



1. Todos são tempos cirúrgicos do By pass gástrico em Y de Roux, para cirurgia bariátrica, **EXCETO**:
  - a) confecção do Pouth gástrico.
  - b) seleção da alça de jejuno a 60 ou 100 cm do ângulo de Treitz.
  - c) ressecção de 80 por cento do estômago.
  - d) anastomose gastrojejunal calibrada por sonda de Fouchet.
  - e) desvio intestinal do trânsito de absorção alimentar de pelo menos 1,5 metros.
  
2. Marcadores inflamatórios de inflamação sistêmica que prognosticam várias doenças, como a Pancreatite:
  - a) TNF Alfa e Interferon Gama
  - b) Interleucina 10 e VHS
  - c) Interleucina 6 e PCR
  - d) NF Kappa Beta e PCR
  - e) TNF Beta e Interleucina 17
  
3. Todas as condições abaixo citadas são medidas de prevenção contra o câncer de mama, **EXCETO**:
  - a) práticas de atividade física, evitando assim o sedentarismo.
  - b) práticas de alimentação saudável, favorecendo os produtos orgânicos em vez dos industrializados.
  - c) evitar o tabagismo e o uso de álcool e drogas.
  - d) combater o estresse e dormir pelo menos oito horas por dia.
  - e) realização de mamografia anual após os 35 anos de idade.
  
4. Paciente de 30 anos evolui com icterícia no pós-operatório imediato de uma colecistectomia eletiva. Como suspeição diagnóstica mais provável tem-se:
  - a) hepatite infecciosa
  - b) cálculo biliar primário da via biliar principal.
  - c) calculose intra-hepática.
  - d) lesão iatrogênica da via biliar principal.
  - e) Doença de Caroli.
  
5. Na classificação de Nyhus, a hérnia tipo IIIa é:
  - a) Hérnia Inguinal indireta com anel profundo alargado e assoalho íntegro
  - b) Hérnia Inguinal indireta com anel profundo alargado e assoalho destruído
  - c) Hérnia crural
  - d) Hérnia inguinal direta
  - e) Hérnia recidivada
  
6. Paciente, 65 anos, há 6 meses com queixas de epigastralgia, plenitude pós-prandial, náuseas, perda ponderal de 15Kg. Foi submetido a Endoscopia Digestiva Alta na qual revelou lesão úlcero-infiltrativa de 3cm no fundo gástrico. A biópsia mostrou um Adenocarcinoma. Realizou os exames de estadiamento sem evidências de metástases. Segundo a Classificação de Bormann, o tipo desta lesão é:
  - a) Tipo I
  - b) Tipo II
  - c) Tipo III
  - d) Tipo IV
  - e) Tipo V
  
7. Com relação ao paciente acima. O melhor procedimento cirúrgico a ser realizado neste caso é:
  - a) Gastrectomia Subtotal com linfadenectomia D2.
  - b) Gastrectomia Total com linfadenectomia D2.
  - c) Gastrectomia Subtotal com linfadenectomia D1.
  - d) Gastrectomia Total com linfadenectomia D1.
  - e) Gastroenteroanastomose paliativa.
  
8. O tumor maligno encontrado com maior frequência na glândula tireoide é do tipo:
  - a) Papilífero
  - b) Folicular
  - c) Medular
  - d) Anaplásico
  - e) Carcinoma de células de Hürthle
  
9. Com relação ao Câncer de Colo Uterino é **INCORRETO** afirmar que:
  - a) é a mais frequente neoplasia genital feminina em países desenvolvidos.
  - b) o Carcinoma de células escamosas representa 85-90%
  - c) pacientes com estadio Ib1 devem ser submetidas a cirurgia de Wertheim-Meigs.
  - d) pacientes com estadio IIB devem ser submetidas a Radioterapia associada a Quimioterapia.
  - e) a infecção pelo HPV é um dos principais fatores de risco para o câncer de colo uterino.

