

CONCURSO PÚBLICO

| | | |
|-----------------------------|--------------------------|--|
| CÓDIGO S33 | PROVA V | ATENÇÃO: VERIFIQUE SE CÓDIGO E PROVA DESTE CADERNO DE QUESTÕES CONFEREM COM O SEU CARTÃO DE RESPOSTAS |
| MANHÃ | | |



MUNICÍPIO DE VITÓRIA

ÁREA DA SAÚDE
E DO QUADRO GERAL

CARGO: MÉDICO PROCTOLOGISTA

FRASE PARA EXAME GRAFOLÓGICO (TRANSCREVA NO QUADRO DE SEU CARTÃO DE RESPOSTAS)

“É importante perceber que o despertar depende de você.”

Roberto Shinyashiki

A T E N Ç Ã O

- O **Caderno de Questões** contém questões de múltipla-escolha, cada uma com 5 opções A, B, C, D e E.
- Ao receber o material, verifique no **Cartão de Respostas** seu nome, número de inscrição, data de nascimento, cargo e prova. Qualquer irregularidade comunique imediatamente ao fiscal de sala. Não serão aceitas reclamações posteriores.
- Leia atentamente cada questão e assinale no **Cartão de Respostas** a opção que responde corretamente a cada uma delas. O **Cartão de Respostas** será o único documento válido para a correção eletrônica. O preenchimento do **Cartão de Respostas** e a respectiva assinatura serão de inteira responsabilidade do candidato. Não haverá substituição do **Cartão de Respostas**, por erro do candidato.
- Observe as seguintes recomendações relativas ao **Cartão de Respostas**:
 - A maneira correta de marcação das respostas é cobrir, fortemente, com esferográfica de tinta azul ou preta, o espaço correspondente à letra a ser assinalada.
 - Outras formas de marcação diferentes implicarão a rejeição do **Cartão de Respostas**.
 - Será atribuída nota zero às questões não assinaladas ou com falta de nitidez, ou com marcação de mais de uma opção, e as emendadas ou rasuradas.
- O fiscal de sala não está autorizado a alterar qualquer destas instruções. Em caso de dúvida, solicite a presença do coordenador local.
- Você só poderá retirar-se definitivamente do recinto de realização da prova após 1 hora contada do seu efetivo início, **sem levar o Caderno de Questões**.
- Você só poderá levar o próprio **Caderno de Questões** caso permaneça na sala até 1 hora antes do término da prova.
- Por motivo de segurança, só é permitido fazer anotação durante a prova no **Caderno de Questões** e no **Cartão de Respostas**. Qualquer outro tipo de anotação será motivo de eliminação automática do candidato.
- Após identificado e instalado na sala, você não poderá consultar qualquer material, enquanto aguarda o horário de início da prova.
- Os três últimos candidatos deverão permanecer na sala até que o último candidato entregue o **Cartão de Respostas**.
- Ao terminar a prova, é de sua responsabilidade entregar ao fiscal o **Cartão de Respostas**. Não esqueça seus pertences.
- O **Gabarito Oficial da Prova Objetiva** será disponibilizado no site www.funcab.org, conforme estabelecido no Cronograma.

Realização:



Fundação Professor Carlos Augusto Bitencourt

BOA PROVA

LÍNGUA PORTUGUESA

Leia o texto abaixo e responda às questões propostas.

A AIDS no Brasil e na China

Há trinta anos, os livros de história estavam marcados pelos postulados cientificistas e racionalistas do começo do século XX. Epidemias e fanatismos religiosos apareciam como coisas do passado varridas pelo progresso da ciência, da laicidade e da razão. Assim, retrospectivamente, o alastramento de novas intolerâncias religiosas e de vagas epidêmicas em várias partes do mundo aparece como uma incongruidade histórica. No que concerne às doenças de massa, os acontecimentos recentes continuam a surpreender.

Quando a AIDS começou a se espalhar, muita gente se assustou, achando que o Brasil seria maciçamente atingido por essa nova peste. Veio a AIDS com o seu cortejo de mortes e de sofrimentos, mas o mal não assumiu em nosso país as proporções catastróficas que adquiriu em nações africanas e asiáticas. Todo cuidado é pouco, mas a vigilância da população, dos especialistas e dos serviços de saúde pública parece ter conseguido limitar o desastre. Além disso, o Brasil implementou o tratamento dos aidéticos, desmentindo as correntes conservadoras dos países ricos, ainda ativas no governo Bush, que defendem métodos unicamente preventivos fora da Europa e dos Estados Unidos. Para essas correntes, só as nações ricas poderiam arcar com os custos do tratamento gratuito dos aidéticos no âmbito da saúde pública. Quebrando patentes, fabricando genéricos e obrigando os grandes laboratórios ocidentais a reduzir os preços dos medicamentos, o Brasil não aceitou as imposições dos países ricos (...).

