

CONCURSO PÚBLICO Nº 056/2025
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP

PROVA ESCRITA OBJETIVA

MÉDICO – PERFIL MÉDICO CIRURGIÃO
DO APARELHO DIGESTIVO

ABRA APENAS QUANDO AUTORIZADO.

Leia com atenção as seguintes instruções:

1. Este caderno de questões contém **40 questões** de múltipla escolha, constituídas de 5 alternativas de resposta, das quais somente uma deve ser assinalada no cartão-resposta. Este caderno é composto por: 10 questões de Conhecimentos Gerais e 30 questões de Conhecimentos Específicos.
Quando autorizado, folheie o caderno de questões e, caso haja algum problema, informe ao fiscal de sala.
2. Confira as informações no cartão-resposta, especialmente os seus dados pessoais e o cargo público/perfil para qual está concorrendo. O cartão-resposta deve ser assinado e não deve ser dobrado, amassado ou rasurado.
3. Ao transferir as respostas para o cartão-resposta, marque com caneta de tinta de cor preta a letra correspondente à alternativa escolhida. A troca do cartão não será permitida em caso de marcação incorreta.
4. Durante a prova, não é permitido o uso de dispositivos eletrônicos de qualquer tipo, nem de celulares, relógios e materiais de consulta.
5. A saída definitiva da sala de prova só será permitida após decorridas **2 horas** do início da prova (conforme o horário registrado na sala) e após a entrega obrigatória ao fiscal de sala:
 - do seu cartão-resposta personalizado;
 - do seu caderno de questões, completo.
6. Encerrada sua prova, o candidato deve deixar a sala de provas levando consigo somente o material fornecido pela FUNCAMP para conferência da prova escrita objetiva realizada (rascunho de gabarito) e seus pertences pessoais.
7. Os três últimos candidatos da sala de provas devem nela permanecer até que o último deles entregue sua prova, assinando o termo respectivo e saindo juntos da sala.
8. As informações/instruções dadas no dia da prova complementam o edital.
9. Um exemplar do caderno de questões da prova escrita objetiva estará disponível no site FUNCAMP (www.concursosfuncamp.com.br) e na Área do Candidato, o link “Anexos”, a partir das 16 horas do primeiro dia útil após a realização da prova.

**DURAÇÃO TOTAL DA PROVA, INCLUINDO
TRANSCRIÇÃO DAS INDICAÇÕES DE
GABARITO PARA O CARTÃO-RESPOSTA:
QUATRO HORAS**

Escreva seu nome completo de forma legível.

NOME: _____

CONHECIMENTOS GERAIS: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

QUESTÃO 1

Analise as seguintes diretrizes.

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade;
- IV. Organização da rede a partir da Atenção Básica.

De acordo com o artigo 198 da Constituição Federal, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes:

- A) I e II, apenas.
- B) III e IV, apenas.
- C) I, II e III, apenas.
- D) II, III e IV, apenas.
- E) I, II, III e IV.

QUESTÃO 2

Considere as seguintes ações a serem realizadas em um centro de saúde:

- I. Promover caminhadas pela paz, convidando a comunidade a elaborar e carregar cartazes sobre o tema que depois ficarão expostos no centro de saúde.
- II. Realizar palestras, jogos e projetos de saúde nas escolas sobre sexualidade, prevenção de doenças e autocuidado.
- III. Realizar oficinas de culinária focadas no melhor aproveitamento dos alimentos.
- IV. Promover rodas de conversa visando os saberes populares e tradicionais da comunidade sobre o uso de chás e infusões e a construção de uma horta comunitária.
- V. Criar uma conta em redes sociais para divulgação de dicas sobre alimentação saudável, higiene do sono, atividades físicas, entre outras.

Alinham-se aos objetivos específicos da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) as ações:

- A) I, II, III, IV e V.
- B) IV e V, apenas.
- C) II e III, apenas.
- D) I, II e III, apenas.
- E) I, II, III e IV, apenas.

QUESTÃO 3

De acordo com a Lei nº 8.142/1990, avalie as seguintes afirmativas.

- I. A Conferência de Saúde tem como objetivos avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.
- II. A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos, convocada oficialmente pelo Conselho de Saúde.
- III. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente.
- IV. A representação nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária entre usuários, gestores e profissionais da saúde.

Estão corretas as afirmativas

- A) I e III, apenas.
- B) II e IV, apenas.
- C) I e II, apenas.
- D) III e IV, apenas.
- E) I, II, III e IV.

QUESTÃO 4

Em relação à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), avalie as seguintes situações:

- I. Pessoa portadora de hipertensão arterial com PA 160/100 mmHg, IMC 38,5 kg/m², tem retorno agendado para 3 meses, enquanto outra pessoa portadora de hipertensão arterial, com PA 120/80 mmHg, sem outras comorbidades tem retorno agendado para 6 meses.
- II. Elaboração de um grupo operativo com a participação de pessoas com diabetes para orientações sobre os cuidados com os pés.
- III. Adolescente, sexo feminino, com 15 anos de idade, comparece à consulta para acompanhamento de asma. Durante a anamnese, relata início da atividade sexual e queixa presença de corrimento vaginal de odor fétido e de coloração acinzentada. São realizadas além das orientações, tratamento do corrimento vaginal e proposta para iniciar uso de método contraceptivo.
- IV. Numa pequena cidade do nordeste do estado de São Paulo, em reunião local de saúde, um líder da comunidade solicita a alteração do horário de funcionamento do centro de saúde em alguns dias da semana para facilitar as consultas dos trabalhadores da lavoura de café.

São representações dos princípios da PNPS as situações:

- A) I e III, apenas.
- B) II e IV, apenas.
- C) I e II, apenas.
- D) III e IV, apenas.
- E) I, II, III e IV.

