

CEREMBÁHIA
COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Processo Seletivo Unificado de
Residência Médica/Bahia
2025



► **PROVA PARA PRM EM MASTOLOGIA**

Provas: 23/11/2025

DADOS DO CANDIDATO

NOME:

INSCRIÇÃO:

CADEIRA:



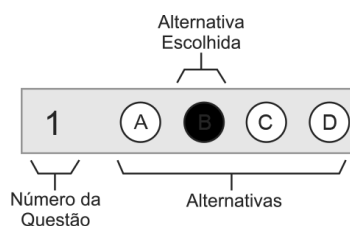
Processo Seletivo Unificado de Residência Médica 2026

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.

PROVA COM QUESTÕES OBJETIVAS

CEREMBÁHIA
COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

↻ 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

Paciente, sexo masculino, 68 anos de idade, portador de hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus* tipo 2 e DPOC leve, é avaliado ambulatorialmente para colectomia direita eletiva por adenocarcinoma de cólon. Nega dor torácica, mas refere dispnéia aos grandes esforços (classe funcional II). Faz uso de losartana, metformina e tiotrópio. Não há história de doença coronariana prévia. ECG de repouso mostra extrassístoles supraventriculares isoladas.

Com base no caso clínico e nos princípios de avaliação pré-operatória,

QUESTÃO 1

Indique a conduta mais adequada em relação à avaliação cardiovascular pré-operatória para esse paciente:

- A) Realizar teste não invasivo (teste ergométrico ou cintilografia) se o resultado alterar a conduta cirúrgica e a capacidade funcional for < 4 METs.
- B) Solicitar ecocardiograma transtorácico e teste ergométrico como recomendado para pacientes com mais de 65 anos.
- C) Iniciar betabloqueador 10 dias antes da cirurgia para controle da hipertensão e da frequência cardíaca.
- D) Cancelar o procedimento até avaliação cardiológica, independentemente da gravidade.

QUESTÃO 2

Indique a conduta mais adequada para o controle glicêmico no perioperatório:

- A) Suspender metformina 24 horas antes da cirurgia e reiniciar imediatamente após o término do procedimento.
- B) Manter metformina até o dia da cirurgia e ajustar a dose de insulina conforme necessidade intraoperatória.
- C) Suspender metformina uma semana antes da cirurgia devido ao risco de hipoglicemia.
- D) Suspender metformina no dia anterior à cirurgia e utilizar esquema de insulina regular em bomba ou em correção conforme glicemia capilar.

QUESTÃO 3

Indique a melhor conduta em relação à avaliação pulmonar pré-operatória para este paciente:

- A) Adiar a cirurgia e iniciar corticoide sistêmico profilático se o paciente for portador de DPOC.
- B) Solicitar espirometria apenas se o resultado influenciar o planejamento anestésico ou cirúrgico.
- C) Suspender o broncodilatador tiotrópio uma semana antes da cirurgia para evitar interação medicamentosa.
- D) Realizar radiografia de tórax e espirometria de rotina, pois o paciente tem mais de 60 anos.

Situação Problema: Questões de 4 a 6

Paciente, sexo masculino, 63 anos de idade, procura o ambulatório com queixa de empachamento pós-prandial, perda ponderal de 10,0 kg nos últimos 4 meses e vômitos ocasionais. Nega comorbidades prévias. Ao exame físico, regular estado geral, descorado +2/+4, emagrecido; ausculta respiratória e cardíaca sem alterações; abdome plano, flácido, dor leve à palpação profunda do epigástrico, sem sinais de irritação peritoneal, massas não palpáveis. Foi realizado endoscopia digestiva alta que mostrou lesão ulcerada no antro gástrico, medindo 4,0 cm; feito biópsia que confirmou adenocarcinoma gástrico intestinal de Lauren. Realizado tomografia computadorizada de abdome e pelve que evidenciou espessamento parietal antral, linfonodos perigástricos aumentados e ausência de metástases à distância.

