

ABAEM
ASSOCIAÇÃO BAHIANA DE APOIO À EDUCAÇÃO MÉDICA

Processo Seletivo Unificado de
Residência Médica - Bahia

2026



► **PROVA PARA PRM EM ENDOSCOPIA**

Provas: 23/11/2025

DADOS DO CANDIDATO

NOME:

INSCRIÇÃO:

CADEIRA:



Processo Seletivo Unificado de Residência Médica 2026

SOBRE A PROVA

➤ Este Caderno de Prova contém 45 questões objetivas com quatro alternativas de resposta, identificadas por A, B, C, D.

➤ O tempo total para realização desta Prova é de três horas, sendo de uma hora e trinta minutos o tempo mínimo de permanência do candidato em sala. A saída da sala com o Caderno de Prova só será permitida nos quinze minutos finais do horário de encerramento das provas.

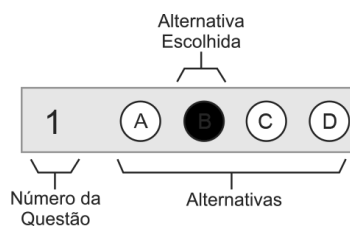
INSTRUÇÕES

➤ Antes de iniciar a Prova, confira a sequência das páginas e da numeração das questões do seu Caderno de Prova. Se identificar qualquer equívoco, informe imediatamente ao aplicador de provas.

➤ Para responder corretamente essa Prova, leia atentamente as orientações de cada questão.

➤ Utilize, exclusivamente, caneta de tinta **azul ou preta**, fabricada em material transparente.

➤ As respostas destas questões deverão ser registradas na Folha de Respostas própria, preenchendo integralmente o círculo correspondente à alternativa escolhida, conforme o **exemplo**:



Só existe uma alternativa correta para cada questão objetiva de múltipla escolha. Questão com resposta rasurada, com mais de uma alternativa marcada ou marcada a lápis não será considerada.

➤ Assine no espaço próprio da Folha de Respostas (Questões Objetivas de Múltipla Escolha). Folha de Respostas com alguma identificação, ou assinada fora do local indicado, implicará anulação da Prova e consequente eliminação do candidato do Processo Seletivo.

➤ Ao concluir sua Prova, sinalize para o aplicador de prova, aguarde para entregar a Folha de Respostas, cumprindo os procedimentos por ele recomendados.

⇒ Questões de 1 a 45

Instruções →

Para responder as questões, identifique **apenas uma única** alternativa correta e marque a letra correspondente na Folha de Respostas

Situação Problema: Questões de 1 a 3

Mulher, 45 anos de idade, previamente hígida, é internada para investigação de episódios recorrentes de confusão mental, sudorese e palpitações, que ocorrem, predominantemente, no início da manhã ou após períodos de jejum prolongado. Os sintomas melhoram rapidamente após a ingestão de doces. Durante a internação, após um jejum supervisionado de 18 horas, ela apresenta um episódio de confusão e sonolência. A glicemia capilar é de 38 mg/dL, com insulina 18 µU/mL (VR < 3,0), Peptídeo C 2,5 ng/mL (VR < 0,6).

Diante do caso clínico, indique:

QUESTÃO 1

O próximo exame a ser realizado:

- A) Tomografia computadorizada de abdome com contraste.
- B) Cintilografia com análogos da somatostatina.
- C) PET/CT com FDG.
- D) Arteriografia seletiva do tronco celíaco.

QUESTÃO 2

A terapia farmacológica mais indicada para o controle dos sintomas, na ausência do diazóxido:

- A) Octreotida, um análogo da somatostatina que inibe a secreção de insulina.
- B) Glicocorticoides em altas doses para antagonizar os efeitos da insulina.
- C) Glucagon em infusão contínua para manter a normoglicemia.
- D) Glicose 10% em infusão contínua para manter a normoglicemia.

QUESTÃO 3

A condição, dentre as citadas, que deve ser ativamente investigada na paciente:

- A) Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 2A (NEM 2A).
- B) Síndrome de Von Hippel-Lindau (VHL).
- C) Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 1 (NEM 1).
- D) Neurofibromatose tipo 1 (NF1).

Situação Problema: Questões de 4 a 6

Mulher, 42 anos de idade, com IMC de 46 kg/m² e diagnóstico de *diabetes mellitus* tipo 2 há 3 anos, procura atendimento para otimização do tratamento. Relata múltiplas tentativas de perda de peso com dieta e exercício, sem sucesso sustentado. Atualmente, em uso de metformina 2 g/dia, com HbA1c de 8,2%. Apresenta ainda hipertensão arterial controlada com losartana e dislipidemia em uso de atorvastatina. Após discussão sobre as opções terapêuticas opta-se por iniciar um agonista do receptor de GLP-1 para controle glicêmico e perda de peso.

