

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2021, DE 5 DE OUTUBRO DE 2020.**

PROGRAMAS – GRUPO 005	Data e horário da prova:
Mastologia (513).	<i>Domingo, 29/11/2020, às 8h.</i>

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Para ganhar é preciso gastar.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de nenhum tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunique ao fiscal.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem podem conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

CIRURGIA GERAL**Itens de 1 a 60**

Uma paciente de 65 anos de idade mostra-se com quadro de cólica biliar. Na ecografia, observaram-se cálculos biliares e vesícula de paredes finas. Refere ter apresentado vários episódios de cólicas biliares e náuseas no último ano. Foi proposta colecistectomia. A paciente tem um IMC de 35 kg/m², tem DM tipo 1, é insulínica, tabagista ativa, cerca de 25 anos-maço, e tem doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), em uso de corticoide inalatório e broncodilatador diário. Tem tendinite patelar crônica e está usando ibuprofeno eventual. A paciente apresenta cardiopatia isquêmica, com histórico de cateterismo cardíaco há um ano, sendo realizada angioplastia com colocação de Stent. No momento, é usuária de AAS e clopidogrel diários.

Considerando esse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

1. Essa paciente tem indicação de suspender o cigarro pelo menos seis semanas antes da cirurgia.
2. Fisioterapia motora e respiratória estão contraindicadas no período pós-operatório dessa paciente.
3. Em pacientes com DPOC, espirometria + gasometria, CVF < 70% e PaCO₂ > 45 indicam risco de complicações pulmonares.
4. Em pacientes hospitalizados, a realização de procedimentos cirúrgicos é a segunda causa de insuficiência renal. Isso ocorre principalmente por causa do trauma e de alterações hemodinâmicas.
5. Em relação aos medicamentos que a paciente usa, os anti-inflamatórios não esteroides interferem na função plaquetária e devem ser suspensos de um a três dias antes do procedimento cirúrgico.
6. AAS e clopidogrel não devem ser suspensos no pré-operatório.

Um paciente de 19 anos de idade comparece a consulta por motivo de dor e de abaulamento na região inguinal à direita. Durante exame físico, percebe-se hérnia inguinal à direita, redutível. O restante do exame físico é normal. O paciente não apresenta nenhuma doença prévia, não faz uso de medicações, não fuma e nega alergias medicamentosas.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

7. Em relação à classificação da cirurgia, a técnica proposta para correção é considerada uma cirurgia limpa.
8. Quanto à antibioticoprofilaxia operatória, o paciente não tem indicação de realizá-la.
9. Tricotomia deve ser realizada no momento imediato antecedente à cirurgia.
10. Cirurgias com colocação de tela atualmente são consideradas o padrão-ouro para o tratamento dessa condição.
11. Nervos ílio-hipogástrico, ilioinguinal e ramo genital do genitofemoral são nervos da anatomia da região inguinal, que devem ser cuidados no momento da cirurgia, pois, se lesados, são responsáveis por dor crônica pós-operatória.

12. A técnica cirúrgica com colocação de tela deve ser realizada sem tensão, considerando que as próteses apresentam retração de aproximadamente 30% no período pós-operatório.
13. Retorno precoce às atividades e menor tempo de internação hospitalar são vantagens da técnica aberta, quando comparada com a videocirurgia.

Uma paciente de 42 anos de idade, com cisto sebáceo em couro cabeludo, vai ao centro cirúrgico ambulatorial para realização de exérese do cisto. A paciente é previamente hígida e já fez alguns procedimentos com a equipe da cirurgia plástica, inclusive com anestesia local, sem intercorrências nos procedimentos anteriores. A paciente negava uso contínuo de medicações ou alergias. Após antisepsia, foi realizada anestesia local com lidocaína 2% sem vasoconstritor. Após iniciada a cirurgia, a paciente passou a apresentar formigamento de língua e lábios, zumbidos, distúrbios visuais e agitação.

A respeito desse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

14. Intoxicação por anestésico local é a hipótese mais provável.
15. Em relação à cardiotoxicidade, a bupivacaína apresenta menor toxicidade, enquanto a ropivacaína apresenta a maior.
16. A paciente deve ser manejada com suporte avançado de vida, visto que convulsão e parada cardíaca ocorrerão se o tratamento não for ofertado.
17. Naloxone deve ser administrado imediatamente.
18. A dose máxima do anestésico local administrado é de 5 mg/kg.

Um paciente de 75 anos de idade com icterícia progressiva, colúria, acolia fecal, perda de peso e dor abdominal procura atendimento médico. Durante o exame físico, percebem-se icterícia ++/4+, PA = 120 mmHg x 80 mmHg, FC = 100 bpm, FR = 20 irpm e SatO₂ = 98% em ar ambiente. O abdome está globoso e o fígado, palpável e aumentado de tamanho, sem sinais de ascite. A ultrassonografia de abdome não demonstrou cálculo na vesícula biliar, e a tomografia computadorizada de tórax (TCT) evidenciou uma massa heterogênea hipocóica, com dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas. A lesão é hipodensa na fase sem contraste, com margens irregulares, realce periférico na fase arterial e progressiva, e com hipodensificação nas fases venosa e tardia.

