

[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.

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, o seu nome, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade.

**Belém – Pará
março de 2026**

1. Paciente de 45 anos dá entrada no pronto atendimento com queixa de dor abdominal intensa e difusa, súbita. Apresenta abdome "em tábua" e descompressão brusca positiva além de febre. A alternativa que melhor descreve a fisiopatologia ou a conduta, é:
 - a a peritonite é uma inflamação restrita à parede abdominal superficial, sem comprometimento dos órgãos internos.
 - b a peritonite secundária é causada pela contaminação peritoneal por ruptura de víscera oca, como no caso de apendicite ou úlcera perforada.
 - c o abdome "em tábua" é um sinal de que a infecção é crônica e o paciente não necessita de avaliação cirúrgica urgente.
 - d a peritonite primária é a forma mais comum e caracteriza-se por perfuração direta do intestino grosso.
 - e o sinal de Blumberg positivo significa que a dor diminui quando o médico retira a mão rapidamente do abdome do paciente.
2. Paciente de 45 anos relata presença de "bolinha" que sai pelo ânus durante a evacuação porém retorna espontaneamente após o término. De acordo com a classificação das hemorroidas, essa descrição corresponde ao/à:
 - a grau I
 - b grau II
 - c grau III
 - d grau IV
 - e hemorróida externa trombosada
3. Um paciente vítima de acidente automobilístico é atendido na emergência. Ao exame neurológico inicial, apresenta abertura ocular espontânea, conversa, mas tem resposta verbal confusa e obedece a comandos motores. A pontuação total na Escala de Coma de Glasgow (ECG) deste paciente, é:
 - a 10
 - b 12
 - c 13
 - d 14
 - e 15
4. Paciente masculino, 58 anos, vítima de trauma torácico após acidente automobilístico, apresenta dor intensa e respiração superficial. A gasometria arterial evidencia hipoventilação alveolar com retenção de CO₂. A principal alteração ácido-base esperada, é:
 - a alcalose metabólica
 - b acidose metabólica
 - c alcalose respiratória
 - d acidose respiratória
 - e acidose mista
5. Paciente feminina, 45 anos, com semioclusão de duodeno, evolui com vômitos persistentes há vários dias, sem sinais de infecção ou choque. O distúrbio ácido-base que tem maior probabilidade de se desenvolver, é:
 - a alcalose ácida
 - b alcalose metabólica
 - c acidose respiratória
 - d alcalose respiratória
 - e acidose láctica
6. Paciente internado em UTI apresenta acidose metabólica confirmada por gasometria arterial. O mecanismo compensatório imediato esperado, é:
 - a diminuição da frequência respiratória
 - b queda da pressão arterial
 - c retenção renal de H⁺
 - d redução da eliminação de bicarbonato
 - e aumento da ventilação pulmonar
7. Paciente de 67 anos apresenta dor abdominal progressiva, icterícia indolor e perda ponderal importante nos últimos meses. A tríade clássica associada ao diagnóstico mais provável, é:
 - a febre, dor e leucocitose.
 - b náuseas, vômitos e diarreia.
 - c dor abdominal, icterícia e perda de peso.
 - d icterícia, ascite e hemorragia.
 - e dor torácica, dispneia e tosse.
8. Paciente com câncer de pâncreas estadiado como pT3N1M1, com metástases hepáticas evidenciadas por tomografia. A abordagem terapêutica prioritária, para este caso, é:
 - a exclusivamente cirúrgica.
 - b imunoterapia curativa.
 - c radioterapia isolada.
 - d tratamento paliativo e controle de sintomas.
 - e antibioticoterapia prolongada.
9. Paciente com adenocarcinoma gástrico diagnosticado em fase inicial mas com invasão de camada muscular própria, sem evidências de disseminação linfonodal ou metastática. O tratamento que apresenta maior potencial curativo, é:
 - a quimioterapia isolada.
 - b radioterapia exclusiva.
 - c gastrectomia com linfadenectomia adequada.
 - d imunoterapia inicial.
 - e antibioticoterapia prolongada.

- 10.** Paciente submetido à endoscopia digestiva alta apresenta lesão subepitelial gástrica, com imunohistoquímica positiva para CD117. O tipo celular mais relacionado a esse tumor, é:
- a) células epiteliais da mucosa.
