

MÉDICO COLOPROCTOLOGISTA

27/05/2012

PROVAS	QUESTÕES
CONHECIMENTOS GERAIS EM SAÚDE PÚBLICA	01 a 10
CLÍNICA GERAL	11 a 20
CONHECIMENTOS NA ÁREA DE ATUAÇÃO	21 a 50

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Em seguida, verifique se ele contém 50 questões.
2. Cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha, no cartão-resposta, a letra correspondente à resposta assinalada na prova.
3. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro, durante o seu preenchimento. Ao recebê-lo, verifique se seus dados estão impressos corretamente; se for constatado algum erro, notifique ao aplicador de prova.
4. As provas terão a duração de quatro horas, já incluídas nesse tempo a marcação do cartão-resposta e a coleta da impressão digital.
5. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorrido **duas horas** de prova e poderá levar o caderno de prova somente no decurso dos últimos **trinta minutos** anteriores ao horário determinado para o término da prova, desde que permaneça em sala até esse momento.
6. **AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.**

CONHECIMENTOS GERAIS EM SAÚDE PÚBLICA**— QUESTÃO 01 —**

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) em uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde está pautada pelas seguintes diretrizes constitucionais:

- (A) humanização, integralidade e equidade.
- (B) descentralização, atendimento integral e participação social.
- (C) universalidade, acessibilidade e justiça social.
- (D) integralidade, equidade e responsabilização social.

— QUESTÃO 02 —

Com base no processo de regionalização do SUS, o município deverá se organizar para oferecer ao cidadão a assistência à saúde gratuitamente. Nesse contexto, a regionalização do SUS tem o objetivo de

- (A) promover a articulação entre os municípios para a prestação de serviços de alta complexidade e alta densidade.
- (B) estimular os municípios a se organizarem em consórcios para a compra de serviços da iniciativa privada.
- (C) organizar os serviços de saúde com base nas regiões sanitárias, priorizando as necessidades geográficas e epidemiológicas.
- (D) prestar as ações de saúde, seguindo a lógica do transporte de pacientes para os municípios maiores.

— QUESTÃO 03 —

O controle do câncer de colo de útero e de mama constitui uma das prioridades do Pacto pela Vida. Dentre as metas pactuadas pelos gestores das três esferas de governo, está o compromisso de

- (A) garantir insumos e medicamentos farmacêuticos para o tratamento de 100% das pacientes com câncer de colo de útero.
- (B) ampliar para 60% a cobertura de exames de mamografia, conforme protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde.
- (C) reduzir em 50% a razão de mortalidade de mulheres diagnosticadas com câncer de mama.
- (D) atingir pelo menos 60% de cura de casos novos de câncer de colo de útero diagnosticados a cada ano.

— QUESTÃO 04 —

A vigilância em saúde de um município integra um conjunto de saberes e de práticas de saúde pública em um modelo ampliado de saúde, que integra

- (A) vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, controle e regulação.
- (B) vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, controle e avaliação e saúde do trabalhador.
- (C) vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, vigilância sanitária e ambiental.
- (D) vigilância sanitária, promoção à saúde, vigilância nutricional e ambiental.

— QUESTÃO 05 —

As análises sistemáticas e periódicas dos dados coletados pelo sistema de vigilância epidemiológica de um município têm o objetivo de

- (A) identificar as possíveis fontes de infecção de surtos em áreas geográficas específicas.
- (B) identificar os fatores de risco para o adoecimento da população.
- (C) documentar as investigações epidemiológicas dos agravos de notificação compulsória.
- (D) prover informações aos profissionais de saúde sobre a ocorrência de agravos específicos.

— QUESTÃO 06 —

Doenças emergentes são doenças infecciosas novas que apareceram na população recentemente ou doenças antigas cuja incidência aumentou nas duas últimas décadas ou tendem a aumentar no futuro. No Brasil, são consideradas doenças emergentes em saúde pública:

- (A) sarampo, poliomielite e meningites.
- (B) febre amarela, sífilis congênita e Chagas aguda.
- (C) leishmaniose, dengue e influenza.
- (D) raiva humana, tuberculose e botulismo.

