

CONCURSO PÚBLICO Nº 067/2026
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP

PROVA ESCRITA OBJETIVA E DISSERTATIVA

MÉDICO – PERFIL MÉDICO COLOPROCTOLOGISTA

ABRA APENAS QUANDO AUTORIZADO.

PARA PREENCHER OS CARTÕES-RESPOSTA USE CANETA ESFEROGRÁFICA DE COR PRETA.

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, e **3 questões dissertativas**, com seus respectivos espaços para rascunhos. Este caderno é composto por: 10 questões de Conhecimentos Gerais, 30 questões de Conhecimentos Específicos e 3 questões dissertativas.
Quando autorizado, folheie o caderno de questões e, caso haja algum problema, informe ao fiscal de sala.
2. Confira as informações nos cartões-resposta, especialmente os seus dados pessoais e o cargo público/perfil para qual está concorrendo. Os cartões-resposta devem ser assinados e não devem ser dobrados, amassados ou rasurados.
3. Durante a prova, não é permitido o uso de dispositivos eletrônicos de qualquer tipo, nem de celulares e materiais de consulta.
4. Ao transferir as respostas para o cartão-resposta da prova objetiva, 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.
5. Ao transferir as respostas para os cartões-resposta da prova dissertativa, escreva de forma legível, utilize caneta de cor preta assim como atenha-se ao espaço correspondente a cada questão. Não serão fornecidos cartões adicionais para complementação das respostas às questões.
6. 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:
 - dos seus cartões-resposta personalizados;
 - do seu caderno de questões, completo.
7. Encerrada sua prova, o candidato deverá devolver seu caderno de questões completo ao fiscal de sala de provas e deverá deixá-la levando consigo somente o material fornecido pela FUNCAMP para conferência da prova escrita objetiva realizada (rascunho de gabarito da prova objetiva) e seus pertences pessoais. O rascunho elaborado pelo candidato para as questões dissertativas não poderá ser levado.
8. 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.
9. As informações/instruções dadas no dia da prova complementam o edital.
10. 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 OS CARTÕES-RESPOSTA:
QUATRO HORAS**

Escreva seu nome completo de forma legível.

NOME: _____

ESPAÇO PARA RASCUNHO

CONHECIMENTOS GERAIS

QUESTÃO 1

Com base na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), assinale a alternativa que apresenta corretamente princípios do SUS.

- A) Capacidade de resolução dos serviços exclusivamente no nível primário de assistência e integração em nível político das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.
- B) Universalidade, direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde e igualdade da assistência à saúde, com privilégios aos profissionais de saúde que trabalham em cada unidade.
- C) Proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes e regionalização e desierarquização da rede de serviços de saúde.
- D) Centralização político-administrativa com direção única e preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.
- E) Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário e direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde.

QUESTÃO 2

De acordo com a Constituição de 1988 (Art. 196-200), é correto afirmar:

- A) As ações e serviços públicos de saúde constituem um sistema único, organizado de acordo com três diretrizes: descentralização; equidade e participação da comunidade.
- B) As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde apenas mediante contrato de direito público.
- C) É possível a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos, desde que aprovada pelo gestor local do sistema único de saúde.
- D) Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.
- E) Cabe ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle, diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

QUESTÃO 3

De acordo com a Lei nº 8.142, pode-se afirmar a respeito da conferência de saúde:

- A) Deve se reunir anualmente.
- B) Tem caráter permanente e deliberativo.
- C) Normalmente é convocada pelo Poder Executivo.
- D) Atua no controle da execução da política de saúde.
- E) Suas decisões deverão ser homologadas pelo ministério da saúde.

QUESTÃO 4

Analise os seguintes princípios.

- I. Equidade e participação social;
- II. Autonomia e empoderamento;
- III. Intersetorialidade e sustentabilidade;
- IV. Intersetorialidade e integridade.

A Política Nacional de Promoção da Saúde adota como princípios:

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

QUESTÃO 5

Em relação à Política Nacional de Vigilância em Saúde e seus conceitos, relacione a COLUNA II com a COLUNA I, associando o atributo à situação que ele melhor representa.

COLUNA I

- 1. Vigilância em saúde
- 2. Vigilância epidemiológica
- 3. Vigilância sanitária

COLUNA II

- () Processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.
- () Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde.
- () Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange a prestação de serviços e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e descarte.

Assinale a sequência correta.

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

QUESTÃO 6

Antônia, 58 anos de idade, trabalha como faxineira de uma empresa de carros. É obesa, tabagista desde os 15 anos de idade (20 anos-maço), nega doenças prévias. Compareceu na unidade de saúde queixando-se de dores no punho esquerdo, que irradia para o antebraço. O punho apresenta-se edemaciado, dolorido e com teste de Phalen positivo, indicando síndrome do túnel do carpo. O médico da família inicia o tratamento com corticoide oral, analgésico, orienta o uso de gelo local e a encaminha para a fisioterapia da unidade de saúde. Além disso, realiza rastreio de câncer de pulmão, orienta e convida para o grupo de cessação do tabagismo da unidade e aborda a importância do controle do peso.

Nesse caso, qual princípio ou diretriz do SUS definido pela Política Nacional de Atenção Básica foi seguido?

- A) Universalidade.
- B) Equidade.
- C) Integralidade.
- D) Coordenação de cuidados.
- E) Cuidados centrados na pessoa.

QUESTÃO 7

A respeito da comunicação prevista na Política Nacional de Vigilância em Saúde, é uma característica do alerta de risco sanitário:

- A) Consistir em um processo interativo de troca de informação e opiniões entre indivíduos, grupos e instituições.
- B) Relacionar-se a acontecimentos ou situações que ameacem a saúde humana ou a segurança dos indivíduos ou das comunidades.
- C) Ser oportuno e transparente na veiculação de informação veiculada no decurso do processo de comunicação do risco em saúde, no que se refere à natureza, magnitude, significância e medidas de controle do risco.
- D) Objetivar a mudança imediata de comportamentos individuais ou a implementação de medidas de caráter coletivo.
- E) Utilizar o boletim epidemiológico como veículo de comunicação primordial.

QUESTÃO 8

Após o forte terremoto que atingiu a Venezuela, uma família, após perder tudo, decide vir para Brasil e morar temporariamente com alguns parentes que aqui já estavam. Ao chegar, a mãe procura a unidade básica de saúde para acompanhamento dos filhos e recebe atendimento médico e vacinação. Nesse caso, qual princípio do SUS foi seguido?

- A) Cuidados centrados na pessoa.
- B) Equidade.
- C) Integralidade.
- D) Universalidade.
- E) Coordenação de cuidados.

QUESTÃO 9

Analise os seguintes princípios.

- I. Início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas que ameacem a continuidade da vida.
- II. Respeito à Diretiva Antecipada de Vontade - DAV da pessoa cuidada.
- III. Valorização da vida e consideração da morte como um processo natural.
- IV. Promoção de modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde da pessoa cuidada e de sua família, incluindo o acolhimento ao luto.

A Política Nacional de Cuidados Paliativos adota como princípios:

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

QUESTÃO 10

De acordo com a Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, que altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e Programa Melhor em Casa (PMcC), analise as situações a seguir:

- 1. Sra. Joana, 88 anos de idade, restrita ao leito por quadro avançado de Alzheimer, com necessidade de nutrição parenteral
- 2. Sr. Antônio, 76 anos de idade, com insuficiência renal crônica e necessidade de diálise peritoneal domiciliar.
- 3. Ana Clara, recém-nascida prematura que teve alta hospitalar com necessidade de ganho ponderal

Esses pacientes têm indicação das modalidades de AD, respectivamente,

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

QUESTÃO 11

Mulher de 44 anos de idade apresenta dor anal intensa durante e após as evacuações, acompanhada de sangramento vermelho-vivo, há 11 meses. Ao exame, identifica-se fissura posterior com plicoma sentinela, papila anal hipertrófica e exposição de fibras do esfíncter interno. Realizou fibras, polietilenoglicol, diltiazem tópico por oito semanas e aplicação de toxina botulínica, sem cicatrização. Relata parto fórceps com laceração perineal de quarto grau e episódios atuais de incontinência para gases. A colonoscopia recente não demonstrou doença inflamatória intestinal ou neoplasia.