 - b) células musculares lisas.
 - c) células endoteliais.
 - d) fibroblastos submucosos.
 - e) células intersticiais de Cajal.
- 11.** Paciente com diagnóstico confirmado de GIST realiza estudo genético tumoral. Qual gene está mais frequentemente mutado?
- a) KIT
 - b) KRAS
 - c) APC
 - d) TP53
 - e) BRCA1
- 12.** Paciente com GIST metastático e irresssecável é avaliado para tratamento sistêmico. A terapia de primeira linha indicada, neste caso, é:
- a) quimioterapia baseada em platina.
 - b) imatinibe.
 - c) corticoide sistêmico.
 - d) radioterapia paliativa.
 - e) interferon.
- 13.** Paciente com linfoma gástrico de baixo grau, restrito à mucosa, diagnosticado como linfoma MALT. Como essa neoplasia é classificada?
- a) linfoma de Hodgkin
 - b) linfoma agressivo de células T
 - c) leucemia linfoblástica
 - d) linfoma indiferenciado
 - e) linfoma não Hodgkin de baixo grau
- 14.** Paciente jovem com linfoma MALT gástrico incipiente associado à infecção por *Helicobacter pylori*. A conduta inicial mais adequada, neste caso, é:
- a) quimioterapia sistêmica neoadjuvante imediata.
 - b) radioterapia abdominal.
 - c) erradicação do *Helicobacter pylori*.
 - d) gastrectomia parcial seguido de tratamento de *Helicobacter pylori*.
 - e) imunoterapia com anticorpos monoclonais.
- 15.** Paciente em acompanhamento por pólipos adenomatosos colorretais. Qual mutação genética inicia a sequência adenoma-carcinoma?
- a) TP53
 - b) KRAS
 - c) MLH1
 - d) BRCA1
 - e) APC
- 16.** Paciente com câncer de cólon esquerdo apresenta constipação progressiva e fezes em fita. A manifestação clínica mais esperada nesse quadro, é:
- a) anemia ferropriva isolada
 - b) icterícia obstrutiva
 - c) dor em hipocôndrio direito
 - d) fezes finas e constipação progressiva
 - e) massa abdominal silenciosa
- 17.** Paciente submetido à cirurgia oncológica com ressecção completa e margens microscópicas livres. Como se classifica essa cirurgia?
- a) ausência de metástases à distância
 - b) ressecção macroscópica visível
 - c) ressecção completa com margens microscópicas livres
 - d) tumor irresssecável
 - e) cirurgia paliativa
- 18.** Paciente de 62 anos, sexo masculino, com história de icterícia progressiva há 3 semanas, colúria, acolia fecal e prurido intenso. Ao exame físico, apresenta icterícia ++/4+, sem dor abdominal significativa. Exames laboratoriais evidenciam padrão colestático (FA e GGT elevadas, bilirrubina direta aumentada). A colangiorrressonância magnética demonstra lesão tumoral perihilar, comprometendo a confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo, com extensão para o ducto hepático direito, enquanto o ducto hepático esquerdo permanece pervio e sem sinais de infiltração tumoral. Diante desses achados, questiona-se a classificação do colangiocarcinoma segundo a classificação de Bismuth-Corlette. No caso apresentado, o tumor atinge a confluência biliar e se estende para o ducto hepático direito e esquerdo:
- a) tipo I
 - b) tipo II
 - c) tipo IIIa
 - d) tipo IIIb
 - e) tipo IV
- 19.** Paciente com colangiocarcinoma tipo I, restrito ao ducto hepático comum. A abordagem cirúrgica potencialmente curativa, é:
- a) hepatectomia direita ampliada
 - b) hepatectomia esquerda ampliada
 - c) apenas drenagem biliar paliativa
 - d) transplante hepático imediato
 - e) ressecção do ducto hepático comum com reconstrução

- 20.** Paciente com carcinoma folicular da tireoide apresenta metástases ósseas. A característica que o diferencia do carcinoma papilífero, é:
- a** maior associação com radiação.
 - b** disseminação preferencial por via hematogênica.
 - c** presença frequente de linfonodos cervicais.
 - d** produção de calcitonina.
 - e** crescimento sempre indolente.