Diante do caso clínico, indique:

QUESTÃO 4

Os agonistas do GLP-1 mais indicados para esta paciente:

- A) Liraglutida ou semaglutida.
- B) Liraglutida ou dulaglutida.
- C) Dulaglutida ou lixisenatida.
- D) Dulaglutida ou semaglutida.

QUESTÃO 5

O mecanismo de ação principal capaz de reduzir o apetite e a fissura por alimentos doces:

- A) Inibição da lipase pancreática, levando à má absorção de gorduras e aversão a alimentos calóricos.
- B) Ativação de receptores no hipotálamo e em áreas cerebrais relacionadas à saciedade e recompensa alimentar.
- C) Bloqueio dos receptores de grelina no estômago, suprimindo o hormônio da fome.
- D) Aumento da produção de leptina pelo tecido adiposo, sinalizando saciedade ao sistema nervoso central.

QUESTÃO 6

Dentre os apresentados, os efeitos adversos reconhecidos que devem ser monitorados e explicados à paciente no início do uso do agonista do GLP-1:

- A) Hipertensão arterial e taquicardia reflexa.
- B) Hipotensão postural e bradicardia vagal.
- C) Pancreatite aguda e colelitíase.
- D) Poliúria e polidipsia por natriurese.

Situação Problema: Questões de 7 a 9

Homem, 58 anos de idade, com histórico de DPOC grave, hipertensão arterial e doença arterial coronariana, é admitido na sala de emergência com quadro de pneumonia comunitária grave e insuficiência respiratória aguda. Apresenta-se com rebaixamento do nível de consciência, uso de musculatura acessória, saturação de O₂ de 82% com máscara não reinalante a 15 L/min, taquipneia (FR 38 irpm) e taquicardia (FC 135 bpm). A pressão arterial é de 165/95 mmHg. A equipe decide pela intubação orotraqueal em sequência rápida. O paciente está sendo pré-oxigenado com bolsa-válvula-máscara.

Diante do caso clínico, indique:

QUESTÃO 7

O fármaco mais adequado na fase de pré-tratamento:

- A) Lidocaína, para suprimir o reflexo de tosse e reduzir o broncoespasmo em paciente com DPOC.
- B) Fentanil, um opioide de curta ação que promove analgesia e atenua a resposta hipertensiva à laringoscopia.
- C) Atropina, para prevenir a bradicardia reflexa que pode ser induzida pela laringoscopia.
- D) Esmolol, um betabloqueador de curta ação para controlar a resposta hipertensiva.

QUESTÃO 8

O agente mais apropriado para indução da anestesia:

- A) Etomidato, por sua característica de estabilidade cardiovascular e rápido início de ação.
- B) Propofol, devido ao seu rápido início de ação e efeito broncodilatador.
- C) Tiopental, um barbitúrico clássico com potente efeito hipnótico.
- D) Cetamina, por seu efeito broncodilatador e manutenção da estabilidade hemodinâmica.

QUESTÃO 9

O melhor método a ser usado para confirmação do posicionamento correto do tubo na traqueia:

- A) Ausculta simétrica de murmúrios vesiculares em ambos os hemitórax e ausência de ruídos no epigástrico.
- B) Visualização da condensação (vapor de água) no interior do tubo durante a expiração.
- C) Radiografia de tórax no leito para verificar a posição da ponta do tubo em relação à carina.
- D) Capnografia quantitativa contínua, demonstrando uma curva de CO₂ expirado consistente.

Situação Problema: Questões de 10 a 12

Homem, 54 anos de idade, é trazido ao Pronto-Socorro com história de febre alta (39,5°C), cefaleia intensa e vômitos há 24 horas. Nas últimas horas, evoluiu com confusão mental e rigidez de nuca. Ao exame, apresenta-se sonolento, com sinais de Kernig e Brudzinski positivos. Petéquias difusas são notadas no tronco e em membros inferiores. PA 90/50 mmHg, FC 120 bpm. Uma punção lombar é realizada de imediato e aguarda-se o resultado.

Diante do caso clínico, indique:

QUESTÃO 10

O achado mais provavelmente encontrado no Gram do Líquor:

- A) Cocos gram positivos em cadeias.
- B) Cocobacilos gram positivos.
- C) Cocobacilos gram negativos.
- D) Diplococos gram negativos.

QUESTÃO 11

A conduta terapêutica imediata, considerando os protocolos do Ministério da Saúde:

- A) Ceftriaxona e vancomicina.
- B) Penicilina cristalina em altas doses.
- C) Ceftriaxona e ampicilina.
- D) Apenas dexametasona, enquanto espera o resultado do líquido.

