



**PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO ANO DE 2024  
– PSRM 2024**

**EDITAL Nº 1 – COREME/UFPA, DE 26 DE SETEMBRO DE 2023**

**PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA COM  
EXIGÊNCIA DE PRÉ-REQUISITO EM  
CIRURGIA GERAL**

**CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO**

**19 DE NOVEMBRO DE 2023**

**BOLETIM DE QUESTÕES**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Nº de Inscrição:** \_\_\_\_\_

**LEIA COM MUITA ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES SEGUINTEs.**

- 1 Confira se o Boletim que você recebeu corresponde a especialidade a qual você está inscrito, conforme consta no seu cartão de inscrição e cartão-resposta. Caso contrário comunique ao fiscal de sala.**
- 2 Este Boletim contém a PROVA OBJETIVA.**
- 3 O Boletim de Questões consistirá de 20 (vinte) questões de múltipla escolha, de Conhecimentos Específicos em Cirurgia Geral. Cada questão objetiva apresenta 5 (cinco) alternativas, identificadas por (A), (B), (C), (D) e (E), das quais apenas uma é correta.**
- 4 Confira se, além deste Boletim, você recebeu o Cartão-Resposta destinado à marcação das respostas das questões objetivas.**
- 5 É necessário conferir se a prova está completa e sem falhas, bem como se seu nome e o número de sua inscrição conferem com os dados contidos no Cartão-Resposta. Em caso de divergência, comunique imediatamente ao fiscal de sala.**
- 6 O Cartão-Resposta só será substituído se nele for constatado erro de impressão. Será de exclusiva responsabilidade do candidato a certificação de que o Cartão-Resposta que lhe for entregue no dia da prova é realmente o seu. Após a conferência, assine seu nome no espaço próprio do Cartão-Resposta.**
- 7 A marcação do Cartão-Resposta deve ser feita com caneta esferográfica de tinta preta ou azul.**
- 8 No Cartão-Resposta não serão computadas as questões cujas alternativas estiverem sem marcação, com marcação a lápis ou com marcação com caneta de cor não especificada no edital, com mais de uma alternativa marcada e aquelas que contiverem qualquer espécie de corretivo sobre as alternativas.**
- 9 O Cartão-Resposta será o único documento considerado para a correção. O Boletim de Questões deve ser usado apenas como rascunho e não valerá, sob hipótese alguma, para efeito de correção.**
- 10 O tempo disponível para esta prova é de quatro horas, com início às 14h30 e término às 18h30, observado o horário de Belém/PA.**
- 11 O candidato deverá permanecer obrigatoriamente no local de realização da prova por, no mínimo, 2 (duas) horas após o início da prova.**
- 12 Ao terminar a prova, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o Boletim de Questões e o Cartão-Resposta, e assinar a Lista de Presença.**
- 13 O candidato poderá levar o boletim de questões restando 60 minutos para o término da prova.**



MARQUE A ÚNICA ALTERNATIVA CORRETA NAS QUESTÕES DE 1 A 20.

### CIRURGIA GERAL

- 1 Paciente portador de megaesôfago grau III vem evoluindo com disfagia mesmo após dilatação com balão, indicado tratamento cirúrgico. Com base nesse quadro clínico do paciente, o procedimento a ser realizado é
- (A) Esofagectomia subtotal com anastomose esofagogástrica cervical.
  - (B) Cardiomiectomia com funduplicatura.
  - (C) Esofagectomia distal com anastomose esofagogástrica intratorácica.
  - (D) Funduplicatura com hiatoplastia.
  - (E) Cardiomiectomia com piloroplastia.
- 2 Paciente portador de DRGE com queixas de pirose e eructação frequente refratária ao tratamento medicamentoso. Com base nesse caso, o tratamento cirúrgico mais indicado é
- (A) Gastrectomia subtotal com reconstrução do trânsito em y Roux.
  - (B) Esofagectomia Distal com esôfagogastranastomose torácica.
  - (C) Cardiomiectomia com funduplicatura Pinotti.
  - (D) Funduplicatura a Nissen com hiatoplastia.
  - (E) Esofagectomia subtotal com esofagogastranastomose cervical.
- 3 Quanto às afirmativas seguintes, está **INCORRETO** afirmar:
- (A) Nos pacientes portadores de obstrução intestinal completa por neoplasia colorretal, a Colonoscopia, por ser o exame padrão ouro para diagnóstico, deve ser indicada com urgência.
  - (B) O objetivo do tratamento cirúrgico para o câncer colorretal consiste na ressecção dos tumores com margens de segurança adequadas, linfadenectomia regional e restabelecimento do trânsito intestinal, sempre que possível.
  - (C) A radioterapia pré-operatória, combinada com a quimioterapia no câncer colorretal, deve ser oferecida àqueles pacientes portadores de lesões de reto médio e baixo localmente avançadas.
  - (D) O tratamento neoadjuvante para tumores de cólon volumosos que exijam ressecções multiviscerais ainda não se encontra bem estabelecido por falta de evidências clínicas que demonstrem vantagens no tratamento dessas lesões em comparação às cirurgias “up front”.
  - (E) A confirmação de comprometimento linfonodal no estadiamento patológico de um câncer colorretal já indica, por si, a necessidade de quimioterapia adjuvante.
- 4 Quanto ao câncer de canal anal, é correto afirmar que
- (A) os adenocarcinomas cloacogênicos correspondem ao tipo histológico mais prevalente.
  - (B) o hábito sexual de coito anal e a infecção por HPV não correspondem a fatores de risco para essa neoplasia.
  - (C) o tratamento cirúrgico com amputação abdominoperineal de reto e canal anal é considerado o tratamento de primeira linha para lesões localizadas.
  - (D) é a neoplasia mais frequente que a neoplasia de reto.
  - (E) sua disseminação ocorre preferencialmente por via linfática para gânglios inguinais e mesentéricos.