Em relação a esse caso clínico, considerando a hipótese de colangiocarcinoma e os conhecimentos médicos correlatos julgue os itens a seguir.

19. Trata-se da neoplasia mais frequente do fígado.
20. Tem origem do epitélio dos ductos biliares intra ou extra-hepáticos.
21. Os marcadores tumorais CEA, alfafetoproteína e CA 19.9 devem ser solicitados.
22. Exames de imagem devem incluir tomografia computadorizada com contraste ou ressonância magnética de abdome, além de tomografia computadorizada de tórax, para avaliação de metástases.

23. Endoscopia digestiva alta e colonoscopia devem ser realizadas para excluir sítios primários, de possíveis metástases para o fígado.
24. De acordo com a classificação de Bismuth-Corlette de colangiocarcinoma peri-hilar, a classe IV refere-se a envolvimento do tumor apenas no ducto hepático comum, abaixo da confluência.

Um paciente de 60 anos de idade, tabagista ativo, cerca de 40 anos-maço, realiza tomografia computadorizada de tórax (TCT) para rastreamento de câncer de pulmão. O paciente é assintomático, tem histórico de cardiopatia isquêmica e é portador de angina estável, porém com estenose importante de tronco de coronária esquerda. Um episódio de infarto agudo do miocárdio prévio ocorreu há um ano, e ele é usuário de AAS e clopidogrel. Desconhece outras doenças. O paciente apresenta uma TCT com evidência de nódulo de 1,2 cm em topografia de lobo pulmonar superior direito, com linfonodos em cadeia paratraqueal direita e subcarinal de 1,2 cm e 1,5 cm, respectivamente. A ressonância magnética de crânio é normal. A tomografia computadorizada de abdome também. A espirometria evidencia um volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) > 1,7 L e capacidade de difusão do monóxido de carbono (DLCO) > 70%. Foi proposta a mediastinoscopia cervical para estadiamento invasivo do mediastino.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

25. O rastreamento do câncer de pulmão é realizado com tomografia computadorizada sem contraste, de baixa dosagem, nos pacientes do grupo de risco.
26. O paciente tem indicação de estadiamento invasivo da função cardiológica pré-operatória com cateterismo cardíaco.
27. AAS e clopidogrel devem ser suspensos 15 dias antes do procedimento cirúrgico proposto.
28. Caso a mediastinoscopia cervical seja negativa, esse paciente deve ser submetido à segmentectomia regrada, pois a função pulmonar não permite lobectomia.
29. Pneumonectomia é uma cirurgia que requer, em relação à capacidade pulmonar, VEF1 acima de 2 litros e DLCO acima de 60%.
30. Em virtude do infarto prévio, o paciente não tem indicação de cirurgia desse ano.

Um paciente de 23 anos de idade realizou apendicectomia videolaparoscópica. No primeiro dia de pós-operatório, apresentou taquicardia e febrícula (T_{ax} 37,7 °C). Ao exame físico, manifestou leve dor à palpação abdominal, ferida operatória limpa com bom aspecto, sem sinais flogísticos. Não há de defesa peritoneal e o hemograma indicou leve leucocitose, sem desvio, e proteína C reativa pouco elevada.

A respeito desse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

31. A fase da cicatrização em que esse paciente se encontra é a maturação.
32. A cicatrização da ferida está sendo por primeira intenção.

33. Nessa fase, as primeiras células a chegarem à lesão são os neutrófilos e os macrófagos.
34. Na fase proliferativa da cicatrização, ocorrem angiogênese, fibroplasia e epitelização.
35. Os macrófagos são as células verdadeiramente essenciais no fechamento de feridas, controlam a liberação de citocinas e estimulam a evolução do processo de cicatrização.

Certo paciente de 7 anos de idade é levado a consulta em razão de massa abdominal palpável, que não atravessa a linha média abdominal. Relata ter percebido a lesão endurecida há seis meses, antes assintomática, agora com dor abdominal, mal-estar e hematúria macroscópica. Ao exame físico, identificou-se a referida lesão e, além disso, percebe-se hipertensão arterial sistêmica (PA = 160 mmHg x 110 mmHg), sem outras anormalidades.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

36. A fisiologia da hipertensão arterial desse paciente deve-se ao aumento da atividade da renina e está presente em até 25% dos casos no momento do diagnóstico de nefroblastoma.
37. Trata-se de tumor originado a partir de tecidos embrionários do rim e contém três elementos básicos: blastoma, epitélio e elastoma.
38. Aniridia, hemi-hipertrofia e anormalidades genitourinárias podem estar presentes e são associadas a essa condição.
39. Trata-se da neoplasia sólida abdominal mais comum da infância.
40. É uma doença cuja taxa de diagnósticos ocorre principalmente antes dos 6 meses de vida e após os 10 anos de idade.
41. O paciente tem indicação de tomografia computadorizada de abdome.