QUESTÃO 12

A complicação provavelmente presente no caso:

- A) Coagulação intravascular disseminada (CIVD)
- B) Púrpura trombocitopênica trombótica (PTT).
- C) Síndrome hemolítico-urêmica (SHU).
- D) Vasculite leucocitoclástica cutânea.

Situação-Problema: Questões de 13 a 15

Homem, 68 anos de idade, com histórico de hipertensão e insuficiência cardíaca com fração de ejeção de 35%, é trazido ao Pronto-Socorro com queixa de palpitações e dispneia intensa de início há 2 horas. Ao exame, encontra-se pálido, sudoreico, com esforço respiratório e hipotensão (PA 80/50 mmHg). O monitor cardíaco mostra uma taquiarritmia irregular de complexos estreitos, com frequência ventricular média de 160 bpm.

Diante do caso clínico, indique:

QUESTÃO 13

A conduta terapêutica inicial mais apropriada para o paciente:

- A) Iniciar amiodarona IV em dose de ataque (150 mg em 10 minutos) para reversão química da arritmia.
- B) Administrar metoprolol IV para controle da frequência ventricular antes de qualquer outra intervenção.
- C) Realizar cardioversão elétrica sincronizada imediata com 120-200 Joules, após sedação adequada.
- D) Iniciar anticoagulação plena com heparina não fracionada IV antes de qualquer tentativa de reversão.

QUESTÃO 14

A estratégia de anticoagulação mais apropriada ao caso:

- A) A anticoagulação pode ser dispensada, pois o tempo de arritmia foi inferior a 48 horas e o risco de tromboembolismo é baixo.
- B) Realizar ecocardiograma transesofágico para descartar trombo em átrio esquerdo antes de decidir sobre anticoagulação.
- C) Iniciar anticoagulação com heparina apenas se houver recorrência da arritmia nas próximas 48 horas.
- D) Iniciar anticoagulação imediatamente e mantê-la por tempo indefinido, devido ao alto risco tromboembólico.

QUESTÃO 15

A estratégia de manejo, a longo prazo, mais apropriada para este paciente:

- A) Manter apenas controle de frequência com betabloqueador, sem necessidade de antiarrítmico, pois o risco de recorrência é baixo.
- B) Iniciar amiodarona para manutenção do ritmo sinusal, considerando a insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.
- C) Iniciar digoxina para manutenção do ritmo sinusal, associada ao betabloqueador para controle adequado de frequência.
- D) Iniciar propafenona para manutenção do ritmo sinusal, por ser o antiarrítmico mais eficaz e seguro que a amiodarona.

Situação Problema: Questões de 16 a 18

Homem, 42 anos de idade, etilista crônico, é encontrado desacordado e trazido ao Pronto-Socorro. Familiares relatam que ele estava bebendo nas últimas 12 horas. Ao exame, está em coma (Glasgow 7), com leve hálito alcoólico, pupilas midriáticas e pouco reativas. A respiração é profunda e rápida (respiração de Kussmaul). Gasometria arterial revela: pH 7,10, pCO₂ 20 mmHg, bicarbonato 8 mEq/L. Exames laboratoriais: sódio 140 mEq/L, potássio 4,0 mEq/L, cloro 100 mEq/L, ureia 28 mg/dL, glicose 90 mg/dL. A osmolaridade sérica medida é de 350 mOsm/kg H₂O.

Diante do caso clínico, indique:

QUESTÃO 16

O distúrbio acido-básico primário do paciente:

- A) Acidose metabólica com ânion gap normal.
- B) Acidose metabólica com ânion gap elevado.
- C) Alcalose respiratória crônica.
- D) Alcalose respiratória aguda.

QUESTÃO 17

O principal metabólito responsável pelo quadro apresentado pelo paciente:

- A) Formaldeído.
- B) Acetona.
- C) Ácido acético.
- D) Ácido fórmico (formato).

QUESTÃO 18

As medidas terapêuticas mais adequadas neste momento:

- A) Infusão de insulina regular associada à solução glicosada e administração intravenosa de tiamina.
- B) Administração de naloxona intravenosa, seguida de lavagem gástrica, intubação e suporte ventilatório.
- C) Correção da acidose metabólica com bicarbonato, uso de fomepizol e ácido fólico, além de hemodiálise.
- D) Infusão de etanol oral para antagonizar o metanol, hidratação vigorosa e alcalinização urinária com bicarbonato.

Situação Problema: Questões de 19 a 21

Homem, 52 anos de idade, tabagista desde os 17 anos (30 maços-ano), com diagnóstico de hipertensão e dislipidemia, procura atendimento manifestando desejo de parar de fumar. Relata várias tentativas prévias sem sucesso, com sintomas de abstinência intensos (irritabilidade, ansiedade, fissura). Fuma o primeiro cigarro nos primeiros 5 minutos após acordar. Seu escore no Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina é 8 pontos. Não tem histórico de convulsões ou transtornos alimentares, mas relata humor deprimido.