QUESTÃO 4

Com base no caso, identifique a alternativa correta em relação à epidemiologia e fatores de risco para o câncer gástrico:

- A) O tipo difuso de Lauren está mais relacionado à infecção por *Helicobacter pylori* do que o tipo intestinal.
- B) A gastrectomia prévia e a gastrite atrófica autoimune aumentam o risco de adenocarcinoma gástrico.
- C) O consumo de frutas e vegetais frescos é fator predisponente para câncer gástrico distal.
- D) O câncer gástrico proximal tem maior associação com dieta rica em sal e nitratos do que o distal.

QUESTÃO 5

Indique a conduta mais correta para o tratamento cirúrgico do câncer gástrico distal localizado:

- A) Gastrectomia subtotal com margem distal de 3 cm, independentemente do tipo histológico.
- B) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2, sem necessidade de ressecção do omento.
- C) Gastrectomia total com linfadenectomia D3 e esofagojejunostomia em Y de Roux para todos os tumores antrais.
- D) Gastrectomia subtotal com margem proximal ≥ 5 cm e linfadenectomia D2, preservando o baço se não houver invasão.

QUESTÃO 6

Indique a alternativa correta em relação à avaliação pré-operatória e ao estadiamento desse paciente:

- A) A endoscopia digestiva alta com biópsia é suficiente para definir o estadiamento clínico inicial.
- B) O PET-CT substitui a tomografia de abdome no estadiamento inicial de rotina.
- C) A ultrassonografia endoscópica é útil para determinar profundidade da invasão (T) e linfonodos regionais (N).
- D) O estadiamento laparoscópico não tem papel na avaliação pré-operatória de tumores gástricos.

Situação Problema: Questões de 7 a 9

Mulher, 32 anos de idade, G3P0A3. Três perdas gestacionais consecutivas com <12 semanas: 8, 9 e 10 semanas (todas com embrião e BCF prévio, seguidas de sangramento). Nega infecções nas gestações; nega consumo de álcool ou tabagismo. Sem antecedente de trombose, IMC 24 kg/m². Dados da investigação já feita: histerossalpingografia e histeroscopia diagnóstica normais; ultrassom 3D sem malformações. Cariótipo parental: 46, XX/46, XY. TSH 1,5 mUI/L; prolactina normal; trombofilias hereditárias ausentes. Anticorpos antifosfolípides: anticardiolipina IgG elevada em duas coletas com 14 semanas de intervalo; anticoagulante lúpico negativo; anti-β2GP1 limítrofe.

QUESTÃO 7

Diante do quadro clínico, identifique o diagnóstico mais provável:

- A) Insuficiência lútea.
- B) Síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAAF).
- C) Malformação uterina.
- D) Infecção crônica uterina.

QUESTÃO 8

Indique a conduta recomendada na próxima gestação, segundo protocolos nacionais e internacionais:

- A) AAS em baixa dose e heparina de baixo peso molecular profilática.
- B) Apenas AAS.
- C) Prednisona e AAS.
- D) Progesterona vaginal isolada.

QUESTÃO 9

Indique outra complicação obstétrica associada ao diagnóstico do caso, além de abortos recorrentes:

- A) Acretismo placentário.
- B) Diabetes gestacional.
- C) Pré-eclâmpsia grave e/ou parto prematuro < 34 semanas.
- D) Gestação ectópica.

Situação Problema: Questões de 10 a 12

Mulher, 28 anos de idade, G2P1, 26 semanas de gestação, sem comorbidades prévias. História familiar de *diabetes mellitus* tipo 2 (pai). Ganho ponderal de 10 kg até o momento. Teste oral de tolerância à glicose (TOTG) 75 g: jejum 94 mg/dL; 1 h: 185 mg/dL; 2 h: 161 mg/dL. Relata alimentação rica em carboidratos simples e rotina sedentária por trabalho administrativo. Ultrassonografia obstétrica às 26 semanas: feto único, crescimento adequado (p60), líquido amniótico normal, doppler normal. Sem cetonúria. Não usa medicamentos. Solicita plano alimentar estruturado.