Assinale a alternativa que apresenta corretamente o diagnóstico, a avaliação complementar e o tratamento definitivo mais apropriado.

- A) Fissura anal crônica idiopática; realizar ressonância pélvica e colonoscopia; indicar esfínterectomia lateral interna convencional, dividindo integralmente o esfíncter interno até a linha pectínea.
- B) Fissura anal aguda associada à constipação; solicitar defecografia e trânsito colônico; repetir exclusivamente fibras, banhos de assento e nitroglicerina tópica durante outras doze semanas.
- C) Fissura anal crônica com risco de incontinência; avaliar esfíncteres por ultrassonografia endoanal e manometria; preferir fissurectomia associada a retalho de avanço, preservando o aparelho esfíncteriano.
- D) Fissura secundária à doença de Crohn; realizar enterorressonância e calprotectina fecal; iniciar corticosteroide sistêmico e azatioprina, evitando qualquer procedimento cirúrgico anorretal definitivo.
- E) Úlcera anal sugestiva de carcinoma; solicitar tomografia toracoabdominal e ressonância pélvica; iniciar quimiorradioterapia definitiva sem biópsia, considerando suficiente a apresentação clínica descrita.

QUESTÃO 12

Homem de 61 anos de idade apresenta hematoquezia recorrente, prolapso anal irreductível, prurido e dificuldade de higiene há oito meses. Nos últimos quatro meses, evoluiu com redução involuntária do peso corporal de 84 kg para 78 kg, correspondendo à perda de aproximadamente 7,1% do peso habitual, associada a fadiga progressiva. Ao exame proctológico, observam-se volumosos componentes hemorroidários externos e prolapso circunferencial de coxins hemorroidários internos, permanentemente exteriorizados e não redutíveis. O toque retal não identifica massas, e a anoscopia confirma doença hemorroidária interna avançada, sem evidências de fissura ou lesão neoplásica distal. Os exames laboratoriais demonstram hemoglobina de 9,8 g/dL, volume corpuscular médio de 72 fL e ferritina de 8 ng/mL. O paciente nunca realizou colonoscopia nem participou de programa de rastreamento do câncer colorretal.

Assinale a alternativa que apresenta corretamente a classificação da doença hemorroidária, a investigação complementar e o tratamento mais apropriado para esse paciente.

- A) Doença hemorroidária interna grau II; solicitar apenas anoscopia e hemograma; realizar ligadura elástica seriada, atribuindo a anemia exclusivamente ao sangramento hemorroidário crônico.
- B) Doença hemorroidária mista grau IV; investigar anemia e sangramento mediante colonoscopia completa; indicar hemorroidectomia excisional, considerando o componente externo volumoso e o prolapso permanente.
- C) Doença hemorroidária interna grau III; solicitar defecografia e manometria anorretal; indicar desarterialização hemorroidária guiada por Doppler, garantindo menor recorrência que a hemorroidectomia excisional.
- D) Prolapso retal completo; solicitar ressonância pélvica e ultrassonografia endoanal; realizar retopexia ventral laparoscópica, sem necessidade de avaliação endoscópica adicional do cólon.
- E) Doença hemorroidária externa trombosada; solicitar tomografia pélvica e coagulograma; realizar trombectomia ambulatorial isolada, mantendo tratamento conservador para todos os componentes internos prolapsados.

QUESTÃO 13

Homem de 38 anos de idade, vivendo com HIV, apresenta lesões perianais progressivas há seis meses, associadas a prurido, sangramento e secreção. A terapia antirretroviral é irregular; CD4: 178 células/mm³ e carga viral detectável. Ao exame, observam-se múltiplas lesões verrucosas perianais, algumas pigmentadas, endurecidas, ulceradas e fixas aos planos profundos. O toque retal identifica irregularidades no canal anal, e a anoscopia convencional demonstra lesões proximais à linha pectínea. Houve falha após 16 semanas de imiquimode.

Assinale a alternativa que apresenta corretamente o diagnóstico provável, a investigação e a conduta inicial.

- A) Condilomas acuminados típicos por HPV; solicitar genotipagem viral isolada; repetir imiquimode indefinidamente, dispensando biópsia porque transformação neoplásica não ocorre nessas lesões.
- B) Condilomas anogenitais atípicos com possível neoplasia; realizar biópsias dirigidas, avaliação intra-anal e rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis; planejar excisão ou ablação especializada.
- C) Condiloma lata por sífilis secundária; solicitar exclusivamente VDRL quantitativo; iniciar penicilina benzatina sem teste treponêmico, biópsia ou avaliação das lesões intra-anais suspeitas.
- D) Carcinoma escamoso anal confirmado clinicamente; realizar tomografia e ressonância para estadiamento; iniciar quimiorradioterapia definitiva imediatamente, sem necessidade de comprovação histopatológica prévia.
- E) Molusco contagioso disseminado pela imunodeficiência; solicitar cultura bacteriana e colonoscopia; realizar curetagem superficial das lesões, mantendo inalterada a terapia antirretroviral irregular do paciente.

QUESTÃO 14

Homem de 57 anos de idade, vivendo com HIV e em uso irregular de terapia antirretroviral, apresenta dor anorretal profunda há sete dias, febre, calafrios e dificuldade progressiva para evacuar. Nas últimas 24 horas, evoluiu com retenção urinária e prostração. Ao exame: temperatura de 39,1 °C, frequência cardíaca de 118 bpm e pressão arterial de 96 × 62 mmHg. Não há flutuação perianal. O toque retal identifica abaulamento doloroso acima do anel anorretal, predominante na parede lateral direita. Exames demonstram leucócitos de 19.800/mm³, proteína C reativa de 246 mg/L, lactato de 3,1 mmol/L e CD4 de 164 células/mm³. A ressonância magnética revela coleção supraelevadora de 5,2 cm, resultante da extensão cranial de infecção interesfínteriana, sem comunicação com a fossa isquiaoanal.

Assinale a alternativa que apresenta corretamente o diagnóstico, a interpretação da imagem e o tratamento indicado.

- A) Abscesso supraelevador de origem interesfínteriana; drenar internamente para o reto e associar antibióticos diante da sepse e imunossupressão.
- B) Abscesso isquiaoanal simples de origem criptoglandular; dispensar novos exames de imagem; drenar externamente pela pele perianal e prescrever antibióticos isolados por quatorze dias.
- C) Abscesso supraelevador originado na fossa isquiaoanal; confirmar por ultrassonografia endoanal; drenar internamente para o reto e evitar antimicrobianos apesar da imunossupressão clinicamente presente.
- D) Neoplasia retal perfurada com coleção pélvica; realizar colonoscopia durante a sepse; indicar ressecção anterior imediata com anastomose e dispensar drenagem prévia da coleção.
- E) Prostatite bacteriana complicada por abscesso perineal; confirmar por cistoscopia e urocultura; realizar drenagem transuretral exclusiva e manter antibioticoterapia dirigida durante seis semanas completas.

QUESTÃO 15

Mulher de 46 anos de idade apresenta drenagem purulenta perianal intermitente e episódios recorrentes de dor há 18 meses. Foi submetida, em outro serviço, à fistulotomia há dois anos. Desde o procedimento, refere urgência evacuatória e perda ocasional de gases, com escore de incontinência de Wexner igual a 6. Ao exame, identificam-se dois orifícios externos anteriores, um deles à direita e outro à esquerda da linha média. O toque retal demonstra cicatriz anterior e redução discreta do tônus de repouso. A colonoscopia com ileoscopia é normal. A ressonância pélvica evidencia trajeto transesfínteriano anterior, atravessando aproximadamente 45% do esfíncter externo, com ramificação em ferradura e pequena coleção secundária.