QUESTÃO 5

Quando, nas seguintes situações, é representado um dos princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)?

- A) Quando o Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz o cadastro de uma família que passou a residir no território de abrangência.
- B) Quando uma equipe acompanha um paciente ao longo dos anos, conhecendo, além da história clínica, seus determinantes sociais, prevenindo complicações e fortalecendo o vínculo.
- C) Quando, durante a consulta de uma pessoa com diabetes, o médico faz o encaminhamento para a avaliação oftalmológica.
- D) Quando uma gestante refugiada de outro país é acolhida pela equipe de saúde, garantindo o acompanhamento de pré-natal com consultas, exames, medicamentos e vacinas.
- E) Quando o centro de saúde redivide sua área de abrangência para a implementação de uma nova equipe de saúde.

QUESTÃO 6

Analise as seguintes áreas:

- I. Vigilância epidemiológica.
- II. Vigilância sanitária.
- III. Vigilância ambiental.
- IV. Vigilância da saúde do trabalhador.
- V. Vigilância alimentar.

São áreas que a Política Nacional de Vigilância em Saúde, que está integrada ao Sistema Único de Saúde, abrange:

- A) I, II e III, apenas.
- B) IV e V, apenas.
- C) I e II, apenas.
- D) I, II e V, apenas.
- E) I, II, III e IV, apenas.

QUESTÃO 7

Em relação às modalidades de Atenção Domiciliar (AD), analise os casos de dois pacientes, ambos com necessidade de cuidados multiprofissionais.

Sr. José, 69 anos de idade, com DPOC crônico agudizado em uso de ventilação mecânica não invasiva; e a Sra. Maria, 57 anos de idade, diabética, restrita ao leito por sequela de uma Acidente Vascular Cerebral há 2 anos, com necessidade de tratamento parenteral.

Esses pacientes têm indicação das modalidades de AD, respectivamente:

- A) AD 2 e AD 3
- B) AD 1 e AD 2
- C) AD 3 e AD 1
- D) AD 3 e AD 2
- E) AD 2 e AD 2

QUESTÃO 8

A PNAB define que a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) deve priorizar:

- A) o agendamento de consultas da Atenção Secundária.
- B) o apoio a ações administrativas.
- C) o acompanhamento de famílias e visitas domiciliares em território adscrito.
- D) a triagem de pacientes da demanda espontânea.
- E) a realização de pequenos procedimentos clínicos sob supervisão.

QUESTÃO 9

A partir da Política Nacional de Cuidados Paliativos, analise a seguinte situação:

Em uma reunião da comissão local de saúde é discutida a implantação de uma equipe de cuidados paliativos.

Dentre as sugestões a seguir, dadas pela população, qual delas pode ser aceita?

- A) Devem ser atendidos todos os pacientes, preferencialmente, a partir do momento da suspensão do tratamento da doença de base.
- B) Devem ser evitados temas polêmicos nas visitas, como política, esportes e religião.
- C) O acompanhamento da pessoa e da família deve terminar com o preenchimento da declaração de óbito.
- D) A equipe de cuidados paliativos deve focar no sofrimento físico, mas estar atenta ao sofrimento psicoemocional.
- E) Devem ser feitas palestras sobre o tema para a população em geral.

QUESTÃO 10

Considere que, durante uma epidemia que atingiu grande parte da população de um município, com importante sobrecarga do SUS, o secretário de saúde contratou a participação complementar dos serviços do hospital filantrópico da cidade. Com o agravamento da epidemia, esse secretário procurou o prefeito para discussão de qual outro hospital contratar. No município havia duas opções: o hospital que o próprio secretário era diretor e outro hospital que era do candidato que perdeu as eleições, atual oposição política. Por ordem do prefeito, foi escolhido o hospital do qual o secretário era o diretor.

De acordo com a Lei nº 8.080, essa decisão está:

- A) correta, porque todos os artigos a respeito da Participação Complementar foram contemplados.
- B) incorreta, porque deveriam ter sido feitos convênios, e não contrato.
- C) correta, porque tal decisão foi ordenada pelo prefeito.
- D) incorreta, porque tal decisão deveria ter sido aprovada pela comissão municipal de saúde.
- E) incorreta, porque o secretário de saúde era diretor do hospital.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS: MÉDICO CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO

QUESTÃO 11

Um paciente de 45 anos de idade apresenta queixa de pirose e regurgitação ácida há 2 anos, com piora noturna. Refere também tosse crônica e rouquidão. A endoscopia digestiva alta revelou esofagite erosiva de Los Angeles Grau B. Após 8 semanas de tratamento com inibidores de bomba de prótons (IBP) em dose plena, os sintomas persistem de forma significativa.

Qual é o próximo passo diagnóstico mais apropriado para esse paciente?

- A) Realizar pHmetria esofágica de 24 horas sem IBP para confirmar a exposição ácida patológica e correlacionar com os sintomas.
- B) Prescrever dose dobrada de IBP por mais 4 semanas, pois a esofagite Grau B é de difícil cicatrização.
- C) Indicar cirurgia antirrefluxo (funduplicatura) imediatamente, visto que o tratamento clínico falhou.
- D) Solicitar manometria esofágica de alta resolução para descartar distúrbios motores esofágicos primários antes de qualquer outra investigação.
- E) Realizar teste terapêutico com procinéticos associados ao IBP para otimizar o esvaziamento gástrico.

QUESTÃO 12

Um paciente de 58 anos de idade apresenta disfagia progressiva para sólidos e líquidos há 3 anos, associada a regurgitação de alimentos não digeridos e perda ponderal de 8 kg. Refere também dor torácica ocasional. O esofagograma baritado revela dilatação esofágica acentuada com afilamento em “bico de pássaro” na cárdia e ausência de bolha gástrica.

