

Processo Seletivo Unificado de
Residência Médica – Bahia
2026.2

Provas:

08/03/2026

ABAEM
ASSOCIAÇÃO BAHIANA DE ATENDIMENTO À EDUCAÇÃO MÉDICA



► **PROVA PARA ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS**

Provas: 08/03/2026

DADOS DO CANDIDATO

NOME:

INSCRIÇÃO:

CADEIRA:



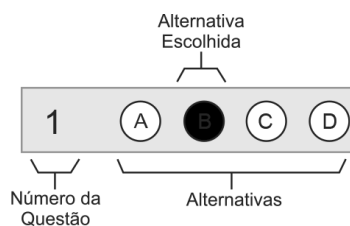
Processo Seletivo Unificado de Residência Médica 2026.2

SOBRE A PROVA

- Este Caderno de Prova contém 15 questões objetivas com quatro alternativas de resposta, identificadas por A, B, C, D.
- O tempo total para realização desta Prova é de duas horas, sendo de uma hora 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 da prova.

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 prova.
- 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.

- 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. Questão com resposta rasurada, com mais de uma alternativa marcada ou marcada a lápis não será considerada.
- 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 15**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, 60 anos de idade, procura atendimento de urgência por apresentar dor abdominal progressiva, distensão abdominal e parada de eliminação de fezes e flatos há 48 horas. Relata antecedente familiar de câncer colorretal em parente de 1º grau (pai) diagnosticado aos 48 anos. Nega rastreamento prévio, embora tenha procurado médico há dois anos, assintomática, por preocupação com o risco de câncer. Ao exame físico: bom estado geral, FC: 72 bpm, PA: 128x84 mmHg; ausculta cardíaca e respiratória sem alterações; abdome distendido, ruídos hidroaéreos presentes, timpânico à percussão, flácido, dor à palpação profunda difusamente, sem sinais de irritação peritoneal.

Tomografia computadorizada de abdome com contraste evidenciou lesão estenosante em cólon sigmoide, com obstrução quase completa da luz e dilatação colônica proximal, sem sinais de perfuração. Paciente hemodinamicamente estável, sem sinais de sepse e sem contaminação abdominal, sendo submetida à retossigmoidectomia com anastomose primária.

QUESTÃO 1

Indique a recomendação correta de rastreamento para câncer colorretal para essa paciente, considerando o antecedente familiar descrito:

- A) Colonoscopia a partir dos 50 anos, com repetição a cada 10 anos.
- B) Pesquisa anual de sangue oculto nas fezes a partir dos 45 anos.
- C) Colonoscopia a partir dos 45 anos, com repetição a cada 10 anos.
- D) Colonoscopia aos 38 anos, com repetição a cada 5 anos.

QUESTÃO 2

Indique a principal complicação imediata esperada, caso a paciente apresente a válvula ileocecal competente:

- A) Perfuração cecal por distensão.
- B) Isquemia do intestino delgado por estrangulamento.
- C) Megacólon tóxico infeccioso.
- D) Vôlvulo de sigmoide.

QUESTÃO 3

No 6º dia pós-operatório, a paciente evolui com vômitos, febre (38,5 °C), taquicardia, leucocitose e dor abdominal. Ao exame, sem rigidez abdominal. Indique a principal hipótese diagnóstica e a conduta inicial mais adequada:

- A) Íleo paralítico prolongado. Realizar medidas de suporte e aguardar evolução.
- B) Deiscência anastomótica. Solicitar tomografia com contraste e iniciar antibióticos.
- C) Abscesso de parede. Realizar drenagem guiado por ultrassonografia.
- D) Trombose venosa profunda. Prescrever anticoagulação plena.

Situação Problema: Questões de 4 a 6

Paciente, sexo masculino, 59 anos de idade, portador de insuficiência renal crônica, em hemodiálise, e diabetes *mellitus* tipo 2, é submetido à laparotomia exploradora por perfuração de úlcera gástrica. Evolui no pós-operatório com ferida operatória de difícil cicatrização, apresentando deiscência superficial, tecido de granulação escasso, bordas desvitalizadas e exsudato persistente, sem sinais clínicos de infecção. Culturas locais negativas. Exames laboratoriais demonstram leucometria $10.000/\text{mm}^3$ sem desvio para a esquerda e albumina sérica de 2,6 g/dL.