Observe o caso clínico abaixo para responder à questão 10

Uma senhora de 90 anos dá entrada em um setor de urgência de Hospital público com poucos recursos, com queixa de dor abdominal há três dias, principalmente em hipocôndrio esquerdo, piora progressiva, queda do estado geral e a família procurou atendimento pois a idosa começou também a apresentar febre. Nega comorbidades, refere apenas constipação crônica. No exame físico apresentava, dor em hipocôndrio esquerdo com descompressão brusca positiva, febril ao toque, fc 120 bpm e PA: 100 x 60 mm Hg. Realizou rotina radiológica de abdome agudo. Com a imagem abaixo:



FONTE: ACERVO PESSOAL DA AUTORA

10. Sobre o caso clínico acima, é correto afirmar que:

- a) a paciente deve ser orientada a iniciar antibioticoterapia via oral com ciprofloxacina e pode receber alta da unidade de emergência.
- b) deve-se complementar o estudo de imagem com Tomografia de Abdome para melhor elucidação do quadro e conduta.
- c) provável diagnóstico de tumor colorretal, devendo a paciente ser encaminhada ao serviço de oncologia para Terapia Neoadjuvante e posterior cirurgia.
- d) o raio X mostra Pneumonia de base esquerda, devendo o médico plantonista entrar com antibiótico e alta com orientações de retorno caso a febre não melhore.
- e) trata-se de abdome agudo perfurativo com indicação de Laparotomia.

11. Paciente de 69 anos, durante check up descobriu um nódulo em corpo do pâncreas e leva no seu consultório para orientação. A melhor orientação, nesse caso, é:

- a) o marcador tumoral mais utilizado neste caso é o CA-19-9 e níveis acima de 10 indicam irressecabilidade.
- b) o marcador tumoral CEA tem papel fundamental no prognóstico
- c) nesse caso, está indicado Pet scan, Punção aspirativa por agulha fina por ecoendoscopia com citologia oncológica e pesquisa de mutação do k-ras.
- d) icterícia, esteatorréia, dor e perda de peso são sintomas precoces dos tumores de corpo de pâncreas.
- e) a sobrevida em 5 anos dos tumores de corpo de pâncreas de natureza maligna após cirurgia com intenção curativa gira em torno de 40 a 60 %.

12. Uma das complicações tardias mais frequentes da cirurgia bariátrica é a ocorrência da litíase biliar, sobre esta situação, é correto afirmar que:

- a) o by-pass dificulta o tratamento da coledocolitíase, portanto, na presença de colelitíase no pré operatório, a colecistectomia é sempre indicada no mesmo procedimento.
- b) colelitíase acomete 30 % da população geral e 60 % dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.
- c) acontece, pois sempre há lesão do ramo hepático do nervo vago.
- d) o efeito litogênico é maior no sleeve gástrico do que no Scopinaro e duodenal switch.
- e) acontece pois após a cirurgia a colecistoquinina está aumentada.

13. Uma paciente de 40 anos, branca, com queixa de disfagia para sólidos há 7 anos, sensação de parada do alimento em fúrcula esternal. Sem perda ponderal significativa, sem sintomas de refluxo, sem história de contato com triatomídeos. Ela leva ao seu consultório um raio-x de tórax com ectasia de croça de aorta, esofagograma com estenose de esôfago cervical sugerindo compressão extrínseca e endoscopia com estenose esofágica a 25 cm da arcada dentária com característica de compressão extrínseca e que era pulsátil. A aortografia confirmou se tratar da principal anomalia do arco aórtico, neste caso, que é:

- a) Artéria lusória
- b) Artéria carótida comum anômala
- c) Artéria carótida direita anômala
- d) Artéria carótida esquerda anômala
- e) Aneurisma de carótida direita