- 5 Quanto ao tratamento dos tumores de pâncreas, é correto afirmar:
- (A) As lesões classificadas como Borderlines indicam contato com os vasos (veias e artérias) da região e maior probabilidade de persistir doença residual após ressecções.
  - (B) A cirurgia de Whipple, que corresponde à gastroduodenopancreatectomia, é considerada o tratamento cirúrgico de escolha para todos os tumores de pâncreas.
  - (C) Quando identificamos uma lesão localmente avançada nos tumores de cabeça pancreática, devemos encaminhar o paciente imediatamente para tratamento sistêmico, com o cuidado de obtermos biópsias para confirmação histológica, deixando para introduzir prótese biliar apenas se ocorrer colangite associada.
  - (D) São tumores geralmente ressecáveis ao diagnóstico, com chance de sobrevida em torno de 60% em 5 anos.
  - (E) A presença de linfonodos positivos na análise de congelação intraoperatória não modifica o prognóstico e muito menos a programação cirúrgica.
- 6 Paciente tabagista de longa data, 66 anos, emagrecido, com diagnóstico de adenocarcinoma de antro gástrico úlcero-infiltrativo, circunferencial subestenotante, ECOG-1. Realiza exames de estadiamento, com TC de tórax demonstrando lesão espiculada de partes moles em lobo inferior de pulmão direito de 2,4 cm, sem derrame pleural, única. TC de abdome demonstrando espessamento de antro gástrico apenas. Com base no caso desse paciente, é correto afirmar:
- (A) Por se tratar de doença avançada com metástase pulmonar identificada, devemos encaminhar esse paciente aos cuidados da oncologia clínica para tratamento sistêmico exclusivo.
  - (B) Apesar de esta neoplasia ser avançada, devemos inicialmente indicar cirurgia para confeccionar um *by pass* através de uma gastroenteroanastomose para termos uma boa via alimentar e, posteriormente, encaminhar à oncologia clínica para tratamento paliativo.
  - (C) Por se tratar de um paciente tabagista e por ter uma lesão espiculada única pulmonar, sem lesões hepáticas e peritoneais identificadas na TC de abdome, não podemos deixar de considerar a possibilidade de tratar-se de dois tumores primários, condicionando a necessidade de biópsia da lesão pulmonar primeiramente, antes de definir a estratégia de tratamento oncológico.
  - (D) De acordo com os dados epidemiológicos atuais do Instituto Nacional do Câncer, torna-se mais provável estarmos falando de uma neoplasia pulmonar com metástase gástrica.
  - (E) Esse paciente não será candidato à videolaparoscopia estadiadora para avaliação de carcinomatose peritoneal e escolha do tratamento subsequente.
- 7 Com base em um contexto de diagnóstico de câncer gástrico, são sinais da doença avançada quando há
- (A) identificação do nódulo de Virchow e perda de 10% de peso no último mês.
  - (B) icterícia e presença de nódulo da Irmã Maria José identificado no toque retal.
  - (C) tumores de Krukenberg vistos na tomografia de pelve e presença de varizes de esôfago na endoscopia digestiva alta.
  - (D) massa abdominal palpável em epigástrico, com presença de prateleira de Blumer na cicatriz umbilical.
  - (E) ascite com Piparote positivo e presença do nódulo de Irish na axila esquerda.



