue os itens a seguir.

- 89** Não é obrigatório, nesse caso, o *second look* endoscópico 48 h após o procedimento.
- 90** Deveria ser realizada obrigatoriamente outra terapia endoscópica associada nesse caso.

Paciente de setenta e cinco anos de idade, hígida, foi submetida à endoscopia digestiva, pela qual se identificou a presença de lesão submucosa na parede posterior do fundo gástrico, medindo 27 mm × 30 mm. A paciente foi submetida posteriormente a ecoendoscopia, com realização de biópsia por punção. O exame histopatológico mostrou GIST gástrico com 10 mitoses/50 CGA. A imuno-histoquímica mostrou CD117 +, DOG-1 + e SMA -. Tomografia computadorizada de abdome com contraste não evidenciou acometimento ganglionar ou metástases hepáticas.

Tendo o caso clínico precedente como referência, julgue os itens seguintes, a respeito da conduta terapêutica.

- 91** A paciente apresenta critérios de indicação de tratamento cirúrgico com ressecção por videolaparoscopia.
- 92** Se a abordagem cirúrgica for realizada, a conduta adequada será a ressecção em cunha do estômago com linfadenectomia associada.

Um paciente de cinquenta e cinco anos de idade fora submetido a cura cirúrgica do refluxo com realização de fundoplicadura a Nissen Rossetti havia oito anos. O paciente teve ganho ponderal importante após o procedimento, tendo passado a apresentar IMC de 36. Encontrava-se assintomático até um ano atrás, quando passou a apresentar queimação retroesternal, episódios de disfagia e regurgitação. Foi submetido a endoscopia digestiva alta, que identificou esofagite erosiva por refluxo grau C de Los Angeles, alargamento da hiato-plastia com migração da válvula, com a mesma torcida, frouxa e localizada acima do pinçamento do diafragma.

A respeito do quadro clínico apresentado, julgue os itens que se seguem.

- 93** O paciente referido apresenta três das principais indicações para reoperação: recidiva da doença do refluxo gastroesofágico, disfagia e hérnia paraesofágica.
- 94** Está indicado, como tratamento inicial, o uso de inibidor de bomba de prótons de forma contínua, visto que a mortalidade e a morbidade são maiores com a realização da reoperação, cujo sucesso chega, no máximo, a 60% em centros de referência.
- 95** Uma opção terapêutica possível, caso haja anuência do paciente, é a realização de redução gástrica com derivação gastrojejunal em Y de Roux.

Com relação ao traumatismo abdominal contuso com lesão de vísceras parenquimatosas, julgue os próximos itens.

- 96** A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica é um exame mais sensível e específico que a tomografia computadorizada para identificação de lesão do ducto Wirsung em pacientes vítimas de traumatismo pancreático com lesão do ducto Wirsung de forma associada.
- 97** Durante a abordagem cirúrgica do trauma hepático, quando há sangramento vindo do parênquima hepático em uma laceração mais profunda, pode ser utilizada a manobra de Pringle. A interrupção do sangramento após o início dessa manobra confirma que a origem do sangramento são ramos da artéria hepática ou ramos da veia porta.
- 98** Na maioria dos casos, pode ser adotada conduta conservadora para o trauma esplênico, sendo essa conduta contraindicada quando o paciente apresentar rebaixamento do nível de consciência e traumatismo penetrante.
- 99** Durante laparotomia exploradora de trauma abdominal, as lesões esplênicas grau III e grau IV devem ser abordadas com sutura e colocação de *patch* de omento ou segmentectomia.
- 100** O tratamento cirúrgico de lesões duodenopancreáticas complexas em pacientes com distúrbio hemodinâmico deve ser realizado nas seguintes etapas: controle do sangramento e da contaminação, transferência do paciente para a terapia intensiva, com reabordagem cirúrgica apenas 72 h depois.

Espaço livre