Nesse contexto, quais são a classificação, a investigação anômica e a estratégia terapêutica mais apropriadas?

- A) Fístula transesfínteriana anterior complexa e recorrente; mapear trajetos por ressonância pélvica; controlar a sepse com sedenho e realizar posteriormente procedimento preservador do esfíncter.
- B) Fístula interesfínteriana anterior simples e recorrente; confirmar anatomia somente por colonoscopia; realizar fistulotomia imediata abrangendo todas as fibras musculares envolvidas no trajeto identificado.
- C) Fístula supraesfínteriana associada à doença de Crohn; solicitar enterotomografia e calprotectina; iniciar infliximabe isoladamente, sem drenagem das coleções ou controle cirúrgico da sepse.
- D) Fístula retovaginal obstétrica baixa e recorrente; avaliar exclusivamente por manometria anorretal; realizar avanço endorretal imediato, ignorando os trajetos laterais e a continência comprometida.
- E) Hidradenite supurativa perianal Hurley III; confirmar o diagnóstico por cultura bacteriana; realizar excisão cutânea ampla, incluindo deliberadamente ambos os complexos esfínterianos anais funcionantes.

QUESTÃO 16

Homem de 29 anos de idade, com IMC de 34 kg/m² e profissão que exige permanência sentada por longos períodos, apresenta dor, secreção purulenta e episódios inflamatórios na região sacrococcígea há três anos. Recebeu quatro ciclos de antibióticos e foi submetido a duas drenagens, sem tratamento definitivo. Ao exame, observam-se seis orifícios puntiformes na linha média da fenda interglútea, situados entre 5 e 9 cm acima da margem anal, além de dois trajetos laterais com pelos visíveis. Não existem orifício perianal, nódulos axilares, lesões inguinais ou espessamento cutâneo difuso. Diante da extensão caudal atípica, a ressonância pélvica demonstra trajetos restritos ao tecido subcutâneo sacrococcígeo, sem comunicação com o canal anal ou os esfíncteres.

Quais são o diagnóstico diferencial, a interpretação dos exames e o tratamento definitivo preferencial?

- A) Doença pilonidal crônica complexa; diagnóstico predominantemente clínico, com ressonância excluindo comunicação anal; quando se optar por excisão com fechamento, utilizar técnica fora da linha média.
- B) Fístula anal posterior criptoglandular; confirmar o orifício interno por colonoscopia; realizar fistulotomia desde o seio sacrococcígeo até o canal anal sem avaliação adicional.
- C) Hidradenite supurativa glútea Hurley II; confirmar por biópsia obrigatória e cultura; tratar exclusivamente com antibióticos sistêmicos, mantendo indefinidamente todos os trajetos epitelizados existentes.
- D) Abscesso perianal recorrente associado à doença de Crohn; confirmar por calprotectina isolada; iniciar corticosteroide sistêmico antes da drenagem e dispensar avaliação endoscópica complementar.
- E) Teratoma sacrococcígeo infectado no adulto; confirmar por ultrassonografia endoanal; realizar ressecção transanal isolada, preservando integralmente o componente cutâneo e os trajetos laterais supurados.

QUESTÃO 17

Homem de 36 anos de idade, com infecção pelo HIV controlada, carga viral indetectável e CD4 de 612 células/mm³, relata relações anais receptivas sem preservativo com três parceiros nos últimos dois meses. Há 14 dias apresenta dor anorretal progressiva, tenesmo intenso, urgência evacuatória, constipação, febre e eliminação de secreção mucopurulenta com sangue. Perdeu 4 kg, passando de 78 para 74 kg, durante esse período. Ao exame, apresenta temperatura de 38,3 °C e linfonodos inguinais dolorosos, sem flutuação. A anuscopia revela exsudato, friabilidade e úlceras retais. A ressonância pélvica demonstra espessamento circunferencial do reto inferior, densificação mesorretal e linfonodos aumentados, sem abscesso. O NAAT do swab retal é positivo para *Chlamydia trachomatis* e negativo para *Neisseria gonorrhoeae*. A genotipagem para sorovares L1–L3 permanece pendente.

Assinale a alternativa que apresenta corretamente o diagnóstico, a interpretação dos achados e o tratamento imediato.

- A) Linfogranuloma venéreo retal; interpretar a ressonância como proctite inflamatória, confirmar por NAAT (teste de amplificação de ácidos nucleicos – *Nucleic Acid Amplification Test*) com genotipagem L1–L3, se disponível, não retardar o tratamento, e prescrever doxiciclina por vinte e um dias.
- B) Proctite clamidiana não invasiva; interpretar a ressonância como inespecífica, dispensar genotipagem e tratar com doxiciclina durante sete dias, aguardando resolução espontânea dos linfonodos.
- C) Doença de Crohn retal; interpretar a ressonância como inflamatória, confirmar por calprotectina e iniciar corticosteroide sistêmico antes da exclusão microbiológica completa das infecções.
- D) Adenocarcinoma retal localmente avançado; interpretar linfonodos como metástases, confirmar somente pelo aspecto endoscópico e iniciar quimiorradioterapia neoadjuvante sem biópsia ou estadiamento histológico prévio.
- E) Proctite herpética isolada; interpretar as úlceras como HSV, confirmar apenas por sorologia IgM e prescrever valaciclovir, ignorando o NAAT retal positivo para clamídia.

QUESTÃO 18

Mulher de 31 anos de idade, previamente saudável, procura atendimento por dor anorretal incapacitante, tenesmo, constipação e disúria há nove dias. Relata nova parceria sexual e relação anal receptiva sem preservativo 12 dias antes do início dos sintomas. Evoluiu nas últimas 48 horas com retenção urinária, parestesias perineais, dor lombossacral, cefaleia intensa e fotofobia. Ao exame, apresenta vesículas e úlceras perianais dolorosas, linfonodomegalia inguinal bilateral e diminuição da sensibilidade em sela. A anuscopia demonstra múltiplas ulcerações superficiais no canal anal e reto distal. A ressonância pélvica exclui abscesso ou fístula, e a ressonância lombossacral não mostra compressão neural. O líquido apresenta 186 leucócitos/mm³, com predomínio linfocitário, proteína de 82 mg/dL e glicose preservada. Permanecem pendentes os NAAT (teste de amplificação de ácidos nucleicos (*Nucleic Acid Amplification Test*) para HSV-1 e HSV-2 das úlceras e do líquido.

Assinale a alternativa que apresenta corretamente o diagnóstico, a investigação confirmatória e o tratamento.

- A) Proctite herpética complicada por meningorradiculite sacral; confirmar HSV-2 por NAAT das úlceras e líquido sem retardar o início do tratamento com aciclovir intravenoso, seguido de valaciclovir oral, completando quatorze dias.
- B) Linfogranuloma venéreo com neuropatia autonômica; confirmar por sorologia clamidiana sérica e ressonância; prescrever doxiciclina oral durante sete dias, sem investigação do líquido ou tratamento antiviral.
- C) Abscesso supraelevador com compressão sacral; confirmar por colonoscopia e cultura sanguínea; realizar drenagem transperineal imediata, mantendo antibióticos exclusivos apesar da ressonância pélvica normal documentada.
- D) Retocolite ulcerativa grave com manifestação neurológica; confirmar por colonoscopia total imediata e calprotectina; iniciar corticosteroide intravenoso, postergando pesquisa de agentes sexualmente transmissíveis nas úlceras.
- E) Sífilis secundária com neurosífilis precoce; confirmar apenas por VDRL sérico e tomografia; administrar penicilina benzatina intramuscular única, dispensando punção lombar e avaliação oftalmológica especializada.

