

MEDICINA **A**

Residência **MÉDICA** UniCesumar

- ✓ Torne-se especialista
e atualize seu futuro
com sucesso.

Boa prova!



UniCesumar | 35 anos
EDUCAÇÃO PRESENCIAL E A DISTÂNCIA

CADERNO DE QUESTÕES DE MÚLTIPLA ESCOLHA

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

NOME

ASSINATURA

INSCRIÇÃO

BLOCO

Nº DA SALA

LUGAR

CIDADE - LOCAL DE PROVA



COREME - Comissão de Residência Médica

EDITAL Nº 002/2025 – COREME

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL

ESPECIALIDADE: COLOPROCTOLOGIA

Atenção!

Este caderno de questões é composto por 30 questões objetivas, numeradas sequencialmente. Confira atentamente os seus dados impressos no Cartão-Resposta.

Qualquer divergência, sinalize ao fiscal de sala. **Não serão aceitas reclamações posteriores.**

Instruções

1. Mantenha sobre a carteira apenas o documento de identificação original e oficial, com foto, além de lápis, caneta e borracha. Será proibido o uso de materiais pessoais durante a realização da prova.
2. Mantenha o celular e outros aparelhos eletrônicos desligados, dentro do envelope plástico lacrado e designado para esse fim. Bolsa e demais materiais devem permanecer sem uso durante o exame.

NÃO UTILIZE O CELULAR EM HIPÓTESE ALGUMA.

3. Não serão permitidos: qualquer tipo de consulta ou comunicação entre os candidatos, nem utilizar boné, óculos de sol, relógio-calculadora ou qualquer tipo de calculadora, assim como telefone celular, portar arma ou quaisquer outros materiais que a UNICESUMAR julgar inconvenientes. O descumprimento implicará a eliminação do candidato.
4. A duração da prova é de 3 (três) horas para responder a todas as questões e preencher o Cartão-Resposta. O tempo mínimo de permanência em sala é de 1 (uma) hora a partir de seu início.
5. Durante a realização da prova, não será permitido ao candidato ausentar-se do recinto, a não ser em caso especial e, desde que, acompanhado por um fiscal.
6. Ao término da prova, devolva este Caderno de Questões ao fiscal, juntamente com seu Cartão-Resposta.
7. As respostas às questões objetivas deverão ser transcritas para o cartão-resposta com caneta esferográfica com tinta preta, devendo o candidato assinalar uma única resposta para cada questão.
8. Não serão computadas questões não assinaladas e questões que contenham mais de uma resposta, emenda ou rasura, ainda que legíveis. Os prejuízos advindos de marcações feitas incorretamente serão de inteira responsabilidade do candidato.
9. **Você poderá destacar o canhoto disponível na última folha deste Caderno de Questões para anotação do gabarito.**
10. O gabarito da Prova Objetiva será publicado no site <https://www.unicesumar.edu.br/presencial/residenciamedica>

Boa Prova!

Cirurgia Geral

1

Homem, 27 anos, dor em fossa ilíaca direita há 24 horas, febre baixa. Exame: defesa leve. Hemograma sem leucocitose, PCR normal. USG inconclusiva. Mantém dor e inapetência após analgesia e observação. Conduta mais adequada?

- (A) Alta com orientações e retorno se piora.
- (B) Iniciar antibiótico e observar por 24 horas.
- (C) Solicitar tomografia de abdome.
- (D) Laparoscopia diagnóstica.

2

Paciente de 75 anos, com antecedente de fibrilação atrial, com dor abdominal intensa, lactato alto, dor à descompressão brusca abdominal. Qual é a conduta a ser seguida?

- (A) Analgesia e angiotomografia.
- (B) Laparotomia.
- (C) Colonoscopia para confirmar isquemia.
- (D) Heparina endovenosa e observar 24 horas.

3

Paciente de 87 anos, com queixa de dor abdominal em hipocôndrio direito há 10 dias, com piora progressiva, apresentando hipotensão em uso de droga vasoativa e insuficiência renal aguda. A tomografia de abdome revela vesícula biliar espessada, com líquido livre perivesicular. Qual é a melhor estratégia inicial nesse caso?