Um paciente de 40 anos de idade é vítima de acidente automobilístico, sofrendo politrauma grave. É levado pelo serviço de ambulância da região e, na chegada, a via aérea está aparentemente obstruída por sangue e dentes fraturados. O paciente está tossindo e não conversa, e tem respiração assimétrica e ferimento perfurante no hemitórax à direita, em que o murmúrio está abolido. Verificam-se FR = 30 irpm, SatO₂ = 89% com O₂ óculos nasal a 3l/min, extremidades frias, com tempo de enchimento capilar lentificado, PA = 80 mmHg x 40 mmHg, FC = 125 bpm, quadril estável e sem evidência de fraturas. Com Glasgow 6, o paciente aparenta pupilas isocóricas e fotorreagentes, diversas escoriações por todo o corpo, fratura exposta na perna à direita e sinais de fratura de mandíbula.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

42. A fratura deve ser corrigida imediatamente, pois é a causa do choque hemorrágico.
43. Cricotireoidostomia cirúrgica deve ser indicada.
44. A toracocentese de alívio, no quinto espaço intercostal do hemitórax direito, deve ser realizada antes da drenagem cirúrgica imediata.

45. Tão logo se resolva a parte torácica e ventilatória, o paciente tem indicação de ressuscitação volêmica.
46. Tomografias computadorizadas de membro inferior direito, de crânio, de tórax e de abdome com contraste EV devem ser realizadas imediatamente.
47. O paciente tem indicação de toracotomia de emergência.

Um paciente de 59 anos de idade, com histórico de osteocondromatose, revelou um osteossarcoma de partes moles em coxa à direita. Foi proposto tratamento cirúrgico. O paciente referiu ser alérgico a camarão e a tomate, sem outras alergias alimentares. Durante procedimento cirúrgico de exérese do tumor, que foi realizado sob anestesia geral e ventilação mecânica com tubo simples, o paciente apresentou ausência de pulsos periféricos e centrais, redução nos valores da capnografia e ausência de marcação de saturação de oxigênio no monitor, que antes se apresentava normal. Ao parar a cirurgia para verificar a situação, identificou-se que o paciente sofreu queda importante de pressão arterial média invasiva, que passou a ser de 30 mmHg, redução importante da curva de capnografia, alteração da pele e edema de pele e face. A hipótese foi anafilaxia transoperatória.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

48. A anafilaxia continua sendo uma das causas potenciais de morte perioperatória, pois geralmente não é prevista e evolui rapidamente para uma situação ameaçadora da vida.
49. O aumento da permeabilidade vascular em 35% nos primeiros 10 minutos e a resposta compensatória intrínseca com catecolaminas endógenas influenciam as manifestações clínicas.
50. O paciente tem indicação de adrenalina.
51. A segunda linha de tratamento para o paciente é o uso de corticosteroides.

Uma mulher de 57 anos de idade apresenta quadro de dor abdominal em faixa no abdome superior, de forte intensidade, com piora há dois dias, associada a quadro de acolia. Refere que a dor piora ao se alimentar e informa alguns episódios de vômitos. Nega outras queixas. É obesa (IMC = 31 kg/m²), hipertensa, diabética, dislipidêmica e vasculopata. Durante exame físico, observam-se sinais vitais estáveis, dor intensa à palpação difusa do abdome, sem sinais de irritação peritoneal. Os exames laboratoriais apresentaram amilase e lipase acima de três vezes o valor de normal, hemograma com discreta leucocitose e 2% bastões, sem anemia, função renal normal e hiperglicemia. A hipótese é de que se trate de uma pancreatite aguda.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

52. A maior elevação da lipase e da amilase indica o pior prognóstico na pancreatite aguda.
53. A paciente tem indicação de pancreatectomia parcial para tratamento da causa.
54. Pseudocisto pancreático é uma possível complicação precoce nesse caso, ocorrendo seu pico de incidência na segunda semana após o quadro infeccioso.
55. É de provável etiologia biliar a moléstia dessa paciente.
56. A paciente tem indicação de tomografia computadorizada de abdome total.

Uma paciente de 32 anos de idade passou a sentir dor epigástrica em queimação, associada às alimentações. Refere, ainda, disfagia e odinofagia. Nega outras doenças. O exame físico mostrou-se sem alterações. Em virtude do quadro de dor torácica, foi indicada endoscopia digestiva alta. Na endoscopia, a paciente apresentava uma ou mais erosões de até 5 mm, sem massas ou lesões suspeitas para neoplasia.

A respeito desse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

57. O exame pHmetria de 24 horas é o padrão-ouro para o diagnóstico dessa condição.
58. A endoscopia dessa paciente apresenta a classificação endoscópica de Los Angeles grau C.
59. Esofagite de refluxo é uma complicação possível desse caso.
60. Mecanismos de reflexo vagal esofagobrônquico e episódios de microaspiração de conteúdo ácido podem predispor os pacientes acometidos por essa doença a terem crise de asma.

