



medway

**SUS - BA-2026-
Objetiva - BA**



NOME DO CANDIDATO:

ASSINATURA

SALA:

CARTEIRA:

INSTRUÇÕES

Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES contém 45 questões.

Escreva seu nome completo, sala, carteira e assine no campo indicado.

Utilize caneta de tinta **preta**.

Responda as questões de múltipla escolha no GABARITO.

Não será permitida qualquer espécie de consulta nem o uso de aparelhos eletrônicos.

Leia atentamente as instruções contidas no CADERNO DE RESPOSTAS.

Boa Prova!



QUESTÃO 1.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

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

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

QUESTÃO 2.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

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

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

QUESTÃO 3.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

Paciente, sexo masculino, 58 anos de idade, ex-tabagista, obeso (IMC 31 kg/m²), apresenta história de refluxo gastroesofágico crônico há mais de 10 anos, em uso irregular de inibidores de bomba de prótons. Nos últimos 2 meses, evoluiu com disfagia progressiva para sólidos e pirose intensa. A endoscopia digestiva alta revela lesão vegetante na transição esofagogástrica (38 cm dos incisivos). A biópsia demonstra adenocarcinoma moderadamente diferenciado, sobre mucosa com metaplasia intestinal. Determine o tipo de cirurgia mais indicado para tumores localizados na junção esôfago-gástrica, tipo I de Siewert, se o paciente se mostrar sem metástases e com boa reserva funcional:



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

QUESTÃO 4.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

Paciente, sexo masculino, 59 anos de idade, apresenta perda ponderal de 12 kg, anemia ferropriva e empachamento pós-prandial há 6 meses. Foi realizada endoscopia digestiva alta, que revelou lesão infiltrativa em corpo gástrico, tipo Borrmann III. Foi realizada biópsia da lesão, que mostrou adenocarcinoma gástrico difuso (tipo Lauren). Foi realizada tomografia computadorizada do tórax e do abdome, que evidenciou espessamento parietal gástrico na região do corpo do estômago, sem metástases à distância. Com base no quadro clínico, indique a alternativa correta quanto ao estadiamento e à conduta neoadjuvante:

- A. Tumores localmente avançados (T3/T4 ou N+) indicam quimioterapia perioperatória com esquema FLOT, que aumenta a sobrevida global.
 - B. A realização de PET-CT é indicada rotineiramente para todos os pacientes, independentemente da suspeita de metástases à distância.
 - C. A quimiorradioterapia neoadjuvante é adotada como padrão para tumores localizados no corpo e antro gástrico em qualquer estágio.
 - D. Os tumores gástricos difusos tipo Lauren são considerados quimiorresistentes e devem ser tratados diretamente com cirurgia primária.
-

QUESTÃO 5.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

Paciente, sexo masculino, 59 anos de idade, apresenta perda ponderal de 12 kg, anemia ferropriva e empachamento pós-prandial há 6 meses. Foi realizada endoscopia digestiva alta, que revelou lesão infiltrativa em corpo gástrico, tipo Borrmann III. Foi realizada biópsia da lesão, que mostrou adenocarcinoma gástrico difuso (tipo Lauren). Foi realizada tomografia computadorizada do tórax e do abdome, que evidenciou espessamento parietal gástrico na região do corpo do estômago, sem metástases à distância. Indique o tratamento cirúrgico mais adequado para esse paciente:

- A. Gastrectomia subtotal com margem proximal de 3 cm e linfadenectomia D1, utilizando reconstrução em Billroth II.
- B. Gastrectomia total com linfadenectomia D2, preservando o baço quando não houver invasão direta, e reconstrução em Y de Roux.
- C. Gastrectomia total com esplenectomia de rotina e linfadenectomia D2, utilizando reconstrução em Billroth I.
- D. Gastrectomia subtotal com ressecção do omento menor e linfadenectomia D0, seguida de



quimioterapia adjuvante.