Qual é o exame diagnóstico confirmatório mais preciso para a condição suspeita nesse paciente?

- A) Endoscopia Digestiva Alta (EDA) com biópsias da cárdia.
- B) Cintilografia esofágica com tecnécio-99m.
- C) Manometria esofágica de alta resolução.
- D) Tomografia computadorizada de tórax e abdome superior.
- E) Ultrassonografia endoscópica (USE) com ecoendoscopia.

QUESTÃO 13

Um paciente de 68 anos de idade, tabagista e etilista crônico, foi diagnosticado com adenocarcinoma de esôfago distal (Siewert I) localizado a 3 cm da cárdia, com invasão até a camada muscular própria (T2) e sem acometimento linfonodal nas imagens iniciais (N0). Biópsia demonstrou grau de diferenciação intermediário. TC de tórax/abdome e PET-CT não revelaram metástases à distância (M0).

Considerando o estadiamento T2N0M0, qual a conduta terapêutica inicial mais recomendada, segundo as diretrizes atuais?

- A) Esofagectomia transtorácica com linfadenectomia D2 isolada.
- B) Quimioterapia perioperatória com esquema FLOT (5-FU, leucovorin, oxaliplatina e docetaxel) seguida de cirurgia.
- C) Quimiorradioterapia definitiva (CROSS-like) sem intenção cirúrgica.
- D) Quimiorradioterapia neoadjuvante conforme protocolo CROSS, seguida de esofagectomia.
- E) Indução de imunoterapia anti-PD-1 seguida de avaliação para cirurgia.

QUESTÃO 14

Um paciente de 70 anos de idade apresenta halitose, regurgitação de alimentos não digeridos e disfagia intermitente há 5 anos, com episódios de aspiração noturna e perda ponderal de 5 kg. No esofagograma baritado observa-se uma formação sacular posterior na região cervical (nível C5–C6), medindo 4 cm de diâmetro, comunicando-se com a parede posterior da faringe e apresentando retenção de contraste. A manometria esofágica de alta resolução documentou relaxamento incompleto do esfíncter cricofaríngeo, com padrão de motilidade hipocinética no corpo esofágico.

Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta cirúrgica de escolha?

- A) Divertículo de Zenker; indicada diverticulectomia associada a miotomia do músculo cricofaríngeo.
- B) Divertículo de pulsão no terço médio do esôfago (divertículo de Barrett); indicada diverticulectomia com miotomia esofágica distal.
- C) Divertículo de tração do esôfago médio; indicada observação, pois raramente causa sintomas relevantes.
- D) Divertículo epifrênico; indicada diverticulectomia com miotomia do esfíncter esofagogástrico.
- E) Pólipo fibrovascular de esôfago; indicada ressecção endoscópica.

QUESTÃO 15

Uma paciente de 40 anos de idade refere episódios recorrentes de dor torácica não cardíaca (pontada retroesternal), intensidade 8/10, associados a disfagia ocasional para líquidos e sólidos há 2 anos, sem perda ponderal significativa. Esofagograma baritado normal e EDA sem alterações. Manometria esofágica de alta resolução mostrou:

- $\geq 20\%$ de deglutições com contrações de alta amplitude (DCI $> 8\ 000$ mmHg·s·cm) no corpo esofágico distal
- Latência distal normal ($> 4,5$ s)
- Relaxamento completo do EEI (IRP normal)

Qual é o distúrbio motor esofágico mais provável?

- A) Espasmo Esofágico Difuso (EED).
- B) Esofago Hipercontrátil ("jackhammer esophagus").
- C) Acalasia Tipo I.
- D) Esofago Hipotônico (motilidade ineficaz).
- E) Hipertonía isolada do Esfíncter Esofágico Inferior (EEI).

QUESTÃO 16

Paciente de 38 anos de idade, sem sintomas digestivos, submetido a EDA de rastreamento familiar (mãe com carcinoma gástrico). Identificada lesão submucosa gástrica de 3 cm no corpo, com redundância mucosa intacta. USE-Doppler evidenciou nódulo originário da *muscularis propria*, hipoeoico, homogêneo, vascularização moderada (fluxo ≥ 2 vasos), sem áreas císticas. Não há adenopatias paracardiais na TC abdominal.

Qual é o diagnóstico mais provável e qual a conduta terapêutica inicial recomendada segundo as diretrizes mais recentes?

- A) Leiomioma com miotomia endoscópica graduada; vigilância semestral por USE.
- B) Lipoma submucoso sem necessidade de ressecção; apenas monitorização anual.
- C) GIST de risco moderado; indicada biópsia por agulha fina guiada por USE seguida de ressecção laparoscópica com margem R0.
- D) Tumor neuroendócrino (carcinoide); indicada ressecção endoscópica em bloco e dosagem de marcadores séricos.
- E) Cisto de duplicação esofagogástrica; indicada ressecção completa por via toracoscópica.

QUESTÃO 17

Um paciente de 55 anos de idade, etilista crônico e usuário de AINEs em uso contínuo para dor articular, dá entrada no pronto-socorro com dor abdominal súbita, intensa ("facada"), irradiando para o ombro direito, acompanhada de rigidez em tábua e ausência de ruídos hidroaéreos. Após reanimação e estabilização hemodinâmica, a radiografia de abdome em pé demonstra pneumoperitônio livre.

Qual é a conduta cirúrgica de urgência mais apropriada?