- 14.** Mulher de 30 anos, casada há 5 anos procura ginecologista especialista em reprodução humana por queixa de não conseguir engravidar mesmo sem uso de métodos contraceptivos desde o casamento. Refere cólicas menstruais intensas, sangramento menstrual volumoso, dores abdominais intensas inclusive com diarreia durante esse período. Refere ter preventivos de colo uterino anuais normais e ultrassom transvaginal feito fora do período menstrual normal. Sobre este caso, é correto afirmar que:
- a** em caso de endometriose ovariana, não melhora o prognóstico a retirada cirúrgica dos focos.
  - b** a paciente não tem indicação de histeroscopia ou histerosalpingografia.
  - c** deve ser realizado ressonância magnética de pelve em período menstrual pensando no diagnóstico de endometriose, associar ao marcador CA 125.
  - d** O principal marcador a ser solicitado é o CA 19-9.
  - e** não se deve realizar laparoscopia em casos de suspeita de endometriose.
- 15.** Mulher de 25 anos procura atendimento em urgência devido quadro de dor e sangramento por via retal há uma semana, com piora progressiva da dor há um dia. No exame físico apresenta à inspeção presença de botão hemorroidário externo com sinais de trombose, não redutível à manobra digital, toque retal impossível de ser realizado devido dor intensa e percebeu-se sangramento ativo anal tipo hematoquezia. Diante desse quadro, é correto afirmar que:
- a** essas hemorroidas são classificadas como grau III.
  - b** o tratamento com modificações dietéticas, abolir uso de papel higiênico e anti-inflamatórios deve reduzir o problema. Orientar e liberar para casa.
  - c** está indicada a realização de colonoscopia neste mesmo atendimento para excluir sangramento por tumores.
  - d** internar a paciente e programar trombectomia.
  - e** está indicada a Escleroterapia ou fotocoagulação do botão hemorroidário.
- 16.** Senhora de 45 anos realizou colecistectomia laparoscópica há um ano (há relato de perfuração da vesícula durante o ato operatório) e começou a evoluir desde os três meses após a cirurgia com dor no hipocôndrio direito que irradia para o dorso. Iniciou há 2 dias febre com calafrios. Leucócitos: 13.000. Não há icterícia no exame físico. Abdome é flácido, doloroso à palpação profunda de hipocôndrio direito, sem sinais de peritonite. Sobre diagnósticos diferenciais e conduta neste caso, é correto afirmar que:
- a** a hipótese principal é colangite, deve ser realizado colangiorressonância.
  - b** a paciente apresenta a tríade de Charcot, devendo realizar ultrassom de abdome.
  - c** a hipótese principal é abscesso hepático amebiano, devendo a paciente realizar Ressonância de abdome.
  - d** Ultrassom de abdome total é um bom exame pra iniciar a investigação.
  - e** deve se tratar de pielonefrite, solicitar urocultura e antibiograma.
- 17.** Sobre o suporte nutricional em pacientes em pós operatório, é correto afirmar que:
- a** o principal aminoácido utilizado pelo enterócito é a tirosina. E esta necessita ser reposta no pós operatório nas doses de 5 g / dia.
  - b** o jejum pós operatório leva ao catabolismo proteico acelerado, com balanço nitrogenado negativo de 7 a 15 gramas/dia de nitrogênio (uréia), isso equivale a uma perda diária de 300 a 400 g de massa magra diariamente.
  - c** as principais citocinas relacionadas ao catabolismo proteico do jejum pós operatório são a interleucina 2 e 8.
  - d** somente após a perda de 30 % do peso corporal não intencional no pós operatório começa a haver o risco de má cicatrização, deiscência e fístula de anastomoses.
  - e** no pós operatório de cirurgias em pacientes com SIRS ou sepse, recomenda-se a oferta de 50 kcal/kg de peso corporal.

**18.** Uma senhora de 68 anos, IMC 48, procura atendimento em ambulatório com queixa de abaulamento gigante em cicatriz prévia de histerectomia. A TC de abdome revela uma síndrome de perda de domicílio. O saco herniário tem mais de 20 centímetros e com todo o cólon direito, transverso e grande aumento em seu interior. Sobre o preparo pré-operatório e cuidados pós-operatórios, é correto afirmar que:

- a) a paciente deve ser orientada quanto ao risco de não colocação de tela.
- b) a técnica de Mayo pode ser utilizada.
- c) a técnica de Shouldice é a mais indicada para este caso.
- d) drenagem à vácuo, uso de cinta e anticoagulantes não são indicados.
- e) existe o risco de realização de Colectomia e Omentectomia no intraoperatório.

**19.** Paciente do sexo feminino, 34 anos, realizou by-pass há 7 dias, tendo recebido alta em bom estado geral no terceiro dia de pós-operatório, deu entrada na emergência com dor abdominal, dispneia, fc:130, PA:110X70mmHg. Hemograma revela 21.000 leucócitos com desvio à esquerda. Ao exame físico apresenta dor abdominal difusa, com descompressão brusca duvidosa em flanco esquerdo. O dreno abdominal apresenta secreção borrácea com odor fétido, aproximadamente 100 ml. A melhor conduta, nesse caso, é:

- a) iniciar Nutrição parenteral e aguardar 7 dias.
- b) passar sonda nasogástrica e observar a resposta.
- c) prescrever Hidratação, antibiótico e liberar.
- d) o médico plantonista deve prescrever dieta zero, antibioticoterapia e acionar o cirurgião de sobreaviso.
- e) é imprescindível realizar ultrassom de abdome total para melhor elucidação diagnóstica.