— QUESTÃO 07 —

A tabela a seguir apresenta os resultados de uma investigação de um surto de gastroenterite devido ao consumo de alimentos, em um jantar comemorativo:

EXPOSIÇÃO		DOENTE	SADIO	TOTAL
MAIONESE	SIM	43	11	54
	NÃO	3	18	21
	TOTAL	46	29	75

Os resultados desse estudo indicam que o risco de gastroenterite entre as pessoas que consumiram maionese é de:

- (A) 1,3
- (B) 3,1
- (C) 4,2
- (D) 5,6

— QUESTÃO 08 —

Dengue é uma doença infecciosa de grande magnitude na saúde pública brasileira, e faz parte da lista de notificação compulsória (LNC). Conforme a Portaria 104/2011, os critérios definidos para a notificação dos casos de dengue são:

- (A) óbito por dengue e dengue pelo sorotipo 4 em áreas sem transmissão endêmica são agravos de notificação imediata.
- (B) dengue clássico e febre hemorrágica da dengue são de notificação compulsória semanal.
- (C) síndrome do choque da dengue e febre hemorrágica da dengue são agravos notificados pelas Unidades-Sentinela.
- (D) casos de dengue pelos sorotipos 1, 2, 3 e 4 deverão ser registrados no SINAN no prazo máximo de sete dias.

— QUESTÃO 09 —

Publicações recentes sobre o perfil epidemiológico da população brasileira mostraram que o país convive com uma carga dupla de doenças: infecciosas agudas e crônicas. A tendência de aumento da morbimortalidade por causas crônicas está relacionada

- (A) à falta de diagnóstico precoce, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e às desigualdades sociais.
- (B) ao envelhecimento da população, às mudanças no padrão de consumo e nos estilos de vida e à urbanização acelerada.
- (C) à falta de intervenções tecnológicas efetivas, às iniquidades sociais e ao aumento da pobreza.
- (D) às mudanças demográficas e à ausência de um modelo de atenção às doenças crônicas.

— QUESTÃO 10 —

Sobre os principais Sistemas de Informações em Saúde existentes no SUS, considera-se que

- (A) as notificações de violência contra crianças, mulheres e idosos são informadas ao Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN).
- (B) o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) apresenta como documento-base a declaração de óbito que deve ser preenchida por médicos e enfermeiros.
- (C) o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) é alimentado pelas autorizações de internações hospitalares oriundas dos hospitais públicos, filantrópicos e privados contratados e não contratados pelo SUS.
- (D) o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) apresenta como documento-base a certidão de nascimento emitida pelo registro civil.

— RASCUNHO —

CLÍNICA GERAL**— QUESTÃO 11 —**

Dentre as vantagens do uso da dobutamina na terapia da insuficiência cardíaca, estão

- (A) o aumento da contratilidade cardíaca e a redução da pré-carga.
- (B) o aumento da contratilidade cardíaca e a redução da pós-carga.
- (C) o aumento do inotropismo cardíaco e a redução da pré-carga.
- (D) o aumento da contratilidade cardíaca e a redução do inotropismo.

— QUESTÃO 12 —

Em pacientes hipertensos, a diferenciação de emergência hipertensiva faz-se presente em situações de

- (A) pressões sistólicas acima de 200 mmHg.
- (B) pressões diastólicas superiores a 120 mmHg.
- (C) sinais clínicos de comprometimento de órgãos nobres.
- (D) pressões sistólicas acima de 200 mmHg e pressões diastólicas superiores a 120 mmHg.

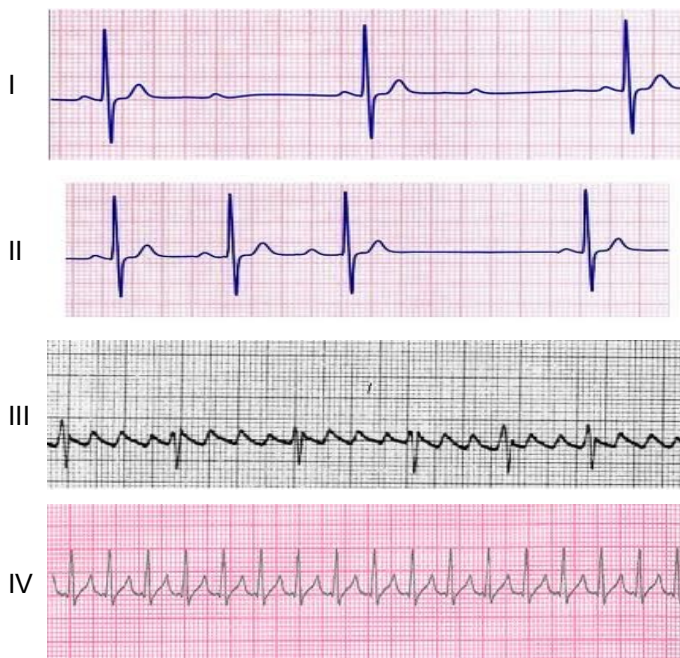
— QUESTÃO 13 —

Quando se aumenta a oferta de oxigênio por cateter nasal para 2l/minuto, qual é a porcentagem de aumento aproximado na fração inspirada de oxigênio?