Diante do caso clínico, indique:

QUESTÃO 19

A estratégia farmacológica com maior evidência de eficácia para esse perfil de paciente:

- A) Iniciar vareniclina em dose padrão (1 mg 12/12 h) apenas no dia definido para suspensão do cigarro, associada a adesivo de nicotina 21 mg/dia.
- B) Manter vareniclina em dose alta (2 mg 12/12 h), associando à terapia de reposição de nicotina quando o paciente alcançar a suspensão do cigarro.
- C) Utilizar bupropiona por cerca de 10 dias antes do dia definido para suspensão do cigarro, quando se deve associar adesivo de nicotina 21 mg/dia.
- D) Iniciar, no dia definido para suspensão do cigarro, adesivo de nicotina 21 mg/dia, goma de nicotina 4 mg e bupropiona.

QUESTÃO 20

A melhor estratégia em relação à reposição de nicotina:

- A) Aplicar o adesivo de nicotina à noite, antes de dormir, para garantir níveis adequados de nicotina ao acordar e prevenir fissura matinal.
- B) Associar ao adesivo de 21 mg/dia, uma formulação de ação rápida (goma 4 mg ou pastilha) ao acordar, para supressão imediata da fissura matinal.
- C) Utilizar dose dobrada de adesivo (42 mg/dia com dois adesivos de 21 mg) nas primeiras 2 semanas, reduzindo gradualmente conforme tolerância.
- D) Utilizar adesivo de nicotina de 16 horas, aplicado ao acordar, para evitar insônia, associado à goma de 2 mg conforme necessidade.

QUESTÃO 21

A recomendação mais apropriada para este paciente, segundo as Recomendações Brasileiras para Rastreamento de Câncer de Pulmão (2024):

- A) TC de tórax de baixa dose, anualmente, iniciando agora e mantendo até os 80 anos ou até 15 anos após cessação bem-sucedida.
- B) TC de tórax de baixa dose, anualmente, mas apenas após cessação bem-sucedida para evitar falsos positivos por inflamação tabágica.
- C) Radiografia de tórax, anualmente, iniciando agora e mantendo até os 80 anos, independentemente da cessação do uso do cigarro.
- D) Aguardar até completar 55 anos para iniciar TC de tórax de baixa dose, pois é a idade mínima adotada pelas Recomendações Brasileiras.

Situação Problema: Questões de 22 a 24

Mulher, 82 anos de idade, viúva, mora sozinha, é trazida pela filha para avaliação geriátrica, pois considera que a mãe está "mais lenta e desanimada" no último ano. Ela perdeu 5 kg de peso não intencionalmente nos últimos 12 meses, queixa-se de cansaço constante ("exaustão") e tem dificuldade para subir um lance de escadas. Relata também que sofreu duas quedas em casa no último ano, sem fraturas. Ao exame, a velocidade da marcha em 4 metros é de 7 segundos. A força de prensão palmar está reduzida. Ela nega sintomas depressivos maiores, mas admite baixo nível de atividade física.

Diante do caso clínico, indique:

QUESTÃO 22

Quantos critérios do fenótipo de fragilidade de Fried a paciente preenche e a sua classificação:

- A) 2 critérios, classificando-a como pré-frágil.
- B) 3 critérios, classificando-a como frágil.
- C) 4 critérios, classificando-a como frágil.
- D) 5 critérios, classificando-a como frágil grave.

QUESTÃO 23

A condição fisiopatológica subjacente mais importante da paciente:

- A) Sarcopenia, caracterizada por perda progressiva de massa e função muscular relacionada ao envelhecimento.
- B) Caquexia, caracterizada por perda de peso e massa muscular no contexto de doença inflamatória crônica.
- C) Osteoporose, caracterizada por perda de massa óssea e aumento do risco de fraturas.
- D) Desnutrição proteico-calórica, caracterizada por deficiência de ingestão alimentar e hipoalbuminemia.

QUESTÃO 24

A intervenção com maior nível de evidência para reverter ou atenuar o quadro atual:

- A) Suplementação nutricional com alto teor de proteínas (1,2-1,5 g/kg/dia) e vitamina D (800-1000 UI/dia).
- B) Reposição hormonal com testosterona ou hormônio do crescimento para aumento de massa muscular.
- C) Uso de estimulantes do apetite (megestrol ou mirtazapina) para combater a perda de peso não intencional.
- D) Programa de exercícios físicos multicomponente, incluindo treinamento de resistência, aeróbico e de equilíbrio.