- 21.** Paciente masculino, 62 anos, com icterícia progressiva e colangiografia mostrando tumor de bifurcação de hepático comum e invasão do ducto hepático direito. A classificação correta, neste caso, é:
- a** a presença de tumor a 2,5 cm da confluência dos ductos hepáticos configura Bismuth 2.
 - b** a presença de tumor na confluência dos ductos hepáticos configura Bismuth 1.
 - c** Bismuth 5 corresponde a lesão invasiva de artéria hepática.
 - d** Bismuth 3a corresponde a invasão tumoral no ducto hepático direito.
 - e** a presença de tumor a 3cm da confluência dos ductos hepáticos configura Bismuth 2.
- 22.** Paciente feminina, 54 anos, apresenta nódulo tireoidiano associado a diarreia e níveis elevados de calcitonina. A Origem celular do tumor, é:
- a** células foliculares
 - b** células epiteliais escamosas
 - c** células C parafofoculares
 - d** linfócitos B
 - e** células endoteliais
- 23.** Paciente masculino, 47 anos, com massa adrenal, hipercortisolismo e sinais de virilização. O diagnóstico mais provável, é:
- a** carcinoma adrenocortical
 - b** adenoma adrenal
 - c** feocromocitoma
 - d** neuroblastoma
 - e** metástase adrenal
- 24.** Criança de 3 anos com massa abdominal, dor e catecolaminas urinárias elevadas. O diagnóstico mais provável, neste caso, é:
- a** carcinoma adrenocortical
 - b** feocromocitoma
 - c** adenoma cortical
 - d** neuroblastoma
 - e** linfoma
- 25.** Paciente feminina, 36 anos, com câncer de colo do útero associado a HPV de alto risco. Os subtipos mais frequentes, são:
- a** 6 e 11
 - b** 11 e 18
 - c** 16 e 18
 - d** 31 e 33
 - e** 45 e 52
- 26.** Paciente feminina, 29 anos, nulípara, comparece ao ambulatório de ginecologia oncológica após resultado de biópsia confirmando carcinoma epidermoide do colo do útero. Refere desejo reprodutivo futuro. A ressonância magnética de pelve evidencia lesão restrita ao colo uterino, medindo 1,5 cm, sem sinais de invasão parametrial. Não há linfonodomegalias suspeitas. Estadiamento clínico: FIGO IB1 (tumor ≤ 2 cm). Em pacientes jovens com câncer de colo do útero inicial que desejam preservar fertilidade, pode-se indicar:
- a** histerectomia radical
 - b** exenteração pélvica
 - c** curetagem uterina
 - d** traquelectomia radical
 - e** radioterapia isolada
- 27.** A caquexia associada ao câncer caracteriza-se por:
- a** perda de peso reversível apenas com dieta.
 - b** perda exclusiva de gordura corporal.
 - c** perda de massa muscular com inflamação sistêmica.
 - d** desidratação isolada.
 - e** deficiência vitamínica sem perda ponderal.
- 28.** Paciente masculino, 52 anos, diagnosticado com melanoma cutâneo. O principal fator prognóstico independente, neste caso, é:
- a** espessura de Breslow
 - b** idade do paciente
 - c** índice mitótico
 - d** localização anatômica
 - e** presença de ulceração apenas

- 29.** Durante análise anatomopatológica de rotina após colecistectomia laparoscópica realizada por colelitíase sintomática, identifica-se adenocarcinoma de vesícula biliar incidental, bem diferenciado, restrito à lâmina própria (pT1a), com margens cirúrgicas livres e ausência de invasão linfovascular. A paciente encontra-se assintomática no pós-operatório e sem alterações nos exames de imagem complementares. De acordo com o Consenso Brasileiro para o Manejo do Incidentaloma de Câncer de Vesícula Biliar, a conduta mais adequada, é:
- realizar hepatectomia segmentar IVb/V associada à linfadenectomia do hilo hepático.
 - indicar quimioterapia adjuvante com capecitabina por 6 meses.
 - manter acompanhamento clínico e radiológico, sem necessidade de nova cirurgia.
 - indicar reabordagem cirúrgica para ressecção do leito vesicular.
 - solicitar PET-CT antes de definir conduta cirúrgica adicional.
