

[illegible]

Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--	--	--

1. Este boletim de questões é constituído de:
 - **50 questões objetivas.**
2. Confira se, além desse boletim de questões, você recebeu o cartão-resposta destinado à marcação das respostas das 50 questões objetivas.
3. No **CARTÃO-RESPOSTA**
 - a) Confira seu nome e número de inscrição e especialidade que você se inscreveu na parte superior do **CARTÃO-RESPOSTA** que você recebeu.
 - b) No caso de não coincidir seu nome e número de inscrição, devolva-o ao fiscal e peça-lhe o seu. Se o seu cartão não for encontrado, solicite um cartão virgem, o que não prejudicará a correção de sua prova.
 - c) Verifique se o Boletim de Questões, está legível e com o número de páginas correto. Em caso de divergência, comunique ao fiscal de sua sala para que este providencie a troca do Boletim de Questões. **Confira, também, na Capa do Boletim de Questões** e no rodapé das páginas internas, o nome do pré-requisito para a especialidade pleiteada.
 - d) Após a conferência, assine seu nome no espaço correspondente do **CARTÃO-RESPOSTA**, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade, utilizando caneta esferográfica de tinta preta ou azul.
 - e) Para cada uma das questões existem 5 (cinco) alternativas, classificadas com as letras **a, b, c, d, e**. Só uma responde corretamente ao quesito proposto. Você deve marcar no Cartão-Resposta apenas uma letra. **Marcando mais de uma, você anulará a questão**, mesmo que uma das marcadas corresponda à alternativa correta.
 - f) **O CARTÃO-RESPOSTA não pode** ser dobrado, nem amassado, nem rasgado.

4. A duração desta prova é de **4 (quatro) horas**, iniciando às **08 (oito) horas** e terminando às **12 (doze) horas**.

5. É terminantemente proibida a comunicação entre candidatos.

6. Quando for marcar o Cartão-Resposta, proceda da seguinte maneira:

- a) Faça uma revisão das alternativas marcadas no Boletim de Questões.
- b) Assinale, inicialmente, no Boletim de Questões, a alternativa que julgar correta, para depois marcá-la no Cartão-Resposta definitivamente.
- c) Marque o Cartão-Resposta, usando caneta esferográfica com tinta azul ou preta, preenchendo completamente o círculo correspondente à alternativa escolhida para cada questão.
- d) Ao marcar a alternativa do Cartão-Resposta, faça-o com cuidado, evitando rasgá-lo ou furá-lo, tendo atenção para não ultrapassar os limites do círculo.

Marque certo o seu cartão como indicado:

CERTO ●

- e) Além de sua resposta e assinatura, nos locais indicados, não marque nem escreva mais nada no Cartão-Resposta.
 - f) **O gabarito poderá ser copiado, SOMENTE, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.**
7. Releia estas instruções antes de entregar a prova.
 8. Assine na lista de presença, na linha correspondente, seu nome, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade.

BOA PROVA

Belém – Pará
Janeiro 2026

1. Paciente masculino, 55 anos, apresenta disfagia progressiva há 10 anos, regurgitação noturna e emagrecimento. Esofagograma mostra esôfago dilatado com diâmetro de 8 cm, alongado, com retenção de contraste e esvaziamento lentificado. Endoscopia exclui neoplasia. Segundo a classificação de Mascarenhas/Rezende para acalásia, o grau da doença e a melhor conduta cirúrgica neste caso é:
 - a) Grau I; dilatação pneumática seriada
 - b) Grau II; cardiomiectomia à Heller-Pinotti
 - c) Grau III; funduplicatura à Nissen
 - d) Grau III; cardiomiectomia à Heller-Pinotti
 - e) Grau IV; esofagectomia transhiatal com reconstrução gástrica

2. Paciente masculino, 32 anos, vítima de queda de moto, chega ao pronto-socorro com abertura ocular ao estímulo doloroso, pupilas isocóricas e fotorreagentes, emissão de palavras desconexas e localiza a dor. A pontuação na escala de Glasgow e a conduta inicial mais adequada é:
 - a) Glasgow 13; observação clínica em enfermaria.
 - b) Glasgow 12; administração de manitol e TC de crânio.
 - c) Glasgow 9; analgesia e alta hospitalar.
 - d) Glasgow 9; punção lombar para afastar meningite.
 - e) Glasgow 10; intubação orotraqueal e TC de crânio.

Leia o caso clínico abaixo para responder as questões 3 a 5.