QUESTÃO 6.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

Paciente, sexo masculino, 59 anos de idade, apresenta perda ponderal de 12 kg, anemia ferropriva e empachamento pós-prandial há 6 meses. Foi realizada endoscopia digestiva alta, que revelou lesão infiltrativa em corpo gástrico, tipo Borrmann III. Foi realizada biópsia da lesão, que mostrou adenocarcinoma gástrico difuso (tipo Lauren). Foi realizada tomografia computadorizada do tórax e do abdome, que evidenciou espessamento parietal gástrico na região do corpo do estômago, sem metástases à distância. O paciente foi submetido à gastrectomia. Sobre as principais reconstruções do trânsito intestinal após a gastrectomia, é correto afirmar:

- A. A reconstrução Billroth I conecta o estômago remanescente ao jejuno, sendo indicada após gastrectomia total.
- B. A reconstrução Billroth II estabelece anastomose gastrojejunal em alças aferente e eferente, podendo causar síndrome da alça aferente.
- C. A reconstrução em Y de Roux é desaconselhada em gastrectomia total por risco aumentado de refluxo alcalino.
- D. A reconstrução esôfago-duodenal é preferida após gastrectomia total para melhor continuidade anatômica.

QUESTÃO 7.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

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

- A. A ativação intrapancreática precoce da tripsina é evento tardio e geralmente ocorre após a fase de resposta inflamatória sistêmica.
- B. A hipocalcemia é consequência primária da liberação de insulina pelas células beta pancreáticas lesadas.



- C. A presença de necrose pancreática infectada define pancreatite aguda grave, independentemente de falência orgânica.
- D. O escore de BISAP > 3 nas primeiras 24h está associado a maior risco de mortalidade e falência orgânica precoce.

QUESTÃO 8.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

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

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

QUESTÃO 9.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

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



evidenciou uma coleção encapsulada com bolhas gasosas. Em relação ao quadro, indique a conduta mais adequada para o tratamento das necroses pancreáticas infectadas:

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

QUESTÃO 10.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

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

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

QUESTÃO 11.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

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

- A. A gastrectomia vertical é a técnica preferencial, pois apresenta maior impacto metabólico sobre o controle do diabetes mellitus tipo 2 do que o bypass gástrico.



- B. O bypass gástrico em Y de Roux é opção apropriada, equilibrando controle metabólico e menor risco de desnutrição grave comparado ao switch duodenal.
 - C. O switch duodenal é contraindicado em pacientes com NASH devido ao risco aumentado de refluxo biliar e ganho de peso.
 - D. A banda gástrica ajustável é indicada para pacientes com IMC acima de 50 kg/m², por ter menor taxa de complicações nutricionais.
-

QUESTÃO 12.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

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

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

QUESTÃO 13.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

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. 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 14.**

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

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. 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. 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 15.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

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. No 12º dia de pós-operatório, a paciente evoluiu 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 o 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.
-

QUESTÃO 16.



Paciente, sexo masculino, 64 anos de idade, com antecedente de laparotomia por perfuração de colon sigmoide há 4 meses, evolui com deiscência de parede e formação de fistula enterocutânea de baixo débito. Após controle da infecção e fechamento espontâneo da fístula, permanece com grande hérnia ventral de 14 cm e pele aderida a alças intestinais. O cirurgião planeja reconstrução definitiva da parede abdominal. Indique o planejamento cirúrgico mais adequado para esse paciente

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

QUESTÃO 17.

Paciente, sexo masculino, 64 anos de idade, com antecedente de laparotomia por perfuração de cólon sigmoide há 4 meses, evolui com deiscência de parede e formação de fistula enterocutânea de baixo débito. Após controle da infecção e fechamento espontâneo da fístula, permanece com grande hérnia ventral de 14 cm e pele aderida a alças intestinais. O cirurgião planeja reconstrução definitiva da parede abdominal. Identifique a alternativa correta, ... relação aos materiais de reforço que podem ser utilizados na reconstrução da parede abdominal proposta:

- 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 biossintéticas de longa absorção podem ser utilizadas em campo contaminado, oferecendo suporte temporário com menor risco de infecção persistente.
- D. Telas de PTFE (politetrafluoretileno) são preferidas em cenários contaminados devido à sua baixa aderência e integração tecidual.