- (A) 4
- (B) 6
- (C) 9
- (D) 20

— RASCUNHO —**— QUESTÃO 14 —**

Analise os eletrocardiogramas apresentados a seguir.



Considerando-se os eletrocardiogramas apresentados, os diagnósticos são, respectivamente,

- (A) BAV 1° grau, BAV 2:1, flutter atrial, taquicardia ventricular.
- (B) BAV 2:1, BAV 1° grau, fibrilação atrial, taquicardia supraventricular.
- (C) BAV 2:1, BAV 1° grau, flutter atrial, taquicardia supraventricular.
- (D) Bradicardia sinusal, BAV 2° grau, flutter atrial, taquicardia supraventricular.

— QUESTÃO 15 —

Considerando-se o protocolo de terapia precoce aguda para os casos de sepse, sepse grave e choque séptico, a um paciente com pressão venosa central de 12 mmHg, PAM de 80 mmHg, hematócrito de 35% e saturação venosa mista de 60% deve-se indicar o uso de

- (A) bolus com 500 ml de cristalóide.
- (B) noradrenalina.
- (C) hemotransfusão.
- (D) inotrópico.

— QUESTÃO 16 —

O período de incubação da dengue é de

- (A) 1 a 3 dias.
- (B) 7 a 10 dias.
- (C) 10 a 18 dias.
- (D) 18 a 25 dias.

— QUESTÃO 17 —

Entre as reações adversas aos broncodilatadores beta-adrenérgicos inclui-se

- (A) a bradicardia.
- (B) a sonolência.
- (C) a diminuição do intervalo Qtc no ECG.
- (D) a hipocalcemia.

— QUESTÃO 18 —

Um paciente que apresenta queimadura em toda a face anterior do tórax tem a superfície corpórea queimada estimada em

- (A) 9%.
- (B) 18%.
- (C) 27%.
- (D) 36%.

— QUESTÃO 19 —

A dopamina na dose de 30 µg/Kg/min tem o seguinte efeito predominante:

- (A) α-adrenérgico.
- (B) β2 adrenérgico.
- (C) β-adrenérgico.
- (D) dopaminérgico.

— QUESTÃO 20 —

Em um paciente instável, internado na emergência devido a choque hipovolêmico, a conduta indicada é

- (A) instalar cateter venoso central e infundir volume e drogas vasoativas.
- (B) instalar cateter venoso periférico e infundir volume e drogas vasoativas.
- (C) instalar cateter venoso periférico e infundir volume.
- (D) instalar cateter venoso central e infundir drogas vasoativas.

— RASCUNHO —

CONHECIMENTOS NA ÁREA DE ATUAÇÃO**— QUESTÃO 21 —**

Embriologicamente, a irrigação do terço proximal do cólon transversal

- (A) ocorre antes da herniação fisiológica e do retorno do intestino anterior para o abdome.
- (B) é suprida pela artéria do intestino médio, com os vasos venosos e linfáticos correspondentes.
- (C) é suprida pela artéria do intestino posterior e seus ramos venosos e linfáticos correspondentes.
- (D) é originária do intestino anterior, cuja artéria dará origem à artéria mesentérica superior.

— QUESTÃO 22 —

A inervação simpática do cólon distal

- (A) tem origem entre T8 e L2 pelos nervos esplâncnicos e pelo plexo autonômico abdominopélvico.
- (B) deriva do décimo par nervoso craniano, com corpos celulares pré-ganglionares do tronco cerebral.
- (C) é feita pelos ramos emergentes de S2, S3 e S4, via nervos esplâncnicos.
- (D) é feita pelos ramos nervosos emergentes de S2, S3 e S4, seguindo a mesma rota dos nervos retais.

— QUESTÃO 23 —

O conhecimento aprofundado da anatomia pélvica torna os cirurgiões colorretais os mais preparados para realizar cirurgias do reto e canal anal. Entre os conceitos anatômicos de aplicação prática para o diagnóstico e tratamento do câncer de reto inclui-se o seguinte:

- (A) a definição dos limites superior e inferior do reto varia de acordo com conceitos de anatomistas e cirurgiões, sendo para estes últimos de extensão maior do que para os anatomistas.
- (B) a válvula de Houston, conhecida como dobra de Kohlrausch, é a mais cranial e mais consistente das três válvulas e corresponde ao nível da reflexão peritoneal anterior.
- (C) as biópsias nas válvulas devem ser realizadas com o máximo cuidado, por causa do risco de perfuração.
- (D) o risco de enterites actínicas é maior em mulheres do que em homens, quando se realiza radioterapia neoadjuvante de lesões retais localizadas entre 8 e 10 cm da margem anal.