- A) Gastrectomia subtotal com reconstrução em Billroth II.
- B) Vagotomia troncular associada a piloroplastia.
- C) Sutura simples da perfuração com patch de omento (omento-pexy) – técnica de Graham – preferencialmente por via laparoscópica.
- D) Tentativa de fechamento endoscópico por clipagem e monitorização.
- E) Antrectomia com vagotomia seletiva e reconstrução em gastroduodenostomia (Billroth I).

QUESTÃO 18

Um paciente de 70 anos de idade, submetido a gastrectomia subtotal com reconstrução em Billroth II há 25 anos por úlcera péptica, apresenta há 6 meses dor abdominal vaga, perda de peso de 7 kg e anemia ferropriva. A EDA revela massa ulcerada no coto gástrico junto à anastomose gastrojejunal; biópsia confirma adenocarcinoma.

Considerando o contexto do câncer do coto gástrico, assinale a alternativa correta.

- A) A fisiopatologia do câncer do coto gástrico é dominante por infecção por *Helicobacter pylori* remanescente e produção excessiva de citocinas inflamatórias, sem relação relevante com refluxo biliar.
- B) A etiologia envolve refluxo enterogástrico de bÍlis alcalina, geração de nitrosaminas, gastrite crônica, atrofia da mucosa e metaplasia intestinal no coto gástrico.
- C) A sensibilidade e o valor preditivo do PET-CT em coto gástrico são tão reduzidos que esse exame não altera o estadiamento nem a conduta terapêutica, diferentemente do câncer gástrico primário.
- D) A única estratégia curativa aceitável é a gastrectomia total com linfadenectomia D2 incluindo estações nodais remanescentes, independentemente de extensão tumoral ou condições do paciente.
- E) O prognóstico de 5 anos no câncer do coto gástrico é significativamente melhor que o do câncer gástrico primário, pois a mucosa remanescente recebe vigilância endoscópica periódica, tornando o diagnóstico mais precoce.

QUESTÃO 19

Um paciente de 48 anos de idade, previamente hígido, após quadro de vômitos intensos, apresenta dor torácica retrosternal súbita, dispneia e enfisema subcutâneo cervical. Ao chegar, está taquicárdico (FC 110 bpm), normotenso, com leucocitose leve (12 000 /mm³) e lactato de 3,2 mmol/L. A radiografia de tórax em pé mostra alargamento mediastinal e discreto derrame pleural esquerdo. Dada a forte suspeita de ruptura espontânea do esôfago (síndrome de Boerhaave), deseja-se confirmar e localizar o extravasamento antes de definir a estratégia cirúrgica.

Qual exame de imagem é mais indicado?

- A) EDA com CO₂ e fluoroscopia. Iniciar endoscopia digestiva alta com insuflação controlada de CO₂ para visualizar diretamente o sítio de perfuração e, em seguida, relógio de contraste sob fluoroscopia.
- B) TC de tórax e abdome com contraste hidrossolúvel e reconstruções multiplanares. Realizar tomografia helicoidal de tórax e abdome superior com contraste oral hidrossolúvel (diatrizoato) e reconstruções multiplanares para mapear extravasamento, avaliar extensão do enfisema e presença de coleções mediastinais.
- C) Esofagograma dinâmico com contraste baritado após teste negativo com hidrossolúvel. Primeira etapa com esofagograma em decúbito lateral usando contraste hidrossolúvel; se negativo e alta suspeita, repetir com bário para maior sensibilidade em pequenas perfurações.
- D) Radiografia torácica seriada em decúbito lateral e fluoroscopia estática. Sequência de radiografias em decúbito lateral direito com raios horizontais a cada 15 min para detectar bolhas de ar mediastinal em progressão.
- E) Ultrassonografia torácica *point-of-care* avançada. Uso de US de tórax à beira-leito para avaliar derrame pleural, enfisema subcutâneo e, por meio de injeção de soro contrastado via sonda nasoesofágica, detectar extravasamento.

QUESTÃO 20

Um paciente de 30 anos de idade apresenta quadro de 2 semanas de icterícia progressiva, colúria, acolia fecal e prurido. A ultrassonografia mostra dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas e uma massa de contornos irregulares na cabeça do pâncreas. CA 19-9 está elevado.

Qual exame de imagem é mais apropriado para o estadiamento local detalhado da massa pancreática e avaliação da ressecabilidade, em especial sua relação com vasos adjacentes?

- A) Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE).
- B) Ultrassonografia Endoscópica (USE) com Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF).
- C) Colangiografia (CPRM).
- D) Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve com protocolo para pâncreas (trifásica).
- E) PET-CT (Tomografia por Emissão de Pósitrons/ Tomografia Computadorizada).

QUESTÃO 21

Uma paciente de 40 anos de idade, IMC 42 kg/m², com diabetes tipo 2, hipertensão, apneia obstrutiva do sono grave e osteoartrite, está em avaliação para cirurgia bariátrica. Ela expressa preocupação com complicações pós-operatórias.

Qual das complicações a seguir é de risco particularmente elevado em cirurgia bariátrica na obesidade mórbida, e qual é a medida profilática mais eficaz?

- A) Fístula anastomótica em alça glicêmica (pós-gastrectomia vertical) – profilaxia com antibioticoterapia de amplo espectro estendida por 5 dias.
- B) Trombose Venosa Profunda (TVP) e Embolia Pulmonar (EP) – profilaxia com heparina de baixo peso molecular em dose escalonada ao peso e compressão pneumática intermitente perioperatória.
- C) Infecção de sítio cirúrgico (ISC) em orifícios de troca laparoscópica – profilaxia com banho antisséptico de clorexidina e tricotomia apenas na sala de operação.
- D) Lesão de vias biliares durante colecistectomia concomitante – profilaxia com colangiografia intraoperatória de rotina em todos os pacientes.
- E) Hipoglicemia pós-operatória tardia (rebote insulínico) após gastrectomia vertical – profilaxia com dieta unicamente rica em carboidratos complexos.