QUESTÃO 10

Segundo as Diretrizes Nacionais da FEBRASGO, os dados clínicos e laboratoriais apresentados por essa paciente são compatíveis com:

- A) Gestação normal.
- B) *Diabetes mellitus* gestacional.
- C) Pré-diabetes.
- D) Diabetes prévio (*diabetes mellitus* tipo 2).

QUESTÃO 11

Indique a primeira medida terapêutica recomendada para essa gestante:

- A) Iniciar insulina NPH à noite.
- B) Iniciar metformina oral
- C) Modificar a dieta e indicar atividade física.
- D) Prescrever glibenclamida oral.

QUESTÃO 12

Indique os níveis glicêmicos desejáveis como metas, no acompanhamento dessa paciente:

- A) Glicemias de Jejum < 110 mg/dL
- B) Glicemias de Jejum entre 65 - 95 mg/dL
- C) Glicemias Pós-prandiais (2h) < 160 mg/dL
- D) Glicemias de Jejum < 100 mg/dL e Pós-prandiais (2h) < 180 mg/dL

Situação-Problema: Questões de 13 a 15

Mulher, 42 anos de idade, G2P2, com histórico familiar (mãe) de câncer de mama aos 50 anos. Notou nódulo em QSE da mama esquerda há 2 meses, com episódios de descarga serossanguinolenta e retração de pele local. Exame: mamas pequenas, nódulo 2,5 cm em mama esquerda, endurecido, irregular, parcialmente aderido; linfonodo axilar esquerdo endurecido 1,5 cm. Mamografia: BI-RADS 5; Ultrassom mamário: lesão sólida irregular 2,6 cm em mama esquerda, linfonodo axilar com espessamento cortical. *Core-biopsy*: carcinoma ductal invasivo, grau II, RE 90%, RP 70%, HER2 0 (negativo), Ki-67 25%. RM mamária: lesão única. Estadiamento sistêmico sem metástases.

QUESTÃO 13

Identifique a conduta cirúrgica mais adequada para essa paciente:

- A) Indicar cirurgia conservadora da mama, desde que seja possível obter margens livres e haja radioterapia complementar programada.
- B) Evitar cirurgia conservadora da mama sempre que houver linfonodo axilar comprometido na avaliação clínica ou no exame de imagem.
- C) Indicar mastectomia radical como tratamento único, independentemente das características tumorais e da possibilidade de conservação.
- D) Postergar o tratamento cirúrgico até a finalização completa de todo o esquema de quimioterapia adjuvante planejado.

QUESTÃO 14

Indique a terapia inicial mais apropriada nesse caso, considerando o tamanho do tumor >2 cm e a presença de linfonodo suspeito:

- A) Quimioterapia exclusiva.
- B) Radioterapia exclusiva.
- C) Hormonoterapia isolada.
- D) Quimioterapia neoadjuvante.

QUESTÃO 15

Identifique a terapia padrão recomendada para paciente em período de pré-menopausa com RE positivo:

- A) Usar tamoxifeno como terapia adjuvante por 5 a 10 anos.
- B) Utilizar anastrozol desde o início.
- C) Usar fulvestranto como primeira linha.
- D) Não realizar hormonioterapia.

Situação Problema: Questões de 16 a 18

Mulher, 58 anos de idade, nuligesta, menopausada há 8 anos, queixa-se de dor pélvica insidiosa, distensão abdominal progressiva e perda do apetite há 3 meses. Ao exame: ascite moderada, massa anexial palpável à esquerda. Ultrassom transvaginal: massa ovariana complexa 7,2 cm, septada com projeções papilares internas e ascite. Doppler com vascularização aumentada. CA-125 540 U/mL. TC abdome/pelve: ascite, omento espessado, sem lesões hepáticas. Sem cirurgias prévias. Hemoglobina 11,2 g/dL, creatinina 0,8 mg/dL.