QUESTÃO 19

Mulher de 62 anos de idade será submetida a retossigmoidectomia com anastomose baixa e ileostomia em alça de proteção. Possui função renal preservada e apoio familiar, mas mora a 90 km do hospital. O serviço revisa o protocolo de alta para reduzir desidratação, lesão renal aguda e readmissões nas primeiras semanas após a operação.

Qual conjunto de medidas deve integrar prioritariamente o protocolo?

- A) Orientar restrição hídrica ampla, evitar registro do débito do estoma e programar retorno apenas após trinta dias.
- B) Manter internação até o débito da ileostomia permanecer inferior a 200 mL por dia, independentemente da ingestão e dos eletrólitos.
- C) Realizar educação pré e pós-operatória, treinamento para autocuidado, registro de ingestão e débito, orientação de hidratação, controle laboratorial e contato precoce após a alta.
- D) Prescrever nutrição parenteral domiciliar para todos os pacientes com ileostomia, mesmo com alimentação oral e débito controlado.
- E) Retirar a ileostomia antes da alta inicial, pois o fechamento precoce universal é a única medida comprovada para evitar desidratação.

QUESTÃO 20

Homem de 42 anos de idade, imunocompetente, relata relações anais receptivas sem preservativo com diferentes parceiros. Há seis semanas apresenta tenesmo, hematoquezia, secreção mucosa, alteração do hábito intestinal e perda de 5 kg, passando de 82 para 77 kg. Há dez dias observou exantema não pruriginoso no tronco, nas palmas das mãos e nas plantas dos pés. O exame proctológico demonstra lesão ulceroinfiltrativa, endurecida e friável, entre 4 e 8 cm da margem anal. A ressonância revela espessamento semicircunferencial do reto inferior e linfonodos mesorretais aumentados, inicialmente suspeitos para neoplasia. Biópsias profundas não demonstram células malignas, mas revelam infiltrado plasmocitário exuberante e endarterite. A imunohistoquímica para *Treponema pallidum* é positiva, o teste treponêmico é reagente e o RPR apresenta titulação de 1:128. Não existem sintomas neurológicos, oculares ou auditivos.

Assinale a alternativa que apresenta corretamente o diagnóstico, a interpretação dos exames e o tratamento.

- A) Linfogranuloma venéreo retal; interpretar linfonodos como inflamatórios, confirmar exclusivamente por NAAT clamidiano; tratar com doxiciclina durante vinte e um dias, ignorando histologia treponêmica.
- B) Adenocarcinoma retal ulcerado, estágio clínico III; considerar linfonodos metastáticos, repetir biópsia superficial; iniciar quimiorradioterapia total neoadjuvante, desconsiderando sorologia e imunohistoquímica treponêmicas positivas documentadas.
- C) Proctite sífilítica pseudotumoral como manifestação de sífilis secundária; interpretar o espessamento retal e as linfonodomegalias no contexto dos achados histológicos e da demonstração de *Treponema pallidum* no tecido, associada às sorologias treponêmica e não treponêmica; tratar com penicilina G benzatina 2,4 milhões de unidades IM, em dose única.
- D) Doença de Crohn retal penetrante; interpretar espessamento como inflamatório, confirmar por calprotectina e enterorressonância; iniciar infliximabe antes de excluir infecção ativa ou malignidade associada.
- E) Proctite ulcerativa por citomegalovírus; interpretar a imunohistoquímica plasmocitária como inespecífica, solicitar antigenemia; iniciar ganciclovir intravenoso, apesar da imunocompetência e sorologia sífilítica positiva concomitante.

QUESTÃO 21

Mulher de 49 anos de idade apresenta constipação há quatro anos, com uma a duas evacuações semanais, esforço prolongado, sensação de obstrução anorretal, evacuação incompleta e necessidade frequente de digitação perineal. Não refere sangramento, emagrecimento ou dor abdominal recorrente. Já utilizou fibras, polietilenoglicol e bisacodil, com melhora da consistência fecal, porém sem facilitar a eliminação. Hemograma, glicemia, cálcio, eletrólitos e TSH estão normais. Colonoscopia realizada há seis meses não mostrou alterações. Durante o toque retal com esforço evacuatório simulado, observa-se elevação paradoxal do tônus anal e descida perineal reduzida. A manometria anorretal de alta resolução demonstra pressão propulsiva retal adequada, aumento paradoxal da pressão anal durante o esforço e reflexo inibitório retoanal preservado. A paciente não consegue eliminar o balão preenchido com 50 mL de água dentro de dois minutos.

Com base nos sintomas e na concordância entre os testes fisiológicos anorretais, identifique o diagnóstico e a abordagem terapêutica inicial mais apropriados.

- A) Constipação por trânsito lento isolada; confirmar pela retenção difusa de marcadores radiopacos; indicar colectomia total com anastomose ileorretal, dispensando reabilitação funcional específica do assoalho pélvico.
- B) Síndrome do intestino irritável com constipação; confirmar pelos sintomas e calprotectina fecal; prescrever linaclotida isoladamente, desconsiderando os resultados concordantes positivos dos testes fisiológicos anorretais realizados.
- C) Retocele anterior obstrutiva; confirmar por defecografia fluoroscópica sentada; realizar correção transvaginal imediata, embora o exame físico não demonstre defeito estrutural correspondente da parede retal anterior.
- D) Defecação dissinérgica; confirmar pela associação de manometria anorretal e teste de expulsão do balão anormais; instituir biofeedback instrumental, mantendo medidas para regularizar a consistência fecal.
- E) Doença de Hirschsprung de segmento curto; confirmar pela ausência do reflexo inibitório retoanal e biópsia retal; realizar abaixamento colorretal, ignorando a presença documentada desse reflexo.

QUESTÃO 22

Mulher de 51 anos de idade apresenta constipação há quatro anos, caracterizada por esforço evacuatório excessivo, sensação de evacuação incompleta e necessidade frequente de manobras digitais para retirada das fezes. Não apresenta sangramento, anemia, perda ponderal ou antecedentes familiares de câncer colorretal. Não houve resposta satisfatória ao aumento da ingestão de fibras, hidratação adequada e uso regular de polietilenoglicol. A colonoscopia é normal. O teste de expulsão do balão mostra incapacidade de expulsá-lo no período previsto, e a manometria anorretal demonstra contração paradoxal do esfíncter anal durante a tentativa de evacuação.

Qual é o tratamento de primeira linha para a condição identificada?

- A) Colectomia total com anastomose ileorretal.
- B) Terapia de biofeedback do assoalho pélvico.
- C) Injeção imediata e obrigatória de toxina botulínica no músculo puborretal.
- D) Estimulação elétrica do nervo sacral.
- E) Ressecção transanal gramepada do reto.

QUESTÃO 23

Homem de 67 anos de idade apresenta astenia, alteração recente do hábito intestinal e anemia ferropriva. A colonoscopia evidencia lesão vegetante e estenosante no cólon ascendente. O aparelho ultrapassa a lesão, e a avaliação do restante do cólon não identifica tumores sincrônicos. As biópsias confirmam adenocarcinoma invasivo. O paciente encontra-se estável, sem sinais de obstrução completa, perfuração ou peritonite, e está sendo preparado para tratamento cirúrgico eletivo.

Qual conjunto de exames deve integrar o estadiamento pré-operatório habitual?

- A) Tomografia de tórax, abdome e pelve com contraste e dosagem sérica do antígeno carcinoembrionário.
- B) Radiografia simples do tórax e ultrassonografia abdominal, sem necessidade de marcador tumoral.
- C) Ressonância magnética da pelve e ultrassonografia endorretal.
- D) PET-CT como exame obrigatório e isolado para todos os pacientes.
- E) Laparoscopia exploradora imediata, sem realização prévia de exames de imagem.