QUESTÃO 22

Um paciente de 65 anos de idade, em uso crônico de corticosteroides por doença autoimune, apresenta dor abdominal difusa e progressiva há 48h, distensão, náuseas e ausência de flatos. Está febril (38,8 °C), taquicárdico (115 bpm), hipotenso (90/50 mmHg), com abdome doloroso à palpação, discreta defesa voluntária e ruídos hidroaéreos diminuídos. A TC de abdome e pelve com contraste iodado mostra dilatação acentuada do cólon sigmoide, espessamento parietal de 8 mm, pequena quantidade de líquido livre e múltiplas bolhas de ar extraluminal adjacentes à parede do cólon sigmoide.

Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais adequada após estabilização hemodinâmica?

- A) Diverticulite aguda complicada (perfurada, Hinchey III); realizar sigmoidectomia de resgate com colostomia terminal (procedimento de Hartmann).
- B) Colite isquêmica segmentar com microperfurações; indicar angiografia mesentérica imediata e trombólise local em caso de trombose arterial.
- C) Perfuração de megacólon tóxico secundário à colagenose; realizar colostomia de alívio e colonoscopia descompressiva de emergência.
- D) Colecistite enfisematosa perfurada com pneumoperitônio secundário; proceder colecistectomia laparoscópica imediata.
- E) Obstrução por aderências pós-múltiplas cirurgias com perfuração secundária; instituir manejo conservador com sonda nasogástrica, antibióticos de amplo espectro e espera de 72h.

QUESTÃO 23

Um paciente de 60 anos de idade, com câncer de esôfago avançado e disfagia completa há 4 semanas, apresenta desnutrição grave (perda de 20% de peso em 3 meses, albumina 2,5 g/dL, linfócitos totais 900/mm³). Ele está programado para quimiorradioterapia neoadjuvante em 2 semanas e não tolera alimentação oral ou por sonda nasogástrica, devido ao óbvio risco de aspiração.

Qual estratégia de suporte nutricional deve ser instituída inicialmente e qual complicação metabólica requer monitoramento rigoroso nas primeiras 72 horas?

- A) Nutrição parenteral total via cateter venoso central (infusão de fórmula hipercalórica em 24h dividida em três doses) – monitorar hiperglicemia e sobrecarga hídrica pela alta osmolaridade da fórmula.
- B) Nutrição enteral contínua por sonda de jejunostomia laparoscópica (iniciar em 20 mL/h e avançar 10 mL/h a cada 8 h até 1,5 g/kg/dia de proteína) – monitorar síndrome de realimentação (hipofosfatemia, hipomagnesemia e hipocalcemia).
- C) Nutrição parenteral periférica (solução de aminoácidos e glicose a 25 kcal/kg/dia) – monitorar tromboflebite e síndrome de sobrecarga hídrica pela limitação de osmolaridade.
- D) Nutrição enteral intermitente por gastrostomia endoscópica (bolus de 200 mL 6x/dia) – monitorar síndrome de *dumping* precoce (náuseas, tontura, diaforese).
- E) Suplementação oral intensiva com fórmula modular (proteínas, MCT e fibras solúveis em 6 doses/dia) – monitorar desconforto gastrointestinal e diarreia osmótica.

QUESTÃO 24

Um paciente de 72 anos de idade, com insuficiência renal crônica em hemodiálise e história de cardiopatia isquêmica, foi admitido com hemorragia digestiva alta maciça (hematêmese e melena). A endoscopia digestiva alta de urgência identificou uma úlcera duodenal sangrante com vaso visível (Forrest IIa). Após tentativa de hemostasia endoscópica com injeção de adrenalina e clipagem, houve ressangramento imediato. O paciente permanece instável, mesmo com reposição volêmica agressiva e múltiplas transfusões.

Diante de hemorragia recorrente e instabilidade hemodinâmica nesse contexto de alto risco, qual conduta é a mais apropriada nesse momento?

- A) Segunda tentativa de hemostasia endoscópica.
- B) Embolização arterial seletiva por angiografia.
- C) Laparotomia exploradora com sutura da úlcera e ligadura do vaso.
- D) Infusão de octreotida e espera para estabilização.
- E) IBP em bolus e infusão contínua, com monitorização.

QUESTÃO 25

Um paciente de 48 anos de idade com acalasia esofágica tipo II, confirmada por manometria de alta resolução, tem recebido dilatações pneumáticas seriadas com alívio apenas parcial e transitório dos sintomas. Está em avaliação para miotomia de Heller laparoscópica com funduplicatura parcial.

Qual exame de imagem complementar é mais importante antes do procedimento e para quê?

- A) Esofagograma dinâmico com contraste hidrossolúvel e bário em fases precoce e tardia, incluindo avaliação do índice de esvaziamento em 1, 3 e 5 min, para determinar grau de megaesôfago, tortuosidade (“esôfago sigmoide”) e localizar pontos de estenose residuais que influenciarão a extensão da miotomia.
- B) Endoscopia Digestiva Alta (EDA) com retroflexão e lavagens repetidas, para descartar neoplasia secundária (pseudoacalasia), avaliar presença de estenose rígida na junção esofagogástrica e obter biópsias dirigidas em áreas suspeitas antes de cirurgia.
- C) Tomografia Computadorizada (TC) toracoabdominal com reconstruções multiplanares, para excluir compressões extrínsecas (adenomegalias, massas mediastinais), avaliar espessamento mural e planejar portais laparoscópicos em casos de mediastino alargado (megaesôfago avançado).
- D) Manometria esofágica de alta resolução repetida, para confirmar persistência do tipo II pós-dilatações e reclassificar potencial transição para tipo III (espasmo) que poderia alterar indicação de POEM em vez de Heller.
- E) pH-impedanciometria esofágica de 24h com e sem IBP, para quantificar refluxo gastroesofágico silencioso induzido pelas dilatações prévias e planejar funduplicatura adequada no momento da miotomia.