QUESTÃO 16

Identifique o achado mais sugestivo de malignidade nesse caso:

- A) CA 125 elevado.
- B) Dor pélvica insidiosa.
- C) Presença de papilas internas.
- D) Distensão abdominal.

QUESTÃO 17

Indique a conduta inicial recomendada, uma vez diagnosticado câncer de ovário:

- A) Citorredução primária (histerectomia total + salpingo-ooforectomia bilateral + omentectomia + citorredução de lesões).
- B) Quimioterapia neoadjuvante para todos os casos.
- C) Punção de ascite para citologia e concessão de alta.
- D) Observação sem intervenção.

QUESTÃO 18

Identifique o principal fator prognóstico independente:

- A) Grau histológico.
- B) Estadiamento cirúrgico e volume de doença residual pós-citorredução.
- C) Nível absoluto de CA-125 pré-operatório.
- D) Idade da paciente.

Situação Problema: Questões de 19 a 21

Mulher, 51 anos de idade, menopausada há 12 anos, G3P3. Queixa-se de sangramento vaginal escasso e intermitente há 2 meses. Apresenta IMC de 35Kg/m², diabetes *mellitus* tipo 2 e hipertensão. Nega uso de terapia hormonal. Exame ginecológico: mucosa atrófica, colo sem lesões, útero tópico. Ultrassom transvaginal: endométrio homogêneo de 8 mm; cavidade sem massas focais; ovários atróficos. Laboratório: Hb 12,4 g/dL; TSH normal. Paciente apreensiva quanto a câncer, pois sua mãe teve câncer de colo uterino.

QUESTÃO 19

Diante dos dados apresentados, indique a conduta inicial obrigatória:

- A) Histerectomia imediata.
- B) Curetagem uterina às cegas.
- C) Histeroscopia diagnóstica com biópsia endometrial dirigida.
- D) Iniciar TH e reavaliar.

QUESTÃO 20

Identifique, entre os listados, o principal fator de risco para essa paciente:

- A) Menopausa precoce.
- B) Multiparidade.
- C) História familiar positiva.
- D) Obesidade.

QUESTÃO 21

Identifique o ponto de corte do eco endometrial que exige investigação, em mulher pós-menopausada com sangramento:

- A) ≥ 3 mm
- B) ≥ 4 mm
- C) ≥ 6 mm
- D) ≥ 8 mm

Situação Problema: Questões de 22 a 24

Mulher, 62 anos de idade, G5P5, agricultora, queixa-se de “bola na vagina” há 2 anos, piorando quando fica em ortostase e com esforços. Relata esvaziamento vesical incompleto e constipação. Sem atividade sexual nos últimos 5 anos. Exame POP-Q: Aa: +1 Ba: +1 Ap:-3 Bp: -3 C: -7 D: -9. Tônus perineal reduzido. Comorbidades: HAS leve controlada.

QUESTÃO 22

Indique o diagnóstico principal para essa paciente:

- A) Retocele.
- B) Prolapso uterino.
- C) Cistocele.
- D) Enterocele.

QUESTÃO 23

Identifique o exame complementar que pode auxiliar na avaliação funcional e no planejamento cirúrgico nesses casos:

- A) Estudo urodinâmico.
- B) Ressonância magnética pélvica.
- C) Ultrassonografia transvaginal.
- D) Histerossalpingografia.

QUESTÃO 24

Indique o tratamento mais eficaz para o caso:

- A) Colpocleise (colpopexia obliterativa).
- B) Colporrafia anterior.
- C) Uso contínuo de pessário vaginal.
- D) Terapia estrogênica isolada.