QUESTÃO 24

Mulher de 58 anos de idade apresenta adenocarcinoma de sigmoide sem metástases identificáveis. Após estadiamento e avaliação clínica, é programada sigmoidectomia laparoscópica eletiva com anastomose colorretal primária. Não apresenta obstrução intestinal, insuficiência renal, alergia aos medicamentos propostos ou outra contraindicação ao preparo intestinal. A profilaxia antimicrobiana intravenosa durante a indução anestésica será realizada conforme o protocolo institucional.

Qual estratégia adicional de preparo pré-operatório apresenta melhor fundamentação para reduzir a incidência de infecção do sítio cirúrgico?

- A) Preparo mecânico isolado, sem antibiótico oral.
- B) Antibiótico intravenoso iniciado sete dias antes da operação.
- C) Preparo mecânico intestinal associado a antibióticos orais pré-operatórios.
- D) Ausência de qualquer preparo, pois a via laparoscópica elimina o risco de infecção.
- E) Irrigação retal com solução antisséptica como única medida preparatória.

QUESTÃO 25

Mulher de 59 anos de idade apresenta hematoquezia, tenesmo e redução do calibre das fezes há quatro meses. A colonoscopia identifica lesão ulceroinfiltrativa cuja margem inferior está localizada a 7 cm da borda anal. A biópsia confirma adenocarcinoma moderadamente diferenciado. A ressonância magnética da pelve demonstra tumor de reto médio com extensão de 8 mm além da muscular própria, linfonodos mesorretais suspeitos e fásia mesorretal ameaçada. O estadiamento sistêmico não identifica metástases. A pesquisa de proteínas do sistema de reparo de DNA demonstra expressão preservada. A paciente possui bom estado funcional e não apresenta contraindicações à quimioterapia ou à radioterapia.

Qual é a estratégia terapêutica mais apropriada?

- A) Excisão local transanal seguida de vigilância endoscópica.
- B) Excisão total do mesorreto imediata, sem tratamento neoadjuvante, seguida de observação.
- C) Radioterapia exclusiva, reservando a cirurgia apenas para progressão local.
- D) Quimioterapia sistêmica paliativa, pois a presença de linfonodos caracteriza doença incurável.
- E) Terapia neoadjuvante total, seguida de reavaliação da resposta e tratamento cirúrgico ou estratégia de preservação de órgão em paciente criteriosamente selecionada.

QUESTÃO 26

Homem de 38 anos de idade, com doença de Crohn há 12 anos, apresenta episódios recorrentes de dor abdominal em cólica, distensão e vômitos pós-prandiais. Há cinco anos foi submetido à ressecção ileocecal de 45 cm por doença estenosante. A enterografia por ressonância evidencia três estenoses fibróticas jejunais, medindo 4, 6 e 8 cm, com dilatação intestinal a montante. Não há sinais de abscesso, fístula, massa inflamatória, perfuração ou suspeita de neoplasia. O tratamento clínico foi otimizado, mas os sintomas obstrutivos persistem. O estado nutricional é adequado, e a exploração endoscópica das estenoses não é tecnicamente possível.

Qual estratégia cirúrgica melhor atende aos objetivos terapêuticos desse paciente?

- A) Realizar *stricturoplastias* nos segmentos jejunais curtos, e ressecções intestinais como necessário apenas, preservando o comprimento intestinal.
- B) Ressecar todo o segmento jejunal compreendido entre a primeira e a última estenose, incluindo as alças normais intermediárias.
- C) Realizar colectomia total com ileostomia terminal para prevenir recorrências futuras.
- D) Executar apenas adesiólise, sem abordagem das estenoses demonstradas pela enterografia.
- E) Realizar derivações intestinais laterolaterais, mantendo todas as estenoses excluídas no trânsito.

QUESTÃO 27

Mulher de 64 anos de idade apresenta dor contínua em fossa ilíaca esquerda há cinco dias, associada a febre, náuseas e redução do apetite. Ao exame, encontra-se hemodinamicamente estável, com dor localizada e defesa voluntária em quadrante inferior esquerdo, sem rigidez abdominal ou sinais de peritonite difusa. A tomografia de abdome e pelve com contraste demonstra espessamento do cólon sigmoide, divertículos, densificação da gordura pericólica e abscesso perissigmoide com 4,5 cm de diâmetro. Não há pneumoperitônio ou líquido livre difuso. A equipe de radiologia intervencionista identifica janela segura para abordagem percutânea.

Assinale a estratégia terapêutica inicial mais apropriada.

- A) Laparotomia imediata com sigmoidectomia e colostomia terminal.
- B) Tratamento ambulatorial exclusivo com dieta líquida e analgésicos.
- C) Antibioticoterapia associada à drenagem percutânea do abscesso.
- D) Colonoscopia imediata para avaliar a mucosa e drenar internamente a coleção.
- E) Sigmoidectomia eletiva imediata, sem controle prévio da infecção.

QUESTÃO 28

Paciente de 29 anos de idade, com diagnóstico prévio de doença de Crohn ileocolônica em uso de azatioprina, apresenta há 3 semanas dor perianal pulsátil, febre baixa intermitente e saída de secreção purulenta por orifício externo localizado a 3 cm da margem anal, na posição lateral direita. Ao exame, identifica-se trajeto fistuloso complexo, com suspeita de envolvimento transesfincteriano alto ao toque retal, sem plenitude sugestiva de coleção não drenada no momento.

Diante de fístula perianal complexa em paciente com doença de Crohn, qual a conduta mais adequada para o manejo cirúrgico inicial, considerando os princípios de preservação esfinteriana e controle da doença de base?

- A) Realizar fistulotomia completa em tempo único, já que a exposição total do trajeto proporciona cicatrização mais rápida e reduz a necessidade de procedimentos subsequentes, independentemente da altura do trajeto.
- B) Mapear adequadamente a doença perianal, preferencialmente com ressonância magnética pélvica e/ou exame sob anestesia conforme o contexto clínico, drenar eventuais coleções e colocar seton frouxo no trajeto fistuloso complexo, associado à otimização do tratamento da doença de Crohn, incluindo terapia avançada quando indicada, preservando o aparelho esfinteriano.
- C) Indicar retalho de avanço endorretal como primeira conduta, mesmo na vigência de sepse perianal ativa, pois esse procedimento apresenta as maiores taxas de sucesso em fístulas associadas à doença de Crohn.
- D) Optar por proctocolectomia total com ileostomia definitiva de imediato, considerando que a presença de fístula perianal complexa em doença de Crohn é indicação formal de exérese do reto independentemente da resposta ao tratamento clínico.
- E) Prescrever apenas antibioticoterapia sistêmica prolongada sem drenagem cirúrgica, pois a manipulação local do trajeto fistuloso em pacientes com Crohn ativo aumenta o risco de fistulização adicional.

QUESTÃO 29

Paciente de 26 anos de idade, com retocolite ulcerativa extensa diagnosticada há quatro anos, é internada por piora do quadro há cinco dias. Apresenta mais de oito evacuações sanguinolentas por dia, temperatura de 38,9 °C e frequência cardíaca de 118 bpm. Ao exame, encontra-se hemodinamicamente estável, com abdome discretamente distendido, mas sem sinais de irritação peritoneal.

A radiografia de abdome não evidencia dilatação colônica significativa nem pneumoperitônio. Os exames laboratoriais mostram proteína C-reativa de 68 mg/L e albumina sérica reduzida. A investigação para *Clostridioides difficile* é negativa, e não foram identificadas evidências de outra infecção ativa. Apesar de corticoterapia intravenosa em dose adequada durante 72 horas, a paciente mantém mais de oito evacuações sanguinolentas por dia, sem melhora clínica ou laboratorial significativa.

Diante de um quadro de colite aguda grave por retocolite ulcerativa, refratária à corticoterapia intravenosa após 72 horas e sem sinais de perfuração, megacólon tóxico, hemorragia incontrolável ou outra indicação de cirurgia imediata, qual é a conduta mais adequada?