Área livre

OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA**Itens de 61 a 120**

Certa paciente de 54 anos de idade apresentava queixa de inversão mamilar há dois meses, quando procurou um ginecologista. Realizou exame clínico no qual se observou retração mamilar em quadrante superolateral esquerdo, sem nodulações palpáveis. Fez mamografia com microcalcificações pleomórficas agrupadas em quadrante superolateral esquerdo (BIRADS 4). Executou-se, então, uma cirurgia conservadora, e a peça foi submetida a análise imuno-histoquímica. Verificaram-se receptor progesterona positivo, CERB2 negativo e receptor de estrogênio positivo com Ki67 70%.

Acerca desse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

61. A classificação molecular do tumor apresentado é luminal B.
62. No momento da mamografia, a paciente deveria ter sido submetida a agulhamento com margem de segurança para diagnóstico e tratamento de provável neoplasia de mama.
63. A técnica de agulhamento assemelha-se à técnica de mamotomia e possui como diferença o uso de clipe para detecção do local alterado para retirada com margem.
64. O rastreio de mamografia, segundo o Ministério da Saúde, deve ter início aos 50 anos de idade, bianualmente, exceto nos casos de câncer de mama em parentes de primeiro grau, em que o rastreio se inicia 10 anos antes do diagnóstico do parente.
65. A mamografia é rotineiramente realizada a partir de duas incidências principais: craniocaudal e oblíqua externa. Não é necessário que haja inclusão do prolongamento axilar na imagem, que pode agir como fator de confusão na interpretação do exame por superposição de imagens glandulares.
66. Na ultrassonografia mamária, uma imagem nodular de 1,5 cm, elipsoide, com relação altura/largura de 0,6 e ausência de sombra acústica posterior sugere diagnóstico de malignidade.
67. A presença de massa nodular, firme e irregular na mama, associada a retração cutânea, nem sempre corresponderá a diagnóstico de malignidade, podendo ser realizado diagnóstico diferencial, por exemplo, com caso de esteatonecrose secundário a trauma ou procedimento cirúrgico mamário prévio.

Considere uma paciente com quadro de dor pélvica de início há três dias, associado a febre de 39 °C, disporeunia e secreção esbranquiçada sem odor. Ao exame físico, ela apresentou-se em BEG/REG; corada; hidratada; anictérica; acianótica; febril (39 °C); RCR a 2T; BNF, sem sopros; FC = 121 bpm; PA = 90 mmHg x 60 mmHg; MV presente bilateralmente, sem ruídos adventícios; eupneica; FR = 18 irpm; e SatO₂ = 97%. Demonstrou abdome doloroso à palpação em fossa ilíaca direita; descompressão brusca positiva com defesa positiva; especular secreção esbranquiçada em fundo de saco posterior sem odor; colo sem alterações; toque doloroso à mobilização uterina, com massa palpável em anexo direito. Realizou-se ultrassonografia que evidenciou massa anexial direita de 5 cm, com pequena quantidade de líquido livre na pelve.

A respeito desse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

68. Trata-se de doença inflamatória pélvica (DIP) grau III (abscesso tubo-ovariano íntegro), com indicação de tratamento hospitalar com antibioticoterapia endovenosa de clindamicina 900 mg, IV, três vezes ao dia, associada a gentamicina, IV, dose de ataque 2 mg/kg e dose de manutenção 3 mg - 5 mg/kg/dia.
69. A indicação cirúrgica deve ser sempre realizada independentemente da evolução clínica da paciente e da resposta ao tratamento com antibiótico endovenoso, por se tratar de abscesso.
70. Os sinais clínicos maiores de DIP são dor no hipogástrio, dor à mobilização anexial e dor à mobilização uterina. Os sinais menores são febre, leucocitose com desvio, leucorreia e proteína C reativa alta. Os sinais elaborados são massa sugestiva de abscesso tubo-ovariano em ultrassonografia, anatomopatológico de endometrite e (ou) sinais videolaparoscópicos de DIP.
71. A primeira escolha para o tratamento de DIP, segundo o protocolo do Ministério da Saúde, em regime ambulatorial, é ceftriaxona 500 mg, IM, dose única, acrescido de doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, duas vezes ao dia, por 14 dias, e metronidazol 250 mg, dois comprimidos, VO, duas vezes ao dia, por 14 dias.
72. As bactérias mais relacionadas à DIP são *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e *Mycoplasma genitalium*.
73. A ausência de resposta clínica após 72 horas de introdução de antibioticoterapia oral em regime ambulatorial deve ser manejada com alteração do esquema antibiótico e seguimento ambulatorial, com novo retorno em 72 horas para reavaliação.
74. As pacientes que fazem uso de dispositivo intrauterino (DIU CuT380 ou SIU-LNG) sempre apresentarão indicação para removê-lo quando do diagnóstico de DIP, o que deverá ser programado para após as duas primeiras doses do esquema terapêutico instituído.
75. São complicações tardias frequentes observadas no seguimento de pacientes com DIP: infertilidade, gravidez ectópica, dor pélvica crônica, endometriose e câncer de endométrio.