Paciente do sexo feminino, 48 anos, com história de perda ponderal, plenitude pós-prandial e vômitos. A endoscopia digestiva alta revela lesão ulcerada em antro gástrico de aproximadamente 2cm, de aspecto infiltrativo, com biópsia confirmando adenocarcinoma pouco diferenciado. Tomografia computadorizada mostra linfonodos perigástricos aumentados, sem metástases à distância. Ecoendoscopia: espessamento da parede gástrica com invasão até a camada subserosa sem comprometimento de estruturas adjacentes; linfonodos regionais hipoeoicos.

3. Com base nos achados do quadro clínico acima, a classificação macroscópica de Bormann e o tipo histológico segundo Lauren respectivamente é:
 - a) Bormann II; tipo difuso
 - b) Bormann II; tipo intestinal
 - c) Bormann III; tipo intestinal
 - d) Bormann III; tipo difuso
 - e) Bormann IV; tipo difuso

4. O estadiamento clínico (TNM) e a melhor conduta cirúrgica para o caso clínico acima é:
 - a) T2aN0M0 – Gastrectomia endoscópica com margens.
 - b) T2aN1M0 – Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
 - c) T3N1M0 – Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
 - d) T3N1M0 – Gastrojejunostomia paliativa.
 - e) T4bN1M0 – Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
5. Após ser submetida à tratamento cirúrgico curativo, durante o seguimento oncológico de rotina, é identificada massa pélvica sólida-cística unilateral à direita, medindo 5 cm, em exame de imagem. A paciente encontra-se assintomática e sem outras alterações laboratoriais significativas. Com base nesse quadro clínico, o diagnóstico mais provável e a conduta oncológica indicada é:
 - a) recidiva locorregional — reabordagem cirúrgica curativa com ressecção do leito gástrico.
 - b) tumor primário de ovário — ooforectomia unilateral direita com estadiamento ginecológico.
 - c) recidiva linfonodal retroperitoneal — radioterapia adjuvante exclusiva.
 - d) metástase peritoneal isolada — citorredução completa e quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC).
 - e) tumor de Krukenberg — tratamento paliativo sistêmico com quimioterapia.
6. Paciente com história de ferimento por arma branca em tórax anterior apresenta hipotensão, turgência jugular e bulhas cardíacas hipofonéticas. O diagnóstico mais provável e a conduta imediata é:
 - a) pneumotórax hipertensivo; punção torácica com agulha.
 - b) hemotórax maciço; drenagem torácica com selo d'água.
 - c) tamponamento cardíaco; pericardiocentese.
 - d) contusão pulmonar; suporte ventilatório.
 - e) choque neurogênico; reposição volêmica com cristaloides.
7. Paciente masculino, 30 anos, vítima de ferimento por arma branca em flanco esquerdo, está hemodinamicamente estável, com dor localizada e sinais de irritação peritoneal. FAST é positivo para líquido livre. A conduta mais adequada neste caso é:
 - a) laparotomia exploradora imediata.
 - b) lavagem peritoneal diagnóstica.
 - c) observação clínica por 24 horas.
 - d) TC de abdome com contraste intravenoso.
 - e) antibioticoterapia e alta hospitalar.