- A) Manter a corticoterapia intravenosa isoladamente por mais cinco a sete dias, pois a resposta pode ser tardia e a ausência de melhora no terceiro dia não prediz falha terapêutica.
- B) Iniciar terapia de resgate com infliximabe ou ciclosporina, de acordo com as características da paciente e a experiência do serviço, mantendo acompanhamento conjunto com a equipe de cirurgia colorretal e reavaliação clínica e laboratorial estreita. Na ausência de resposta ou diante de deterioração clínica, indicar colectomia subtotal com ileostomia terminal, sem postergar a intervenção cirúrgica.
- C) Indicar imediatamente proctocolectomia total restauradora com confecção de bolsa ileal e anastomose ileoanal em tempo único, independentemente das condições clínicas e sem tentativa de terapia de resgate.
- D) Suspender a corticoterapia intravenosa e iniciar mesalazina oral em dose otimizada associada rotineiramente a antibioticoterapia de amplo espectro, como estratégia isolada de resgate.
- E) Realizar colonoscopia com descompressão endoscópica do cólon como tratamento prioritário, postergando a terapia de resgate e a avaliação cirúrgica.

QUESTÃO 30

Homem de 47 anos de idade procura atendimento por episódios recorrentes de sangramento vermelho vivo durante as evacuações e exteriorização de tecido anal, que reduz espontaneamente após o término do esforço evacuatório. Nega dor anal, perda ponderal ou alteração recente do hábito intestinal. A colonoscopia realizada há três meses não evidenciou neoplasias, pólipos ou doença inflamatória. À anuscopia, observam-se mamilos hemorroidários internos aumentados, sem trombose, ulceração ou componente externo significativo. O paciente utilizou suplementação de fibras, aumentou a ingestão de líquidos e corrigiu o esforço evacuatório durante três meses, mas mantém sangramento frequente.

Considerando a classificação e a persistência dos sintomas, assinale a conduta mais apropriada.

- A) Hemorroidectomia excisional como tratamento inicial obrigatório.
- B) Ligadura elástica dos mamilos hemorroidários internos.
- C) Hemorroidopexia grampeada, devido ao prolapso observado durante as evacuações.
- D) Excisão cirúrgica do componente hemorroidário externo.
- E) Manutenção exclusiva das medidas dietéticas por mais 12 meses.

QUESTÃO 31

Paciente de 42 anos de idade é encaminhado para avaliação após diagnóstico de adenocarcinoma de cólon direito. História familiar revela que seu pai foi diagnosticado com câncer colorretal aos 45 anos e uma tia paterna com câncer de endométrio aos 48 anos. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica evidencia tumor com infiltrado linfocitário intratumoral proeminente, e o teste de imuno-histoquímica para proteínas de reparo de DNA (MMR) mostra perda de expressão de MLH1 e PMS2.

Diante do perfil clínico-familiar e do resultado de imuno-histoquímica descritos, qual é a conduta mais apropriada para investigação e manejo desse caso?

- A) Concluir diretamente o diagnóstico de síndrome de Lynch com base isolada na perda de expressão de MLH1/PMS2, iniciando rastreamento familiar em cascata sem investigação complementar, já que esse padrão é exclusivo dessa síndrome hereditária.
- B) Solicitar pesquisa de metilação do promotor de MLH1 e/ou mutação BRAF V600E no tecido tumoral para investigar mecanismo esporádico da perda de MLH1/PMS2 e encaminhar o paciente para aconselhamento genético e avaliação de teste germinativo para síndrome de Lynch, especialmente considerando o diagnóstico antes dos 50 anos de idade e a história familiar sugestiva.
- C) Descartar síndrome de Lynch, uma vez que a idade do paciente ao diagnóstico (42 anos) não preenche critérios clássicos de Amsterdam, tornando desnecessária qualquer investigação molecular adicional.
- D) Indicar colectomia total profilática imediata em todos os familiares de primeiro grau, independentemente de teste genético confirmatório, apenas com base no histórico familiar relatado.
- E) Solicitar apenas pesquisa de mutação em APC, visto que a perda de expressão de MLH1/PMS2 é característica da polipose adenomatosa familiar, não de síndromes relacionadas ao reparo de DNA mal pareado.

QUESTÃO 32

Paciente de 71 anos de idade, no 5º dia de pós-operatório de retossigmoidectomia com anastomose colorretal baixa por adenocarcinoma de reto, sem ileostomia de proteção, evolui com taquicardia (110 bpm), febre de 38,5 °C, dor abdominal difusa progressiva e redução do débito urinário. Exames laboratoriais evidenciam leucocitose com desvio à esquerda e proteína C-reativa em ascensão progressiva desde o 3º dia. Tomografia computadorizada de abdome com contraste evidencia coleção com bolhas de ar adjacente à anastomose e extravasamento de contraste retal para a cavidade pélvica.

Diante do quadro clínico e tomográfico compatível com deiscência de anastomose colorretal no pós-operatório, associado a sinais de sepse abdominal, qual é a conduta mais adequada?

- A) Manter conduta expectante com antibioticoterapia intravenosa isolada e reavaliação clínica em 48 a 72 horas, visto que a maioria das deiscências de anastomose colorretal baixa evolui favoravelmente sem necessidade de reintervenção cirúrgica.
- B) Indicar reabordagem cirúrgica de urgência, com lavagem da cavidade pélvica, controle da fonte séptica e confecção de estoma de derivação (ileostomia ou colostomia), preservando a anastomose sempre que tecnicamente viável ou desmontando-a nos casos de comprometimento extenso, conforme gravidade e achados intraoperatórios.
- C) Realizar apenas drenagem percutânea guiada por imagem da coleção pélvica, sem necessidade de reabordagem cirúrgica ou confecção de estoma, independentemente dos sinais sistêmicos de sepse abdominal apresentados.
- D) Indicar amputação abdominoperineal do reto como conduta definitiva de urgência, considerando que a deiscência de anastomose colorretal baixa contraindica de forma absoluta qualquer tentativa de preservação esfinteriana futura.
- E) Aguardar fechamento espontâneo da fístula anastomótica com apoio nutricional exclusivo (nutrição parenteral total), sem qualquer intervenção sobre o foco séptico, já que a maioria dos casos evolui para cicatrização completa sem sequelas com essa conduta isolada.

QUESTÃO 33

Mulher de 58 anos de idade foi submetida a colectomia direita laparoscópica eletiva, com anastomose ileocólica, sem intercorrências. Encontra-se hemodinamicamente estável na recuperação anestésica, sem náuseas persistentes, sangramento ou suspeita de complicação intra-abdominal. A equipe discute as prescrições para as primeiras 24 horas.

Qual conduta pós-operatória está mais alinhada a um protocolo contemporâneo de recuperação aprimorada?

- A) Manter jejum até eliminação de flatos, sonda nasogástrica aberta, analgesia predominantemente opioide, repouso no leito e cateter urinário por três dias.
- B) Iniciar líquidos após ausculta de ruídos intestinais, manter dreno abdominal, utilizar opioides em horário fixo, restringir mobilização e retirar a sonda vesical após evacuação.
- C) Oferecer dieta regular em até 24 horas, estimular mobilização precoce, utilizar analgesia multimodal, evitar sondas e drenos rotineiros e retirar precocemente o cateter urinário.
- D) Manter nutrição parenteral por 48 horas, realizar descompressão nasogástrica intermitente, prescrever opioides intravenosos e retirar o cateter urinário somente após o terceiro dia.
- E) Iniciar dieta apenas após evacuação, permitir mobilização conforme tolerância após 48 horas, manter dreno profilático e utilizar analgesia epidural obrigatória na cirurgia laparoscópica.

QUESTÃO 34

Homem de 72 anos de idade, com obesidade e antecedente de trombose venosa profunda há cinco anos, foi submetido a proctectomia com excisão total do mesorreto por adenocarcinoma retal. Evolui sem sangramento, com hemoglobina estável e função renal preservada. Apresenta boa recuperação funcional e a alta hospitalar está prevista para o quarto dia pós-operatório.