QUESTÃO 26

Paciente de 75 anos de idade, portador de fibrilação atrial em uso de anticoagulante oral e DPOC grave, diagnosticado com carcinoma espinocelular de esôfago no terço médio, estágio cT3N1M0. Após discussão multidisciplinar, considera-se que o paciente não é candidato ideal à esofagectomia radical devido às suas comorbidades e fragilidade.

Qual a estratégia terapêutica com intenção curativa mais adequada para esse paciente, levando em conta sua inaptidão cirúrgica?

- A) Quimioterapia exclusiva.
- B) Radioterapia paliativa para alívio da disfagia.
- C) Quimiorradioterapia definitiva (sem cirurgia).
- D) Esofagectomia minimamente invasiva.
- E) Braquiterapia endoscópica.

QUESTÃO 27

Um paciente de 55 anos de idade, em pós-operatório imediato de pancreatectomia total por neoplasia maligna, encontra-se em Nutrição Parenteral Total (NPT) há 7 dias devido à impossibilidade de iniciar dieta enteral. Evolui com febre de 38,9 °C, calafrios e taquicardia. O sítio de inserção do cateter venoso central (CVC) não apresenta sinais flogísticos locais. Coletam-se hemoculturas periféricas e do lúmen do CVC, e a infusão da NPT está suspensa temporariamente.

Qual é a conduta inicial mais apropriada para o manejo da suspeita de infecção relacionada ao CVC nesse cenário, levando em conta tanto o risco de complicações da NPT quanto às recomendações de antibioterapia e de nutrição parenteral?

- A) Remover imediatamente o CVC e inserir um novo acesso em sítio distinto, sem aguardar resultados de cultivo.
- B) Iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro e coletar amostras do lúmen e do cateter para cultura, mantendo o dispositivo *in situ* para preservação do acesso nutricional.
- C) Iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro e remover o CVC, enviando-se a ponta do cateter para cultura, garantindo reposição nutricional por cateter temporário de sítio alternativo após hemodinâmica estabilizada.
- D) Administrar antipiréticos e aguardar os resultados das hemoculturas e da cultura da ponta do cateter antes de qualquer intervenção invasiva, para direcionar a terapia.
- E) Iniciar antibioticoterapia empírica dirigida à provável infecção intra-abdominal, pois o paciente foi submetido a uma grande cirurgia digestiva, sem mexer no cateter.

QUESTÃO 28

Paciente de 68 anos de idade, portador de gastrectomia parcial com gastrojejunostomia em Billroth II realizada há 30 anos para úlcera péptica, apresenta adenocarcinoma bem diferenciado no coto gástrico, T1b (submucosa), sem linfonodos suspeitos na tomografia. Após Billroth II, o refluxo duodenogástrico crônico provoca inflamação mucosal e exposição a bile e enzimas pancreáticas, favorecendo a carcinogênese por estresse oxidativo e formação de nitrosaminas. A propedêutica incluiu endoscopia com biópsia mapeada, avaliação de profundidade por EUS e TC de abdome/pelve contrastada para estadiamento e exclusão de metástases.

Nesse caso, qual é a abordagem cirúrgica com maior probabilidade de cura, levando em conta a fisiologia do remanescente gástrico, a necessidade de linfadenectomia adequada e os riscos de recorrência no coto?

- A) Gastrectomia total com linfadenectomia D2 e esofagojejunostomia em Y de Roux.
- B) Ressecção local endoscópica da lesão.
- C) Gastrectomia subtotal com nova gastrojejunostomia em Y de Roux.
- D) Quimioterapia neoadjuvante seguida de gastrectomia total.
- E) Observação rigorosa com endoscopias seriadas.

QUESTÃO 29

Um paciente de 50 anos de idade, portador de esclerodermia sistêmica, apresenta disfagia progressiva a sólidos e líquidos, pirose atípica, dor torácica e perda ponderal de 6 kg em 3 meses. A manometria esofágica de alta resolução evidencia ausência completa de peristalse no corpo esofágico e hipotensão do esfíncter esofágico inferior (EEI), com episódios frequentes de relaxamento transitório do EEI. A pH-metria de 24h documenta refluxo gastroesofágico ácido severo (Índice de DeMeester > 30).

Tendo em vista a principal preocupação no planejamento de cirurgia antirrefluxo para esse paciente, considerando especificamente sua fisiopatologia esofágica, assinale a alternativa correta.

- A) A funduplicatura à Nissen (360°) é o procedimento de escolha, pois restaura completamente a barreira antirrefluxo.
- B) O tratamento endoscópico com radiofrequência (Stretta) no EEI é preferível para minimizar o risco de disfagia pós-operatória.
- C) A ausência de peristalse e a hipotensão do EEI aumentam o risco de disfagia após funduplicatura, de modo que uma funduplicatura parcial (270° Toupet) deve ser considerada para equilibrar antirrefluxo e esvaziamento esofágico.
- D) A miotomia do EEI (Heller) é essencial para aliviar a disfagia e, concomitantemente, reduzir o refluxo ácido.
- E) O paciente é candidato ideal para esofagectomia, devido à falência motora completa do esôfago.

QUESTÃO 30

Um paciente de 40 anos de idade, transplantado renal há 5 anos em uso crônico de imunossupressores, apresenta dor abdominal há 24h, iniciada na região periumbilical e migrada para o quadrante inferior direito (QID). Ao exame, há dor à palpação profunda em QID, sem sinal de descompressão brusca evidente, e febre branda (37,8 °C). O hemograma revela leucocitose discreta (11 000 /mm³). A ultrassonografia abdominal está inconclusiva devido a ruído gasoso.