QUESTÃO 18.

Paciente, sexo masculino, 64 anos de idade, com antecedente de laparotomia por perfuração de cólon sigmoide há 4 meses, evolui com deiscência de parede e formação de fistula enterocutânea de baixo débito. Após controle da infecção e fechamento espontâneo da fístula,



permanece com grande hérnia ventral de 14 cm e pele aderida a alças intestinais. O cirurgião planeja reconstrução definitiva da parede abdominal. Indique a alternativa correta considerando as possíveis complicações e as estratégias para prevenção de recidiva:

- A. A perda de domicílio visceral $> 25\%$ contraindica o fechamento primário, devendo-se optar por enxertos cutâneos definitivos sobre vísceras.
- B. O pneumoperitônio progressivo pré-operatório é contraindicado em pacientes previamente operados ou com fibrose abdominal.
- C. 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.
- 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.

QUESTÃO 19.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

Paciente, sexo masculino, 27 anos de idade, vítima de ferimento por arma de fogo no epigástrico. Chega ao Pronto-Socorro em choque hipovolêmico, respondendo, parcialmente, à reposição volêmica, e é submetido à laparotomia exploradora de emergência que revela lesão transfixante do pâncreas (na junção corpo-cabeça) e perfuração duodenal na segunda porção, próxima à papila. Não há lesões vasculares maiores. Após controle temporário do sangramento e exclusão de outras lesões, o cirurgião planeja o tratamento definitivo. Indique a alternativa correta, com base na classificação da Associação Americana para Cirurgia do Trauma (AAST) e nas características anatômicas descritas no caso:

- A. O quadro é compatível com lesão pancreática grau II e duodenal grau II, de manejo conservador com drenagem local.
- B. A lesão descrita configura trauma pancreatoduodenal grau IV, pois há comprometimento do ducto pancreático principal e da papila duodenal.
- C. Trata-se de lesão grau III, pois o ducto pancreático está intacto e o duodeno foi apenas contuso.
- D. O envolvimento simultâneo do pâncreas e do duodeno classifica-se, automaticamente, como grau V, independentemente da extensão.

QUESTÃO 20.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

Paciente, sexo masculino, 27 anos de idade, vítima de ferimento por arma de fogo no epigástrico. Chega ao Pronto-Socorro em choque hipovolêmico, respondendo, parcialmente, à reposição volêmica, e é submetido à laparotomia exploradora de emergência que revela lesão transfixante do pâncreas (na junção corpo-cabeça) e perfuração duodenal na segunda porção, próxima à papila. Não há lesões vasculares maiores. Após controle temporário do sangramento e exclusão de outras lesões, o cirurgião planeja o tratamento definitivo. Considerando o manejo cirúrgico do trauma pancreatoduodenal, indique a alternativa correta:



- A. A pancreatoduodenectomia (procedimento de Whipple) de emergência é o tratamento de escolha em todos os casos com lesão combinada de pâncreas e duodeno.
 - B. Em pacientes instáveis, pode-se optar por abordagem em dois tempos ("damage control"), com drenagem ampla, exclusão duodenal e gastrojejunostomia, adiando a reconstrução definitiva.
 - C. A derivação biliodigestiva é obrigatória em qualquer lesão duodenal próxima à papila.
 - D. O fechamento primário do duodeno associado à pancreatectomia distal é a conduta padrão para lesões da cabeça pancreática.
-