Área livre

Uma paciente de 26 anos de idade, sexarca aos 14 anos, deu entrada no posto de saúde com desejo de realização de citologia oncológica cervicovaginal. Estava assintomática e foi examinada. Ao exame físico, apresentou-se em BEG; corada; hidratada; anictérica; acianótica; afebril; RCR a 2T; BNF, sem sopros; FC = 80 bpm; PA = 120 mmHg x 80 mmHg; MV presente bilateralmente, sem ruídos adventícios; eupneica; FR = 18 irpm; e SatO₂ = 97%. Manifestou abdome indolor à palpação; descompressão brusca negativa com defesa negativa; especular secreção fisiológica, sem odor, sem prurido; colo com mácula rubra presente, não sangrante; toque móvel, fibroelástico, indolor à mobilização uterina, grosso, posterior, nasal. O resultado da citologia foi recebido após 30 dias, indicando epitélio escamoso e glandular representado na amostra, lesão intraepitelial cervical de baixo grau (LSIL - antigo NIC1).

Com base nas diretrizes do Ministério da Saúde, no caso clínico descrito e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

76. O seguimento do NIC 1 deve ser realizado em seis meses, sem necessidade de realização de colposcopia.
77. O exame de captura híbrida (ou painel de hibridização celular *in situ*) deve ser colhido para orientar conduta frente à citologia alterada.
78. O câncer de colo uterino é a terceira maior causa de câncer em mulheres e está intimamente ligado às infecções do papiloma vírus humano (HPV).
79. Caso a paciente apresente uma lesão progressiva de alto grau, a conduta seguinte será a realização de colposcopia com biópsia e, se confirmado o diagnóstico de histopatologia de alto grau (NIC2/3), indica-se histerectomia simples.
80. Se a paciente apresentasse invasão estromal, na biópsia, de menos de 3 mm de profundidade, o estadiamento seria 1A1, e a conduta inicial seria de realização de conização clássica ou cirurgia de alta frequência (CAF).
81. O câncer de colo uterino invasor, em seus estágios mais avançados, leva majoritariamente à compressão ureteral com posterior insuficiência renal pós-renal, que é a causa de óbito em grande parte das pacientes que atingem esses estágios.
82. Os sítios de metástase hematogênica mais comum para a neoplasia maligna do colo uterino são o pulmão, os ossos, o fígado e o cérebro, e a disseminação local ocorre predominantemente para a bexiga e a vagina.

Certa paciente de 37 anos de idade apresenta histórico de perda urinária aos esforços após seu último parto há quatro anos. Ela encontra-se sem comorbidades, sem dificuldade de esvaziamento vesical, mas com queixa de bola na vagina. Ao exame clínico, constata-se sinais vitais preservados.

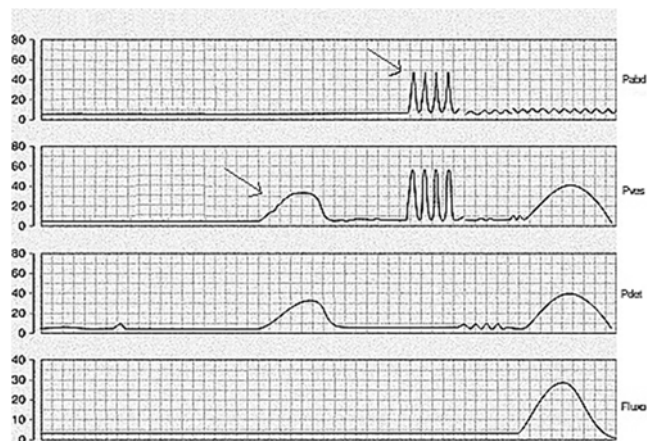
POP-Q

Aa +3 | Ba +6 | C -5

gh 3 | pb 3 | CVT 7

Ap -2 | Bp -2 | D -8

A paciente foi tratada com oxibutina 5 mg/dia por um mês, com resposta discreta à incontinência urinária.



VLPP de 54cmH₂O

(Figura ampliada na página 9)

Realizou-se, também, o estudo urodinâmico apresentado.

No que se refere a esse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

83. Trata-se de prolapso de parede vaginal anterior grau 3, também denominada cistocele, com necessidade de tratamento cirúrgico em razão do quadro de incontinência associado a prolapso.
84. O estudo urodinâmico sugere hiperatividade detrusora, com necessidade de tratamento medicamentoso de tolterodina 2 mg/dia como droga de primeira escolha, sem nenhuma avaliação prévia.
85. A cirurgia de Burch consiste na colposuspensão vesical no ligamento de Cooper, de forma a retornar a bexiga ao seu estado anatômico.
86. As cirurgias de Sling (telas sintéticas de polipropileno em sua grande maioria) podem ser realizadas nos quadros de defeito esfíncteriano (pressão de perda acima de 90 cmH₂O) e podem ser executadas de duas formas principais: retropúbica ou transobturatória.
87. A fisioterapia do assoalho pélvico é indicada como terapêutica única nesse caso, por se tratar de defeito esfíncteriano, ao invés da indicação do *sling* de uretra média.
88. O tratamento com anticolinérgico deve ser a primeira opção ao se tratar de bexiga hiperativa, como no caso descrito, pois o diagnóstico dessa doença é realizado por meio do estudo urodinâmico.
89. A mirabegrona (anticolinérgico de quinta geração) pode ser utilizada como primeira linha de tratamento da bexiga hiperativa e possui, como contraindicação, a hipertensão arterial sistêmica não controlada.