- 30.** Homem de 71 anos, fototipo II, com história de exposição solar crônica, apresenta lesão ulcerada, infiltrativa, de crescimento progressivo há 8 meses, localizada na asa nasal direita, medindo 2,4 cm no maior diâmetro. A biópsia incisinal revela carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado. Ao exame físico, não há linfonodos palpáveis cervicais ou parotídeos. Exames de imagem não evidenciam doença à distância. Considerando as recomendações atuais e o manejo oncológico adequado, assinale a alternativa correta.
- Ressecção local com margem cirúrgica de 4 mm é suficiente, independentemente do subtipo histológico.
 - A lesão é de baixo risco, podendo ser tratada com curetagem e eletrocoagulação.
 - Trata-se de tumor de alto risco, devendo ser indicada ressecção cirúrgica com margens ampliadas e avaliação do status linfonodal.
 - A radioterapia exclusiva é o tratamento de escolha, devido à localização facial.
 - A pesquisa de linfonodo sentinela é obrigatória em todos os carcinomas espinocelulares da face.
- 31.** Paciente de 52 anos, sexo masculino, apresenta melanoma cutâneo primário em dorso, com as seguintes características histopatológicas: espessura de Breslow de 1,2 mm, sem ulceração, índice mitótico de 1/mm², margens livres na biópsia excisional inicial. Ao exame físico, não há linfonodos clinicamente suspeitos. De acordo com as recomendações do Grupo Brasileiro de Melanoma (GBM), a conduta mais adequada em relação à avaliação linfonodal é:
- não realizar biópsia do linfonodo sentinela, pois a ausência de ulceração reduz o risco de metástase linfonodal.
 - realizar biópsia do linfonodo sentinela, pois está indicada para melanomas com Breslow $\geq 1,0$ mm, independentemente da presença de ulceração.
 - realizar esvaziamento linfonodal eletivo, pois a espessura tumoral é superior a 1,0 mm.
 - indicar biópsia do linfonodo sentinela apenas se houver índice mitótico elevado ($>5/\text{mm}^2$).
 - acompanhar clinicamente e indicar biópsia do linfonodo sentinela apenas se surgirem linfonodos palpáveis.
- 32.** Duas pacientes com câncer de mama invasivo são avaliadas no ambulatório:
- Paciente A: carcinoma ductal invasivo, triplo negativo (RE-, RP-, HER2-), tumor de 3,0 cm, axila clinicamente negativa.
 - Paciente B: carcinoma ductal invasivo, HER2 positivo (RE-/RP-, HER2 3+), tumor de 3,0 cm, axila clinicamente negativa.
- Ambas são pré-menopáusicas, sem comorbidades e com diagnóstico confirmado por biópsia percutânea. De acordo com os consensos da Sociedade Brasileira de Mastologia, assinale a alternativa correta quanto à abordagem inicial e ao impacto prognóstico da resposta patológica completa (pCR).
- Em ambas as pacientes, a cirurgia primária é preferencial, pois a axila é clinicamente negativa.
 - A quimioterapia neoadjuvante é indicada em ambas; a obtenção de pCR tem impacto prognóstico significativo apenas no câncer HER2 positivo.
 - A quimioterapia neoadjuvante é indicada em ambas; a obtenção de pCR tem impacto prognóstico significativo tanto no triplo negativo quanto no HER2 positivo.
 - Apenas a paciente com tumor HER2 positivo deve receber tratamento neoadjuvante, devido à possibilidade de terapia-alvo.
 - A resposta patológica completa não modifica conduta ou prognóstico em nenhum dos subtipos.

- 33.** A prevenção primária do câncer inclui medidas capazes de reduzir a incidência de neoplasias malignas por meio da modificação de fatores de risco comportamentais. Com base nas evidências científicas atuais, assinale a alternativa que apresenta exclusivamente medidas com impacto comprovado na prevenção do câncer:
- a** cessação do tabagismo, redução do consumo de álcool, prática regular de atividade física, manutenção do peso corporal adequado e vacinação contra o HPV.
 - b** uso rotineiro de suplementos antioxidantes, dieta hipolipídica estrita e rastreamento oncológico anual universal.
 - c** redução do consumo de álcool, suplementação de vitamina D e rastreamento precoce ampliado da população geral.