Considerando o risco tromboembólico individual, a cirurgia oncológica realizada e as recomendações contemporâneas para prevenção de tromboembolismo venoso após cirurgia colorretal, qual estratégia é mais apropriada?

- A) Utilizar somente compressão pneumática durante a internação, pois a abordagem minimamente invasiva elimina a necessidade de profilaxia farmacológica.
- B) Prescrever heparina em dose terapêutica durante 30 dias, independentemente do risco hemorrágico ou da ocorrência documentada de trombose.
- C) Associar profilaxia mecânica e farmacológica na internação e considerar sua extensão após a alta, individualizando duração conforme os riscos trombótico e hemorrágico.
- D) Suspender toda profilaxia na alta, pois a deambulação precoce torna desnecessária qualquer avaliação adicional do risco tromboembólico pós-operatório.
- E) Substituir heparina de baixo peso molecular por ácido acetilsalicílico isolado durante 30 dias, por apresentar eficácia equivalente na cirurgia colorretal oncológica.

QUESTÃO 35

Mulher de 67 anos de idade apresenta distensão abdominal progressiva, parada da eliminação de fezes e flatos e vômitos. A tomografia demonstra neoplasia estenosante do sigmoide, com dilatação colônica a montante, sem perfuração, carcinomatose ou metástases. Encontra-se hemodinamicamente estável e sem sinais de peritonite. O hospital dispõe de endoscopista experiente em colocação de próteses colônicas e de equipe especializada em cirurgia colorretal.

Considerando o caráter potencialmente curável da doença, a necessidade de controlar a obstrução e os princípios de segurança perioperatória e tratamento oncológico, qual estratégia é mais apropriada?

- A) Realizar obrigatoriamente colectomia subtotal de emergência com ileorretoanastomose, independentemente das condições clínicas e da experiência disponível no serviço.
- B) Iniciar quimioterapia sistêmica imediatamente, sem descompressão intestinal, porque a ausência de metástases contraindica qualquer procedimento endoscópico ou cirúrgico inicial.
- C) Individualizar entre descompressão por prótese endoscópica, colostomia derivativa com colectomia intervalar ou ressecção oncológica inicial, considerando condições clínicas e expertise institucional.
- D) Realizar dilatações endoscópicas seriadas da estenose e manter acompanhamento clínico, reservando ressecção apenas para progressão tumoral ou sangramento persistente.
- E) Efetuar ressecção endoscópica transanal da neoplasia sigmoide após preparo retrógrado, evitando colectomia e linfadenectomia na ausência de doença metastática.

QUESTÃO 36

Mulher de 76 anos de idade encontra-se no quarto dia após artroplastia de quadril. Evolui com distensão abdominal progressiva, náuseas e redução da eliminação de flatos. A tomografia mostra dilatação difusa do cólon, com ceco medindo 12 cm, sem ponto de obstrução mecânica, pneumoperitônio, isquemia ou perfuração. Nas últimas 48 horas foram corrigidos potássio e magnésio, suspensos opioides e fármacos anticolinérgicos, instituídas mobilização e descompressão, sem melhora. Está estável, sem peritonite, bradicardia, broncoespasmo, infarto recente ou insuficiência renal grave.

Qual é a próxima intervenção mais apropriada?

- A) Manter exclusivamente as medidas conservadoras por mais sete dias, independentemente do diâmetro cecal e da evolução clínica.
- B) Administrar neostigmina em ambiente monitorizado, com vigilância cardiorrespiratória e atropina imediatamente disponível.
- C) Realizar colonoscopia completa com preparo oral de grande volume antes de qualquer terapia farmacológica.
- D) Indicar colectomia abdominal total imediata, apesar da ausência de isquemia, perfuração ou deterioração clínica.
- E) Prescrever laxativo estimulante e enema de fosfato, aumentando a pressão intraluminal para acelerar a evacuação.

QUESTÃO 37

Homem de 61 anos de idade realizou colonoscopia por anemia ferropriva. Foi removido em bloco um pólipó sésil de 28 mm localizado no cólon descendente. O exame anatomopatológico demonstrou adenocarcinoma pT1 pouco diferenciado, com invasão submucosa de 1.800 µm, invasão linfovascular, brotamento tumoral de alto grau e margem profunda livre de neoplasia, medindo 0,5 mm. A tomografia de tórax, abdome e pelve não evidenciou doença metastática.

Considerando o risco de doença residual e, principalmente, de comprometimento linfonodal associado aos achados histopatológicos, qual é a conduta mais apropriada?

- A) Considerar a polipectomia curativa e realizar nova colonoscopia em três anos, pois a margem profunda não apresenta células neoplásicas.
- B) Realizar nova mucosectomia da cicatriz em seis meses, sem cirurgia, porque a profundidade da invasão não interfere no risco linfonodal.
- C) Indicar ressecção segmentar oncológica com linfadenectomia regional, após estadiamento e avaliação clínica, devido à presença de múltiplos fatores histológicos de alto risco.
- D) Prescrever radioterapia direcionada ao cólon descendente, evitando colectomia, porque a invasão linfovascular responde adequadamente ao tratamento locoregional isolado.
- E) Realizar dissecação endoscópica submucosa da cicatriz, independentemente da histologia, para substituir a ressecção linfonodal e completar o tratamento oncológico.

QUESTÃO 38

Homem de 74 anos de idade, institucionalizado, com constipação crônica, apresenta distensão abdominal, dor em cólica e parada da eliminação de fezes e flatos há 24 horas. A tomografia demonstra vólvulo de sigmoide, sem pneumoperitônio, pneumatoses ou líquido livre. Encontra-se hemodinamicamente estável e sem sinais de peritonite. A retossigmoidoscopia confirma mucosa viável e permite destorção e descompressão completas. Após o procedimento, permanece estável e o preparo pré-operatório pode ser realizado.

Qual estratégia oferece o tratamento definitivo mais apropriado e reduz o elevado risco de recorrência?

- A) Dar alta após a descompressão, prescrever laxativos e reservar cirurgia apenas para um terceiro episódio documentado.
- B) Manter sonda retal permanentemente e programar descompressões endoscópicas seriadas como tratamento definitivo.
- C) Realizar colectomia sigmoide eletiva durante a mesma internação, após estabilização e preparo apropriado.
- D) Efetuar sigmoidopexia isolada sem ressecção, pois apresenta menor recorrência do que a colectomia segmentar.
- E) Indicar colectomia subtotal obrigatória, mesmo sem megacólon, isquemia ou comprometimento de outros segmentos.

QUESTÃO 39

Mulher de 66 anos de idade apresenta perda involuntária de fezes líquidas e urgência duas a três vezes por semana há seis meses, principalmente após refeições. Nega sangramento, emagrecimento ou alteração recente do hábito intestinal. A colonoscopia de rastreamento realizada há um ano foi normal. O exame proctológico não demonstra massa, prolapso retal ou impactação fecal, e o tônus anal está discretamente reduzido. Ainda não realizou tratamento dirigido.

Qual deve ser a primeira etapa terapêutica?

- A) Registrar hábitos em diário, ajustar dieta e consistência fecal, usar fibras ou antidiarreicos conforme o padrão e orientar cuidados cutâneos.
- B) Solicitar manometria, ultrassonografia endoanal e defecografia obrigatoriamente antes de qualquer medida conservadora.
- C) Indicar esfínteroplastia imediata, mesmo sem defeito esfínteriano demonstrado e sem tentativa de tratamento não operatório.
- D) Implantar neuromodulador sacral como primeira linha, dispensando medidas dietéticas, medicamentosas e reabilitação intestinal.
- E) Realizar colostomia definitiva, pois episódios semanais de perda fecal contraindicam estratégias graduais de tratamento.