Desse modo, o Brasil pôde apresentar nos foros internacionais resultados de uma política de saúde seriamente efetivada no país, obtendo o apoio de amplos setores da opinião pública mundial (...).

Há um forte contraste entre o combate à AIDS no Brasil, de um lado, e nos países africanos e asiáticos, de outro. Na África, a doença se apresenta como um dos maiores dramas que têm afligido esse continente martirizado. Na Ásia, e em particular na China, a epidemia avança num ritmo assustador. Organismos da ONU calculam que haja um milhão de chineses infectados com HIV atualmente e que o número pode saltar para 20 milhões de casos em 2010. Todos os especialistas concordam quanto ao fato de que grande parte da responsabilidade pelo desastre cabe ao governo de Pequim. Num país onde quase tudo é segredo de Estado, a doença avançou durante muito tempo sem encontrar barreiras. Principal vetor de contaminação, a coleta de sangue para fins comerciais só foi proibida no final de 1998. Na província de Henan, 74% dos habitantes que vendiam sangue estão infectados, o que representa uma cifra de 700 000 casos.

O governo chinês, que não hesita em copiar produtos industriais patenteados, não pensou em fabricar genéricos para tratamento de aidéticos nem desenvolveu políticas preventivas. A primeira prestação de contas de um alto responsável governamental sobre a situação da AIDS na China ocorreu agora, no fim de agosto – ocasião em que vários sites da internet, escapando ao controle chinês, anunciavam o aumento de 67% nos casos de HIV no primeiro semestre de 2001.

Surgirão, decerto, estudos sobre as diferenças históricas, culturais e sociais que explicam a situação diversa da AIDS no Brasil e na China. No entanto, será difícil escapar de uma evidência cristalina: a praga está sendo contida aqui porque o Brasil é uma democracia e a China, uma ditadura.

(Luiz Felipe de Alencastro, VEJA, 5/9/2001)

1. A que “incongruidade” se refere o primeiro parágrafo do texto?

- A) Livros que postulam ideias científicas e racionalistas não podem encontrar leitores num mundo laico.
- B) Um mundo marcado pela ciência, pela laicidade e pela razão não coaduna com novas intolerâncias religiosas e vagas epidêmicas.
- C) O alastramento de epidemias e intolerâncias religiosas não pode ser previsto em livros de história.
- D) Não se podem fazer previsões relativas à religiosidade ou a epidemias de um século para outro.
- E) Trinta anos, no que diz respeito à história, não é distanciamento suficiente para se prever os rumos de uma epidemia.

2. Pela leitura do texto, pode-se inferir que, no que diz respeito ao alastramento da doença, os chineses foram prejudicados:

- A) pelo alto preço dos medicamentos.
- B) pelo baixo poder aquisitivo da população.
- C) por falta de acesso à informação.
- D) pelo fanatismo religioso.
- E) pela proibição da comercialização de sangue.

3. Assinale a afirmativa que tem base no texto.

- A) A aquiescência do Brasil às determinações do governo Bush não impediu que a doença se alastrasse em nosso país como aconteceu com os países africanos e asiáticos.
- B) Os métodos unicamente preventivos adotados pelo governo brasileiro contribuíram para a erradicação da doença no país.
- C) Os números atestam que as medidas preventivas adotadas pelo Brasil tiveram maior efeito na saúde pública que as mesmas medidas adotadas por países africanos e asiáticos.
- D) Desde que o Brasil implementou uma política de ajuda aos países subdesenvolvidos passou a receber o apoio de amplos setores da opinião pública mundial.
- E) No Brasil, a AIDS não assumiu as proporções que atingiu em outras regiões graças ao comprometimento da população e dos órgãos de saúde no combate ao alastramento da doença.

4. Assinale a opção em que a vírgula indica a elipse do verbo.

- A) “Há trinta anos, os livros de história estavam marcados pelos postulados cientificistas e racionalistas do começo do século XX.”
- B) “No que concerne às doenças de massa, os acontecimentos recentes continuam a surpreender.”
- C) “Na África, a doença se apresenta como um dos maiores dramas que têm afligido esse continente martirizado.”
- D) “No entanto, será difícil escapar de uma evidência cristalina: a praga está sendo contida aqui porque o Brasil é uma democracia e a China, uma ditadura.”
- E) “Para essas correntes, só as nações ricas poderiam arcar com os custos do tratamento gratuito dos aidéticos no âmbito da saúde pública.”

5. Em apenas uma alternativa o substantivo apresentado foi formado pelo mesmo processo de formação da palavra grifada em: "Há um forte contraste entre o combate à AIDS no Brasil...". Assinale-o.

- A) Resgate.
- B) Felicidade.
- C) Planalto.
- D) Democracia.
- E) Vinagre.