- (A) Colecistectomia laparoscópica.
- (B) Colecistostomia percutânea e antibioticoterapia.
- (C) Antibioticoterapia e encaminhar a unidade de terapia intensiva.
- (D) Colangiopancreatografia endoscópica retrograda.

4

Homem, 29 anos, vítima de colisão automobilística de alta energia, admitido no pronto-socorro 30 minutos após o trauma. Apresenta-se confuso, pálido, sudoreico, com pressão arterial 85/50 mmHg, frequência cardíaca 132 bpm, extremidades frias e tempo de enchimento capilar prolongado. O ultrassom FAST inicial é positivo para líquido livre em espaço espleno renal. Após acesso venoso calibroso, mantém hipotensão e taquicardia. Considerando-se o manejo moderno do choque hemorrágico no trauma, qual estratégia é mais adequada?

- (A) Reposição com cristalóides até normalização da pressão arterial.
- (B) Ressuscitação com hemoderivados e controle precoce da hemorragia.
- (C) Evitar transfusão até conhecimento do valor da hemoglobina sérica.
- (D) Bicarbonato inicial para tratamento da acidose.

5

Homem, 50 anos, diabético insulínico dependente, dor perineal intensa, febre alta, crepitação e áreas violáceas. Suspeita de gangrena de Fournier. Qual é a melhor conduta nesse caso?

- (A) Solicitar tomografia para programação cirúrgica.
- (B) Antibiótico endovenoso de amplo espectro e reavaliar em 48 horas após a delimitação da necrose.
- (C) Incisão e drenagem em ambulatório.
- (D) Drenagem cirúrgica imediata e antibioticoterapia de amplo espectro.

6

Homem, 76 anos, com histórico de fibrilação atrial permanente, em uso irregular de anticoagulação, dá entrada no pronto-socorro com dor abdominal súbita, intensa e difusa, iniciada há cerca de 2 horas, associada a náuseas. Ao exame físico, apresenta abdome pouco doloroso à palpação, sem sinais claros de irritação peritoneal, apesar da queixa álgica exuberante. Exames iniciais mostram lactato sérico elevado, acidose metabólica incipiente e leucocitose discreta. Diante da forte suspeita de isquemia mesentérica aguda de origem embólica, ainda durante a abordagem inicial e antes da definição definitiva por imagem, qual medida terapêutica deve ser instituída prontamente, na ausência de contraindicações?

- (A) Heparinização sistêmica.
- (B) Suspensão de qualquer anticoagulação por risco de sangramento.
- (C) Medidas laxativas.
- (D) Lavado peritoneal diagnóstico.

7

Homem, 35 anos, vítima de queda de altura estimada em 6 metros, chega ao pronto-socorro trazido pelo SAMU. Encontra-se agitado, taquicárdico, com PA 90/60 mmHg, saturação de O₂ 88% em máscara não reinalante. Ao exame físico, observa-se turgência jugular, desvio traqueal para a esquerda, expansibilidade torácica reduzida à direita e murmúrio vesicular abolido em hemitórax direito. Diante do quadro clínico e da instabilidade hemodinâmica, qual deve ser a conduta imediata?

- (A) Raio-X de Tórax AP em sala de emergência.
- (B) Intubação orotraqueal e observar saturação.
- (C) Tomografia de tórax com contraste.
- (D) Descompressão imediata com agulha, seguida de dreno.

8

Homem, 56 anos, previamente hígido, é internado por pancreatite aguda grave, evoluindo com necrose pancreática extensa identificada à tomografia contrastada. Encontra-se hemodinamicamente estável, sem sinais de sepse, sem falência orgânica persistente e com dor controlada sob analgesia. A TC evidencia coleções necróticas mal delimitadas, sem gás ou sinais sugestivos de infecção. Considerando-se as recomendações atuais para o manejo da pancreatite necrosante estéril, qual é a melhor estratégia terapêutica inicial?