Situação Problema: Questões de 25 a 27

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 25

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 26

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 27

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 28 a 30

Paciente, sexo masculino, 64 anos de idade, tabagista de 40 maços-ano, ex-metalúrgico, procura atendimento apresentando tosse seca, perda ponderal e dor torácica leve há 2 meses. Realizou tomografia computadorizada de tórax que mostrou massa espiculada de 4,2 cm no lobo superior direito do pulmão, em íntimo contato com a fissura interlobar, e linfonodos aumentados em hilo direito (1,8 cm) e mediastino subcarinal (1,5 cm). Complementou a avaliação com PET-CT que evidenciou captação intensa na lesão primária e nos linfonodos mediastinais. Na broncoscopia, observou-se compressão extrínseca do brônquio lobar superior direito.

QUESTÃO 28

Considerando o quadro clínico e os achados de imagem, indique a alternativa correta em relação ao estadiamento e à conduta diagnóstica inicial:

- A) O estadiamento clínico provável é T2bN1M0 (estágio IIB), e o paciente deve ser encaminhado diretamente para lobectomia pulmonar anatômica.
- B) O achado de linfonodo subcarinal com captação aumentada no PET define comprometimento N2, dispensando confirmação histológica mediastinal.
- C) O estadiamento clínico provável é T2bN2M0 (estágio IIIA), e a confirmação do envolvimento mediastinal deve ser realizada, preferencialmente, por EBUS-TBNA guiado por ultrassom.
- D) A confirmação diagnóstica deve ser obtida obrigatoriamente por biópsia percutânea transtorácica, mesmo em lesões centrais com compressão brônquica.

QUESTÃO 29

Com base nos dados clínicos, identifique a alternativa correta em relação à indicação cirúrgica após o tratamento neoadjuvante:

- A) A cirurgia está contraindicada em todos os pacientes com N2 confirmado, independentemente da resposta obtida ao tratamento sistêmico.
- B) Pacientes com N2 discreto e resposta parcial podem ser candidatos à lobectomia anatômica com linfadenectomia mediastinal completa, se houver restabelecimento da ressecabilidade.
- C) A persistência de linfonodo mediastinal após neoadjuvância indica ressecção pulmonar limitada (wedge), associada à radioterapia adjuvante complementar.
- D) A pneumonectomia é preferida ao tratamento combinado (químico e rádio) para N2, pois reduz o risco de recidiva local e melhora a sobrevida.

QUESTÃO 30

No intraoperatório, a lesão é visualizada junto à fissura interlobar, aderida à artéria pulmonar superior. Após lobectomia superior direita e linfadenectomia mediastinal, a peça cirúrgica é avaliada com margem brônquica comprometida. Diante desses achados, é correto afirmar, sobre o manejo e o prognóstico:

- A) A margem brônquica comprometida define ressecção R1, sendo indicada ampliação com broncoplastia em manguito se houver condições anatômicas adequadas.
- B) O comprometimento da margem brônquica não altera o prognóstico quando a linfadenectomia mediastinal é completa e sistemática.
- C) O tratamento adjuvante mais indicado é observação clínica, considerando a baixa taxa de recidiva local após ressecção R1 brônquica.
- D) A ampliação da ressecção não deve ser realizada no mesmo ato operatório, em razão do risco aumentado de fístula brônquica pós-operatória.

Situação Problema: Questões de 31 a 33

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 31

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 32

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 33

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 34 a 36

Paciente, sexo feminino, recém-nascida com 37 semanas de gestação, parto vaginal, apresenta exteriorização de alças intestinais através de defeito paraumbilical direito, sem membrana de cobertura, com as alças intestinais espessadas e com fibrina superficial. A recém-nascida está ativa, porém com leve distensão abdominal e sinais de desidratação.

QUESTÃO 34

Indique a alternativa correta em relação ao provável diagnóstico da paciente:

- A) A gastrosquise é um defeito de parede abdominal coberto por membrana peritoneal e amniótica, localizado na linha média.
- B) A onfalocele, diferentemente da gastrosquise, não apresenta associação com malformações congênitas.
- C) A gastrosquise é um defeito paraumbilical direito, sem membrana de cobertura, raramente associada a anomalias cromossômicas.
- D) O diagnóstico pós-natal é obrigatório, pois a ultrassonografia fetal não permite identificação dessa anomalia.