6. Se substituirmos a conjunção temporal pela condicional SE, no período abaixo, haverá necessidade de adequação verbal. Indique as formas verbais que estariam coerentes com a nova redação.

"Quando a AIDS começou a se espalhar, muita gente se assustou..."

- A) começava - espalhava - assustava.
- B) começasse - espalhar - assustaria.
- C) começaria - espalharia - assustiria.
- D) começar - espalhar - assustara.
- E) começou - espalhar - assustava.

7. Assinale o antecedente do pronome relativo grifado no trecho abaixo.

"Além disso, o Brasil implementou o tratamento dos aidéticos, desmentindo as correntes conservadoras dos países ricos, ainda ativas no governo Bush, que defendem métodos unicamente preventivos fora da Europa e dos Estados Unidos."

- A) correntes conservadoras.
- B) tratamento dos aidéticos.
- C) países ricos.
- D) governo Bush.
- E) Brasil.

8. Marque a única conjunção que substitui a locução grifada abaixo, sem alteração de sentido.

"No entanto, será difícil escapar de uma evidência cristalina..."

- A) Portanto.
- B) Logo.
- C) Entretanto.
- D) Porquanto.
- E) Pois.

9. Em "Organismos da ONU calculam que haja um milhão de chineses infectados com HIV atualmente...", a oração introduzida pela conjunção que exerce função de:

- A) sujeito.
- B) predicativo.
- C) complemento nominal.
- D) objeto direto.
- E) objeto indireto.

10. Assinale a opção que completa, correta e respectivamente, os espaços da frase abaixo.

_____ despeito dos esforços para combater _____ epidemia de AIDS, _____ África Subsaariana ainda se mostra como _____ região do mundo mais afetada pela doença, que atinge cerca de 67% da população, de acordo com dados das Nações Unidas.

- A) À - a - a - à.
- B) À - à - a - a.
- C) À - a - à - a.
- D) A - à - a - à.
- E) A - a - a - a.

CONHECIMENTOS BÁSICOS DE SAÚDE PÚBLICA

11. A Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009 estabelece, entre outras coisas, metas do Pacto pela Saúde para o biênio 2010-2011. No que se refere ao componente Pacto de Gestão, uma das metas estabelecidas para 2010 é:

- A) 70% de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária.
- B) redução em 2% da taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.
- C) reduzir a mortalidade infantil neonatal em 3%.
- D) confirmação por sorologia de, no mínimo, 90% dos casos de hepatite B.
- E) reduzir em 15% o nº de casos de sífilis congênita.

12. Com base em dados fornecidos pelo DATASUS de mortalidade proporcional, segundo grupo de causas (todas as idades) para o município de Vitória/ES no ano de 2004, pode-se afirmar que as principais causas de morte, numa escala de importância decrescente, foram:

- A) doenças do aparelho circulatório, neoplasias, demais causas definidas e causas externas.
- B) doenças do aparelho respiratório, neoplasias, causas externas e demais causas definidas.
- C) neoplasias, doenças do aparelho circulatório, causas externas e algumas doenças infecciosas e parasitárias.
- D) algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório, neoplasias e causas externas.
- E) doenças do aparelho circulatório, demais causas definidas, neoplasias e causas externas.

13. Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde são ações previstas no seguinte princípio:

- A) igualdade da assistência.
- B) universalidade de acesso.
- C) integralidade de assistência.
- D) organização dos serviços públicos.
- E) descentralização político-administrativa.

14. São doenças transmissíveis, monitoradas pela Vigilância Epidemiológica e que fazem parte da Lista Nacional de Agravos de Notificação Compulsória:

- A) catapora, raiva humana e malária.
- B) meningite, coqueluche e leptospirose.
- C) peste, doenças exantemáticas e doença diarreica aguda.
- D) doenças transmitidas por alimentos, cólera e catapora.
- E) botulismo, doenças exantemáticas e dengue.

15. Terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde:

- A) conselhos estaduais de saúde.
- B) comissões bipartites.
- C) comissões intersetoriais.
- D) comissões tripartites.
- E) conselhos municipais de saúde.

16. É parte integrante do Plano Estadual de Saúde, pois é por seu intermédio que são efetuadas a organização, regionalização e hierarquização da rede, de forma a garantir o acesso universal e integral da população. A afirmação diz respeito à(ao):

- A) agenda de saúde.
- B) relatório de gestão.
- C) plano de saúde.
- D) programação pactuada e integrada.
- E) plano diretor de regionalização.

17. O esquema da cadeia do processo infeccioso procura integrar e detalhar os conceitos de estrutura epidemiológica, de história natural e de espectro clínico das doenças infecciosas. Nesse processo, os agentes infecciosos apresentam uma série de características dentre as quais está a **infectividade**. No que diz respeito a essa característica, é correto afirmar que é:

- A) a capacidade de um agente biológico causar doença em um hospedeiro suscetível.
- B) a capacidade de um agente etiológico alojar-se e multiplicar-se no organismo do hospedeiro e transmitir-se deste para um novo hospedeiro.
- C) a quantidade do agente que penetra no novo hospedeiro suscetível.
- D) o grau de patogenicidade de um agente infeccioso que se expressa pela gravidade da doença.
- E) a capacidade do agente biológico de estimular a resposta imune no hospedeiro.