- (A) Necrosectomia aberta nos primeiros 7 dias.
- (B) Aguardar e postergar intervenção, se possível.
- (C) Antibioticoterapia por 14 dias.
- (D) Drenagem percutânea imediata de toda necrose estéril.

9

Mulher, 64 anos, com antecedente conhecido de diverticulose colônica, procura o pronto-socorro por dor progressiva em fossa ilíaca esquerda há 4 dias, associada a febre e mal-estar. Ao exame, apresenta dor localizada à palpação profunda, sem sinais de peritonite difusa. Exames laboratoriais mostram leucocitose e PCR elevada. A tomografia computadorizada de abdome evidencia diverticulite aguda com abscesso pericólico bem delimitado, medindo aproximadamente 4,5 cm, sem pneumoperitônio. A paciente encontra-se hemodinamicamente estável. Qual é a conduta inicial mais adequada?

- (A) Antibiótico isolado é preferível à drenagem em qualquer tamanho.
- (B) Hartmann imediato é a regra para todo abscesso.
- (C) Drenagem percutânea + antibiótico quando factível.
- (D) Colonoscopia urgente para confirmar neoplasia.

10

Sobre dor crônica após reparo de hérnia inguinal, assinale a alternativa correta.

- (A) É sempre infecciosa.
- (B) Pode ter componente neuropático.
- (C) É inevitável e não há como reduzir risco.
- (D) Só acontece em reparos laparoscópicos.

11

Idosa, magra, obstrução intestinal sem hérnia palpável. Dor medial de coxa que piora com extensão/rotação do quadril. Assinale a alternativa que apresenta a melhor hipótese para esse caso.

- (A) Hérnia obturatória.
- (B) Hérnia umbilical.
- (C) Hérnia de Spiegel.
- (D) Hérnia epigástrica.

12

Após laparotomia mediana, qual fator é classicamente associado ao desenvolvimento de hérnia incisional, sendo potencialmente modificável?

- (A) Calibre do fio de fechamento da pele.
- (B) Infecção do sítio cirúrgico.
- (C) Mão dominante do cirurgião.
- (D) Tipo sanguíneo.

13

Qual cenário é o mais apropriado para considerar abordagem laparoscópica na urgência?

- (A) Suspeita alta de necrose intestinal e necessidade provável de ressecção.
- (B) Peritonite difusa estabelecida.
- (C) Choque séptico por perfuração intestinal.
- (D) Encarceramento sem sinais de estrangulamento e baixa suspeita de ressecção.

14

Mulher, 62 anos, submetida à colectomia eletiva por neoplasia de cólon, evolui no pós-operatório imediato sem intercorrências. Durante o planejamento das medidas de prevenção de infecção de sítio cirúrgico, discute-se com a equipe quais intervenções têm maior impacto comprovado na redução desse tipo de complicação. Considerando-se as evidências atuais, qual medida isolada apresenta maior eficácia na prevenção da infecção de sítio cirúrgico?

- (A) Curativo estéril diário.
- (B) Antibioticoterapia prolongada.
- (C) Tricotomia com lâmina.
- (D) Antibióticoprofilaxia adequada, e no tempo correto.

15

Homem, 64 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, em acompanhamento ambulatorial regular, é avaliado no pré-operatório para colectomia eletiva. Encontra-se clinicamente estável, porém apresenta doença sistêmica grave crônica bem estabelecida, sem sinais de insuficiência orgânica aguda. No momento da estratificação do risco anestésico-cirúrgico, segundo a classificação física da *American Society of Anesthesiologists* (ASA), em qual categoria esse paciente deve ser enquadrado?

- (A) ASA I.
- (B) ASA II.
- (C) ASA III.
- (D) ASA IV.

16

Para um paciente diabético no pós-operatório imediato, a meta glicêmica mais adequada deve ser

- (A) < 110 mg/dL.
- (B) < 140 mg/dL.
- (C) 140-180 mg/dL.
- (D) apenas corrigir se > 250 mg/dL.