Considere o caso clínico abaixo para responder às questões de 8 a 10:

Paciente masculino, 63 anos, previamente hígido, dá entrada no Pronto Atendimento com queixa de dor em hipocôndrio direito, de início há 3 dias, associada a náuseas e vômitos. Relata que quadro teve início após ter ido a um churrasco. Conta também que já teve episódios de dor semelhante em outras ocasiões, porém de menor intensidade. De antecedentes, relata hipertensão e diabetes controlados.

Ao exame físico:

Paciente consciente, orientado, eupneico, temperatura axilar de 38°C, anictérico.

Aparelho respiratório sem alterações.

Aparelho cardiovascular: FC 93 bpm. PA 140 x 75 mmHg.

Abdome obeso, flácido, doloroso à palpação em hipocôndrio direito, sinal de Murphy presente, descompressão brusca dolorosa.

Hemoglobina 12,8 g%, Hematócrito 38%, Leucócitos 18.200

8 Com base no caso, é correto afirmar:

- (A) O melhor exame de imagem para ser feito é a Colangiressonância.
- (B) O fluxograma diagnóstico e terapêutico mais validado para essa situação é o Guideline de Tóquio.
- (C) Esse paciente encontra-se em colangite aguda.
- (D) Esse paciente apresenta evidências de coledocolitíase.
- (E) O paciente deve ser tratado com antibióticos e operado em outra ocasião, de maneira eletiva.

9 Ainda quanto a esse caso clínico, é correto afirmar:

- (A) Pelos critérios de Tóquio, esse paciente se encontra em colecistite aguda grau II.
- (B) O paciente apresenta síndrome de Mirizzi.
- (C) O paciente apresenta pancreatite aguda.
- (D) O paciente necessita fazer uma CPRE previamente à colecistectomia.
- (E) Pelo quadro clínico, o paciente não pode ser submetido à laparoscopia.

10 Segundo o mesmo caso clínico, é correto afirmar:

- (A) Na colecistectomia laparoscópica, a incidência de lesão de via biliar é inferior à cirurgia convencional.
- (B) O conceito de Visão Crítica de Segurança, proposto por Strasberg, não foi eficaz em reduzir a incidência de lesão de via biliar na laparoscopia.
- (C) Na impossibilidade de identificação das estruturas do hilo da vesícula, pode-se realizar uma colecistectomia parcial, com intuito de se evitar uma lesão de via biliar.
- (D) A realização de colangiografia intraoperatória não auxilia na identificação da anatomia biliar.
- (E) Esse paciente deve ser operado pelo menos após 4 dias do início dos sintomas, não antes.



- 11 Quanto ao carcinoma hepatocelular (CHC), é correto afirmar:
- (A) Nos pacientes cirróticos, é imprescindível a realização de biópsia, para diferenciação com nódulos de regeneração.
  - (B) Nos pacientes cirróticos, é possível o diagnóstico radiológico, desde que preenchidos os Critérios de Barcelona.
  - (C) No sistema de estadiamento BCLC, o estágio B é tratado com ressecção.
  - (D) Não é aceito *downstaging* de lesões para indicação de transplante.
  - (E) Presença de hepatocarcinoma é contraindicação para transplante de fígado.
- 12 Quanto às modalidades de tratamento do carcinoma hepatocelular, é correto afirmar:
- (A) Nos pacientes cirróticos, a ressecção está contraindicada, pelo alto risco de insuficiência hepática pós-operatória.
  - (B) Métodos ablativos (alcoólização, radiofrequência, micro-ondas, crioablação) são considerados apenas paliativos.
  - (C) Para pacientes cirróticos descompensados, com hepatocarcinoma dentro dos critérios de Milão, a melhor alternativa de tratamento é o transplante de fígado.
  - (D) O tratamento curativo que tem melhores resultados em hepatocarcinoma é o transplante, e os resultados não sofrem influência do número de nódulos nem de seu tamanho.
  - (E) Como a alfafetoproteína só está elevada em 1/3 dos pacientes com hepatocarcinoma, sua dosagem não influencia na tomada de decisão de tratamento.
- 13 Quanto às metástases hepáticas de câncer colorretal, é correto afirmar:
- (A) A ressecção não aumenta a sobrevida, mas melhora a qualidade de vida.
  - (B) Sempre devemos operar o tumor primário, antes de ressecar as metástases.
  - (C) Nas metástases sincrônicas ao tumor primário, não é necessária a quimioterapia neoadjuvante, procedendo sempre com a ressecção de princípio, tanto das metástases quanto do tumor primário.
  - (D) Nas ressecções maiores após neoadjuvância, é recomendado que o volume do remanescente hepático seja de, no mínimo, 40% do volume hepático total.
  - (E) Câncer colorretal metastático é considerado doença incurável, o que faz com que qualquer ressecção seja considerada fútil.
- 14 Quanto aos colangiocarcinomas, é correto afirmar:
- (A) Nos pacientes com icterícia obstrutiva por tumor de Klatskin, é necessário drenagem biliar pré-operatória, a fim de se reduzir o risco de insuficiência hepática pós-operatória.
  - (B) Nos colangiocarcinomas ressecáveis, sempre se faz quimioterapia neoadjuvante.
  - (C) Não existem fatores de risco conhecidos para o colangiocarcinoma.
  - (D) A presença de metástases linfonodais não impacta a sobrevida, desde que ressecados.
  - (E) Nem todos os pacientes ressecados têm indicação de terapia adjuvante.