— QUESTÃO 24 —

A dissecação do reto para tratamento de neoplasias malignas deve obedecer a planos cirúrgicos já bem estabelecidos, para que se possam alcançar baixos índices de recidiva local (recidiva pélvica). Para tanto, deve-se observar que:

- (A) a fáscia própria do reto, extensão da fáscia pélvica, engloba o reto, a gordura perirretal, nervos pré-sacrais do plexo hipogástrico, os vasos sanguíneos e linfáticos retais, presentes principalmente na porção extraperitoneal lateral e posterior desse segmento.
- (B) os ligamentos laterais do reto são condensações da fáscia própria do reto e têm, na maioria das pessoas, a artéria retal média, sendo necessária a sistemática ligadura deste vaso devido ao risco de hemorragias importantes no pós-operatório.
- (C) o ligamento retossacral corresponde ao espessamento da fáscia pré-sacral, no sentido anteroposterior, em nível de S4, em direção à fáscia própria do reto. A sua identificação e incisão é fundamental para que se possa efetivamente completar a ressecção completa do mesorreto.
- (D) a violação da fáscia pré-sacral durante a dissecação do reto está associada a maior morbidade cirúrgica, como a lesão de veias pré-sacrais. Felizmente, na posição de litotomia, as pressões hidrostáticas destas veias encontram-se diminuídas, facilitando o controle hemostático.

— QUESTÃO 25 —

Reconhecer a anatomia topográfica e os eventuais efeitos adversos advindos de lesão de estruturas neurais durante a dissecação retal são conhecimentos essenciais responsáveis pela otimização do tratamento cirúrgico de pacientes submetidos à ressecção parcial ou completa do reto. Pode-se destacar, como parte desses conhecimentos, o seguinte:

- (A) as fibras simpáticas que inervam o reto emergem de S2, S3 e S4.
- (B) a lesão de fibras parassimpáticas do plexo hipogástrico resulta, no pós-operatório, em disfunção erétil e disfunção vesical.
- (C) os nervos hipogástricos são formados por fibras simpáticas, oriundas dos nervos pré-sacrais, que dão origem ao plexo hipogástrico, e por fibras parassimpáticas que emergem dos forâmens sacrais de S2, S3 e S4, denominadas de nervos erigentes.
- (D) a lesão dos plexos periprostáticos pode ocorrer durante a dissecação anterior do reto, causando sintomas de ejaculação retrógrada. A prevenção dessa lesão pode ser alcançada por meio de uma dissecação por divulsão manual da fáscia de Denovillier.

— QUESTÃO 26 —

Vários fatores podem contribuir para o risco de surgir a incontinência anal. Entre eles, incluem-se os seguintes:

- (A) episiotomia medial, neuropatia do pudendo e radioterapia pélvica.
- (B) consistência fecal, acalásia do esfíncter interno do ânus e gênero masculino.
- (C) nuliparidade, obesidade e diabetes.
- (D) tabagismo, idade avançada e presença de megarreto.

— QUESTÃO 27 —

Paciente de 71 anos, do sexo feminino, com queixa de prolapso retal de cerca de 20 cm de alça intestinal durante o esforço evacuatório. Refere incontinência para fezes sólidas, com frequência de um episódio a cada 10 dias, sendo necessário o uso contínuo de protetores das vestes íntimas. Paciente tabagista, cardiopata, hipertensa controlada, em uso de β -bloqueador e digitálico. Tem diabetes tipo II, apresentando IMC de 36. Risco cirúrgico classe II - III. O tratamento a ser proposto para a paciente é:

- (A) cirurgia de Thiersch ou cerclagem anal por apresentar baixa morbidade e bom resultado funcional.
- (B) cirurgia de Ripstein ou Wells, que apresentam as menores taxas de recidiva, morbidade pós-operatória e de obstipação pós-operatória.
- (C) retossigmoidectomia perineal que apesar de apresentar maiores índices de recidiva quando comparada a procedimentos de retopexia abdominal, tem menor morbidade cirúrgica.
- (D) ressecção anterior por videolaparoscopia, por se tratar de uma técnica com baixo risco de complicações infecciosas e funcionais pós-operatórias.