17

Paciente com sepse abdominal controlada cirurgicamente e melhora clínica importante. Procalcitonina Sérica (PCT) ainda discretamente elevada. Nesse caso, a melhor conduta é

- (A) manter antibiótico até PCT zerar, independentemente da clínica.
- (B) suspender antibiótico sempre que PCT cair 10%.
- (C) trocar antibiótico se PCT não normalizar em 48 horas.
- (D) usar biomarcadores apenas como apoio; decisão deve priorizar evolução clínica e controle de foco.

18

Homem em pós-op de perfuração intestinal, em antibiótico e drenagem. No 2º dia, persiste com taquicardia 125 bpm, febre, necessidade crescente de noradrenalina e débito urinário caindo. Assinale a alternativa que apresenta a melhor interpretação desse caso.

- (A) “É normal no pós-op” se leucócitos estiverem caindo.
- (B) Sinal de possível falha de controle de foco; reavaliar com imagem/retorno ao centro conforme suspeita.
- (C) Apenas aumentar dose de antibiótico resolve.
- (D) Suspender antibiótico para evitar resistência.

19

Mulher, 49 anos, sem comorbidades relevantes, é internada por diverticulite aguda complicada, evoluindo com febre persistente e dor abdominal localizada, apesar de antibioticoterapia inicial. A tomografia computadorizada de abdome evidencia coleção pélvica bem delimitada medindo cerca de 6 cm, sem pneumoperitônio. A paciente encontra-se hemodinamicamente estável, sem sinais de peritonite difusa. Diante desse cenário, qual é a conduta mais adequada para o controle da infecção?

- (A) Drenagem percutânea (se acessível) + antibiótico.
- (B) Antibiótico isolado é suficiente em abscesso de qualquer tamanho.
- (C) Colonoscopia urgente para drenar pelo lúmen.
- (D) Aguardar 72 horas para “maturar” antes de drenar.

20

No 6º dia de pós-operatório de laparotomia, paciente com eritema peri-incisional, dor local, pequena drenagem seropurulenta, sem deiscência aponeurótica, sem sinais sistêmicos. Qual é a melhor conduta inicial?

- (A) Abrir parcialmente a ferida para drenagem, cuidado local e antibiótico se celulite extensa/sinais sistêmicos.
- (B) Fechar a ferida com novos pontos para “conter” secreção.
- (C) Tomografia obrigatória antes de qualquer conduta.
- (D) Antibiótico endovenoso de amplo espectro por 14 dias.

21

Mulher, 71 anos, colangite com disfunção orgânica e choque em noradrenalina. Após antibiótico e ressuscitação inicial, qual é a conduta correta?

- (A) O controle de foco pode ser adiado em 48–72 horas se houver antibiótico.
- (B) O controle de foco deve ocorrer o mais cedo possível, tipicamente dentro de 12 horas, quando indicado.
- (C) O controle de foco só deve ser feito após negativação do lactato.
- (D) O controle de foco é opcional se houver resposta hemodinâmica.

22

Homem, 68 anos, chega com hematoquezia volumosa e PA 85/50, FC 130 e pele fria. Sem dor abdominal importante. Sobre o caso, assinale a alternativa correta.

- (A) Hematoquezia sempre indica sangramento baixo.
- (B) Deve-se priorizar colonoscopia imediata sem preparo.
- (C) Deve-se considerar fonte alta em hematoquezia com instabilidade e indicar EDA após estabilização.
- (D) Deve-se aguardar 24 horas para “definir a cor das fezes” antes de investigar.

23

Homem, 40 anos, melena discreta, estável, sem comorbidades. Exames: Hb normal. Sem síncope. Qual ferramenta/critério é recomendado para identificar pacientes de muito baixo risco e considerar alta com seguimento?

- (A) Glasgow–Blatchford (GBS) 0–1.
- (B) Sempre internar todo sangramento.
- (C) Apenas o resultado de uma TC de abdome.
- (D) INR isolado.

24

Úlcera duodenal na endoscopia digestiva alta, estigmas de alto risco. Qual lesão deve receber hemostasia endoscópica?