Área livre

Considere uma paciente de 62 anos de idade, G3P2C0A1, com menopausa há 10 anos (nega uso de terapia de reposição hormonal), portadora de hipertensão arterial sistêmica bem controlada, em uso de losartana 50 mg/dia, e dislipidemia, em uso de sinvastatina 20 mg/dia, sem outras comorbidades diagnosticadas. Ela comparece à consulta com ginecologista queixando-se de prurido vulvar de longa data, iniciado há um ano e meio. Relata disúria frequente e dor à defecação nos últimos meses. Sem outras queixas no momento, nega sangramentos anormais ou corrimentos de caráter patológico.

Ao exame, a paciente mostra-se em bom estado geral; normocorada; hidratada; PA = 130 mmHg x 80 mmHg; FC = 80 bpm; e SatO₂ = 97% em ar ambiente. Os exames dos aparelhos respiratório e cardiovascular e o abdome não apresentam alterações significativas. À inspeção vulvar, são observadas placas brancas peroladas, com pele adelgada e discretas escoriações por coçadura, envolvendo a vulva e o ânus, com padrão em “8”. Também se evidenciam apagamento completo de pequenos lábios e encarceramento de clitóris.

Tendo em vista esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

90. A principal hipótese diagnóstica para o caso descrito é de líquen plano erosivo.
91. O padrão atual para o tratamento da afecção apresentada nesse caso é a utilização de corticoides tópicos de alta potência, e uma das principais escolhas é o propionato de clobetasol a 0,05%.
92. A biópsia está indicada nos casos de dúvida diagnóstica ou suspeita da presença de malignidade. No caso da principal hipótese em questão, o estudo histopatológico apresentaria epiderme tipicamente adelgada e retraída, com ou sem hiperqueratose, associada a edema e depósito de fibrina abaixo do epitélio, além de infiltrado inflamatório linfocítico na derme ou ao longo da junção dermoepidérmica.
93. A neoplasia intraepitelial vulvar (NIV) mais associada à patologia do caso clínico descrito é a forma HPV-induzida, em geral com apresentação multicêntrica, e envolvimento cervical e perianal em até 50% dos casos.

Com base nos conhecimentos médicos, julgue os itens a seguir.

94. Durante a cirurgia de histerectomia, a artéria uterina, ao ser ligada, apresenta íntima ligação com o ureter, principalmente ao nível dos paramétrios. Dessa forma, a ligadura deve ser realizada o mais lateral e perpendicular possível em relação ao eixo das artérias.
95. O músculo elevador do ânus forma o triângulo urogenital do assoalho pélvico e é constituído pelos músculos puborretal, ileococcígeo e isquiococcígeo.
96. As malformações uterinas mais comuns são o útero septado, arqueado, unicorno, bicornio e didelfo. Decorre do defeito de fusão dos ductos paramesonéfricos lateralmente.
97. Na paciente com hiperprolactinemia acima de 200 ng/mL, o quadro clínico de amenorreia secundária faz-se presente, com necessidade de rastreamento de tumores hipofisários. O tratamento proposto é de uso de cabergolina 0,5 mg semanal, dosando prolactina a cada 30 dias para ajuste da dose.

98. As fistulas urogenitais são complicações pós-operatórias comuns. O tempo de correção das fistulas deve ser prioritariamente deixado em segundo momento, mesmo que seja observada a lesão no intraoperatório.
99. No estadiamento do câncer do colo uterino, a classificação IIB corresponde à identificação de acometimento parametrial e define conduta cirúrgica para tratamento com procedimento de Wertheim-Meigs.
100. A ovulação ocorre, em média, 36 horas após o pico de FSH, uma vez que essa gonadotrofina possui papel na produção de substâncias proteolíticas e prostaglandinas, as quais atuarão, respectivamente, na digestão da parede folicular e na contração da musculatura lisa que circunda o folículo.
101. As pacientes com síndrome da anovulação crônica hiperandrogênica, sem desejo reprodutivo no momento e com queixa de irregularidade menstrual, beneficiam-se, quando elegível, do uso de anticoncepcionais orais combinados com atividade antiandrogênica, como, por exemplo, as formulações contendo etinilestradiol associado a levonorgestrel ou noretisterona.
102. Em caso de paciente submetida a mastectomia radical que apresente parestesia de face interna do braço ipsilateral, deve-se pensar em lesão no nervo torácico longo.
103. Pacientes apresentando quadro de dor pélvica crônica, associado a dismenorreia progressiva e alterações do hábito intestinal durante o período menstrual, devem ser investigadas quanto à presença de focos de endometriose profunda.
104. O implante subdérmico de etonogestrel é um tipo de contracepção reversível de longa duração, apresentando, como contraindicações absolutas, gestação e história atual de câncer de mama e, como contraindicações relativas, tumores dependentes de progesterona, sangramento vaginal não diagnosticado e presença ou histórico de doença hepática grave com função hepática alterada.
105. Imagem ovariana a ultrassonografia pélvica transvaginal compreendendo tumor multilocular regular com 7,0 cm de diâmetro e apresentando projeção sólida de 5 mm, bem como sombra acústica posterior, é sugestiva de malignidade e deve ser manejada com solicitação de marcadores tumorais e programação cirúrgica.