18. São características gerais do sistema de Vigilância em Saúde, EXCETO:

- A) deve submeter-se a avaliações frequentes, de forma a se adequar às características dos sistemas nacionais de saúde, em cada momento.
- B) deve ser útil para a identificação dos fatores de risco e das populações vulneráveis à exposição ao risco.
- C) deve prevenir e controlar a ocorrência de eventos adversos à saúde.
- D) deve ser entendida como um pré-requisito para a elaboração de programas de saúde e um instrumento para avaliação do seu impacto.
- E) a existência de programas continuados de formação e treinamento de recursos humanos, especialmente de epidemiologistas.

19. Incidência de uma doença refere-se à(ao):

- A) nº de casos novos de uma doença, que iniciaram no mesmo local e período.
- B) conjunto de indivíduos que adquirem doenças, num dado intervalo de tempo e em uma determinada população.
- C) nº total de casos de uma doença, existentes num local e período.
- D) frequência ou probabilidade de ocorrência de casos novos de uma doença na população.
- E) comportamento das doenças e dos agravos da saúde na população.

20. Desencadeou o processo de municipalização da gestão, habilitando os municípios como gestores do SUS e criou a transferência regular e automática dos recursos fundo a fundo. Tais características dizem respeito à:

- A) NOB-SUS/91.
- B) NOAS/01.
- C) NOAS/02.
- D) NOB-SUS/92.
- E) NOB-SUS/93.

21. Entendida como uma forma de pensar e agir, que tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes:

- A) vigilância epidemiológica.
- B) saúde ambiental.
- C) vigilância sanitária.
- D) vigilância em saúde.
- E) saúde do trabalhador.

22. De acordo com a Constituição Federal, é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às:

- A) instituições privadas sem fins lucrativos.
- B) instituições com fins lucrativos e filantrópicas.
- C) instituições filantrópicas e privadas sem fins lucrativos.
- D) instituições filantrópicas.
- E) instituições com fins lucrativos.

23. O Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde foi inserido na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, através da:

- A) Portaria nº 204/07.
- B) Portaria nº 837/09.
- C) Resolução nº 399/06.
- D) Portaria nº 373/02.
- E) Resolução nº 333/03.

24. Apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis, é uma das ações que visa fortalecer o processo de participação social no SUS e está prevista no(a):

- A) pacto de gestão do SUS.
- B) programação pactuada integrada.
- C) pacto pela vida.
- D) gestão do trabalho na saúde.
- E) pacto em defesa do SUS.

25. A mortalidade infantil é um indicador de saúde que pode ser classificada de acordo com a idade do óbito. A alternativa que apresenta essa classificação de maneira correta é:

- A) Mortalidade infantil - óbitos de 0 a 25 dias.
- B) Mortalidade pós-neonatal - óbitos de 25 a 364 dias.
- C) Mortalidade neonatal precoce - óbitos de 0 a 10 dias.
- D) Mortalidade infantil tardia - óbitos de 28 dias a 364 dias.
- E) Mortalidade neonatal - óbitos de 0 a 15 dias.

26. Define que todo município seria responsável pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica:

- A) Lei nº 8.142/90.
- B) Lei nº 9.961/00.
- C) Portaria nº 399/07.
- D) Lei nº 8.689/93.
- E) Portaria nº 2.023/04.

27. No estudo da História Natural da Doença, a prevenção engloba um conjunto de procedimentos que visam proteger e melhorar a saúde de uma população e, portanto, sua qualidade de vida. São características do nível secundário de prevenção:

- A) ações educativas.
- B) ações saneadoras.
- C) proteção específica.
- D) promoção da saúde.
- E) intervenção imediata.

28. Na construção dos indicadores de saúde, os coeficientes representam o "risco" de determinado evento ocorrer na população. No que se refere ao coeficiente de prevalência é correto afirmar que:

- A) representa o nº de casos presentes em uma determinada comunidade num período de tempo específico.
- B) é a proporção de óbitos entre os casos de uma doença.
- C) representa o risco de óbito na comunidade.
- D) é o risco de ocorrência de casos novos de uma doença na população.
- E) estima o risco de novos casos da doença em uma população.

29. NÃO faz parte das atribuições do Sistema Único de Saúde:

- A) incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico.
- B) proteger o trabalhador e a gestante em situação de desemprego.
- C) colaborar na proteção do meio ambiente.
- D) executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica.
- E) controlar e fiscalizar produtos e substâncias de interesse para a saúde.