- 8.** Paciente masculino, 74 anos, com constipação crônica, apresenta dor abdominal intensa, distensão progressiva, vômitos fecaloides, hipotensão e parada de eliminação de flatos há 48 horas. Radiografia mostra distensão de cólon com níveis hidroaéreos e ausência de gás em reto. TC evidencia lesão estenosante em sigmoide, válvula ileocecal competente e pneumoperitônio. Há sinais de peritonite difusa. O diagnóstico mais provável e a conduta cirúrgica mais adequada neste caso é:
- a) obstrução mecânica simples; colectomia segmentar com anastomose primária.
 - b) obstrução funcional; tratamento clínico com laxativos e dieta líquida.
 - c) abdome agudo perfurativo; colectomia segmentar com anastomose primária.
 - d) obstrução em alça fechada; colectomia total com ileostomia terminal.
 - e) síndrome de Ogilvie; colonoscopia terapêutica com dilatação da estenose.
- 9.** Paciente masculino, 65 anos, apresenta icterícia progressiva há 3 semanas, colúria, acolia fecal, prurido e perda ponderal. Ao exame físico, observa-se vesícula biliar palpável e indolor no hipocôndrio direito. Laboratório mostra bilirrubina total de 12 mg/dL (direta 10,2), fosfatase alcalina elevada e transaminases discretamente alteradas. Ultrassonografia abdominal revela dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas. O diagnóstico mais provável e conduta a tomar é:
- a) hepatite viral aguda; deve-se solicitar sorologias virais.
 - b) neoplasia periampular; deve-se investigar com colangio-RM e TC de abdome.
 - c) cirrose hepática descompensada; deve-se realizar paracentese diagnóstica.
 - d) tumor de Klatskin; deve-se indicar ressecção hepática com drenagem biliar.
 - e) coledocolitíase; deve-se indicar CPRE terapêutica imediata.
- 10.** Paciente masculino, 22 anos, relata abaulamento intermitente em região inguinal direita, que aumenta após atividade física e desaparece em repouso. Ao exame, nota-se protrusão que segue o trajeto do cordão espermático. O diagnóstico mais provável neste caso é:
- a) hérnia femoral.
 - b) hérnia inguinal direta.
 - c) hérnia epigástrica.
 - d) hérnia inguinal indireta.
 - e) hérnia umbilical.
- 11.** Paciente de 58 anos com hérnia inguinal direita sintomática é submetido à hernioplastia com tela. O cirurgião opta por técnica através de inguinotomia com colocação de tela sobre o assoalho do canal inguinal, sem sutura sob tensão. O nome da técnica utilizada é:
- a) Técnica de Bassini.
 - b) Técnica de Shouldice.
 - c) Técnica de Lichtenstein.
 - d) Técnica laparoscópica TEP.
 - e) Técnica de McVay.
- 12.** Paciente masculino, 72 anos, com hérnia inguinal direita conhecida, apresenta dor intensa, náuseas, vômitos e massa irreduzível com sinais flogísticos. Exames mostram leucocitose e lactato elevado. Durante a cirurgia, observa-se alça intestinal necrótica dentro do saco herniário. A conduta cirúrgica mais adequada é:
- a) redução manual da alça e fechamento do anel herniário.
 - b) herniorrafia com tela após redução da alça.
 - c) ressecção da alça necrótica e hernioplastia à Lichtenstein.
 - d) ressecção da alça necrótica e herniorrafia à Bassini.
 - e) antibioticoterapia e observação clínica.
- 13.** Paciente feminino, 35 anos, relata azia diária, regurgitação ácida após refeições e piora dos sintomas ao se deitar. Nega perda ponderal ou disfagia. O diagnóstico mais provável e a conduta inicial neste caso é:
- a) úlcera gástrica; solicitar endoscopia e iniciar antibiótico.
 - b) DRGE; iniciar inibidor de bomba de prótons e medidas posturais.
 - c) esofagite infecciosa; solicitar sorologia viral.
 - d) dispepsia funcional; iniciar procinético e dieta líquida.
 - e) neoplasia esofágica; solicitar TC de tórax e biópsia.
- 14.** Paciente masculino, 42 anos, com DRGE há 5 anos, mesmo com posologia otimizada de IBP, mantém sintomas noturnos e episódios de broncoaspiração. Endoscopia mostra esofagite grau C de Los Angeles. Manometria esofágica é normal e pHmetria confirma refluxo ácido. A conduta mais adequada neste caso é:
- a) aumentar dose de IBP e manter tratamento clínico.
 - b) iniciar corticoide oral e repetir endoscopia em 6 meses.
 - c) realizar funduplicatura à Nissen por via laparoscópica.
 - d) indicar gastrectomia subtotal com reconstrução em Y de Roux.
 - e) realizar dilatação esofágica com balão terapêutico.