Considerando o risco aumentado de apresentação atípica e complicações em pacientes imunossuprimidos, qual é a próxima etapa diagnóstica mais apropriada para confirmar ou afastar o diagnóstico de apendicite aguda?

- A) Observação clínica com reavaliação em 6–8 horas para confirmar evolução dos sinais.
- B) Laparoscopia diagnóstica exploradora imediata, mesmo sem exame de imagem adicional.
- C) Início imediato de antibioticoterapia de amplo espectro para suposta apendicite, sem necessidade de imagem adicional.
- D) Tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste intravenoso para avaliação de apendicite e diagnóstico diferencial.
- E) Coleta de marcadores inflamatórios adicionais (PCR, procalcitonina) e espera de resultados antes de decidir por imagem ou intervenção.

QUESTÃO 31

Um paciente de 60 anos de idade, submetido a dilatação endoscópica de estenose cáustica de esôfago, apresenta, imediatamente após o procedimento, dor torácica aguda, taquicardia, dispneia e enfisema subcutâneo cervical. A tomografia torácica com contraste oral hidrossolúvel confirma perfuração cervical de 2 cm, pneumomediastino e pequeno derrame pleural bilateral, sem sinais de sepse.

Qual é a conduta inicial mais apropriada para essa perfuração esofágica cervical em paciente estável e sem sepse franca?

- A) Laparotomia exploradora e esofagectomia.
- B) Tratamento conservador com antibioticoterapia, jejum e NPT.
- C) Drenagem torácica (se derrame pleural significativo) e colocação de *stent* esofágico coberto por via endoscópica.
- D) Toracotomia exploradora e rafia primária da perfuração.
- E) Medidas de suporte e observação rigorosa em UTI por 24 horas, sem intervenção específica imediata.

QUESTÃO 32

Um paciente de 62 anos de idade, com diagnóstico de esôfago de Barrett de segmento longo e displasia de baixo grau (LGD) há 3 anos, em uso crônico de IBP em dose dupla (omeprazol 40 mg 2x/dia) devido à pirose refratária, evolui com progressão para displasia de alto grau (HGD) em endoscopia de vigilância com mapeamento sistemático. A pHmetria de 24h, realizada em uso de IBP, demonstra índice de DeMeester de 22,5, confirmando refluxo ácido patológico persistente. Ele tem IMC 33 kg/m², mas sem outras comorbidades significativas.

Nesse caso, com um paciente com HGD refratário ao controle ácido, qual a conduta mais apropriada, integrando fisiologia do refluxo, diagnóstico anatômico e terapêutica endoscópica ou cirúrgica?

- A) Manter IBP em dose dupla e intensificar a vigilância endoscópica a cada 3 meses, sem intervenção para a HGD.
- B) Esofagectomia radical com linfadenectomia, devido à HGD e risco neoplásico.
- C) Ablação por radiofrequência (RFA) da HGD, mantendo IBP, associada a fundoplicatura antirrefluxo como terapia adjuvante para o refluxo refratário.
- D) Trocar IBP por bloqueador de H₂ em alta dose e adicionar procinético, para tentar controlar o refluxo.
- E) Miotomia endoscópica peroral (POEM) para tratar displasia e refluxo.

QUESTÃO 33

Homem de 58 anos de idade, internado por 3 semanas em UTI após sepse abdominal causada por perfuração de diverticulite (lavagem laparoscópica e drenagem, sem ressecção colônica). Reabordagem cirúrgica evidenciou grande coleção purulenta e fibrina densa, sem perfuração ativa ou necrose isquêmica. Já em uso de antibióticos de amplo espectro, mantém quadro séptico persistente.

Em paciente grave com persistência de peritonite após controle cirúrgico inicial, qual conceito e abordagem terapêutica melhor descrevem esse cenário?

- A) Peritonite secundária de origem colônica; o principal desafio é identificar e ressecar o segmento colônico acometido.
- B) Peritonite terciária; o principal desafio é o manejo da disfunção imune e da translocação bacteriana persistente, com foco na otimização do suporte orgânico e controle do foco.
- C) Peritonite fúngica; o principal desafio é a identificação do fungo e início de antifúngicos específicos.
- D) Síndrome compartimental abdominal; o principal desafio é a descompressão cirúrgica urgente do abdome.
- E) Peritonite primária; o principal desafio é a antibioticoterapia empírica prolongada.

QUESTÃO 34

Um paciente, sexo masculino, de 45 anos de idade, analista de sistemas, submetido a Bypass gástrico em Y de Roux (BGYR) há 5 anos, apresenta perda ponderal satisfatória. Contudo, relata episódios recorrentes de sudorese, palpitações, tontura e tremores cerca de 2-3 horas após as refeições, aliviados com ingestão de carboidratos como salgadinhos e doces, principalmente quando trabalha por longas horas. Ele tem sido assintomático para *dumping* precoce. A glicemia capilar durante um desses episódios foi de 45 mg/dL. A endoscopia e TC são normais.

Qual é a complicação metabólica tardia mais provável nesse paciente e qual é a principal estratégia dietética para seu manejo?

- A) Síndrome de *dumping* precoce; evitar líquidos durante as refeições.
- B) Síndrome de realimentação; suplementação de fosfato e potássio.
- C) Hipoglicemia pós-bariátrica (ou hipoglicemia reativa); fracionar a dieta, reduzir carboidratos simples e aumentar proteínas/fibras.
- D) Deficiência de vitamina B12; suplementação intramuscular.
- E) Gastrite por refluxo alcalino; uso de procinéticos e antieméticos.