QUESTÃO 35

Indique a conduta cirúrgica inicial mais adequada para o caso descrito:

- A) O fechamento primário imediato é indicado sempre que possível, mesmo que a redução das alças provoque aumento da pressão intra-abdominal.
- B) O uso de bolsa de silo é indicado quando o fechamento primário provoca elevação da pressão intra-abdominal, permitindo redução gradual das alças intestinais.
- C) A utilização de bolsa de silo é desaconselhada em recém-nascidos prematuros, pelo risco aumentado de infecção e dificuldade de cicatrização.
- D) A realização de laparotomia exploratória ampla deve preceder a correção, para excluir anomalias intestinais associadas antes da redução das alças.

QUESTÃO 36

Após três semanas do tratamento cirúrgico, a paciente evoluiu com fístula enteroatmosférica e síndrome do intestino curto. Em relação ao manejo cirúrgico e nutricional dessas complicações, indique a alternativa correta:

- A) A reconstrução imediata do trânsito intestinal deve ser realizada para restabelecer a função digestiva e reduzir a necessidade de suporte parenteral.
- B) O tratamento inicial consiste em estabilização clínica, controle do débito fistuloso e nutrição parenteral total, adiando a reconstrução até melhora nutricional e crescimento adequado.
- C) A chance de fechamento espontâneo da fístula é mínima, sendo recomendada ressecção intestinal precoce com anastomose primária.
- D) A introdução imediata de nutrição enteral é mandatória, pois previne complicações infecciosas e estimula o trofismo da mucosa intestinal.

Situação-Problema: Questões de 37 a 39

Mulher, 45 anos de idade, assintomática, sem antecedentes familiares de câncer de mama ou ovário, durante consulta de rotina na Unidade Básica de Saúde quer saber se precisa fazer mamografia, pois nunca fez e suas amigas já estão fazendo anualmente. Não apresenta nódulos palpáveis ou outras alterações ao exame clínico das mamas realizado pelo médico de família.

QUESTÃO 37

Indique a orientação correta a ser fornecida a esta paciente, de acordo com as Diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil:

- A) Iniciar mamografia de rastreamento anualmente a partir de agora, aos 45 anos.
- B) Realizar autoexame das mamas mensalmente como método de rastreamento mais eficaz.
- C) Aguardar completar 50 anos para iniciar mamografia bienal até os 69 anos.
- D) Solicitar ultrassonografia mamária anual por ser método sem radiação e mais sensível.

QUESTÃO 38

Indique o dado de história que constituiria, nessa paciente, um fator de risco para o câncer de mama esporádico:

- A) Menarca aos 16 anos, com menor tempo total de exposição estrogênica ao longo da vida.
- B) Primeira gestação aos 22 anos, com período de amamentação prolongado.
- C) Nuliparidade, ou primeira gestação, após os 30 anos, com maior tempo de estímulo hormonal estrogênio-dependente.
- D) Uso de contraceptivo oral de baixa dose por menos de 5 anos, em regime contínuo.

QUESTÃO 39

Identifique a melhor justificativa para as recomendações de triagem do câncer de mama adotadas pelo SUS:

- A) A adoção do rastreamento por oportunidade em todas as faixas etárias garante maior liberdade de escolha, respeitando a autonomia individual como princípio estruturante do SUS.
- B) A definição de faixa etária e periodicidade seguem evidências de melhor relação custo-benefício e eficácia em nível populacional, por isso, o rastreamento envolve busca ativa, registro nominal e monitoramento em rede.
- C) A recomendação se baseia no princípio da integralidade, segundo o qual todo procedimento preventivo disponível deve ser ofertado de forma ampliada.
- D) A preferência pelo rastreamento bienal reflete as dificuldades operacionais atuais para oferta de mamografia no SUS, devendo evoluir em paralelo à capacidade instalada.