- 15.** Paciente masculino, 52 anos, IMC 42 kg/m², diabético tipo 2 há 8 anos, em uso de insulina, com controle glicêmico insatisfatório. Apresenta apneia obstrutiva do sono, hipertensão arterial, esteatose hepática e Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) moderada. Após avaliação multidisciplinar, é considerado apto para cirurgia bariátrica. O procedimento mais indicado para controle metabólico, melhora da DRGE e perda ponderal sustentada é:
- a) banda gástrica ajustável por videolaparoscopia.
 - b) gastrectomia vertical.
 - c) funduplicatura à Nissen.
 - d) gastroplastia vertical com anel restritivo.
 - e) cirurgia de Fobi-Capella.
- 16.** Durante a resposta metabólica ao trauma grave, observa-se um aumento de hormônios catabólicos. Dentre os eventos abaixo, a alternativa que está mais diretamente relacionada ao estado hipermetabólico prolongado é:
- a) Inibição da gliconeogênese hepática.
 - b) Estimulação da síntese proteica muscular.
 - c) Ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal com liberação de cortisol.
 - d) Supressão da atividade simpática.
 - e) Aumento da secreção de insulina.
- 17.** A hiperglicemia observada em pacientes politraumatizados decorre principalmente de:
- a) Hipofunção pancreática exócrina.
 - b) Diminuição da secreção de cortisol.
 - c) Liberação de insulina em excesso.
 - d) Resistência periférica à insulina induzida por catecolaminas.
 - e) Hipoglicemia compensatória de rebote.
- 18.** Um homem de 60 anos apresenta dor súbita e aumento de volume inguinal à direita, irreduzível, com sinais de obstrução intestinal. A conduta mais adequada neste caso, é:
- a) Tentativa de redução manual sob analgesia.
 - b) Observação ambulatorial.
 - c) Correção eletiva com tela após melhora clínica.
 - d) Antibioticoterapia e repouso absoluto.
 - e) Cirurgia de urgência por suspeita de hérnia estrangulada.
- 19.** Sobre a técnica de Lichtenstein para herniorrafia inguinal, é correto afirmar que:
- a) Prescinde do uso de tela sintética.
 - b) É indicada apenas em hérnias encarceradas.
 - c) Consiste em reforço da parede posterior com tela de polipropileno.
 - d) Exige obrigatoriamente anestesia geral.
 - e) Tem maior taxa de recidiva do que Shouldice.
- 20.** A hérnia de Richter caracteriza-se por:
- a) Protrusão de parte da parede intestinal, sem oclusão completa da luz.
 - b) Estrangulamento exclusivo de epíplon.
 - c) Encarceramento de alça intestinal com comprometimento da luz total.
 - d) Presença de conteúdo retroperitoneal na hérnia.
 - e) Hérnia que ocorre somente em recém-nascidos.
- 21.** Paciente vítima de acidente automobilístico apresenta-se hipotenso, taquicárdico e com dor abdominal difusa. A ultrassonografia FAST é positiva para líquido livre. A conduta imediata, neste caso, é:
- a) Coleta de exames laboratoriais e observação.
 - b) Laparoscopia diagnóstica.
 - c) Reposição volêmica e tomografia.
 - d) Laparotomia exploradora imediata.
 - e) Laparotomia apenas após estabilização clínica.
- 22.** A tríade letal no trauma grave é composta por:
- a) Hipotermia, hipocalcemia e acidose.
 - b) Hipoglicemia, coagulopatia e hipotermia.
 - c) Hipotermia, acidose metabólica e coagulopatia.
 - d) Hipercalemia, choque e insuficiência renal.
 - e) Hipoxemia, hipercapnia e acidose.
- 23.** Em relação ao trauma torácico, o hemotórax maciço é definido como:
- a) presença de mais de 500 mL de sangue na cavidade pleural.
 - b) volume ≥ 1500 mL drenado imediatamente ou sangramento contínuo ≥ 200 mL/h.
 - c) qualquer sangramento com instabilidade hemodinâmica.
 - d) necessidade de toracotomia imediata.
 - e) acúmulo progressivo de sangue sem colapso pulmonar.
- 24.** A via aérea definitiva no paciente politraumatizado é caracterizada por:
- a) o uso de cânula nasal de alto fluxo.
 - b) máscara laríngea com sedação consciente.
 - c) intubação orotraqueal com balonete inflado na traqueia.
 - d) ventilação com bolsa-válvula-máscara.
 - e) ventilação não invasiva com CPAP.