— QUESTÃO 28 —

A videocolonosopia é, sem dúvida, o meio diagnóstico mais importante de doenças colorretais. Além do diagnóstico, em algumas situações especiais, tem papel importante como meio terapêutico, como na ressecção de pólipos colorretais. Este exame está

- (A) associado a risco de sangramento estimado entre 0,02 e 0,03% e 0,3 a 2,7%, respectivamente, em procedimentos diagnósticos (biópsias) e terapêuticos.
- (B) contraindicado a pacientes com suspeita de perfuração intestinal, megacólon tóxico e angioplastia miocárdica realizada há menos de um ano.
- (C) associado a risco de perfuração da alça intestinal, que pode ocorrer em até 0,7% dos casos, mais comumente em cólon sigmoide, quando se trata de procedimento terapêutico, e em cólon direito, em procedimentos diagnósticos.
- (D) associado a taxas muito baixas de morbidade e mortalidade, relacionadas à analgesia/sedação endovenosa, sendo em torno de 10% do total de complicações dos procedimentos endoscópicos.

— QUESTÃO 29 —

A videolaparoscopia traz vantagens importantes a pacientes que necessitam de cirurgia devido a doenças colorretais. Essa via de acesso, em comparação com a via laparotômica, apresenta a seguinte vantagem:

- (A) estar associada a menor incidência de recidiva local em pacientes operados de câncer de reto médio e inferior.
- (B) apresentar tempo cirúrgico mais reduzido.
- (C) estar associada a maior número de gânglios ressecados e identificáveis em peças cirúrgicas.
- (D) proporcionar tempo de hospitalização mais curto e índices de infecção de sítio cirúrgico menores.

— QUESTÃO 30 —

As colites infecciosas apresentam-se, clinicamente, de forma bastante variada, com diferentes graduações de gravidade dos sintomas, desde quadros autolimitados, que duram poucos dias, até quadros mais graves de colite tóxica fulminante. Com base nestas informações, deve-se considerar que:

- (A) a infecção por *Salmonella sp* acomete mais comumente adultos jovens, os quais são, com maior frequência, contaminados por água, e o seu tratamento, na maioria absoluta dos casos, quando adequadamente identificado por meio de cultura, faz-se por uso de antimicrobianos.
- (B) a shigelose é caracterizada como doença que se apresenta com perda de sangue vivo nas fezes, e que comumente evolui para megacólon tóxico, sendo o seu diagnóstico realizado por meio de testes sorológicos.
- (C) o paciente infectado pela *E. coli* entero-hemorrágica apresenta, cerca de 4 a 5 dias após a contaminação, diarreia francamente sanguinolenta, com dor abdominal intensa, astenia, cefaleia e calafrios.
- (D) a infecção por *Campylobacter* é rara, quando comparada a outras bactérias causadoras de enterocolites; seu tratamento é o uso de antibióticos, sendo atualmente mais recomendado o uso de eritromicina.

— QUESTÃO 31 —

As hemorragias digestivas baixas podem apresentar-se de várias formas clínicas, podendo ser classificadas como hematoquezia de baixo e de alto volume. Em pacientes idosos, a hematoquezia que determina instabilidade hemodinâmica, palidez cutânea e perda da consciência normalmente é causada

- (A) pela doença diverticular dos cólons.
- (B) pela doença inflamatória intestinal.
- (C) pelas hemorroidas internas volumosas.
- (D) pelo câncer colorretal.

— QUESTÃO 32 —

No atendimento de pacientes com hemorragia volumosa, a conduta imediata é:

- (A) ressuscitação cardiovascular com uso de vasopressores e antibióticos de largo espectro e protetores gástricos.
- (B) realização de colonoscopia na vigência de sangramento ativo volumoso, para identificação da origem do problema, associada à endoscopia digestiva alta.
- (C) reposição volêmica, inicialmente com cristaloides, e a seguir com papa de hemácias até a estabilização hemodinâmica. Só então se prossegue com a investigação diagnóstica.
- (D) realização de angiografia das artérias mesentéricas inferior e superior.

Leia o caso a seguir para responder às questões 33 e 34.

Paciente do sexo masculino, de 35 anos, tabagista, IMC 36, com história de dor em fossa ilíaca esquerda há 12 dias, de piora progressiva. Sem evacuar há quatro dias, porém persiste eliminando gases. Há três dias, apresenta febre alta e calafrios. Exame físico evidencia plastrão em FIE com sinais de irritação peritoneal.

— QUESTÃO 33 —

Nesse caso, a hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) diverticulite aguda.
- (B) apendicite aguda.
- (C) retocolite ulcerativa.
- (D) úlcera péptica perforada.