Área livre

Uma gestante gemelar monocoriônica diamniótica de 32 semanas e 2 dias, em seguimento pré-natal regular, sem intercorrências até a presente data, realizou US obstétrico com Doppler, demonstrando os seguintes resultados: feto 1 pélvico, dorso à esquerda, peso = 1.850 g (p41), índice de pulsatilidade da artéria umbilical (IP umb) = 0,9 (p38), índice de pulsatilidade da artéria cerebral média (IP ACM) = 1,8 (p30), relação cerebroplacentário no percentil p37, e líquido normal, com maior bolsão vertical = 1,2 cm; e feto 2 cefálico, dorso à direita, peso = 1.980 g (p67), IP umb = 0,75 (p21), IP ACM = 1,6 (p15), e líquido normal, com maior bolsão vertical = 4,5 cm.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

106. A gestação gemelar monozigótica obrigatoriamente será monocoriônica.
107. A corionicidade deve ser definida antes das 14 semanas, no primeiro trimestre, por meio dos sinais ultrassonográficos, como o sinal do Lambda nas gestações monocoriônicas.
108. Nas gestações monocoriônicas, a avaliação ultrassonográfica deve incluir avaliação de líquido amniótico, Doppler de artérias umbilicais, cerebrais médias, ducto venoso e pico de velocidade de artéria cerebral média.
109. Segundo recomendação da *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), gestações monocoriônicas e diamnióticas, como no caso descrito, devem ser interrompidas com 36 semanas. As gestações gemelares dicoriônicas e diamnióticas devem ser interrompidas com 38 semanas, e as gestações monocoriônicas e monoamnióticas devem ser interrompidas com 34 semanas.

Certa gestante de 25 anos de idade, com idade gestacional de 12 semanas, iniciou pré-natal de risco habitual em que foram solicitados os seguintes exames: toxoplasmose IgM e IgG positivos; rubéola IgM negativo e IgG negativo; CMV IgM negativo e IgG positivo; HIV negativo; HTLV negativo; HBSAG negativo; anti-HBS negativo; HCV negativo; sífilis negativo; tipagem sanguínea = A negativo; Coombs indireto positivo sem titulação; hemograma com hemoglobina de 10,4; hematócrito de 31; plaquetas de 140 mil; leucócitos de 13.120; sem desvio; ferritina = 50; vitamina D = 15.

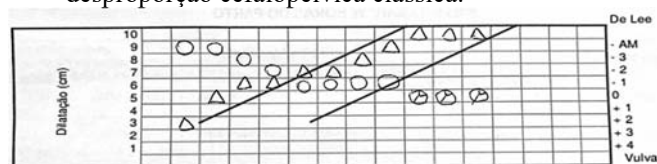
Com relação a esse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

110. Trata-se de toxoplasmose aguda na gestação e deve-se iniciar tratamento fetal com sulfadiazina + pirimetamina após cordocentese para diagnóstico de infecção congênita.
111. Para diagnóstico de toxoplasmose congênita, sugere-se a realização de teste de avididade de IgG para toxoplasmose, antes das 16 semanas, para diagnóstico e início imediato de tratamento com espiramicina, antes mesmo do resultado de avididade. Caso apresente avididade abaixo de 30%, deve-se indicar amniocentese para avaliação de infecção fetal.
112. A paciente pode apresentar diagnóstico associado de citomegalovirose que, normalmente, é assintomática na gestante, porém está relacionado a malformações fetais, principalmente de sistema nervoso.