- 25.** Um paciente com apendicite aguda não complicada é operado 18 horas após início dos sintomas. Entre as condutas a seguir, a que está mais alinhada com a prática atual é:
- uso obrigatório de antibióticos por 7 dias no pós-operatório.
 - apendicectomia videolaparoscópica e alta precoce em 24h.
 - laparotomia ampla devido ao risco de peritonite.
 - coleta de cultura peritoneal em todos os casos.
 - apendicectomia apenas em caso de falha do tratamento clínico.
- 26.** Mulher de 32 anos procura o pronto atendimento com história de cefaleia intensa, iniciada há 8 horas. Refere que a dor começou de forma súbita, em "pico máximo em menos de 1 minuto", associada a náuseas e rigidez de nuca. Nega febre ou história prévia de enxaqueca. Ao exame físico, está consciente, orientada, com rigidez de nuca, sem déficits motores. A hipótese diagnóstica mais provável e o próximo passo na investigação é:
- Enxaqueca — tratar com triptano e reavaliar resposta.
 - Cefaleia tensional — analgesia e repouso.
 - Hemorragia subaracnóidea — solicitar tomografia de crânio sem contraste.
 - Meningite viral — iniciar antibiótico empírico imediatamente.
 - Neuralgia do trigêmeo — iniciar carbamazepina e observar evolução.
- 27.** Homem de 45 anos procura o ambulatório com queixa de dor epigástrica em queimação, empachamento pós-prandial e saciedade precoce há 2 meses. Nega perda de peso, vômitos ou sangramento digestivo. Não faz uso de AINEs, não fuma e não consome álcool regularmente. O exame físico é normal. A conduta inicial mais adequada neste caso é:
- solicitar endoscopia digestiva alta imediatamente.
 - iniciar tratamento empírico com Inibidor de Bomba de Prótons (IBP) por 4 a 8 semanas.
 - encaminhar imediatamente para gastroenterologista para biópsia gástrica.
 - prescrever procinético isoladamente e dieta leve.
 - solicitar pesquisa de *Helicobacter pylori* e tratar se positivo.
- 28.** Homem de 52 anos procura atendimento com coloração amarelada da pele e olhos há 5 dias, associada a colúria e acolia fecal. Refere prurido intenso e dor leve no hipocôndrio direito. Nega uso de álcool recente e transfusões. Ao exame físico: icterícia 2+/4+, vesícula biliar palpável e indolor (sinal de Courvoisier-Terrier positivo). Laboratório: Bilirrubina total: 12 mg/dL (direta 10 mg/dL); AST: 80 U/L; ALT: 95 U/L; FA: 600 U/L; GGT: 450 U/L. A hipótese diagnóstica mais provável neste caso é:
- Hepatite viral aguda
 - Hemólise intravascular
 - Colestase extra-hepática (obstrutiva)
 - Síndrome de Gilbert
 - Icterícia medicamentosa (colestase intra-hepática)
- 29.** Homem de 68 anos, diabético e hipertenso, é admitido no pronto-socorro com febre (39 °C), confusão mental e hipotensão (PA 85×50 mmHg). Apresenta frequência cardíaca de 115 bpm, FR 26 irpm, e SpO₂ 92% em ar ambiente. Laboratório inicial: Leucócitos: 18.000/mm³; Lactato: 4,2 mmol/L; Creatinina: 2,0 mg/dL (prévia 1,0); PCR: 180 mg/L. Suspeita-se de infecção urinária como foco. A conduta inicial mais adequada é:
- aguardar resultado da urocultura para iniciar antibiótico específico.
 - iniciar antibioticoterapia empírica e reposição volêmica precoce.
 - iniciar corticoide e vasopressor imediatamente, antes da hidratação.
 - administrar apenas antipirético e observar resposta clínica.
 - encaminhar para internação sem medidas iniciais até avaliação especializada.
- 30.** Homem de 68 anos, previamente hígido, procura o serviço de saúde com dor óssea difusa (principalmente coluna lombar), fadiga e perda de 5 kg em 2 meses.
- Exame físico: palidez discreta, sem linfonodomegalias ou esplenomegalia. Exames laboratoriais: Hemoglobina: 9,5 g/dL; Leucócitos: 6.000/mm³; Plaquetas: 180.000/mm³; Creatinina: 2,1 mg/dL; Cálcio: 11,2 mg/dL; Proteína total: 9,0 g/dL; Albumina: 3,0 g/dL
- Eletroforese de proteínas séricas mostra pico monoclonal (M-protein) na região IgG kappa. Radiografia de esqueleto com múltiplas lesões líticas. O critério que confirma o diagnóstico de mieloma múltiplo ativo, e indica tratamento medicamentoso é:
- presença de anemia isolada.
 - lesões ósseas difusas sem M-protein.
 - pico monoclonal sem sintomas.
 - hipercalcemia isolada sem M-protein.
 - lesões líticas ósseas + M-protein monoclonal + evidência de disfunção orgânica (CRAB).

31. Homem de 62 anos, tabagista, com história de DPOC, procura o pronto-socorro com dispneia intensa há 2 horas, tosse produtiva, e sibilos audíveis à distância. Apresenta FR 32 irpm, SpO₂ 86% em ar ambiente, PA 150×90 mmHg, FC 110 bpm.

À ausculta: sibilos difusos e tempo expiratório prolongado. Gasometria: pH 7,30 / PaCO₂ 58 mmHg / PaO₂ 55 mmHg / HCO₃⁻ 28 mEq/L. A conduta inicial mais adequada neste caso é:

- a** administrar altas doses de oxigênio por máscara com reservatório (FiO₂ 100%).
- b** iniciar ventilação mecânica invasiva imediata.
- c** iniciar broncodilatadores inalados e oxigênio controlado (Venturi 24–28%).
- d** prescrever antibiótico e observar evolução sem suporte ventilatório.
- e** administrar apenas corticoide endovenoso.

32. Mulher de 35 anos refere fraqueza progressiva em braços e pernas nos últimos 3 meses, especialmente ao subir escadas e pentear o cabelo. Nega dor, parestesias ou alteração sensorial. Ao exame físico: Fraqueza proximal em membros superiores e inferiores (MMT 4/5); Reflexos tendinosos preservados; Sem atrofia ou fasciculações; Sem alterações sensoriais. Exames laboratoriais: CK: 1.200 U/L (normal <200); TSH: normal; Anti-AChR: negativo; Eletroneuromiografia: alterações miopáticas. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a** Miastenia grave
- b** Polimiosite
- c** Doença de motoneurônio (ALS)
- d** Síndrome miastênica congênita
- e** Neuropatia periférica

33. Paciente de 45 anos, apresenta-se com queixa de “pele amarela” há 19 dias. HDA: Paciente relata que há 29 dias cursa com febre 38°C, náuseas, vômitos, fadiga e dor em hipocôndrio direito. Refere que há 19 dias notou que a pele se mantém amarelada. Antecedentes Patológicos: Nega doenças pregressas e alergias. Refere internamento prévio para cirurgia em membro inferior esquerdo, sendo necessária hemotransfusão. Hábitos de Vida: Nega tabagismo e etilismo. Sedentária. Sobre as hepatites virais marque a alternativa correta.