- 15 Quanto aos tumores de vesícula biliar, é correto afirmar:
- (A) O tratamento do adenocarcinoma de vesícula biliar pode ser feito exclusivamente com radioterapia e quimioterapia.
  - (B) Quando encontrado carcinoma *in situ* após colecistectomia eletiva, é mandatória a ampliação de margens com hepatectomia.
  - (C) Em tumores com estágio até T1a, a colecistectomia padrão sem perfuração da vesícula é tratamento suficiente.
  - (D) Na cirurgia radical do câncer da vesícula biliar, é mandatória a ressecção da via biliar extra-hepática e reconstrução com hepaticojejunostomia em Y de Roux.
  - (E) Envolvimento de linfonodos intercavaoárticos é considerado uma doença regional, apresentando bom prognóstico se ressecado.
- 16 Anatomicamente, existem regiões no cólon em que o suprimento arterial é mais deficitário, sendo mais suscetíveis à isquemia, como a área de Griffith. Com base nessa informação, esse ponto corresponde à(ao)
- (A) linha pectínea.
  - (B) ângulo hepático do cólon.
  - (C) ângulo esplênico do cólon.
  - (D) transição sigmoideorretal.
  - (E) junção ileocecólica.
- 17 Homem, de 55 anos, dá entrada em pronto-socorro com quadro de diverticulite. Apresenta febre e dor abdominal. Foi submetido à laparotomia de urgência em que se evidenciou peritonite purulenta generalizada. Com base nesse quadro clínico, quanto à classificação de Hinchey do paciente, é correto afirmar que corresponde ao achado:
- (A) I
  - (B) II
  - (C) III
  - (D) IV
  - (E) V
- 18 A febre tifoide é uma doença bacteriana aguda, causada pela *Salmonella enterica* sorotipo Typh. Perfuração intestinal é a complicação mais séria da febre tifoide estimada por ser responsável por 25% das mortes. Como complicação dessa febre, o local mais frequente em que pode ocorrer perfuração intestinal é no
- (A) esôfago médio.
  - (B) esôfago terminal.
  - (C) jejuno proximal.
  - (D) íleo terminal.
  - (E) cólon direito.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
CENTRO DE PROCESSOS SELETIVOS  
PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO ANO DE 2024 – PSRM 2024  
EDITAL Nº 1 – COREME/UFPA, DE 26 DE SETEMBRO DE 2023  
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA COM EXIGÊNCIA DE PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL



- 19 Em pacientes com pancreatite crônica, apresentando dor refratária ao tratamento clínico, com ducto de Wirsung dilatado, o procedimento cirúrgico mais comumente realizado é
- (A) Pancreatectomia corpo-caudal com anastomose pandreatojejunal.
  - (B) Pancreatectomia corpo-caudal sem anastomose pandreatojejunal.
  - (C) Duedenopancreatectomia sem esplenectomia.
  - (D) Pancreatojejunostomia longitudinal.
  - (E) Pancreatectomia corpo-caudal com esplenectomia.
- 20 O insulinoma é um raro tumor de células beta pancreáticas que hipersecretam insulina. Sua manifestação clínica mais comum é conhecida como Tríade de Whipple. Com base no texto, quanto a essa tríade, os sintomas que a compõem são
- (A) icterícia, hipoglicemia e hipopotassemia.
  - (B) icterícia, massa palpável em hipocôndrio direito e diarreia.
  - (C) hipoglicemia, icterícia e acidose metabólica.
  - (D) hipoglicemia, sintomas neuroglicopênicos e alívio dos sintomas com administração de glicose.
  - (E) hipoglicemia, dor abdominal e alívio dos sintomas com administração de glicose.