- (A) Forrest III (base limpa).
- (B) Forrest IIc (mancha plana).
- (C) Forrest IIB sem remover coágulo.
- (D) Forrest Ia/Ib ou IIa.

25

Paciente com hemorragia digestiva baixa persistente; já recebeu transfusões. Angiotomografia localiza extravasamento em ramo ileocólico. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta a ser seguida.

- (A) Laparotomia.
- (B) Angiografia com embolização.
- (C) Colonoscopia até encontrar vaso sangrante.
- (D) Alta após estabilizar sinais vitais.

26

Paciente com tumor obstrutivo de sigmoide, sem perfuração, estável, sem peritonite difusa. Em centros com expertise, qual estratégia pode ser usada como ponte para cirurgia eletiva em casos selecionados?

- (A) Stent colônico como ponte para cirurgia.
- (B) Colonoscopia repetida até desobstruir.
- (C) Alta com laxantes.
- (D) Apenas antibiótico e observação.

27

Após retossigmoidectomia por adenocarcinoma anatomopatológico: margem proximal e distal livres, mas margem radial comprometida microscopicamente. Qual alternativa melhor descreve o status de ressecção?

- (A) R0.
- (B) R1.
- (C) R2.
- (D) Rx.

Coloproctologia

28

Homem, 42 anos, com queixa de drenagens perianais recorrentes há 1 ano. Ao exame proctológico, observa-se orifício externo posterior, com drenagem purulenta intermitente. A ressonância magnética de pelve demonstra fístula anal, sem abscesso ativo, com envolvimento significativo do esfíncter externo. O paciente apresenta continência anal preservada. Considerando-se as alternativas de tratamento cirúrgico para fístula anal complexa, assinale a alternativa correta.

- (A) A fistulotomia convencional é o tratamento de escolha, com maiores taxas de cicatrização, independentemente do grau de acometimento esfinteriano.
- (B) O procedimento LIFT consiste na ligadura do trajeto fistuloso no espaço interesfinteriano, sendo uma técnica poupadora de esfíncter, com boas taxas de cicatrização e baixo risco de incontinência anal.
- (C) A colocação de sedenho de corte deve ser a técnica de escolha nos casos de fístula transesfinteriana, por apresentar menor risco de incontinência quando comparado às outras técnicas.
- (D) Técnicas poupadoras de esfíncter, como o LIFT, apresentam taxas de cicatrização inferiores a 30%, sendo indicadas apenas em pacientes com doença de Crohn.

29

Assinale a alternativa que apresenta o procedimento cirúrgico padrão-ouro para o tratamento de retocolite ulcerativa refratária ao tratamento clínico.

- (A) Colectomia subtotal com íleo reto anastomose.
- (B) Proctocolectomia com anastomose íleo-anal em bolsa (IPAA).
- (C) Abaixamento de cólon com anastomose colo anal.
- (D) Pouch continente de Kock.

30

Homem de 58 anos procura atendimento por tenesmo retal, hematoquezia há cerca de 4 meses e sensação de evacuação incompleta. Nega perda ponderal significativa. Ao exame físico geral, encontra-se em bom estado geral. Ao toque retal, observa-se lesão endurecida, irregular, pouco móvel, localizada na parede posterior do reto, a 6 cm da borda anal, não obstrutiva. A biópsia confirma adenocarcinoma moderadamente diferenciado. A ressonância magnética de pelve demonstra lesão infiltrativa do reto médio, com extensão além da muscular própria, alcançando a fáscia mesorretal, além da presença de invasão vascular extramural, sem evidência de metástases à distância. Com base nesse quadro clínico e radiológico, qual alternativa apresenta a melhor modalidade terapêutica?

- (A) Retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto, seguida de radioterapia adjuvante.
- (B) Amputação abdominoperineal do reto, seguida de radioterapia adjuvante.
- (C) Terapia neoadjuvante total (quimioterapia e radioterapia antes da cirurgia).
- (D) Retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto, seguida de quimioterapia adjuvante.

-----destaque aqui-----

GABARITO RASCUNHO

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30																				