- a** A vacina contra a hepatite B também previne a hepatite D.
- b** A hepatite C é transmitida por via fecal-oral.
- c** O vírus da hepatite D pode ser transmitido sem a presença do vírus da hepatite B.
- d** A hepatite A geralmente tem um curso benigno, e a vacina para esta doença faz parte do calendário infantil.
- e** A hepatite B pode cronificar em 90% dos casos, mas o risco de câncer é baixo.

34. Homem de 45 anos procura atendimento com dor lombar de início insidioso há 6 semanas, localizada na região lombossacra, sem irradiação para membros inferiores. Refere que a dor piora ao permanecer sentado ou em pé por longos períodos e melhora com repouso relativo. Ao exame físico: Palpação: dor paravertebral discreta; Amplitude de movimento: limitada por dor, sem déficit neurológico; reflexos, força e sensibilidade: normais; sem febre ou perda de peso. A conduta inicial mais adequada, neste caso, é:

- a** solicitar ressonância magnética de coluna lombar imediatamente.
- b** iniciar fisioterapia e analgesia, mantendo atividades diárias adaptadas.
- c** prescrever opioides de início para controle da dor.
- d** solicitar hemograma, VHS e PCR para descartar infecção.
- e** encaminhar imediatamente para cirurgia de coluna.

35. Uma paciente de 58 anos, com nefropatia diabética, clearance de creatinina de 62ml/min, realizou exame de rotina que evidenciou presença de um cisto renal simples em rim direito. Sobre os cistos renais e seu manejo, marque a alternativa correta.

- a** Paciente sempre deve ser encaminhada para o nefrologista para investigação diagnóstica.
- b** Paciente deve realizar exame de Ressonância Nuclear Magnética para melhor elucidar o quadro.
- c** Deve-se encaminhar para o urologista para avaliação de nefrectomia parcial devido cisto.
- d** Paciente permanece em seguimento com clínico geral, visto que, cistos simples são benignos.
- e** A avaliação de cistos renais deve ser feita sempre na UBS, visto que não existem cistos malignos.

36. Homem, 24 anos, sem comorbidades, queixa-se de dor torácica que piora com a inspiração profunda e dispneia progressiva há 5 dias. Ao exame encontra-se taquicárdico e dispneico. Ausculta pulmonar com crepitações até 1/3 médio bilateralmente. Ritmo regular em 3T (B3). Precórdio hipercinético. Ruído sistólico-diastólico contínuo e grave, pancardiaco. Abdome e MMII edemaciados. Extremidades quentes. História pregressa: NDN, exceto por infecção de garganta há 1 mês. Paciente diagnosticado com pericardite. Sobre o quadro clínico marque a alternativa correta.

- a** A causa mais comum de pericardite aguda é de etiologia bacteriana, sendo a pneumonia a principal doença associada.
- b** A presença de dois dos quatro critérios diagnósticos (dor, atrito, alterações no ECG, derrame) é suficiente para o diagnóstico.
- c** Na pericardite em todos as situações clínicas o paciente deve ser internado e vai receber medicações endovenosas.
- d** A dor torácica na pericardite geralmente é retroesternal e pode piorar ao sentar-se e inclinar-se para a frente.
- e** Alterações no eletrocardiograma (ECG) podem incluir onda T apiculada e aumento do intervalo PR.

37. Um paciente oncológico com diagnóstico de leucemia aguda é encaminhado à emergência. Apresenta grande carga tumoral e elevação significativa dos leucócitos. As principais medidas de manejo e prevenção da Síndrome de Lise Tumoral (SLT) são:

- a** iniciar restrição hídrica, alopurinol e diurético.
- b** hidratação venosa com solução alcalinizada e uso de rasburicase.
- c** hidratação venosa com fluidos isotônicos e uso de alopurinol ou rasburicase, dependendo do nível de ácido úrico.
- d** monitorar por mais tempo e iniciar tratamento somente se surgirem os sintomas clínicos.
- e** iniciar corticoide para diminuir a massa tumoral rapidamente.