— QUESTÃO 34 —

Os exames a serem solicitados para o paciente do caso descrito incluem:

- (A) endoscopia digestiva alta, colonoscopia e hemograma completo.
- (B) hemograma completo, Rx de tórax e tomografia de abdome total.
- (C) EAS, hemograma completo e colonoscopia.
- (D) hemograma completo, ressonância magnética de abdome total e ultrassom pélvico.

— QUESTÃO 35 —

O megacólon chagásico permanece, a despeito da redução do número de novos casos infectados, um sério problema de saúde pública no Brasil. Estima-se que há de 2 a 3 milhões de pessoas infectadas pelo *T. cruzi*, e Goiás é considerado, ainda, área endêmica. Na colopatia chagásica,

- (A) a formação de fecalomas e vólculo da sigmoide constituem complicações da doença apresentada por até 50% dos pacientes.
- (B) a associação de megacólon e megaesôfago chagásico é rara, não alcançando nem 20% dos pacientes portadores de megacólon.
- (C) a fisiopatogenia envolvida no aparecimento dos sintomas de obstipação intestinal é o assincronismo motor entre o sigmoide e o reto e a hipertonía esfíncteriana.
- (D) o tratamento definitivo dos pacientes com megacólon é cirúrgico, e a maioria é submetida à anorretomiotomia com colostomia protetora.

Leia o caso a seguir para responder às questões 36 e 37.

Paciente do sexo feminino, de 30 anos, no sexto pós-operatório de cesariana. Desde a cirurgia, está sem evacuar, porém ainda elimina flatus em pequena quantidade; há três dias, iniciou com distensão abdominal, com discreto desconforto à palpação profunda, principalmente em fossa ilíaca direita. Há dois dias com náuseas e episódios isolados de vômitos. Toque retal evidencia ampola retal vazia, com superfície mucosa aparentemente normal. Nega alteração do hábito intestinal antes da cirurgia. Hemograma revela 11200 leucócitos, com 3% de bastonetes, 70% segmentados, 23% linfócitos, 1% de eosinófilos e 3% de monócitos. Radiografia simples de abdome evidenciou distensão importante de cólon direito, com ceco medindo 9 cm de diâmetro, ausência de pneumoperitônio e de gases em cólon esquerdo.

— QUESTÃO 36 —

O diagnóstico mais provável, nesse caso, é:

- (A) vólculo de ceco.
- (B) síndrome de Ogilvie.
- (C) obstrução intestinal por aderências.
- (D) câncer de cólon.

— QUESTÃO 37 —

A conduta inicial mais adequada para o caso descrito é:

- (A) corticoterapia venosa e mesalazina oral.
- (B) laparotomia exploradora.
- (C) colonoscopia virtual para diagnóstico de neoplasia.
- (D) clínica, com restrição dietética, enemas suaves e tratamento de distúrbios hidroeletrólíticos.

— QUESTÃO 38 —

A incidência do câncer colorretal é atualmente a segunda causa de óbito entre as neoplasias. Adotar programas de rastreamento primário do câncer colorretal representa, portanto, um desafio grande, com possibilidade de melhora significativa da sobrevida dos pacientes. Consideram-se como fatores de risco:

- (A) sedentarismo, ter idade acima de 50 anos e história familiar de câncer ou de adenoma colorretal.
- (B) populações de áreas menos desenvolvidas, tabagismo e dieta rica em gorduras saturadas.
- (C) pessoas do sexo masculino, idade acima de 70 anos, antecedente de câncer de próstata.
- (D) pessoas do sexo feminino, história de câncer ovariano após os 60 anos de idade e antecedente de pólipos pseudoinflamatório.

— QUESTÃO 39 —

Para o rastreamento populacional do câncer colorretal, deve-se considerar que

- (A) a indicação é específica para indivíduos assintomáticos a partir dos 40 anos de idade.
- (B) a pesquisa seriada de sangue oculto nas fezes demonstrou ser eficiente na diminuição da mortalidade do câncer colorretal.
- (C) o CEA seriado é um importante marcador tumoral para identificação de pessoas com risco aumentado de serem portadores do câncer colorretal.
- (D) os pacientes acima de 60 anos, nos quais a colonoscopia foi normal, devem fazer novo exame após três anos.