Situação Problema: Questões de 25 a 27

Paciente, sexo masculino, 58 anos de idade, ex-tabagista, obeso (IMC 31 kg/m²), apresenta história de refluxo gastroesofágico crônico há mais de 10 anos, em uso irregular de inibidores de bomba de prótons. Nos últimos 2 meses, evoluiu com disfagia progressiva para sólidos e pirose intensa. A endoscopia digestiva alta revela lesão vegetante na transição esofagogástrica (38 cm dos incisivos). A biópsia demonstra adenocarcinoma moderadamente diferenciado, sobre mucosa com metaplasia intestinal.

QUESTÃO 25

Indique a sequência fisiopatológica mais provável que levou ao desenvolvimento do tumor nesse paciente:

- A) Esofagite eosinofílica → displasia → carcinoma espinocelular.
- B) Esofagite péptica → metaplasia intestinal (Barrett) → displasia → adenocarcinoma.
- C) Refluxo biliar → metaplasia gástrica → carcinoma indiferenciado.
- D) Infecção por *H. pylori* → gastrite crônica → adenocarcinoma esofágico.

QUESTÃO 26

Diante do quadro, indique o exame de escolha para o estadiamento loco-regional do câncer de esôfago:

- A) Tomografia computadorizada de tórax e abdome.
- B) PET-CT com 18F-FDG.
- C) Ultrassonografia endoscópica.
- D) Broncoscopia com biópsia.

QUESTÃO 27

Determine o tipo de cirurgia mais indicado para tumores localizados na junção esôfago-gástrica, tipo I de Siewert, se o paciente se mostrar sem metástases e com boa reserva funcional:

- A) Esofagectomia trans-hiatal.
- B) Esofagectomia por toracotomia direita (Ivor-Lewis) com linfadenectomia mediastinal e abdominal.
- C) Esofagectomia com gastrectomia subtotal com esofagojejunostomia em Y de Roux.
- D) Esofagectomia cervical com reconstrução por cólon transposto.

Situação Problema: Questões de 28 a 30

Paciente, sexo masculino, 60 anos de idade, obeso (IMC 33 kg/m²), etilista e hipertenso, é internado com dor epigástrica intensa irradiada para dorso há 48h, associada a vômitos e febre. Ao exame físico, regular estado geral, descorado +2/+4, desidratado, PA 90/60 mmHg, FC 118 bpm, FR 24 irpm, SatO₂ 93%; ausculta cardíaca e respiratória sem alterações; abdome plano, flácido, RHA presentes, dor à palpação profunda principalmente em epigástrio e hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. Laboratório: amilase 890 U/L, lipase 1.200 U/L, hematócrito 49%, ureia 68 mg/dL, creatinina 2,1 mg/dL, PCR 280 mg/L, Ca²⁺ 7,2 mg/dL. Realizada tomografia computadorizada de abdome com contraste (72h após início dos sintomas): necrose pancreática extensa (>50%) e coleções retroperitoneais. Após 10 dias do início do quadro clínico, o paciente evoluiu estável hemodinamicamente, porém com febre e leucocitose, hemoculturas negativas e uma nova tomografia computadorizada do abdome evidenciou uma coleção encapsulada com bolhas gasosas.

QUESTÃO 28

Sobre a fisiopatologia e a estratificação da gravidade da condição apresentada pelo paciente, é correto afirmar:

- A) A ativação intrapancreática precoce da tripsina é evento tardio e geralmente ocorre após a fase de resposta inflamatória sistêmica.
- B) A hipocalcemia é consequência primária da liberação de insulina pelas células beta pancreáticas lesadas.
- C) A presença de necrose pancreática infectada define pancreatite aguda grave, independentemente de falência orgânica.
- D) O escore de BISAP ≥ 3 nas primeiras 24h está associado a maior risco de mortalidade e falência orgânica precoce.

QUESTÃO 29

Indique a conduta mais adequada nesse momento, de acordo com a evolução clínica e os achados de imagem:

- A) Indicar necrosectomia cirúrgica imediata para remoção do tecido necrótico infectado.
- B) Iniciar antibioticoterapia empírica e postergar a intervenção invasiva até a maturação da coleção.
- C) Realizar drenagem laparoscópica precoce, antes da 2ª semana, para evitar sepse persistente.
- D) Aguardar resolução espontânea, pois presença de gás na coleção não sugere necessariamente infecção.

QUESTÃO 30

Em relação ao quadro, indique a conduta mais adequada para o tratamento das necroses pancreáticas infectadas:

- A) A drenagem percutânea guiada por imagem deve ser considerada o primeiro passo, podendo evitar necrosectomia em parte dos casos.
- B) A abordagem endoscópica transmural é reservada exclusivamente para necroses <4 cm.
- C) A necrosectomia aberta precoce (<14 dias) reduz mortalidade quando comparada à estratégia "step-up".
- D) A antibioticoterapia isolada é suficiente para tratar necrose infectada, mesmo na presença de falência orgânica sustentada.