30. A participação da sociedade na gestão do SUS foi instituída através da Lei nº:

- A) 8.080/90.
- B) 9.961/00.
- C) 8.142/90.
- D) 9.656/98.
- E) 8.689/93.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

31. O diagnóstico de uma determinada doença é uma decisão baseada na avaliação de um conjunto de informações clínicas obtidas de um paciente em uma ou mais ocasiões. Entretanto, avalia-se que no atendimento ambulatorial, são extremamente comuns situações em que decisões clínicas precisam ser tomadas com base apenas em dados semiológicos. Assim, considera-se que:

- A) fatores que se contrapõem ao ganho diagnóstico dos exames subsidiários são seus custos e aplicabilidade externa.
- B) a semiologia baseada em evidências exige que o diagnóstico clínico seja realizado a partir dos dados da história e exame físico e de seus resultados.
- C) a utilidade do exame clínico não se limita apenas ao enfoque diagnóstico, podendo ser útil também no estabelecimento prognóstico e plano terapêutico.
- D) dados da história e exame físico nem sempre possuem disponibilidade universal e em muitas ocasiões podem acarretar mais risco aos pacientes.
- E) os achados semiológicos de maior acurácia diagnóstica fortalecem potenciais riscos invasivos para o paciente.

32. Com frequência é difícil diagnosticar a dor crônica, exigindo do médico habilidade para o manejo desta situação. Dentre as afirmativas, selecione a que NÃO condiz adequadamente com a conduta médica diagnóstica e terapêutica para este problema.

- A) A avaliação psicológica e os tratamentos relativos ao comportamento são frequentemente úteis.
- B) Podem existir fatores perpetuadores secundários, desencadeados por uma doença e que persistem após sua resolução.
- C) A depressão é o transtorno emocional mais comum em pacientes com dor crônica, os quais devem ser inqueridos à anamnese quanto ao sono, apetite, humor e atividade diária.
- D) Devem-se examinar as áreas dolorosas quanto à presença de hipersensibilidade profunda à palpação, observando se a dor é localizada em músculos, estruturas ligamentares ou articulações.
- E) O componente neuropático da dor é indicado por evidências de lesão nervosa, como hiperreflexia, déficit de sensibilidade cutânea e articular comparada com o lado normal.

33. Com o objetivo de estabelecer uma relação médico-paciente mais adequada, diversas estratégias podem ser consideradas pois valorizam esta relação, EXCETO:

- A) definir o motivo da consulta, as ideias do paciente, caracterizando-as sempre etiologicamente de acordo com o nexos causal.
- B) atingir um entendimento compartilhado com o paciente, evitando contrapor-se às suas crenças e valores culturais.
- C) o envolvimento de familiares é fundamental e busca torná-los corresponsáveis por todo tratamento.
- D) o tempo de consulta deve ser o suficiente para se estabelecer uma boa comunicação com o paciente, elucidar seu problema de saúde e manejá-lo adequadamente, entretanto, tem sido motivo de bastante controvérsia.
- E) as características da linguagem médica, gestos, atitudes e a proximidade com o paciente influenciam fortemente na prática médica.

34. O objetivo maior do exame físico é o conhecimento da causalidade, nem sempre alcançado; em vez disso encontramos a casualidade, que se expressa através de sinais revelados ao exame. Quais questões podem decorrer de tal fato na prática médica?

- A) A identificação de outras correlações clínicas que viabilizem a ampliação do espectro causal.
- B) Excessiva atenção a outro sinal clínico, sem maiores consequências para o paciente e o uso de tecnologia desnecessária.
- C) Expressão de novos diagnósticos com elevado grau de assertividade, dado o valor da semiótica.
- D) Possibilidade da ampliação da abordagem clínica e, por conseguinte da condução clínica pautada no uso de tecnologias médicas necessárias.
- E) Confusão de demandas presentes com reflexos futuros ao paciente, gerando uma escalada de prioridades e condutas terapêuticas, sem maiores consequências.

35. Entendendo-se a moral como o sistema de normas, princípios e valores que orientam o comportamento das pessoas nas diversas sociedades, a ética poderia ser entendida no exercício profissional médico como:

- A) o efetivo desenvolvimento do conhecimento racional, empírico e técnico.
- B) a aptidão de realizar serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e de princípios que têm em conta que a responsabilidade se encerra com o ato técnico.
- C) a reflexão acrítica sobre a moral, que no entanto guarda estreita articulação com esta, no terreno dos valores ou das virtudes, presentes no pensamento reflexivo e nas ações cotidianas.
- D) a integração de um amplo campo filosófico, científico e sociopolítico que reúne duas vertentes essenciais do conhecimento humano: o saber simbólico e o saber científico.
- E) ciência formada na consciência humana que necessita de controle permanente da sociedade.