Situação-Problema: Questões de 40 a 42

Paciente, sexo feminino, 64 anos de idade, com história de câncer de mama esquerda (carcinoma ductal invasivo) tratado há 2 anos com mastectomia esquerda e reconstrução imediata com retalho miocutâneo de músculo reto abdominal (TRAM) ipsilateral. Há 4 meses, evoluiu com perfuração de cólon sigmoide por diverticulite complicada, sendo submetida à laparotomia de urgência. No pós-operatório imediato, apresentou deiscência de parede abdominal e formação de fistula enterocutânea de baixo débito na região infraumbilical, manejada clinicamente até fechamento espontâneo. Atualmente, encontra-se sem evidência de recidiva do câncer de mama no seguimento oncológico, porém apresenta grande hérnia ventral de aproximadamente 14 cm, em área de cicatriz abdominal prévia e região doadora do retalho TRAM, com pele aderida a alças intestinais. O cirurgião oncológico e o mastologista planejam a reconstrução definitiva da parede abdominal, visando à melhora funcional e estética.

QUESTÃO 40

Indique o planejamento cirúrgico mais adequado para esta paciente:

- A) Em casos com contaminação prévia ou cicatrizes intensas, é aceitável o uso de tela biológica ou biossintética temporária, com reconstrução definitiva tardia.
- B) A reconstrução deve ser feita preferencialmente em tempo único, mesmo na presença de contaminação recente, para reduzir o risco de fístula recorrente.
- C) O fechamento sob tensão é aceitável se houver cobertura cutânea adequada, pois reduz o risco de seroma.
- D) O uso de telas é contraindicado se houver histórico de fístula enterocutânea prévia, mesmo após resolução completa.

QUESTÃO 41

Identifique a alternativa correta em relação aos materiais de reforço que podem ser utilizados na reconstrução da parede abdominal desta paciente, previamente submetida a TRAM e laparotomia em campo potencialmente contaminado:

- A) Telas de polipropileno simples são seguras para uso em campo contaminado, desde que posicionadas em plano retromuscular.
- B) Telas biológicas (como as derivadas de matriz dérmica acelular) têm maior resistência mecânica e menor taxa de absorção do que as sintéticas de polipropileno.
- C) Telas de PTFE (politetrafluoretileno) são preferidas em cenários contaminados devido à sua baixa aderência e integração tecidual.
- D) Telas biossintéticas de longa absorção podem ser utilizadas em campo contaminado, oferecendo suporte temporário com menor risco de infecção persistente.

QUESTÃO 42

Considerando as possíveis complicações e as estratégias para prevenção de recidiva da hérnia ventral nesta paciente com múltiplas cirurgias abdominais prévias (incluindo área doadora de TRAM), indique a alternativa correta:

- A) A perda de domicílio visceral >25% contraindica o fechamento primário, devendo-se optar por enxertos cutâneos definitivos sobre vísceras.
- B) A técnica de separação de componente anterior, isoladamente, oferece menor capacidade de medialização dos retalhos que a técnica de liberação do músculo transverso do abdome.
- C) O pneumoperitônio progressivo pré-operatório é contraindicado em pacientes previamente operados ou com fibrose abdominal.
- D) A recidiva herniária é mais frequente após uso de telas sublay do que após telas onlay, devido à maior pressão intra-abdominal exercida sobre o plano profundo.

Situação Problema: Questões de 43 a 45

Paciente, sexo feminino, 41 anos de idade, com história prévia de carcinoma ductal invasivo de mama esquerda há 3 anos, tratada com mastectomia radical modificada e quimioterapia adjuvante. Atualmente em seguimento, sem evidências de recidiva. É vítima de ferimento por arma de fogo em hemitórax inferior e epigástrico. Chega ao Pronto-Socorro em choque hipovolêmico, respondendo parcialmente à reposição volêmica, e é submetida à laparotomia exploradora de emergência, que revela:

- lesão transfixante do pâncreas, na junção corpo-cabeça;
- perfuração duodenal na segunda porção, próxima à papila;
- ausência de lesões vasculares maiores associadas.