QUESTÃO 21.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

Paciente, sexo masculino, 27 anos de idade, vítima de ferimento por arma de fogo no epigástrico. Chega ao Pronto-Socorro em choque hipovolêmico, respondendo, parcialmente, à reposição volêmica, e é submetido à laparotomia exploradora de emergência que revela lesão transfixante do pâncreas (na junção corpo-cabeça) e perfuração duodenal na segunda porção, próxima à papila. Não há lesões vasculares maiores. Após controle temporário do sangramento e exclusão de outras lesões, o cirurgião planeja o tratamento definitivo. No pós-operatório, o paciente desenvolve débito elevado de secreção rica em amilase pelo dreno e febre no 7º dia. A TC mostra coleção retroperitoneal. Sobre o manejo dessa complicação, indique a alternativa correta:

- A. O quadro é compatível com fístula pancreática de alto débito, cujo tratamento inicial deve ser conservador, com drenagem mantida, antibioticoterapia e suporte nutricional.
 - B. A fístula pancreática de alto débito exige reoperação precoce, pois o fechamento espontâneo é raro.
 - C. O uso de octreotida é contra indicado, pois aumenta o risco de abscesso retroperitoneal.
 - D. A drenagem percutânea é ineficaz em fístulas pancreáticas, devendo-se optar por drenagem cirúrgica obrigatória.
-

QUESTÃO 22.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

Paciente, sexo masculino, 64 anos de idade, tabagista de 40 macos-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. 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 T2bN1MO (estágio IIB), e o paciente 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 T2bN2MO (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 23.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

Paciente, sexo masculino, 64 anos de idade, tabagista de 40 macos-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. Com base nos dados clínicos, identifique a alternativa correta em relação à indicação cirúrgica após o tratamento neoadjuvante:

- A. A cirurgia está contra indicada 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 24.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

Paciente, sexo masculino, 64 anos de idade, tabagista de 40 macos-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. 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.
-

QUESTÃO 25.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

Homem, 45 anos de idade, politraumatizado, apresenta extensa área de perda cutânea e de partes moles na região anterior da perna direita, com exposição de tibia no terço médio. O cirurgião plástico é chamado para planejamento da reconstrução. Diante deste caso clínico, considerando o planejamento reconstrutivo e os princípios de cobertura da perna, indique a alternativa correta:

- A. Em lesões com exposição óssea no terço médio da perna, o enxerto cutâneo simples é suficiente desde que o leito esteja bem vascularizado.
 - B. Retalhos locais de avanço são preferíveis aos retalhos musculares, pois mantêm menor tensão e maior mobilidade.
 - C. Para a cobertura da tíbia exposta no terço médio, o retalho do músculo sóleo é uma boa opção regional.
 - D. O retalho livre microcirúrgico está contraindicado quando o paciente apresenta lesões associadas em membros superiores.
-

QUESTÃO 26.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

Homem, 45 anos de idade, politraumatizado, apresenta extensa área de perda cutânea e de partes moles na região anterior da perna direita, com exposição de tibia no terço médio. O cirurgião plástico é chamado para planejamento da reconstrução. Em relação à classificação dos retalhos e seu suprimento vascular, identifique a alternativa correta:

- A. Retalhos de avanço cutâneo são classificados como retalhos de fluxo axial, irrigados ... artérias nomeadas.
- B. Retalhos miocutâneos baseiam-se em perfurantes diretas do tecido subcutâneo e não dependem do músculo subjacente.
- C. O retalho anterolateral da coxa (ALT) é um retalho fasciocutâneo baseado em perfurantes do ramo descendente da artéria circunflexa femoral lateral, podendo ser dissecado como livre ou



pediculado.