**20.** Em relação ao transplante renal é correto afirmar que:

- a) não existe superioridade dos resultados da enxertia quando comparados doadores vivos e doadores cadáveres.
- b) o exame padrão ouro para estudo da vascularização do doador é o Ultrassom Doppler colorido de Aorta, troncos viscerais e vasos Ilíacos.
- c) quando os rins possuem tamanhos e funções semelhantes, opta-se pela retirada do rim esquerdo no doador vivo.
- d) a retirada em bloco dos rins, com Aorta e Cava inferior, é mais vantajosa em doadores adultos do que crianças.
- e) anastomose arterial do enxerto é realizada, na grande maioria das vezes, na própria Aorta, em adultos.

**21.** Sobre o trauma pélvico, é correto afirmar que:

- a) traumas pélvicos complexos caracterizam-se pela fratura com instabilidade pélvica e instabilidade hemodinâmica.
- b) as fontes de sangramento no trauma pélvico são em sua grande maioria de origem arterial.
- c) nas fraturas de bacia, quando há fratura do anel do Obturador, fica comprometida a abdução do quadril e ocorre abolição da sensibilidade da face medial de coxas.
- d) no trauma pelvipereineal complexo, as lesões que compreendem à zona II são as que acometem a região póstero-lateral de nádegas até a altura da crista ilíaca.
- e) as lesões arteriais, via de regra, respondem bem a estabilização externa do anel pélvico.

Leia a situação hipotética abaixo para responder às questões 22 e 23

Você está instrumentando uma correção aberta de Aneurisma de Artéria Poplítea. No momento de realizar a anastomose vascular, você já entrega o porta-agulha montado com um fio agulhado para o cirurgião.

**22.** O material do fio utilizado na situação hipotética acima é:

- a) Polipropileno (Prolene)
- b) Seda
- c) Poliglactina (Vicryl)
- d) Material orgânico cromado
- e) Material orgânico simples

**23.** O fio utilizado na situação hipotética acima deve possuir as seguintes características:

- a) ser inabsorvível e produzir reação inflamatória aguda.
- b) ser absorvível e multifilamentar.
- c) sofrer hidrólise progressiva e é biodegradável em 2 anos.
- d) ser monofilamentado e promove reação tecidual aumentada.
- e) ser inabsorvível e monofilamentado.

Leia o caso clínico para responder às questões 24 e 25

Mulher de 29 anos e pesando 55 kg dá entrada no Pronto Socorro vítima de violência doméstica, por queimadura com água fervente. As áreas queimadas em seu corpo são: cabeça, tronco (tanto face anterior, quanto posterior), membros superiores e região genital.

**24.** A porcentagem de área queimada no corpo da paciente e o volume (em mililitros) que deve ser ofertado a ela nas primeiras 8 horas de atendimento, pela fórmula de Parkland é:

- a) 45% e 13.860mL
- b) 72% e 1.732mL
- c) 63% e 6.930mL
- d) 72% e 13.860mL
- e) 63% e 1.732mL

**25.** Sobre Intervenção percutânea nas vias biliares, é correto afirmar que:

- a) a drenagem externa é o procedimento de escolha na Colangite Supurativa.
- b) nos pacientes com Tumor de Klatskin tipo 3, a punção apenas do lobo hepático direito, via de regra, é suficiente.
- c) nos pacientes com tumor maligno periampular realiza-se apenas o balonamento da lesão, sem colocação de prótese (stent).
- d) na prática deve-se drenar no mínimo, metade do fígado para alívio da icterícia e do prurido que acompanham os colangiocarcinomas hilares.
- e) a drenagem externa não deve ser realizada antes de um procedimento cirúrgico nas vias biliares.