— QUESTÃO 40 —

Nas alterações genéticas observadas na mucosa colônica até o surgimento do adenocarcinoma colorretal,

- (A) a mutação de uma célula normal para adenoma inicia-se normalmente pelo gene p53.
- (B) a ciclo-oxigenase tem pouca influência na gênese do câncer colorretal.
- (C) os pólipos serrateis, presentes em lesões hiperplásicas, podem se transformar em lesões malignas devido a alterações genéticas, como a instabilidade de microsatélite e a perda de heterozigose.
- (D) os fatores reguladores proangiogênicos, como o fator de crescimento de fibroblasto e o fator de crescimento do endotélio vascular, quando presentes, diminuem a possibilidade de doença metastática.

— QUESTÃO 41 —

Em pacientes com câncer de reto, são fatores de pior prognóstico:

- (A) idade acima dos 60 anos, tabagismo e história familiar de câncer colorretal.
- (B) tumores de cólon direito, idade abaixo dos 40 anos e obesidade.
- (C) HNPCC, tumores com células-anel de sinete e abordagem cirúrgica por videolaparoscopia.
- (D) perfuração da lesão tumoral no intraoperatório, cirurgia realizada por cirurgião não especialista e margem radial da lesão menor que 1 mm.

Leia o caso a seguir para responder às questões 42 e 43.

Paciente de 45 anos, do sexo masculino, queixa de sangramento frequente às evacuações e prolapso hemorroidário redutível à manobra digital. Irmão teve câncer colorretal aos 48 anos de idade. O exame proctológico revela três mamilos hemorroidários internos de volume moderado, sem outras anormalidades.

— QUESTÃO 42 —

O exame complementar a ser indicado para este paciente é:

- (A) enema opaco.
- (B) retossigmoidoscopia.
- (C) colonoscopia.
- (D) cintilografia com hemácias marcadas.

— QUESTÃO 43 —

A conduta terapêutica mais adequada à doença hemorroidária desse paciente é:

- (A) uso oral de ácido épsilon aminocaproico associado a anti-inflamatório não hormonal tóxico.
- (B) uso tópico de pomadas heparinoides e venotônicos orais.
- (C) ligadura elástica dos mamilos hemorroidários internos.
- (D) hemorroidectomia aberta com esfínterectomia lateral esquerda.

— QUESTÃO 44 —

Pacientes com retocolite ulcerativa têm risco aumentado de desenvolver câncer colorretal. São fatores de maior risco para esses pacientes:

- (A) tempo de doença maior que 10 anos, presença de pancolite e displasia acentuada, identificada em biópsia aleatória da mucosa intestinal.
- (B) proctite, colangite esclerosante primária e sexo masculino.
- (C) envolvimento perianal da doença, áreas estenosantes do segmento colorretal e tratamento exclusivo pelos derivados dos salicilatos.
- (D) diagnóstico endoscópico de pseudopólipos, envolvimento de íleo terminal e tabagismo.

— QUESTÃO 45 —

Paciente de 27 anos, com história de ter sido submetido há um ano a laparotomia exploradora por suposta apendicite aguda. Entretanto, o achado intraoperatório foi de processo inflamatório envolvendo íleo terminal e ceco. Foi realizada ileocelectomia com ileostomia à MiKulicz. O exame anatomopatológico revelou processo inflamatório crônico inespecífico, com infiltrado linfo-histioplasmocitário transmural, sem granulomas. Ficou todo o período sem uso de medicações. Há cerca de dois meses, iniciou quadro de dor tipo cólica, após as refeições e perda de peso. O exame físico revela paciente em regular estado geral, desnutrido, com distensão discreta a moderada do abdome, sem sinais de irritação peritoneal. Os exames complementares para o diagnóstico mais apropriado ao caso são:

- (A) teste do hidrogênio espirado, ultrassom abdominal e hemograma.
- (B) colonoscopia, enterorressonância e dosagem de PCR.
- (C) radiografia simples do abdome, dosagem da calcitonina fecal e laparoscopia diagnóstica.
- (D) cápsula endoscópica, hemograma e VHS.

— QUESTÃO 46 —

Paciente de 63 anos, obeso, diabético, tabagista, com história de dor perianal de forte intensidade iniciada há três dias, com calafrios e endurecimento local, seguido, hoje pela manhã, de eliminação de grande quantidade de secreção purulenta, com alívio imediato da dor. O exame físico evidencia paciente taquicárdico, com palidez de extremidades e suor frio. Exame proctológico identificou extenso endurecimento em região perianal esquerda, com drenagem espontânea de pequena quantidade de secreção purulenta em pequeno orifício perianal localizado em quadrante posterolateral esquerdo (QPLE), a cerca de 3,5 cm da margem anal. Toque retal com abaulamento da parede retal em QPLE, doloroso à palpação. O ultrassom de canal anal evidencia abscesso isquiorretal à esquerda, parcialmente drenado. A conduta para esse caso é:

- (A) fistulotomia e infiltração local de antibióticos.
- (B) uso de anti-inflamatório não hormonal e analgésicos orais.
- (C) ampliação da drenagem perianal e antibioticoterapia.
- (D) uso de pomada heparinoide tópica e analgésicos.