D. Retalhos livres necessitam, obrigatoriamente, de anastomose venosa dupla para manutenção da drenagem adequada.

QUESTÃO 27.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

Homem, 45 anos de idade, politraumatizado, apresenta extensa área de perda cutânea e de partes moles na região anterior da perna direita, com exposição de tibia no terço médio. O cirurgião plástico é chamado para planejamento da reconstrução. Após a confecção de um retalho musculocutâneo pediculado, o paciente apresenta palidez e diminuição da temperatura do retalho nas primeiras 6 horas de pós-operatório. Sobre o manejo dessa complicação precoce, identifique a alternativa correta:

- A. O quadro sugere congestão venosa, e a conduta inicial deve ser aquecimento local e elevação do membro.
 - B. A palidez precoce indica provável comprometimento arterial, devendo-se reexplorar o pedículo imediatamente para tentar a revascularização.
 - C. O uso de anticoagulação sistêmica é o tratamento de escolha inicial, pois restaura o fluxo arterial em até 80% dos casos.
 - D. A observação clínica é suficiente nas primeiras 24 horas, pois a maioria das isquemias precoces é transitória.
-

QUESTÃO 28.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

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

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

**QUESTÃO 29.**

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

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

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

QUESTÃO 30.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

Paciente, sexo masculino, 52 anos de idade, hipertenso, apresenta dor lombar direita intensa há 6 horas, irradiada para a região inguinal, acompanhada de náuseas. Ao exame físico, observa-se sensibilidade à palpação na fossa lombar direita. Exames laboratoriais mostram creatinina sérica normal e leucocitose discreta. Tomografia computadorizada de abdome, sem contraste, revela cálculo ureteral proximal direito de 10 mm) com discreta dilatação ureteropielica e sem sinais de complicação. Após remoção do cálculo ureteral, o paciente apresenta febre, dor lombar e leucocitose 48 horas pós-operatório. Tomografia mostra dilatação ureteropielica sem cálculo residual. Sobre o manejo dessa complicação, identifique a alternativa correta:

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

QUESTÃO 31.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

Paciente, sexo masculino, 35 anos de idade, portador de anemia falciforme, apresenta ereção dolorosa de 8 horas de evolução, sem estímulo sexual. Nega trauma peniano recente. Ao exame, observa-se pênis rígido, doloroso, com glândula flácida. Quanto à classificação e... fisiopatologia do priapismo, indique a alternativa correta



- A. O priapismo isquêmico (baixo fluxo) decorre de obstrução venosa e hipóxia tecidual, manifesta-se com dor intensa e requer intervenção imediata.
 - B. O priapismo não isquêmico (alto fluxo) é causado por oclusão venosa progressiva, apresenta dor intensa e evolução para necrose cavernosa.
 - C. O priapismo isquêmico ocorre por hiperfluxo arterial traumático, cursando com pênis parcialmente rígido e dor leve.
 - D. O priapismo não isquêmico resulta de estase sanguínea, glândula flácida e ausência de hipóxia cavernosa significativa.
-

QUESTÃO 32.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

Paciente, sexo masculino, 35 anos de idade, portador de anemia falciforme, apresenta ereção dolorosa de 8 horas de evolução, sem estímulo sexual. Nega trauma peniano recente. Ao exame, observa-se pênis rígido, doloroso, com glândula flácida. Sobre o manejo inicial do caso, é correto afirmar

- A. Analgesia e observação clínica por 24-48 horas é o recomendado, já que a maioria dos casos reverte espontaneamente sem risco de fibrose.
 - B. Cirurgia de desvio peniano é indicada como primeira medida em todos os casos, independente da duração da ereção.
 - C. Punção do corpo cavernoso associada à injeção intracavernosa de alfa-agonista (fenilefrina) é o tratamento de primeira linha.
 - D. Uso de anticoagulantes sistêmicos é o tratamento de escolha para priapismo isquêmico, para evitar futuras complicações.
-

QUESTÃO 33.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

Paciente, sexo masculino, 35 anos de idade, portador de anemia falciforme, apresenta ereção dolorosa de 8 horas de evolução, sem estímulo sexual. Nega trauma peniano recente. Ao exame, observa-se pênis rígido, doloroso, com glândula flácida. Considerando que o paciente manteve ereção dolorosa após o tratamento clínico inicial, é correto o que afirma em

- A. Desvios peno-glândicos ou corporo-safenos estão indicados, visando drenagem do sangue isquêmico.
 - B. A repetição de injeções intracavernosas é preferível a qualquer intervenção cirúrgica.
 - C. A realização de artéria dorsal peniana bilateral é o tratamento de escolha definitivo.
 - D. O tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes de 7 dias de priapismo, pois o risco de necrose peniana é baixo.
-

QUESTÃO 34.