 - d** manutenção do peso corporal adequado, uso profilático de anti-inflamatórios não hormonais e dieta sem alimentos ultraprocessados.
 - e** vacinação contra hepatite A, atividade física esporádica e dieta sem glúten.
- 34.** Paciente de 64 anos é diagnosticado com adenocarcinoma de reto após colonoscopia. A ressonância magnética pélvica mostra lesão localizada a 9 cm da borda anal, classificada como cT2N0, com fásia mesorretal livre, ausência de invasão vascular extramural (EMVI negativa) e sem linfonodos suspeitos. Não há metástases à distância. De acordo com as diretrizes atuais adotadas pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO) e consensos internacionais, a conduta inicial mais adequada é:
- a** Quimiorradioterapia neoadjuvante longa seguida de cirurgia com excisão total do mesorreto.
 - b** Radioterapia neoadjuvante curta seguida de cirurgia tardia.
 - c** Cirurgia upfront com excisão total do mesorreto.
 - d** Quimioterapia neoadjuvante isolada seguida de reavaliação.
 - e** Observação clínica inicial com reestadiamento após 3 meses.
- 35.** Durante a realização de uma hemicolectomia direita por videolaparoscopia, seguindo os princípios oncológicos de ligadura central dos vasos, o vaso rotineiramente ligado primeiro no início da dissecação vascular, é:
- a** Artéria cólica direita
 - b** Veia mesentérica superior
 - c** Artéria ileocólica
 - d** Veia cólica média
 - e** Artéria cólica média
- 36.** Paciente de 58 anos, portador de cirrose hepática por hepatite C, Child-Pugh A, MELD 12, é diagnosticado com hepatocarcinoma após rastreamento. A ressonância magnética evidencia duas lesões hepáticas, medindo 2,5 cm e 2,0 cm, ambas com realce arterial e washout portal, sem invasão vascular macrovascular ou metástases extra-hepáticas. De acordo com as recomendações atuais, a melhor estratégia terapêutica com intenção curativa para esse paciente, é:
- a** Quimioembolização transarterial (TACE)
 - b** Ablação por radiofrequência isolada
 - c** Hepatectomia parcial
 - d** Transplante hepático
 - e** Terapia sistêmica com atezolizumabe e bevacizumabe
- 37.** Em relação aos tumores malignos do esôfago, considerando a histologia predominante e sua localização anatômica mais frequente, assinale a alternativa correta.
- a** O adenocarcinoma ocorre predominantemente no terço médio do esôfago e está associado ao tabagismo.
 - b** O carcinoma epidermoide é mais frequente no terço distal do esôfago e associa-se ao esôfago de Barrett.
 - c** O adenocarcinoma localiza-se mais frequentemente no terço distal do esôfago e na junção esofagogástrica, estando associado ao esôfago de Barrett.
 - d** O carcinoma epidermoide predomina no terço distal do esôfago e está associado à obesidade e refluxo gastroesofágico.
 - e** Ambos os tipos histológicos apresentam distribuição uniforme ao longo do esôfago.
- 38.** Em relação às indicações de esplenectomia no contexto dos tumores líquidos (linfomas e leucemias), assinale a alternativa correta.
- a** A esplenectomia é tratamento de primeira linha na maioria dos linfomas não Hodgkin.
 - b** A esplenectomia está indicada rotineiramente para estadiamento de linfomas Hodgkin.
 - c** A esplenectomia é contraindicada em pacientes com tumores hematológicos devido ao alto risco infeccioso.
 - d** A esplenectomia está indicada em todos os casos de leucemia linfocítica crônica com esplenomegalia.
 - e** A esplenectomia pode estar indicada em pacientes com linfoma esplênico da zona marginal sintomático, com hiperesplenismo refratário ao tratamento clínico.

- 39.** Paciente de 64 anos, com icterícia progressiva, colúria e perda ponderal, é investigado por suspeita de tumor de cabeça de pâncreas. Considerando o melhor exame de imagem inicial para diagnóstico, estadiamento locorregional e avaliação de ressecabilidade, assinale a alternativa correta.
- a) Ultrassonografia abdominal.
 - b) Ressonância magnética de abdome com colangiopancreatografia por RM (CPRM).
 - c) Tomografia computadorizada de abdome com contraste em protocolo para pâncreas.