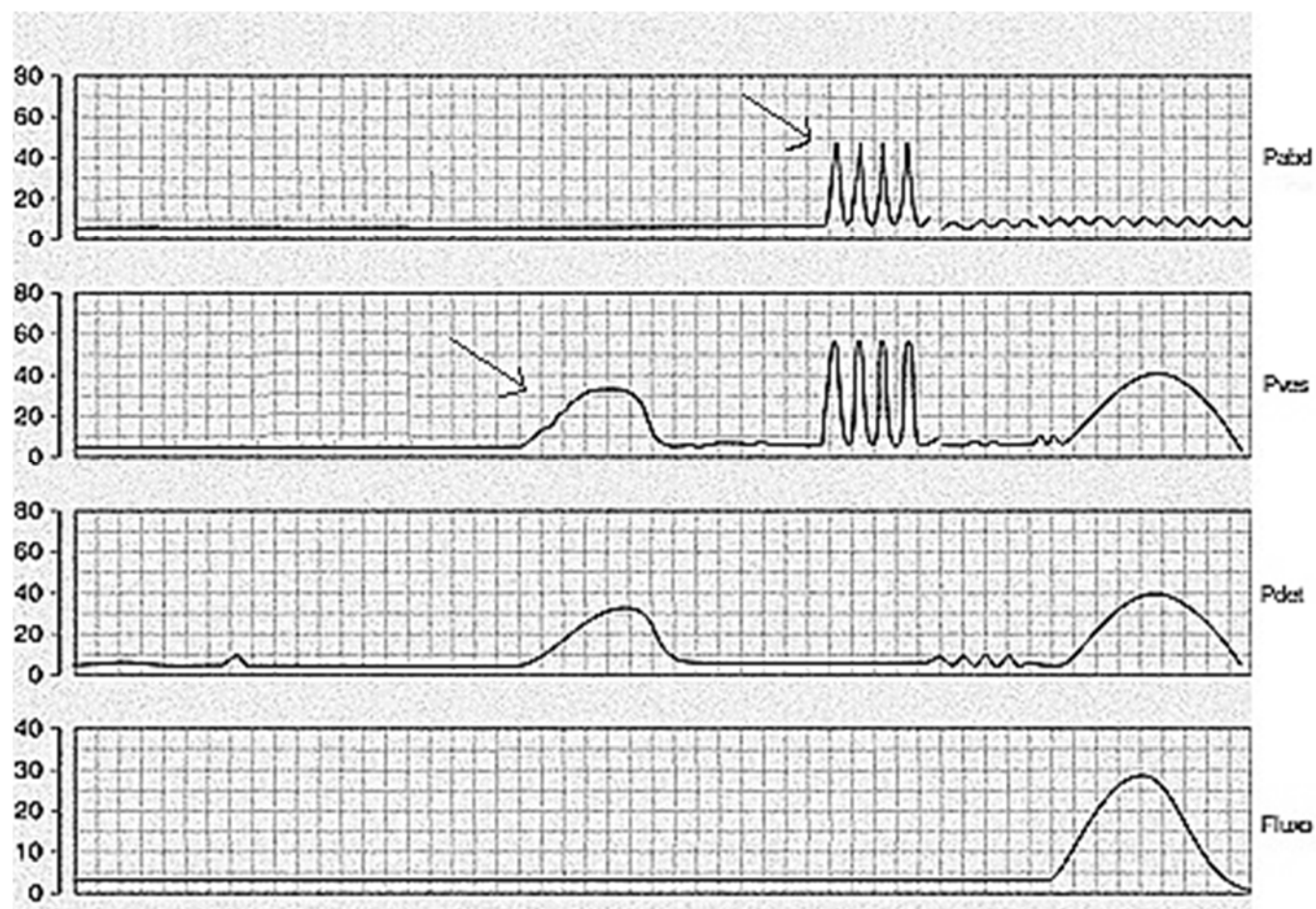
113. A paciente deverá ser vacinada imediatamente para hepatite B, rubéola, hepatite C, além de DTPa, com 21 semanas em razão do risco de coqueluche puerperal.
114. A paciente apresenta Coombs indireto positivo, o que fecha o diagnóstico de isoimunização fetal com necessidade de realização de abortamento legal em razão do risco materno de sangramento excessivo e isoimunização que propicia doenças autoimunes, tais como lúpus eritematoso sistêmico.

Com base nos conhecimentos médicos, julgue os itens a seguir.

115. No protocolo de hemorragia pós-parto, são considerados, como parâmetros a serem observados, tônus uterino, presença de tecido placentário, alterações de coagulação e lacerações de trajeto. Nesses casos, a causa mais comum de sangramento são as alterações de coagulação.
116. A cardiotocografia é um exame de avaliação de vitalidade fetal com alta especificidade e alta sensibilidade, para detecção da vitalidade fetal, principalmente nos casos de diabetes gestacional.
117. Acerca das fases clínicas do trabalho de parto, elas são divididas em dilatação, expulsão, dequitação e primeira hora pós-parto. Em relação ao mecanismo do parto, esse divide-se em insinuação, descida, rotação interna, desprendimento cefálico, rotação externa e desprendimento das espáduas.
118. As lacerações perineais pós-parto são classificadas em quatro, que são: a laceração de primeiro grau, atingindo somente a mucosa; a laceração de segundo grau, acometendo a musculatura perineal superficial; a laceração de terceiro grau, atingindo o músculo elevador do ânus; e a laceração de quarto grau, acometendo a mucosa retal.
119. Em uma variedade de posição direita anterior persistente, uma das opções é a utilização do fórceps rotacional ou do fórceps de Piper.
120. O diagnóstico do partograma a seguir é de desproporção cefalopélvica clássica.



Área livre



VLPP de 54cmH2O

Figura ampliada para responder aos itens de 83 a 89.