Com base no caso clínico,

QUESTÃO 4

Indique a principal alteração do processo tissular de cicatrização associada ao retardo da cicatrização nesse paciente:

- A) Redução da atividade de metaloproteinases, levando ao acúmulo excessivo de colágeno.
- B) Aumento da liberação de TNF-alfa, com ação antifibrótica e redução da resposta inflamatória local.
- C) Diminuição da migração e proliferação de fibroblastos, com prejuízo da síntese de colágeno tipo III.
- D) Predomínio precoce de colágeno tipo I na fase inflamatória.

QUESTÃO 5

Identifique o fator de risco presente no caso com associação independente mais robusta, evidenciada na literatura, à deiscência de ferida operatória no pós-operatório abdominal:

- A) Idade do paciente.
- B) Insuficiência renal crônica.
- C) Diabetes *mellitus* tipo 2.
- D) Hipoalbuminemia.

QUESTÃO 6

Indique a conduta mais adequada para otimizar a cicatrização da ferida desse paciente:

- A) Realizar fechamento primário tardio, independentemente das condições do leito da ferida.
- B) Instituir terapia por pressão negativa associada à correção do estado nutricional.
- C) Prescrever antibioticoterapia empírica de amplo espectro por tempo prolongado.
- D) Indicar enxertia cutânea imediata sobre o leito atual da ferida.

Situação Problema: Questões de 7 a 9

Paciente, sexo masculino, 41 anos de idade, com história de dois episódios prévios de litíase urinária, procura atendimento por dor lombar esquerda de início súbito há 12 horas, compatível com cólica renal. Encontra-se afebril, hemodinamicamente estável, referindo dor lombar esquerda, com sinal de Giordano negativo. Foi realizada tomografia computadorizada de abdome sem contraste, que evidenciou cálculo de 11 mm no ureter proximal esquerdo, associado à hidronefrose moderada. Exames laboratoriais demonstram creatinina sérica dentro da normalidade, cálcio sérico normal e pH urinário de 4,5. Após analgesia adequada, o paciente mantém dor recorrente.

Com base no caso clínico,

QUESTÃO 7

Indique o tipo de cálculo urinário mais provável, considerando o pH urinário encontrado:

- A) Fosfato de cálcio.
- B) Oxalato de cálcio.
- C) Ácido úrico.
- D) Estruvita.

QUESTÃO 8

Indique a conduta mais adequada neste momento, de acordo com o quadro clínico e os achados de exame de imagem:

- A) Realizar Litotripsia extracorpórea por ondas de choque ou ureteroscopia.
- B) Manter Tratamento clínico expectante com terapia expansiva.
- C) Instituir Alcalinização urinária isolada como tratamento definitivo.
- D) Realizar Nefrostomia percutânea de urgência, independentemente da presença de infecção.

QUESTÃO 9

Após a resolução completa do episódio, considerando a persistência do pH urinário descrito, indique a medida preventiva mais indicada para reduzir o risco de recorrência:

- A) Uso contínuo de diuréticos tiazídicos.
- B) Alcalinização urinária com redução de proteínas animais na dieta.
- C) Restrição isolada de sódio na dieta.
- D) Suplementação de cálcio via oral.

Situação Problema: Questões de 10 a 12

Paciente, sexo masculino, 34 anos de idade, vítima de explosão por álcool há 12 dias, apresentou queimaduras de segundo grau profunda e de terceiro grau em face anterior do antebraço direito e dorso da mão direita. O paciente foi submetido a desbridamentos seriados, evoluindo com tecido de granulação viável e sem sinais de infecção no leito das feridas. A área cruenta no dorso da mão direita mede aproximadamente 6,0 x 5,0 cm, com exposição de tendões extensores, porém com peritendão parcialmente preservado. No antebraço direito, há área de 8,0 x 6,0 cm com leito bem vascularizado, sem exposição de estruturas nobres. O paciente apresenta estabilidade hemodinâmica, sem comorbidades e com boa perfusão periférica.