 - d) Ecoendoscopia com punção aspirativa por agulha fina (EUS-FNA).
 - e) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE).
- 40.** Em relação às margens cirúrgicas oncológicas recomendadas na gastrectomia por adenocarcinoma gástrico do tipo difuso, assinale a alternativa correta, de acordo com as principais diretrizes internacionais.
- a) Margem proximal mínima de 5 cm é recomendada, devido ao padrão infiltrativo e à maior extensão microscópica do tipo difuso.
 - b) Margem proximal mínima de 3 cm é adequada para todos os tipos histológicos de adenocarcinoma gástrico.
 - c) Margem proximal mínima de 2 cm é suficiente, desde que associada à linfadenectomia D2.
 - d) A definição da margem cirúrgica é irrelevante se houver confirmação de ressecção R0 por congelação intraoperatória.
 - e) Margens cirúrgicas não diferem entre os tipos difuso e intestinal.
- 41.** Em relação aos critérios de indicação de transplante hepático em pacientes com hepatocarcinoma, assinale a alternativa correta.
- a) Tumor único ≤ 6 cm, independentemente da presença de invasão vascular microscópica.
 - b) Até 3 nódulos hepáticos, cada um medindo ≤ 3 cm, sem invasão vascular macrovascular ou doença extra-hepática.
 - c) Até 5 nódulos hepáticos, desde que o maior não ultrapasse 4 cm.
 - d) Tumor único ≤ 5 cm, mesmo na presença de metástases linfonodais regionais.
 - e) Presença de invasão da veia porta segmentar não contraindica transplante hepático.
- 42.** Paciente submetido à gastrectomia distal com reconstrução à Billroth II evolui, meses a anos após a cirurgia, com sintomas gastrointestinais crônicos. Em relação às complicações tardias associadas a esse tipo de reconstrução, assinale a alternativa correta.
- a) Síndrome de dumping é rara, sendo mais característica da reconstrução em Y-de-Roux.
 - b) A reconstrução à Billroth II elimina o risco de estase alimentar no estômago remanescente.
 - c) A síndrome da alça aferente ocorre exclusivamente no pós-operatório imediato.
 - d) Deficiência de vitamina B12 é incomum, pois o íleo terminal permanece preservado.
 - e) Gastrite alcalina por refluxo biliar é uma complicação frequente e pode cursar com dor epigástrica e náuseas.
- 43.** Em relação à linfocintilografia utilizada para identificação do linfonodo sentinela em oncologia cirúrgica, assinale a alternativa correta quanto ao tempo ideal entre a injeção do radiofármaco e a realização da cirurgia.
- a) A cirurgia deve ser realizada imediatamente após a injeção, em até 15 minutos, para evitar dispersão do radiofármaco.
 - b) O intervalo ideal é de aproximadamente 2 a 24 horas, podendo variar conforme o radiofármaco utilizado.
 - c) A injeção deve ser realizada apenas no intraoperatório, não sendo indicada no pré-operatório.
 - d) A cirurgia deve ocorrer obrigatoriamente após 48 horas, para adequada migração linfática.
 - e) Não há intervalo recomendado entre a injeção do radiofármaco e a cirurgia.
- 44.** Durante a realização de uma parotidectomia, qual é o nervo mais frequentemente suscetível a lesão, sendo sua preservação um dos principais objetivos do procedimento?
- a) Nervo hipoglosso (XII)
 - b) Nervo acessório espinal (XI)
 - c) Nervo vago (X)
 - d) Nervo facial (VII)
 - e) Nervo glossofaríngeo (IX)
- 45.** Em relação aos tumores de ovário em pacientes jovens, especialmente aqueles de origem germinativa, assinale a alternativa que apresenta os marcadores tumorais mais comumente associados a esse grupo de neoplasias.
- a) CA-125 e CEA
 - b) CA-19.9 e CA-125
 - c) AFP, β -hCG e LDH
 - d) Inibina B e AMH
 - e) CA-15.3 e β -hCG

- 46.** Mulher de 62 anos, pós-menopausa, apresenta sangramento uterino anormal. A biópsia endometrial confirma adenocarcinoma de endométrio. Em relação ao câncer de endométrio, assinale a alternativa correta.