Situação Problema: Questões de 31 a 33

Paciente, sexo feminino, 38 anos de idade, IMC 46 kg/m², portadora de *diabetes mellitus* tipo 2 há 8 anos, hipertensão arterial controlada, esteato-hepatite não alcoólica (NASH) comprovada por biópsia, realizou tratamento clínico otimizado por 2 anos, sem sucesso. No pré-operatório, tem deficiência de vitamina D e ferritina baixa; é avaliada para tratamento cirúrgico da obesidade. Durante a investigação pré-operatória são discutidas indicações, técnicas e complicações possíveis da cirurgia bariátrica.

QUESTÃO 31

Indique a alternativa correta em relação à avaliação pré-operatória da paciente:

- A) A presença de esteato-hepatite avançada é contraindicação absoluta para a cirurgia bariátrica.
- B) A correção de deficiências nutricionais é recomendada, mas não é obrigatória antes da cirurgia.
- C) A avaliação hepática é importante, pois o *bypass* gástrico pode piorar a NASH no primeiro ano pós-operatório.
- D) A deficiência de ferro e vitamina D deve ser corrigida, pois pode se agravar após procedimentos disabsortivos.

QUESTÃO 32

Indique a alternativa correta em relação à escolha da técnica cirúrgica para essa paciente:

- A) A gastrectomia vertical é a técnica preferencial, pois apresenta maior impacto metabólico sobre o controle do *diabetes mellitus* tipo 2 do que o *bypass* gástrico.
- B) O *bypass* gástrico em Y de Roux é opção apropriada, equilibrando controle metabólico e menor risco de desnutrição grave comparado ao *switch* duodenal.
- C) O *switch* duodenal é contraindicado em pacientes com NASH devido ao risco aumentado de refluxo biliar e reganho de peso.
- D) A banda gástrica ajustável é indicada para pacientes com IMC acima de 50 kg/m², por ter menor taxa de complicações nutricionais.

QUESTÃO 33

Indique a alternativa correta em relação às complicações pós-operatórias para essa paciente:

- A) A deficiência de vitamina B12 é mais comum após a gastrectomia vertical do que após o *bypass* gástrico.
- B) A fístula na linha de grampeamento da gastrectomia vertical geralmente ocorre no fundo gástrico e tende a se manifestar tardiamente.
- C) O *dumping* precoce é mais frequente após o *switch* duodenal do que após o *bypass* gástrico.
- D) A hipoglicemia tardia pós-prandial é rara e típica das cirurgias puramente restritivas.

Situação-Problema: Questões de 34 a 36

Paciente, sexo feminino, 58 anos de idade, submetida à histerectomia total abdominal por miomatose volumosa, evolui no 4º dia de pós-operatório com distensão abdominal progressiva, náuseas, vômitos biliosos e ausência de eliminação de flatos. O exame físico: regular estado geral, FC 108 bpm, PA 138/88 mmHg, abdome distendido, timpânico, ruídos hidroaéreos diminuídos, dor leve à palpação difusa; ferida operatória sem sinais flogísticos.

QUESTÃO 34

Indique a alternativa correta em relação ao quadro clínico dessa paciente:

- A) O diagnóstico provável é íleo paralítico, comum no pós-operatório imediato, de manejo conservador inicial.
- B) O quadro sugere obstrução mecânica precoce e a conduta inicial é reexploração cirúrgica imediata.
- C) A ausência de peristaltismo exclui o diagnóstico de íleo paralítico.
- D) A presença de ruídos hidroaéreos aumentados e distensão abdominal é típica de íleo paralítico.

QUESTÃO 35

No 7º dia de pós-operatório, a paciente apresenta febre (38,5 °C), dor localizada em fossa ilíaca esquerda e leucocitose (17 000/mm³). O exame de imagem evidencia coleção líquida de 5 cm com bolhas de gás adjacente ao sítio cirúrgico. Diante do quadro clínico atual e dos achados de imagem, é correto afirmar:

- A) O diagnóstico mais provável é hematoma estéril, sendo indicada apenas observação clínica e controle sintomático.
- B) O diagnóstico provável é abscesso pélvico, cujo tratamento envolve antibioticoterapia e drenagem percutânea guiada por imagem.
- C) O achado sugere seroma infectado, tratado com antibioticoterapia oral e aplicação local de compressas mornas.
- D) A conduta indicada é reabordagem cirúrgica imediata, independentemente das condições clínicas da paciente.

QUESTÃO 36

No 12º dia de pós-operatório, a paciente evolui com saída de secreção biliosa pela ferida operatória. Considerando as possíveis complicações tardias do caso, indique a alternativa correta:

- A) O quadro sugere fístula entérica, associada à infecção de ferida e desnutrição, com tratamento inicial visando ao controle da sepse e suporte nutricional.
- B) A drenagem biliosa pela ferida sugere provável deiscência de parede abdominal, manejada com curativo compressivo e antibiótico profilático.
- C) A conduta inicial é fechamento da ferida operatória para evitar perda de fluidos e observação clínica em ambiente hospitalar.
- D) A fístula entérica representa complicação de resolução espontânea na maioria dos casos, sem necessidade de suporte nutricional especializado.