Após controle temporário do sangramento e exclusão de outras lesões, o cirurgião planeja o tratamento definitivo do trauma pancreatoduodenal.

QUESTÃO 43

Diante do quadro descrito e da classificação da Associação Americana para Cirurgia do Trauma, identifique a alternativa que melhor descreve o padrão de gravidade das lesões pancreática e duodenal:

- A) Lesões de alta gravidade, com transecção na junção corpo-cabeça do pâncreas e perfuração da segunda porção duodenal próxima à papila, compatíveis com pâncreas grau IV e duodeno grau II/III.
- B) Lesões de baixa gravidade, classificadas como pâncreas grau II e duodeno grau II, passíveis de manejo conservador apenas com drenagem local e observação.
- C) Lesão de gravidade intermediária, descrita como grau III, na qual o ducto pancreático se mantém íntegro e o duodeno apresenta apenas contusão, sem perfuração.
- D) Trauma máximo, classificado como grau V, em que o simples envolvimento simultâneo do pâncreas e do duodeno define o grau, independentemente da extensão das lesões.

QUESTÃO 44

Considerando o manejo cirúrgico do trauma pancreatoduodenal em paciente instável, identifique a conduta mais adequada no contexto intraoperatório descrito:

- A) Realizar pancreatoduodenectomia (procedimento de Whipple) de emergência como tratamento de escolha sempre que houver lesão combinada de pâncreas e duodeno.
- B) Em pacientes instáveis, adotar abordagem em dois tempos, com drenagem ampla, exclusão duodenal e gastrojejunostomia, deixando a reconstrução definitiva para momento posterior.
- C) Indicar derivação biliodigestiva em toda lesão duodenal próxima à papila, mesmo quando a lesão é restrita e reparável localmente.
- D) Fechar primariamente o duodeno e associar pancreatectomia distal como conduta padrão para lesões localizadas na cabeça do pâncreas.

QUESTÃO 45

No sétimo dia de pós-operatório, a paciente apresenta débito elevado de secreção rica em amilase pelo dreno, febre e coleção retroperitoneal à tomografia computadorizada. Identifique a conduta mais adequada frente a esse quadro:

- A) O quadro sugere fístula pancreática, cujo tratamento inicial deve ser conservador, com manutenção da drenagem, antibioticoterapia, suporte nutricional e, quando indicado, drenagem percutânea da coleção.
- B) A presença de fístula pancreática com débito elevado impõe reoperação precoce em todos os casos, pois o fechamento espontâneo é evento raro.
- C) O uso de octreotida é contraindicado em fístula pancreática, pois aumenta o risco de formação de abscesso retroperitoneal nesses pacientes.
- D) A drenagem percutânea é ineficaz no manejo de fístulas pancreáticas, devendo-se indicar drenagem cirúrgica obrigatória de todas as coleções associadas.

Situações-Problema	Pontuações			
	Q.1	Q.2	Q.3	Total
Questões de 1 a 3	0,3	0,3	0,4	1
Questões de 4 a 6	0,3	0,3	0,4	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	0,4	0,3	0,3	1
Questões de 16 a 18	0,3	0,4	0,3	1
Questões de 19 a 21	0,4	0,3	0,3	1
Questões de 22 a 24	0,4	0,3	0,3	1
Questões de 25 a 27	0,3	0,3	0,4	1
Questões de 28 a 30	0,4	0,3	0,3	1
Questões de 31 a 33	0,3	0,3	0,4	1
Questões de 34 a 36	0,3	0,3	0,4	1
Questões de 37 a 39	0,3	0,4	0,3	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