36. O ponto crítico de Sudeck é descrito como uma descontinuidade da vascularização do cólon e citado em trabalhos clássicos como uma zona pouco vascularizada do intestino grosso. Sua localização anatômica é:

- A) na intersecção entre as artérias sigmoidianas distais e os ramos da artéria hemorroidária superior.
- B) entre a arcada de Riolan e os vasos cólicos médios.
- C) no espaço compreendido entre a artéria ileocólica e as últimas artérias jejunais.
- D) entre os ramos da artéria cólica média e a artéria cólica direita.
- E) na arcada que nutre o ângulo esplênico do cólon.

37. O ângulo anorretal foi proposto por Parks como o principal fator de manutenção da continência fecal. Admite-se que:

- A) este ângulo é formado pelo músculo iliococcígeo e mede em repouso 65 graus.
- B) é formado pelo complexo elevador do ânus e mede 110 graus em repouso.
- C) o músculo puborretal forma este ângulo, que mede durante o esforço evacuatório 137 graus.
- D) o ângulo anorretal é melhor estudado pela eletromiografia.
- E) habitualmente, a mensuração do ângulo anorretal não tem valor prático nos estudos de fisiologia anorretal.

38. Paciente de sexo feminino, 63 anos, procura serviço de coloproctologia queixando-se de dificuldade ao evacuar. A paciente refere que ocorre impação das fezes no reto e no canal anal durante a defecação obrigando a retirada manual do bolo fecal e a utilização de enemas.

É múltipara, referindo um parto a fórceps. Assinale a hipótese diagnóstica e a propedêutica indicada no caso.

- A) Doença hemorroidária interna / colonoscopia.
- B) Síndrome da defecação obstruída / defecografia.
- C) Prolapso retal interno / clister opaco.
- D) Inércia retal / ultrassonografia anorretal.
- E) Hipertonía esfíncteriana / eletromiografia.

39. Paciente do sexo masculino, 46 anos, é submetido à ligadura elástica de mamilos hemorroidários internos de 2º grau. Dez horas após, retorna ao consultório médico com queixas de fortes dores no ânus e desconforto perineal que não cederam com as medicações analgésicas habituais. A conduta a ser tomada neste caso é:

- A) retirar o anel elástico sob anestesia local.
- B) internar o paciente e proceder à hemorroidectomia de urgência.
- C) infiltrar o ânus com solução de dexametasona a 0,5%.
- D) prescrever analgésicos e anti-inflamatórios mais potentes.
- E) observar a evolução do paciente mantendo a analgesia já prescrita.

40. Paciente do sexo masculino, 45 anos, portador de doença hemorroidária mista com componente interno de 4º grau será submetido à hemorroidopexia pela técnica de Longo. Ao iniciar o ato cirúrgico, o cirurgião encontra grande dificuldade na introdução do dilatador anal circular (CAD 33), por haver certo grau de estenose no canal anal do paciente. A conduta a ser tomada neste caso é:

- A) dilatar o canal anal pela manobra de Lord.
- B) introduzir velas de Hegar com a finalidade de dilatar o canal anal.
- C) utilizar o próprio dilatador anal circular (CAD 33) para dilatar o canal anal.
- D) proceder à esfínterotomia interna com a finalidade de facilitar a introdução do aparelho.
- E) abortar o procedimento e utilizar outra técnica operatória.

41. A fissura anal crônica usualmente produz sintomas de dor e sangramento anal, porém a dor nestes casos é menos intensa quando comparada à dor produzida pela fissura anal aguda. Estes pacientes podem apresentar também um plicoma sentinela na topografia da lesão, além de uma papila anal hipertrófica. Habitualmente, a cirurgia é indicada nestes casos. A cirurgia mais adequada consiste em:

- A) excisão da papila hipertrófica e do plicoma sentinela com esfínterotomia interna lateral.
- B) fissurectomia associada à excisão da papila hipertrófica e do plicoma sentinela.
- C) esfínterotomia interna no leito fissurário com excisão da papila hipertrófica e do plicoma sentinela.
- D) esfínterotomia interna no leito fissurário associada a avanço de retalho de pele.
- E) debridamento do leito fissurário com esfínterotomia posterior associada à excisão da papila hipertrófica e do plicoma sentinela.

42. Os abscessos anais supraelevadores são os mais raros encontrados na prática clínica diária e os de mais difícil tratamento. Quando a drenagem é realizada de forma inadequada, pode levar à formação de uma fistula extraesfíncteriana alta, complexa e de evolução muitas vezes incerta. O cirurgião deve seguir uma conduta técnica de abordagem para estes casos que consiste em:

- A) utilizar a drenagem transretal ou transvaginal para os abscessos secundários a uma fistula transesfíncteriana e a drenagem perianal externa para os abscessos causados por sepsé pélvica.
- B) optar sempre que possível pela drenagem perianal externa, independente da etiologia do abscesso.
- C) optar sempre que possível pela drenagem transretal ou transvaginal, independente da etiologia do abscesso.
- D) utilizar a drenagem transretal ou transvaginal para os abscessos causados por sepsé pélvica e a drenagem perianal externa para os abscessos secundários a uma fistula transesfíncteriana.
- E) a pesquisa do orifício interno e da cripta anal acometida não tem importância prática no tratamento deste tipo de abscesso e não orienta o tratamento.