Situação-Problema: Questões de 37 a 39

Paciente, sexo masculino, 52 anos de idade, hipertenso, apresenta dor lombar direita intensa há 6 horas, irradiada para a região inguinal, acompanhada de náuseas. Ao exame físico, observa-se sensibilidade à palpação na fossa lombar direita. Exames laboratoriais mostram creatinina sérica normal e leucocitose discreta. Tomografia computadorizada de abdome, sem contraste, revela cálculo ureteral proximal direito de 10 mm, com discreta dilatação ureteropielica e sem sinais de complicação.

QUESTÃO 37

Indique a alternativa correta sobre o manejo inicial da litíase ureteral proximal:

- A) Cálculos ureterais de 10 mm são habitualmente manejados com litotripsia extracorpórea (LECO), considerando o tamanho e a localização do cálculo.
- B) O tratamento inicial consiste em controle da dor, hidratação adequada e observação clínica, com indicação de intervenção se não houver evolução favorável.
- C) A ureteroscopia sem litotripsia é indicada como primeira escolha, pois cálculos proximais tendem a causar impacto e não migram espontaneamente.
- D) A drenagem por nefrostomia percutânea é opção inicial para evitar obstrução e reduzir a pressão do sistema coletor, mesmo sem sinais de complicação.

QUESTÃO 38

Caso o paciente evolua com insuficiência renal aguda e dor refratária, indique a conduta cirúrgica mais adequada:

- A) Litotripsia extracorpórea, mesmo com insuficiência renal, por ser método menos invasivo.
- B) Ureteroscopia flexível ou rígida com remoção do cálculo ou litotripsia intraluminal.
- C) Observação clínica, aguardando passagem espontânea, já que a intervenção precoce não melhora a função renal.
- D) Administração de diuréticos em alto fluxo para “lavagem” do cálculo obstrutivo.

QUESTÃO 39

Após remoção do cálculo ureteral, o paciente apresenta febre, dor lombar e leucocitose 48 horas pós-operatório. Tomografia mostra dilatação ureteropielica sem cálculo residual.

Sobre o manejo dessa complicação, identifique a alternativa correta:

- A) O quadro sugere infecção urinária pós-obstrutiva; iniciar antibioticoterapia empírica e considerar *stent* ureteral.
- B) A conduta ideal é apenas analgesia, pois a dilatação ureteropielica pós-procedimento é esperada e autolimitada.
- C) Reoperação imediata com nefrectomia parcial é indicada para prevenir sepse.
- D) Suspender fluidos intravenosos é a conduta principal para reduzir a dilatação ureteral.

Situação-Problema: Questões de 40 a 42

Paciente, sexo masculino, 62 anos de idade, hipertenso, dá entrada no Pronto-Socorro com queixa de dor torácica súbita, em facada, irradiando para as costas há 30 minutos. Ao exame físico, bom estado geral, FC 92 bpm, PA 180/100 mmHg em braço direito, 170/95 mmHg em braço esquerdo, pulso femoral palpável. Eletrocardiograma normal; tomografia computadorizada com contraste do tórax evidenciou dissecação da aorta ascendente, sem sinais de tamponamento.

QUESTÃO 40

Sobre a classificação geral das dissecações aórticas, indique a alternativa correta:

- A) A classificação de Stanford considera tipo A a dissecação limitada à aorta descendente, sendo tipo B a que envolve a aorta ascendente.
- B) A classificação de DeBakey diferencia os tipos de acordo com o ponto de entrada e extensão, sendo tipo I toda a aorta envolvida, tipo II apenas ascendente e tipo III apenas descendente.
- C) Tipo B de Stanford envolve sempre a aorta ascendente e requer cirurgia de urgência.
- D) Dissecações tipo A geralmente não requerem intervenção cirúrgica imediata se o paciente estiver hemodinamicamente estável.

QUESTÃO 41

Sobre o manejo inicial e suporte clínico da dissecação de aorta tipo A, identifique a alternativa correta:

- A) Controle rigoroso da PA e frequência cardíaca com beta-bloqueadores é essencial antes da cirurgia.
- B) Anticoagulação com heparina deve ser iniciada imediatamente, mesmo em pacientes com dissecação tipo A.
- C) Analgesia é desnecessária, pois não influencia o prognóstico da dissecação.
- D) O paciente pode ser mantido em observação clínica por 48 horas antes de decisão cirúrgica, se assintomático.