QUESTÃO 40

Homem de 27 anos de idade, fumante, com doença de Crohn de fenótipo penetrante e antecedente de doença perianal, foi submetido à segunda ressecção ileocólica por fístula enteroentérica. Evolui sem abscesso, deiscência ou outra complicação infecciosa. A ressecção macroscópica foi completa e ele está assintomático duas semanas após a operação. A equipe discute prevenção e monitoramento da recorrência. Qual estratégia é mais apropriada diante do risco apresentado?

- A) Não instituir profilaxia porque a ressecção macroscópica completa elimina o risco de recorrência no íleo neoterminal.
- B) Aguardar sintomas clínicos para iniciar tratamento, utilizando colonoscopia apenas se houver nova obstrução ou fístula.
- C) Manter corticosteroide sistêmico indefinidamente e dispensar avaliação endoscópica durante os três primeiros anos.
- D) Orientar cessação do tabagismo, instituir terapia profilática pós-operatória apropriada ao alto risco, frequentemente com anti-TNF após excluir complicações infecciosas, e realizar ileocolonoscopia em aproximadamente 6 meses.
- E) Prescrever antibiótico isolado por tempo indeterminado, pois apresenta eficácia equivalente aos biológicos e ausência de toxicidade cumulativa.

PROVA DISSERTATIVA

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O caderno definitivo será o único documento válido para a avaliação da Prova Dissertativa.
2. A Prova Dissertativa avaliará o grau de conhecimento do candidato necessário ao desempenho do cargo público.
3. As folhas para rascunho do caderno de prova são de preenchimento facultativo.
4. Não é permitido levar o rascunho da Prova Dissertativa.
5. Não serão fornecidas folhas adicionais para complementação da Prova Dissertativa, devendo o candidato limitar-se às folhas de respostas recebidas.
6. A Prova Dissertativa receberá nota 0 (zero) se apresentar uma das características a seguir:
 - a) fugir ou tangenciar ao tema proposto;
 - b) apresentar nome, rubrica, assinatura, sinal, marca ou informação não pertinente ao solicitado na prova que possa permitir a identificação do candidato;
 - c) apresentar sinais de uso de corretor de texto ou de caneta marca-texto no cartão resposta para a resposta definitiva;
 - d) estiver faltando parte ou toda a folha que contém o espaço para a resposta definitiva;
 - e) estiver em branco;
 - f) apresentar textos sob forma não articulada verbalmente (apenas com desenhos e palavras soltas ou em versos) ou não for redigida em língua portuguesa, quando não solicitado na questão;
 - g) apresentar letra ilegível e/ou incompreensível;
 - h) apresentar a resposta definitiva fora do espaço reservado para a respectiva questão, bem como inserir a resposta de uma questão no espaço destinado a outra.
7. Será considerado como não escrito o texto ou trecho de texto que:
 - a) estiver rasurado;
 - b) for ilegível ou incompreensível;
 - c) for escrito em língua diferente da portuguesa, quando não solicitado na questão;
 - d) for escrito fora do espaço destinado a resposta definitiva.

PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 1

Homem de 58 anos de idade, previamente hígido, ECOG 0, procura atendimento por hematoquezia, tenesmo, urgência evacuatória e redução do calibre das fezes há cinco meses. Ao toque retal, identifica-se lesão endurecida, semicircunferencial, com limite inferior a aproximadamente 4 cm da borda anal, sem fixação ao complexo esfíncteriano. A colonoscopia mostra tumor ulceroinfiltrativo entre 4 e 9 cm da borda anal; a biópsia revela adenocarcinoma moderadamente diferenciado. CEA: 9,6 ng/mL. Tomografias de tórax e abdome não demonstram metástases. A ressonância magnética de pelve com protocolo para reto classifica a lesão como cT3c cN2, com 8 mm de extensão extramural, invasão vascular extramural presente e distância mínima de 1 mm da fáscia mesorretal; não há invasão do esfíncter externo nem do levantador do ânus. O tumor é proficiente para proteínas de reparo do DNA (pMMR) e microssatélite estável. O paciente tem função renal, hepática e cardiopulmonar preservadas e condições de receber tratamento multimodal. O caso é discutido em reunião multidisciplinar de um centro público de alta complexidade.

Indique a estratégia terapêutica oncológica inicial e a sequência preferencial de seus componentes antes da cirurgia planejada. Registre uma única estratégia central.

RASCUNHO DA PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 1

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	

26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	

PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 2

Mulher de 36 anos de idade, com retocolite ulcerativa extensa há nove anos, em uso irregular de mesalazina e sem terapia biológica prévia, é internada com 12 a 15 evacuações sanguinolentas ao dia, dor abdominal difusa, febre de 38,4 °C e frequência cardíaca de 118 bpm. Na admissão: hemoglobina 8,8 g/dL, leucócitos 16.900/mm³, proteína C reativa 168 mg/L, albumina 2,3 g/dL, potássio 3,1 mEq/L e creatinina normal. Pesquisa de toxina/PCR para *Clostridioides difficile* é negativa; retossigmoidoscopia limitada mostra ulcerações profundas e sangramento espontâneo, e as biópsias são negativas para citomegalovírus. Recebe reposição volêmica e eletrolítica, profilaxia farmacológica para tromboembolismo venoso, corticosteroide intravenoso e avaliação conjunta precoce pela gastroenterologia e coloproctologia. No terceiro dia, mantém dez evacuações com sangue, taquicardia e PCR de 145 mg/L; inicia-se infliximabe como terapia de resgate. Quarenta e oito horas depois, evolui com distensão abdominal progressiva, dor contínua, febre de 39,0 °C, frequência cardíaca de 132 bpm, pressão arterial de 92/58 mmHg, leucócitos 21.400/mm³ e lactato de 3,2 mmol/L. Radiografia e tomografia demonstram dilatação do cólon transversal de 7,4 cm, perda das haustrações e edema parietal difuso, sem pneumoperitônio. Após ressuscitação inicial, antibioticoterapia de amplo espectro e demarcação do sítio do estoma, a equipe conclui haver colite fulminante com megacólon tóxico e falha do tratamento de resgate.

Qual é a operação de urgência indicada como primeiro estágio do tratamento cirúrgico? Especifique a ressecção, a derivação intestinal e o manejo do reto, em uma única proposta operatória.

RASCUNHO DA PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 2

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	

24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	

PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 3

Homem de 34 anos de idade, sem imunossupressão conhecida, refere relação anal receptiva sem preservativo com novo parceiro há cerca de quatro semanas. Há 12 dias apresenta dor anorretal intensa, tenesmo, constipação de início recente, febre baixa e eliminação de secreção mucopurulenta com sangue. Relata pequena pápula perianal indolor que desapareceu espontaneamente e, posteriormente, aumento doloroso de linfonodo inguinal esquerdo. Ao exame, não há fissura anal, trombose hemorroidária nem vesículas; o toque retal é muito doloroso e evidencia sangue e pus. A retossigmoidoscopia mostra mucosa friável, edemaciada e ulcerada nos 15 cm distais, e a biópsia demonstra proctite crônica ativa, sem granulomas, citomegalovírus ou neoplasia. A tomografia revela espessamento circunferencial do reto e linfonodos mesorretais e inguinais aumentados, sem abscesso. O teste de amplificação de ácidos nucleicos em *swab* retal é positivo para *Chlamydia trachomatis* e negativo para *Neisseria gonorrhoeae*. Testes para sífilis e HIV são não reagentes, e PCR das úlceras para HSV é negativa. A genotipagem específica para os sorovares invasivos não está disponível e levaria semanas se enviada a laboratório externo.

Indique o diagnóstico etiológico mais provável e o esquema antimicrobiano específico que deve ser iniciado agora, incluindo fármaco, dose, via, frequência e duração. Apresente uma única resposta.

RASCUNHO DA PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 3

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	

27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	

ESPAÇO PARA RASCUNHO



Segundo a Lei nº 9.610/1998, reproduções de natureza não pedagógicas das questões desta prova estão proibidas.