43. Paciente do sexo masculino, 37 anos, há 48 horas apresenta quadro clínico de febre, dor intensa na região perianal, com extensão para o glúteo, onde se observa hiperemia, calor local, edema e abaulamento. É atendido por coloproctologista que diagnostica um abscesso isquiorretal. É conduzido ao centro cirúrgico imediatamente para ser procedida a drenagem do abscesso. Nestes casos, na maioria das vezes, a fistula anal decorrente deste abscesso é do tipo:

- A) interesfíncteriana.
- B) transesfíncteriana.
- C) supraesfíncteriana.
- D) extraesfíncteriana.
- E) supraelevadora.

44. O reparo pélvico pós-anal de Parks, ou mais conhecido como cirurgia de Parks, é um procedimento cirúrgico descrito por este autor em 1975 e apesar de ser questionada atualmente sua validade como um método que objetiva o tratamento da incontinência fecal, ainda é utilizado em pacientes selecionados. É correta uma das afirmativas abaixo a respeito deste procedimento.

- A) Apresenta melhores resultados na incontinência fecal decorrente do trauma.
- B) A neuropatia pudenda não interfere no resultado da cirurgia.
- C) É indicado na síndrome do descenso perineal e na incontinência fecal idiopática.
- D) O procedimento tem como fundamento técnico a reangulação da junção retossigmoidiana.
- E) A via de acesso videolaparoscópica está sendo utilizada com sucesso neste procedimento.

45. As feridas do reto extraperitoneal devem ser tratadas adotando-se as seguintes condutas cirúrgicas:

- A) sutura da lesão, drenagem intracavitária e colostomia de derivação.
- B) ressecção da porção lesada do reto, anastomose primária e colostomia de derivação.
- C) procedimento de Hartmann, irrigação do coto retal e drenagem pré-sacra.
- D) sutura da lesão, irrigação retal, drenagem transretal e colostomia de derivação.
- E) sutura da lesão se possível, irrigação retal, drenagem pré-sacra e colostomia de derivação.

46. Paciente do sexo feminino, 89 anos, é recebida no serviço de coloproctologia em caráter de urgência apresentando prolapso retal irreduzível e com sinais de sofrimento vascular. A paciente é cardiopata grave, portadora de marca-passo cardíaco, diabética e hipertensa. A conduta ideal a ser adotada pelo cirurgião após as medidas de suporte clínico é:

- A) proceder à laparotomia exploradora e realizar a cirurgia de Miles.
- B) dilatação manual do reto e redução da prolapso.
- C) realização da promontofixação pela técnica de Ripstein.
- D) operar a paciente segundo a técnica de William Altemeier.
- E) operar a paciente segundo a técnica de Edmond Delorme.

47. O HNPCC (hereditary nonpolyposis colorectal cancer) é uma das formas hereditárias de câncer do intestino grosso e apresenta uma das seguintes características:

- A) alta frequência de instabilidade de microssatélites com mutações em gens responsáveis pelo reparo do DNA.
- B) frequência inalterada de microssatélites, porém com acentuadas mutações em gens responsáveis pelo "mismatch" do DNA.
- C) enquadra-se nos critérios de Amsterdam, isto é, pelo menos dois casos em uma geração, em pacientes acima de 60 anos.
- D) predominância pelos tumores do cólon esquerdo e reto.
- E) não apresenta associação com outros tumores, como na polipose familiar hereditária.

48. Paciente do sexo masculino, 58 anos, é submetido à hemicolectomia direita por adenocarcinoma de cólon ascendente. Os métodos propedêuticos de imagem para estadiamento pré-operatório não evidenciaram invasão metastática à distância, assim como o inventário cirúrgico da cavidade abdominal. O estudo histopatológico da peça cirúrgica demonstrou que o tumor invade a muscular própria do cólon até a serosa, onde se evidenciou uma pequena perfuração bloqueada pelo epíplon. Foram isolados quatro linfonodos com invasão tumoral. O estadiamento TNM deste tumor é:

- A) T3N1M0 – estágio III.
- B) T4N2M0 – estágio III.
- C) T3 N2MX – estágio IV.
- D) T2N2MX – estágio II.
- E) T2N1M0 – estágio II.

49. A via de acesso descrita por Paul Kraske em 1885 para a abordagem cirúrgica das lesões do reto é:

- A) transanal.
- B) transesfincteriana.
- C) transsacral.
- D) abdominoperineal.
- E) lombossacra.