38. Mulher de 67 anos, diabética tipo 2 há 15 anos, hipertensa, com insuficiência renal crônica estágio 3. Chega ao pronto-socorro com quadro de 2 dias de febre (38,5°C), tosse produtiva com escarro purulento, dispneia progressiva e dor torácica pleurítica à inspiração profunda, à direita. Ao exame: crepitações em base pulmonar direita, taquipneia, Sat O₂ 88% em ar ambiente, PA 110/70 mmHg, FC 110 bpm. Hemograma: leucocitose com desvio à esquerda; PCR elevada. Radiografia de tórax: infiltrado em lobo inferior direito. A estratégia mais apropriada inicial no manejo é:

- a** iniciar antibioticoterapia empírica com ceftriaxona + azitromicina.
- b** solicitar tomografia de tórax antes de iniciar antibiótico.
- c** tratar apenas com suporte (oxigênio, hidratação) e aguardar culturas.
- d** iniciar antibioticoterapia empírica com piperacilina-tazobactam + levofloxacino.
- e** internar em UTI e imediatamente colocar em ventilação mecânica invasiva.

39. Homem de 55 anos, previamente hígido, comparece com queixa de fadiga progressiva, perda de peso de 5 kg em 2 meses, sudorese noturna e febrícula vespertina. Ao exame: linfadenopatia cervical bilateral (2–3 cm) indolor, esplenomegalia discreta. Hemograma: leucócitos 45.000/mm³ com predomínio de neutrófilos, com desvio à esquerda, bastonetes imaturos; Hb 12 g/dL; plaquetas 180.000/mm³. Biópsia de medula óssea: hiperplasia mielóide. Dosagens de ácido fólico e vitamina B12 normais, teste de fosfatase alcalina leucocitária (> 1000 U/L). O exame confirmatório mais adequado para o diagnóstico é:

- a** Eletroforese de hemoglobina.
- b** PCR para mutação JAK2 V617F.
- c** Teste de mutação BRAF V600E.
- d** Citogenética para translocação t (9;22) (BCR-ABL).
- e** NGS (sequenciamento de nova geração) para mielodisplasia.

- 40.** Mulher de 45 anos, hipertensa controlada, procura atendimento com queixa de fraqueza progressiva nas pernas (predominantemente distal no início), dificuldades para levantar de uma cadeira, engolir alimentos sólidos e sensação de "formigamento" nas mãos há 3 semanas. Ao exame neurológico: força grau 3/5 em músculos proximais dos membros inferiores e superiores, reflexos tendinosos diminuídos, leve atrofia proximal e fasciculações. Eletroneuromiografia: descargas fibrilatórias e ondas positivas agudas com potenciais de unidade motora de alta amplitude, longa duração e polifásicos. O diagnóstico mais provável neste caso é:
- a Polimiosite
 - b Miastenia gravis
 - c Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)
 - d Síndrome de Guillain-Barré
 - e Miopatia induzida por estatina
- 41.** Homem de 72 anos, portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), ex-tabagista (60 maços/ano), procura atendimento com piora progressiva da tosse e produção de escarro esverdeado nos últimos 5 dias, febre baixa e dispnéia. Ao exame: uso de musculatura acessória, sibilos difusos, Sat O₂ 85 % em ar ambiente. Gasometria arterial mostra pCO₂ elevada (50 mmHg), pO₂ 55 mmHg, HCO₃ elevado. A abordagem mais adequada imediatamente para este caso é:
- a intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva.
 - b iniciar Ventilação Não Invasiva (VNI) + antibioticoterapia.
 - c apenas broncodilatadores e corticóide oral.
 - d oxigenoterapia liberal para manter saturação > 95 %).
 - e Expectante e observar evolução.
- 42.** Mulher de 58 anos, sem comorbidades significativas, queixa recente (6 semanas) de poliúria, polidipsia e perda de peso de 2 kg. Exame físico normal, salvo sinais leves de desidratação. Glicemia de jejum: 200 mg/dL; HbA1c: 8,5%. Função renal e eletrólitos normais. A melhor conduta inicial neste caso é:
- a iniciar metformina isolada.
 - b iniciar insulina basal ao deitar em monoterapia logo desde o início.
 - c iniciar metformina + inibidor de SGLT2.
 - d dieta restrita e observação sem medicação.
 - e iniciar sulfonilureia (glibenclamida) isolada.
- 43.** Homem, 62 anos, com antecedente de etilismo crônico e hepatite C tratada. Comparece ao PS com quadro de ascite progressiva, edema de MMII e confusão mental nas últimas 48h. Ao exame: flapping, icterícia +/4, ascite tensa, GCS: 14. Na paracentese diagnóstica: 300 células/mm³ (70% neutrófilos), albumina do líquido ascítico: 1,0 g/dL (sérica: 3,2 g/dL). O diagnóstico mais provável neste caso é:
- a Peritonite bacteriana espontânea.
 - b Cirrose hepática compensada.
 - c Carcinomatose peritoneal.
 - d Hepatocarcinoma com invasão peritoneal.
 - e Síndrome hepatorenal.
- 44.** Mulher de 30 anos, com história de dor abdominal epigástrica intermitente há 3 meses, associada a emagrecimento de 5 kg e diarreia crônica. Refere episódios de sudorese e palpitação após refeições. Endoscopia digestiva alta com duodenite erosiva. Exames: gastrina sérica em jejum > 1000 pg/mL. A principal hipótese diagnóstica é:
- a Úlcera gástrica associada a H. pylori.
 - b Doença celíaca.
 - c Síndrome de Zollinger-Ellison.
 - d Síndrome do intestino irritável.
 - e Pancreatite crônica.
- 45.** Homem de 74 anos, ex-tabagista, com antecedente de DPOC leve, apresenta quadro de dor torácica retroesternal súbita, dispneia intensa, sudorese fria e síncope. Ao exame: PA 80/60 mmHg, FC 120 bpm, turgência jugular, murmúrio vesicular preservado, ECG: taquicardia sinusal. Troponina discretamente elevada. D-dímero: 5000 ng/mL. Angiotomografia: trombo em artéria pulmonar direita e esquerda. A Conduta imediata neste caso é:
- a anticoagulação com heparina e observação.
 - b fibrinólise sistêmica com alteplase.
 - c cateterismo cardíaco para coronariografia.
 - d reposição volêmica e observação.
 - e corticóide em altas doses.
- 46.** Mulher, 42 anos, com fadiga, mialgia, pele seca, intolerância ao frio e ganho de peso. Ao exame: fácies embotada, reflexos lentificados, edema periorbitário. TSH: 0,01 mUI/L (0,4 a 4,5), T4 livre: 0,6 ng/dL (0,7 a 1,8) a conduta mais adequada neste caso é:
- a Metimazol 20 mg/dia associado ao propranolol.
 - b Iniciar corticoide e reavaliar função tireoidiana.
 - c Propiltiouracil 100 mg/dia e corticoide.
 - d Repetir TSH em 6 semanas.
 - e Levotiroxina 1,6 mcg /kg/dia e avaliar outros eixos hipofisários.