QUESTÃO 35

Um paciente de 75 anos, com histórico de gastrectomia subtotal por adenocarcinoma gástrico há 5 anos, retorna ao serviço apresentando dor abdominal difusa e ascite. A tomografia computadorizada de abdome e pelve revela sinais de carcinomatose peritoneal e múltiplas lesões hepáticas, compatíveis com metástases. A análise citológica da ascite confirma a presença de células neoplásicas compatíveis com adenocarcinoma. O paciente apresenta performance *status* ECOG 2.

Diante do quadro descrito, qual é a melhor conduta terapêutica neste estágio avançado da doença?

- A) Laparotomia exploradora para citorredução e quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC).
- B) Início de quimioterapia sistêmica paliativa.
- C) Radioterapia externa para as lesões hepáticas.
- D) Terapia-alvo isolada, sem quimioterapia.
- E) Gastrectomia total para ressecção do tumor primário.

QUESTÃO 36

Homem de 45 anos de idade em nutrição parenteral total (NPT) há 6 meses devido à síndrome do intestino curto pós-isquemia mesentérica. Desenvolve elevação progressiva de AST, ALT, GGT, FA e bilirrubinas, sem história de doença hepática prévia, com exclusão de causas virais, metabólicas e obstrutivas.

Qual é a complicação hepática mais provável da NPT prolongada nesse paciente e qual a principal estratégia para seu manejo e prevenção?

- A) Esteatose hepática; reduzir a taxa de infusão de lipídios da NPT.
- B) Colestase associada à NPT (CAN); reduzir o excesso de calorias totais e avaliar a introdução de alimentação enteral mínima (trofismo).
- C) Hepatite viral; realizar sorologias virais e tratamento antiviral específico.
- D) Cirrose biliar primária; iniciar terapia com ácido ursodesoxicólico.
- E) Doença veno-oclusiva hepática; considerar transplante hepático.

QUESTÃO 37

Um paciente de 40 anos de idade, diabético tipo 1 com neuropatia autonômica, apresenta náuseas, vômitos pós-prandiais, saciedade precoce e plenitude gástrica há vários meses. Ele não respondeu a procinéticos em doses máximas. A endoscopia digestiva alta e a TC de abdome superior são normais, excluindo obstrução mecânica.

Qual é o método diagnóstico padrão-ouro para confirmar a gastroparesia nesse paciente e guiar o manejo terapêutico?

- A) Manometria antroduodenal.
- B) 13C-Octanoic acid breath test (Teste do Sopro com 13C-Octanoato).
- C) Cintilografia de esvaziamento gástrico com refeição padrão.
- D) Eletrogastrografia (EGG).
- E) Ultrassonografia gástrica pós-prandial.

QUESTÃO 38

Um paciente de 65 anos de idade apresenta disfagia severa e dor torácica atípica. A manometria esofágica de alta resolução revela pressões elevadas do Esfíncter Esofágico Inferior (EEI) com relaxamento incompleto (<80% de relaxamento da pressão residual integrada - IRP > 15 mmHg) e, no corpo esofágico, identifica múltiplas deglutições com contrações simultâneas de alta amplitude e de duração prolongada, alternadas com peristalse normal, mas com um padrão predominante de “espaços” entre as ondas de pressão nas deglutições.

De acordo com a Classificação de Chicago v4.0, qual é o diagnóstico manométrico mais provável para esse paciente?

- A) Acalasia Tipo I.
- B) Acalasia Tipo II.
- C) Espasmo Esofágico Distal (EED).
- D) Obstrução da Junção Esofagogástrica (OJEG).
- E) Esôfago Hipercontrátil (Esôfago em Quebra-Nozes).

QUESTÃO 39

Paciente de 35 anos de idade, com acalasia tipo I com diagnóstico no último ano, foi submetida a uma miotomia de Heller laparoscópica há 5 anos, com excelente alívio inicial da disfagia. Nos últimos 6 meses, no entanto, desenvolveu disfagia recorrente e progressiva, associada a regurgitação. A manometria esofágica de alta resolução de controle revela persistência do relaxamento incompleto do EEI (IRP > 15 mmHg) e evidência de cicatrização da miotomia (reestenose funcional). A endoscopia descarta tumor, mas mostra esofagite leve.

Qual é a conduta terapêutica mais apropriada para essa recorrência da acalasia pós-miotomia?

- A) Dilatação pneumática seriada do EEI.
- B) Re-miotomia cirúrgica laparoscópica (reoperação de Heller).
- C) Miotomia Endoscópica Peroral (POEM).
- D) Toxina botulínica no EEI guiada por endoscopia.
- E) Esofagectomia com interposição colônica.

QUESTÃO 40

Um paciente de 55 anos de idade, em uso prolongado de inibidores de bomba de prótons (IBP) para DRGE, realiza endoscopia de vigilância que identifica múltiplos pólipos gástricos sésseis no corpo e fundo do estômago, o maior medindo 1.5 cm. As biópsias revelam pólipos de glândulas fúndicas, sem displasia.

Qual é a conduta mais apropriada para o manejo dos pólipos gástricos nesse paciente?

- A) Ressecção endoscópica de todos os pólipos devido ao potencial de malignidade.
- B) Suspensão dos IBP e reavaliação endoscópica em 6 meses, sem ressecção imediata.
- C) Biópsias periódicas e vigilância endoscópica, pois pólipos de glândulas fúndicas são benignos e não requerem ressecção de rotina.
- D) Gastrectomia parcial para remover os pólipos maiores e reduzir o risco de câncer.
- E) Início de terapia com antibióticos para erradicação de *Helicobacter pylori*, pois são a causa mais comum desses pólipos.