50. A técnica de Bascom e Lord para o tratamento cirúrgico da doença pilonidal sacrococcígea consiste em:

- A) excisão em massa do tecido comprometido e sutura da lesão sempre que possível.
- B) zetaplastia com fechamento primário da lesão.
- C) retalhos laterais de pele com sutura primária da lesão.
- D) excisão em massa do tecido comprometido, curetagem do trajeto e cicatrização por segunda intenção.
- E) excisão individual de cada trajeto, aproximando-se as feridas da linha média sempre que possível.

51. Paciente de sexo masculino, 70 anos, procura serviço de coloproctologia, queixando-se de fecalúria e pneumatúria dois meses após episódio de diverticulite aguda que necessitou internação e acompanhamento ambulatorial. Apresenta-se em bom estado geral, sem outras patologias clínicas associadas. A tomografia computadorizada abdomino-pélvica contrastada demonstra fistula colo-vesical na altura do sigmoide. A colonoscopia não evidencia estenose ou doença diverticular em estado agudo. A conduta terapêutica para o caso é:

- A) acompanhamento clínico com dieta sem resíduos e antibioticoterapia.
- B) ressecção do cólon comprometido, anastomose colorretal primária, sutura da lesão da bexiga sem debridamento, cateterismo vesical por sete dias.
- C) ressecção do cólon comprometido, anastomose colorretal primária, sutura da lesão da bexiga com debridamento rigoroso do tecido fibrótico, cateterismo vesical por sete dias.
- D) colostomia de derivação e posterior abordagem cirúrgica da lesão.
- E) ressecção do cólon comprometido, realização do procedimento de Hartmann, sutura da lesão da bexiga com debridamento rigoroso do tecido fibrótico, cateterismo vesical por sete dias.

52. Paciente do sexo masculino, 44 anos, portador de retocolite ulcerativa idiopática há doze anos, acompanhado em serviço de gastroenterologia, apresenta hematoquezia. O exame proctológico revela lesão ulcerada de bordos elevados, medindo 2 cm de diâmetro, distando 14 cm da margem anal. O exame histopatológico da lesão constata adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Os exames de imagem pré-operatórios não revelam invasão metastática à distância e a ultrassonografia transretal demonstra que a lesão não ultrapassa as paredes do reto, invadindo a muscular própria do órgão. A conduta a ser tomada no caso é:

- A) retossigmoidectomia pela técnica de Dixon com anastomose corretal baixa.
- B) retossigmoidectomia pela técnica de Dixon com anastomose coloanal.
- C) ressecção local do tumor retal com radioquimioterapia adjuvante.
- D) proctocolectomia total com anastomose íleo-anal.
- E) hemicolectomia esquerda alargada.

53. Considera-se a proctalgia fugaz como:

- A) fazendo parte da síndrome dos elevadores e é causada pelo espasmo do elevador do ânus.
- B) não fazendo parte da síndrome dos elevadores e tem como causa uma neuralgia sacra.
- C) uma alteração ortopédica e o tratamento proposto é a retirada da porção terminal do cóccix.
- D) uma alteração psicossomática associada ao alcoolismo em grande parte dos casos.
- E) uma variação da síndrome dos elevadores, tendo como causa associada mais frequente a síndrome do descenso perineal.

54. A angiodisplasia do cólon é uma das principais causas de hemorragia digestiva baixa. Afirma-se que:

- A) é mais comumente encontrada no cólon descendente e está associada à hemorragia mais severa que a encontrada na doença diverticular.
- B) é mais frequente no ceco e está associada à hemorragia menos severa que a encontrada na doença diverticular.
- C) pode estar associada com o adenocarcinoma do cólon e com a retocolite ulcerativa idiopática.
- D) as lesões são em geral maiores que 10 mm .
- E) os casos assintomáticos também necessitam de tratamento.

55. Paciente do sexo masculino, 78 anos, é recebido no serviço de emergência apresentando quadro clínico compatível com obstrução intestinal baixa, com 24 horas de evolução. Após medidas de suporte clínico é encaminhado ao setor de radiologia, onde é submetido a estudo radiológico de abdômen agudo que demonstra grande dilatação do cólon até a altura da fossa ilíaca esquerda, preservando o intestino delgado. O enema contrastado evidenciou o sinal do "bico do pássaro". Os exames laboratoriais de rotina são normais e o paciente se encontra em bom estado geral. A conduta a ser tomada para o caso é:

- A) descompressão nasogástrica e observação do paciente.
- B) laparotomia exploradora e realização do procedimento de Noble.
- C) endoscopia digestiva baixa descompressiva com colocação de tubo flexível através do cólon.
- D) fixação do sigmoide na goteira parietocólica esquerda.
- E) realização do procedimento de Hartmann.