QUESTÃO 42

Após o tratamento cirúrgico da dissecação de aorta ascendente, o paciente evolui com hipotensão persistente e oligúria. Sobre essas complicações, indique a alternativa correta:

- A) A principal causa provável é perda sanguínea externa, sendo indicado reintrodução precoce da anticoagulação para prevenir trombose do enxerto.
- B) O quadro pode refletir disfunção renal aguda por hipoperfusão sistêmica, exigindo reposição volêmica, suporte vasoativo e monitorização do débito urinário.
- C) A hipotensão pós-operatória em dissecação de aorta é evento que, na maioria das vezes, representa falência estrutural do enxerto vascular implantado.
- D) Diante da hipotensão, a conduta inicial deve ser reoperação imediata, dispensando avaliação hemodinâmica ou exames complementares.

Situação Problema: Questões de 43 a 45

Paciente, sexo feminino, 52 anos de idade, procura o ambulatório com queixa de fraqueza muscular progressiva, dor óssea difusa e episódios de nefrolitíase recorrente há um ano. Exames laboratoriais mostram cálcio sérico de 15,6 mg/dL, fósforo de 2,0 mg/dL e PTH intacto de 1200 pg/mL. Realizado ultrassonografia cervical que evidenciou lesão hipoecoica de 3,2 cm, no polo inferior do lobo direito da tireoide. Feito tomografia computadorizada que mostrou massa bem delimitada, com invasão focal da cápsula tireoidiana.

QUESTÃO 43

Em relação ao diagnóstico diferencial para essa paciente, indique a alternativa correta:

- A) Hipercalcemia discreta e lesão menor que 1 cm são típicas do carcinoma de paratireoide.
- B) O carcinoma de tireoide raramente causa sintomas sistêmicos, sendo em geral achado em exames de imagem.
- C) A diferenciação histológica entre adenoma e carcinoma baseia-se na dosagem sérica de cálcio e PTH.
- D) Hipercalcemia grave, PTH muito elevado e massa cervical palpável são compatíveis com carcinoma de paratireoide.

QUESTÃO 44

Quanto à conduta cirúrgica inicial mais adequada para o tratamento dessa paciente, identifique a alternativa correta:

- A) A paratireoidectomia simples constitui tratamento inicial adequado, pois o carcinoma geralmente se apresenta como lesão bem delimitada e de fácil ressecção.
- B) A ressecção em bloco, incluindo a paratireoide comprometida, o lobo tireoidiano ipsilateral e os tecidos aderidos, representa o tratamento cirúrgico de escolha.
- C) A tireoidectomia total deve ser realizada de rotina, com o objetivo de prevenir recidiva e facilitar o acompanhamento pós-operatório.
- D) A linfadenectomia cervical profilática está indicada em todos os casos, independentemente da presença de linfonodos aumentados.

QUESTÃO 45

No seguimento pós-operatório, a paciente evoluiu com recorrência local e hipercalcemia grave refratária. Sobre o manejo da paciente nesse momento, indique a alternativa correta:

- A) As recidivas devem ser tratadas com quimioterapia baseada em cisplatina, já que o tratamento cirúrgico não proporciona benefício clínico significativo.
- B) A radioterapia adjuvante é opção eficaz para erradicar completamente a doença local e controlar os níveis séricos de cálcio.
- C) O controle da hipercalcemia envolve hidratação vigorosa, uso de bisfosfonatos e calcimiméticos como o cinacalcete, podendo-se indicar nova cirurgia para ressecção da recidiva.
- D) O transplante autólogo de paratireoide é procedimento indicado como estratégia definitiva para controle metabólico da hipercalcemia persistente.

Situações-Problema	Pontuações			
	Q.1	Q.2	Q.3	Total
Questões de 1 a 3	0,4	0,3	0,3	1
Questões de 4 a 6	0,3	0,4	0,3	1
Questões de 7 a 9	0,3	0,4	0,3	1
Questões de 10 a 12	0,3	0,4	0,3	1
Questões de 13 a 15	0,3	0,4	0,3	1
Questões de 16 a 18	0,4	0,3	0,3	1
Questões de 19 a 21	0,4	0,3	0,3	1
Questões de 22 a 24	0,3	0,3	0,4	1
Questões de 25 a 27	0,3	0,3	0,4	1
Questões de 28 a 30	0,3	0,3	0,4	1
Questões de 31 a 33	0,3	0,3	0,4	1
Questões de 34 a 36	0,3	0,3	0,4	0,4
Questões de 37 a 39	0,3	0,3	0,4	1
Questões de 40 a 42	0,3	0,3	0,4	1
Questões de 43 a 45	0,3	0,4	0,3	1



Todos os direitos reservados. Proibida a publicação ou reprodução, ainda que parcial, sem a permissão expressa da Strix Educação.



Este Caderno de Provas foi impresso em papel de florestas plantadas e 100% renováveis