Paciente, sexo masculino, 62 anos de idade, hipertenso, da 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 Pc92 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 dissecção da aorta ascendente, sem sinais de tamponamento. Sobre a classificação geral das dissecções aórticas, indique a alternativa correta:

- A. A classificação de Stanford considera tipo A a dissecção 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. Dissecções tipo A geralmente não requerem intervenção cirúrgica imediata se o paciente estiver hemodinamicamente estável.
-

QUESTÃO 35.

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 dissecção da aorta ascendente, sem sinais de tamponamento. Sobre o manejo inicial e suporte clínico da dissecção 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 dissecção tipo A.
 - C. Analgesia é desnecessária, pois não influencia o prognóstico da dissecção.
 - D. O paciente pode ser mantido em observação clínica por 48 horas antes de decisão cirúrgica, se assintomático.
-

QUESTÃO 36.

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 dissecção da aorta ascendente, sem sinais de tamponamento. . Após o tratamento cirúrgico da dissecção 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 dissecção 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.
-

QUESTÃO 37.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

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.... recém-nascida está ativa, porém com leve distensão abdominal e sinais de desidratação. 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 identificaç... dessa anomalia.
-

QUESTÃO 38.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

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.... recém-nascida está ativa, porém com leve distensão abdominal e sinais de desidratação. 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 39.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

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.... recém-nascida está ativa, porém com leve distensão abdominal e sinais de desidratação. 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.

QUESTÃO 40.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

Paciente, sexo feminino, 4 meses de idade, é levada pela genitora ao pediatra. Relata que a criança tem desde o nascimento uma lesão cutânea com crescimento progressivo e que a lesão fica mais evidente quando o bebê chora. Nega outras comorbidades ou queixas. Ao exame nota-se lesão eritematosa e elevada em região frontal, de superfície lisa, quente ao toque e ausência de ulceração. Sobre a classificação e evolução natural dos hemangiomas infantis, indique a alternativa correta:

- A. Hemangiomas infantis proliferativos normalmente surgem na adolescência e tendem a regredir espontaneamente.
- B. Hemangiomas capilares são malignos e requerem ressecção imediata.
- C. A fase proliferativa ocorre em geral nos primeiros 6-12 meses de vida, com involução espontânea ao longo dos anos.
- D. Hemangiomas congênitos sempre desaparecem nos primeiros meses sem necessidade de



acompanhamento.

QUESTÃO 41.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

Paciente, sexo feminino, 4 meses de idade, é levada pela genitora ao pediatra. Relata que a criança tem desde o nascimento uma lesão cutânea com crescimento progressivo e que a lesão fica mais evidente quando o bebê chora. Nega outras comorbidades ou queixas. Ao exame nota-se lesão eritematosa e elevada em região frontal, de superfície lisa, quente ao toque e ausência de ulceração. Sobre a conduta terapêutica inicial para hemangiomas de alto risco ou função comprometida, indique a alternativa correta:

- A. Hemangiomas em face, periocular ou próximos a vias aéreas, devem ser tratados apenas com observação, pois o risco de complicações é baixo.
- B. Betabloqueador oral é o tratamento de primeira linha para hemangiomas infantis proliferativos de alto risco.
- C. Corticoides sistêmicos continuam sendo a primeira escolha, devido à eficácia superior ao betabloqueador.
- D. Ressecção cirúrgica imediata é indicada para todos os hemangiomas, independentemente de tamanho ou localização.

QUESTÃO 42.