— QUESTÃO 47 —

Nos casos de lesões neoplásicas de canal anal, observa-se o seguinte:

- (A) ocorrem mais frequentemente em mulheres jovens, sendo o carcinoma epidermoide a histologia mais comumente diagnosticada.
- (B) apresentam-se raramente com invasão esfinteriana ou enfartamento ganglionar inguinal no momento do diagnóstico quando se trata de carcinoma epidermoide.
- (C) devem ser tratadas inicialmente com amputação abdominoperineal com ou sem linfadenectomia inguinal, dependendo da existência de nodulações inguinais palpáveis.
- (D) apresentam prognóstico ruim quando se trata de melanoma, tendo os pacientes sobrevida de cinco anos, no percentual de 0 a 12% dos casos diagnosticados.

— QUESTÃO 48 —

O uso de agentes biológicos para o tratamento da doença de Crohn representou um grande avanço para o controle clínico e endoscópico dessa afecção. A respeito dessas medicações, observa-se que

- (A) o primeiro agente biológico disponível no mercado nacional foi o Infiximabe, um anticorpo totalmente humano que age neutralizando o fator de necrose tumoral livre na lâmina própria da parede intestinal e induz a apoptose de células inflamatórias.
- (B) a recidiva dos sintomas durante o período de manutenção do biológico pode ser tratada com elevação da dose do Infiximabe de 5 mg/kg para 10 mg/kg.
- (C) o uso de agentes biológicos mostrou-se ineficiente para pacientes que estavam usando imunossupressores orais, como a azatioprina.
- (D) a introdução de biológicos deve ser acompanhada de quimioprofilaxia para tuberculose, por um período de três meses.

— QUESTÃO 49 —

Paciente do sexo feminino, de 63 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma de sigmoide. A dosagem do CEA pré-operatório foi de 3,2 ng/dl. A tomografia de abdome total e a radiografia de tórax são normais. Foi submetida à retossigmoidectomia com anastomose primária, sem intercorrências. O inventário da cavidade abdominal não evidenciou a presença de doença metastática. A peça cirúrgica evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado de sigmoide, infiltrando a muscular própria da parede colônica. Foram dissecados 24 gânglios, sendo dois comprometidos. Margens cirúrgicas livres de doença. Uma conduta adequada para o caso descrito é:

- (A) fazer seguimento ambulatorial, sem necessidade de quimioterapia adjuvante.
- (B) indicar quimioterapia com regime de 5-FU + Irinotecan.
- (C) indicar quimioterapia com regime de Bevacizumab + 5-FU.
- (D) indicar quimioterapia com regime de 5-FU ou capecitabina + Leucovorin.

— QUESTÃO 50 —

Paciente do sexo masculino, de 66 anos, é atendido na emergência, vítima de acidente de trabalho, com lesão perfurocortante de abdome em região de flanco direito, e lesão perineal penetrante, ocorrida há oito horas. Sinais vitais de entrada eram frequência cardíaca de 140 bpm e pressão arterial de 70x40 mmHg, com palidez cutânea e rebaixamento do nível de consciência. Submetido a laparotomia exploradora e identificada contaminação grosseira da cavidade abdominal por conteúdo fecaloide e sanguinolento. Havia lesão cortante de cólon ascendente, na face antimesentérica, com abertura de 50% da luz intestinal e laceração de parênquima de lobo hepático direito, de cerca de 10 cm de extensão e 3 cm de profundidade. O exame perineal revelou laceração de tecidos musculares perianais, envolvendo musculatura elevadora do ânus e parede retal posterior. A conduta cirúrgica para esse caso inclui:

- (A) hepatectomia parcial e colectomia direita ampliada com anastomose primária após lavagem da cavidade abdominal com solução salina.
- (B) controle da hemorragia do trauma perineal complexo, limpeza, debridamento e tratamento dos tecidos lesados, reconhecimento e, se possível, tratamento das lesões associadas e do estoma derivativo.
- (C) rafia da lesão hepática e proctocolectomia total com ileostomia terminal e sepultamento do coto anal.
- (D) cirurgia de controle de dano com confecção de ileostomia derivativa e compressão da lesão hepática com compressas para controle da hemorragia.

— RASCUNHO —