- 47.** Homem, 45 anos, comparece com dor torácica atípica e episódios de síncope. ECG mostra intervalo QTc de 520 ms. Exame físico normal. Pai faleceu subitamente aos 42 anos. A Conduta inicial neste caso é:
- a** iniciar betabloqueador e implantar CDI.
 - b** alta com acompanhamento ambulatorial.
 - c** iniciar verapamil e evitar esportes.
 - d** cateterismo cardíaco.
 - e** repetir ECG em repouso.
- 48.** Mulher de 67 anos, com história de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FE < 40 %), apresenta dispneia aos mínimos esforços. Já faz uso de IECA, betabloqueador e diurético de alça. Você considera o uso de um Antagonista de Receptor de Mineralocorticoide (ARM). Segundo diretrizes de insuficiência cardíaca, é correto afirmar que:
- a** ARM só deve ser usado em pacientes com creatinina < 1,5 mg/dL.
 - b** monitorar potássio e função renal após início.
 - c** ARM substitui IECA se houver intolerância.
 - d** ARM só tem benefício em pacientes < 65 anos.
 - e** não usar ARM em mulheres.
- 49.** Paciente de 55 anos, diabético, com albuminúria (microalbuminúria persistente) e pressão arterial controlada com IECA. Você considera adicionar um inibidor de SGLT2 para benefício renal e cardiovascular. A alternativa abaixo mais alinhada com as diretrizes atuais é:
- a** Benefício renal de iSGLT2 independe do controle glicêmico.
 - b** iSGLT2 só deve ser usado quando HbA1c > 8 %.
 - c** iSGLT2 não deve ser usado se TFG < 60.
 - d** Uso de iSGLT2 elimina a necessidade de IECA.
 - e** iSGLT2 aumenta risco proibitivo de infecções, não justificando uso.
- 50.** Paciente de 60 anos com diagnóstico de osteoporose (densitometria T-score $\leq -2,5$) e risco de fratura aumentado. Você avalia tratamento farmacológico. Assinale a alternativa abaixo que está mais de acordo com diretrizes recentes para osteoporose em adultos.
- a** Suplementação apenas de cálcio e vitamina D.
 - b** Bisfosfonato oral (ex: alendronato) como primeira linha.
 - c** Uso contínuo de glicocorticoides.
 - d** Terapia estrogênica substitutiva isolada.
 - e** Usar denosumabe em todos os casos.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2026
Grupo G Pré-Requisito: Cirurgia Básica ou Cirurgia Geral ou Clínica Médica
Especialidades: Endoscopia

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	