- a** O carcinoma seroso é o subtipo mais comum e geralmente está associado ao hiperestrogenismo.
 - b** O carcinoma endometriode está frequentemente associado à obesidade, anovulação crônica e hiperestrogenismo.
 - c** O estadiamento do câncer de endométrio é clínico, baseado em exames de imagem.
 - d** A linfadenectomia pélvica e para-aórtica é obrigatória em todos os casos.
 - e** O sangramento uterino pós-menopausa é manifestação rara da doença.
- 47.** Considere um paciente do sexo masculino, 64 anos, pescador, que apresenta perda ponderal de 10% de seu peso habitual sem causa conhecida, plenitude pós-prandial e relato de dois episódios de fezes escurecidas há cerca de dois meses. A Endoscopia mostrou lesão Bormann IV em antro e a análise histopatológica mostrou que se trata de um adenocarcinoma gástrico com células em "anel de sinete". Neste sentido assinale a alternativa correta.
- a** As lesões antrais Bormann III têm mais chances de metástases loco-regionais e por isso, a ecoendoscopia não está indicada.
 - b** As lesões antrais Bormann I têm mais chances de metástases loco-regionais e por isso o tratamento neoadjuvante não está indicado.
 - c** O tratamento cirúrgico neste caso é a Gastrectomia total em oncologia.
 - d** A linfadenectomia D2 não inclui a cadeia paracárdica direita.
 - e** O tratamento indicado neste caso acima inclui sempre a neoadjuvância.
- 48.** A pesquisa do linfonodo sentinela (PLS) no melanoma serve para aumentar e especificidade na determinação do linfonodo sentinela. Quanto ao melanoma cutâneo, assinale a alternativa correta.
- a** PLS serve para Estadiamento e não tem implicações na decisão do tratamento cirúrgico.
 - b** A PLS com o Gammprobe associada à técnica de Morton têm especificidade de até 50% na definição do linfonodo sentinela.
 - c** O Azul de Metileno é usado na técnica de Morton.
 - d** Não é mais utilizada no melanoma cutâneo.
 - e** A linfadenectomia aumenta a morbidade e não está indicada em todos os casos de melanoma cutâneo.
- 49.** Síndromes familiares de câncer também estão associadas ao aparecimento do câncer de estômago e, muitas vezes, em pacientes mais jovens. Portadores de síndrome de Li-Fraumeni, de câncer colorretal não poliposo (HNPCC) e de câncer gástrico familiar também estão entre o maior risco de apresentar esse câncer. Sobre esse assunto, assinale a alternativa correta.
- a** A síndrome de Li-Fraumeni é causada pela alteração no gene TP53, cuja função é suprimir tumores, e tem caráter hereditário.
 - b** O Câncer Colorretal Não Poliposo Hereditário (HNPCC) não tem correlação com a Síndrome de Lynch.
 - c** Em pacientes com a Síndrome de Lynch não há motivos para considerar a remoção preventiva do cólon ou ovários/útero em casos de alto risco.
 - d** As pacientes com Síndrome de Lynch não têm risco aumentado de câncer de endométrio.
 - e** Os critérios de Amsterdã e Bethesda não têm correlação com o câncer colorretal.
- 50.** Um paciente masculino de 62 anos apresenta-se com quadro de icterícia obstrutiva progressiva, colúria, acolia fecal e perda ponderal de 8 kg em dois meses. Ao exame físico, nota-se o sinal de Courvoisier-Terrier positivo. A tomografia de abdome revela uma massa de 2,5 cm na cabeça do pâncreas, sem sinais de invasão do tronco celíaco ou da artéria mesentérica superior, mas com contato de 90 graus com a veia mesentérica superior, sem deformidade do lúmen. Com base nos critérios da NCCN (National Comprehensive Cancer Network), como esse tumor deve ser classificado quanto à ressecabilidade?
- a** Localmente avançado (irressecável)
 - b** Metastático
 - c** Borderline ressecáveis
 - d** Ressecável
 - e** Iniciar tratamento neoadjuvante



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO SUPLEMENTAR PARA RESIDÊNCIA MÉDICA DA UEPa 2026
Grupo B: Pré-Requisito: Cirurgia Básica ou Cirurgia Geral
Especialidades: Cirurgia Oncológica, Urologia.

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	