SUS - BA-2026-Objetiva - BA | R+

Paciente, sexo feminino, 4 meses de idade, é levada pela genitora ao pediatra. Relata que a criança tem desde o nascimento uma lesão cutânea com crescimento progressivo e que a lesão fica mais evidente quando o bebê chora. Nega outras comorbidades ou queixas. Ao exame nota-se lesão eritematosa e elevada em região frontal, de superfície lisa, quente ao toque e ausência de ulceração. Considerando as complicações potenciais e o seguimento pós tratamento, indique a alternativa correta:

- A. Ulceração, sangramento e infecção são complicações possíveis; acompanhamento multidisciplinar é recomendado.
- B. Hemangiomas tratados com betabloqueador não necessitam de monitoramento cardíaco ou pressão arterial.
- C. Fibrose residual e deformidade cutânea são raras e não requerem intervenção cirúrgica corretiva.
- D. Hemangiomas não apresentam risco de hemorragia significativa, independentemente da localização.

QUESTÃO 43.



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

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

QUESTÃO 44.

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

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

QUESTÃO 45.

Paciente, sexo feminino, 52 anos de idade, procura o ambulatório com queixa de fraqueza muscular progressiva, dor óssea difusa e episódios de nefrolitíase recorrente há um ano. Exames laboratoriais mostram cálcio sérico de 15,6 mg/dL, fósforo de 2,0 mg/dL e PTH intacto



de 1200 pg/mL. Realizado ultrassonografia cervical que evidenciou lesão hipoecóica de 3,2 cm, no polo inferior do lobo direito da tireoide. Feito tomografia computadorizada que mostrou massa bem delimitada, com invasão focal da cápsula tireoidiana. No seguimento pós-operatório, a paciente evoluiu com recorrência local e hipercalcemia grave refratária. Sobre o manejo da paciente nesse momento, indique a alternativa correta:

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



GABARITO

1. (A) (B) (C) (D)

2. (A) (B) (C) (D)

3. (A) (B) (C) (D)

4. (A) (B) (C) (D)

5. (A) (B) (C) (D)

6. (A) (B) (C) (D)

7. (A) (B) (C) (D)

8. (A) (B) (C) (D)

9. (A) (B) (C) (D)

10. (A) (B) (C) (D)

11. (A) (B) (C) (D)

12. (A) (B) (C) (D)

13. (A) (B) (C) (D)

14. (A) (B) (C) (D)

15. (A) (B) (C) (D)

16. (A) (B) (C) (D)

17. (A) (B) (C) (D)

18. (A) (B) (C) (D)

19. (A) (B) (C) (D)

20. (A) (B) (C) (D)

21. (A) (B) (C) (D)

22. (A) (B) (C) (D)

23. (A) (B) (C) (D)

24. (A) (B) (C) (D)

25. (A) (B) (C) (D)

26. (A) (B) (C) (D)

27. (A) (B) (C) (D)

28. (A) (B) (C) (D)

29. (A) (B) (C) (D)

30. (A) (B) (C) (D)

31. (A) (B) (C) (D)

32. (A) (B) (C) (D)

33. (A) (B) (C) (D)

34. (A) (B) (C) (D)

35. (A) (B) (C) (D)

36. (A) (B) (C) (D)

37. (A) (B) (C) (D)

38. (A) (B) (C) (D)

39. (A) (B) (C) (D)

40. (A) (B) (C) (D)

41. (A) (B) (C) (D)

42. (A) (B) (C) (D)

43. (A) (B) (C) (D)

44. (A) (B) (C) (D)

45. (A) (B) (C) (D)



RESPOSTAS

01.	B	21.	A	41.	B
02.	C	22.	C	42.	A
03.	B	23.	B	43.	D
04.	A	24.	A	44.	B
05.	B	25.	C	45.	C
06.	B	26.	C		
07.	D	27.	B		
08.	B	28.	B		
09.	A	29.	B		
10.	D	30.	A		
11.	B	31.	A		
12.	B	32.	C		
13.	A	33.	A		
14.	B	34.	B		
15.	A	35.	A		
16.	C	36.	B		
17.	C	37.	C		
18.	C	38.	B		
19.	B	39.	B		
20.	B	40.	C		