De acordo com o caso clínico,

QUESTÃO 10

Indique a conduta mais adequada em relação à reconstrução da área cruenta no antebraço direito:

- A) Enxerto cutâneo de espessura parcial, pois apresenta melhor integração em leitos bem vascularizados.
- B) Enxerto cutâneo de espessura total, obrigatoriamente retirado da região inguinal, por apresentar menor retração secundária.
- C) Retalho microcirúrgico livre, devido ao risco elevado de falha de integração do enxerto.
- D) Curativo biológico definitivo, pois enxertos são contraindicados em queimaduras profundas.

QUESTÃO 11

Indique a melhor opção para a reconstrução do dorso da mão direita:

- A) Enxerto cutâneo de espessura parcial diretamente sobre os tendões expostos.
- B) Enxerto de pele total sobre os tendões, independentemente das condições do leito.
- C) Retalho local ou regional, pois a presença de estruturas nobres expostas contraindica enxertia simples.
- D) Aguardar epitelização espontânea, pois tendões expostos cicatrizam por segunda intenção.

QUESTÃO 12

Indique a alternativa correta sobre enxertos e retalhos em pacientes queimados:

- A) Enxertos cutâneos não dependem da vascularização do leito receptor para sua integração.
- B) Retalhos diferem dos enxertos por manterem suprimento sanguíneo próprio, podendo ser locais, regionais ou livres.
- C) Enxertos de espessura parcial apresentam menor taxa de integração que os de espessura total.
- D) A principal vantagem do enxerto de espessura total é permitir cobertura de grandes áreas com mínima morbidade da área doadora.

Situação Problema: Questões de 13 a 15

Recém-nascida do sexo feminino, nascida de parto cesáreo com 38 semanas, peso 2.750 g, Apgar 8/9, filha de mãe de 32 anos com polidrâmnio durante a gestação. Logo após o nascimento apresenta sialorreia intensa, episódios de cianose e engasgos às tentativas de amamentação. Ao exame físico, observa-se distensão abdominal discreta. Tentativa de passagem de sonda orogástrica encontra resistência a, aproximadamente, 10,0 cm da arcada gengival. Foi realizado radiografia de tórax e abdome com sonda radiopaca que evidenciou a sonda enrolada em fundo cego no mediastino superior e presença de ar em estômago e em alças intestinais.

Diante do caso,

QUESTÃO 13

Indique a alternativa correta em relação ao quadro clínico:

- A) A atresia de esôfago ocorre em, aproximadamente, 1:20.000 nascidos vivos, sendo raramente associada a outras malformações congênitas.
- B) A forma mais comum corresponde à atresia esofágica sem fístula traqueoesofágica distal (tipo A), representando mais de 70% dos casos.
- C) A forma mais frequente é a atresia esofágica com fístula traqueoesofágica distal (tipo C), correspondendo a cerca de 85% dos casos.
- D) A associação VACTERL raramente está relacionada à atresia de esôfago.

QUESTÃO 14

Sobre os diagnósticos pré-natal e pós-natal para esta paciente, identifique a alternativa correta:

- A) A presença de ar no estômago na radiografia exclui o diagnóstico de atresia esofágica.
- B) O polidrâmnio é achado pré-natal frequente, decorrente da incapacidade fetal de deglutir líquido amniótico.
- C) A passagem fácil de sonda orogástrica até o estômago afasta definitivamente a hipótese de fístula traqueoesofágica isolada.
- D) A tomografia computadorizada é o exame padrão-ouro para confirmação diagnóstica no período neonatal.

QUESTÃO 15

Em relação ao manejo inicial e tratamento cirúrgico da condição apresentada pela criança recém-nascida, é correto o que se afirma em

- A) O tratamento cirúrgico deve ser realizado apenas após ganho ponderal significativo, mesmo nos casos estáveis.
- B) A anastomose primária com ligadura da fístula é o tratamento de escolha na maioria dos casos, quando as condições clínicas permitem.
- C) A gastrostomia está formalmente contraindicada em qualquer situação.
- D) O manejo inicial não requer cuidados com aspiração de vias aéreas, pois o risco de broncoaspiração é baixo.

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	0,3	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