**26.** Paciente de 25 anos, primigesta, com 36 semanas de gestação, vem apresentando picos de pressão arterial desde 24 semanas, chegando à 180/120 mmHg apesar do uso de nifedipina e metildopa em dose máxima, fez 5 consultas de pré-natal. Nega: cefaléia, febre, dor epigástrica, alterações visuais, convulsões ou outros sintomas. Submetida a miomectomia de três miomas uterinos há dois anos. Seus exames complementares mostram: transaminases quatro vezes maior que o normal, desidrogenase láctica= 800 UI/L, plaquetas=70000/mm<sup>3</sup>, hemoglobina= 9,6 g/dL, esquizócitos em sangue periférico, leucócitos= 13 000/ mm<sup>3</sup>. Toque vaginal: colo grosso posterior e impérvio. Dentre as opções abaixo, a principal hipótese diagnóstica para esta gestante e a conduta mais adequada são:

- a) Síndrome HELLP e cesariana.
- b) Síndrome HELLP e indução do parto com misoprostol.
- c) Síndrome HELLP e tratamento clínico, mantendo a gravidez.
- d) hepatite transinfeciosa e cesariana.
- e) hepatite transinfeciosa e indução do parto com misoprostol.

**27.** Primigesta chega à urgência obstétrica apresentando, dor em hipogástrio intensa tipo cólica. Ao exame físico: altura uterina= 8 cm, batimentos cardíacos fetais inaudíveis, sangramento vaginal vermelho vivo intenso com material amorfo de permeio, toque vaginal= colo pérvio 2 cm e com contorno uterino normal. Pressão arterial= 100/60 mmHg, pulso cheio e forte= 67 pulsações por minuto. Ultrassonografia mostrando na cavidade uterina ecos amorfos e feto morto de 400 g e com idade estimada em 19 semanas. A principal hipótese diagnóstica e a conduta mais adequada, nesse caso, são:

- a) aborto retido e conduta expectante
- b) aborto inevitável incompleto e curetagem uterina imediata
- c) aborto inevitável incompleto e misoprostol seguido de curetagem uterina
- d) aborto retido e aspiração manual intra-uterina
- e) aborto inevitável completo e misoprostol seguido de curetagem uterina

**28.** Puérpera no 7º dia de pós-parto normal, evoluindo com febre, cansaço e indisposição há 3 dias. Nega outras queixas. fez pré-natal completo e sem intercorrências. O recém nascido pesou 2800 g e o parto foi eutócico. Há 3 anos também teve parto normal, sem intercorrências, com filho pesando 3500 g. Nega outras gestações ou cirurgias prévias. Exame físico: Temperatura axilar= 38,20; mamas com secreção láctea sem flogose; loquiação de odor fecalóide vermelho escura em pequena quantidade; útero hipoinvoluído e dolorido ao toque vaginal; abdome plano normotenso, indolor, sem massas palpáveis; sinal de Giordano negativo bilateralmente; ausculta pulmonar sem ruídos adventícios e murmúrio vesicular presente bilateralmente. A principal hipótese diagnóstica é:

- a) Infecção urinária
- b) Infecção intestinal
- c) Rotura uterina
- d) Endometrite
- e) Pneumonia

- 29.** Primigesta, com diabetes gestacional controlada e já em tratamento adequado para infecção urinária, com 32 semanas de gestação, queixando-se de dor em baixo ventre. Ao exame físico apresenta: 3 contrações uterinas de 30 segundos em 10 minutos, tônus uterino normal, bolsa amniótica íntegra, colo pérvio para 1 centímetro e cardiocografia com padrão tranquilizador. Dentre as opções terapêuticas abaixo, a mais necessária neste caso é:
- a** Antiespasmódico
  - b** Tocolítico
  - c** Analgésico
  - d** Conduta expectante
  - e** Cesariana
- 30.** Primípara, submetida a cesárea devido descolamento prematuro de placenta. Apresentou sangramento intenso no pré e intra-operatório, recebendo 4 bolsas de concentrado de hemácias. O recém-nascido pesou 2500 g. Aproximadamente 2 horas após a cesárea a paciente evoluiu com hemorragia via vaginal intensa necessitando novamente de transfusão de hemácias. Ao exame físico: fundo uterino 2 centímetros abaixo da cicatriz umbilical, útero globoso e de consistência fibroelástica, PA= 90/50 mmHg, hipocorada 2+/4, pulso cheio= 105 ppm. Fez-se revisão de canal de parto e não foi identificada nenhuma alteração. Foi realizada curagem uterina na qual não foi percebido restos placentários intrauterinos. A placenta foi examinada e todos os cotilédones estavam presentes. O abdome apresenta-se plano, normotenso e indolor à palpação. Das opções abaixo, a principal hipótese diagnóstica e tratamento de primeira escolha é:
- a** coagulação intravascular disseminada e transfusão de plaquetas, plasma e crioprecipitado
  - b** atonia uterina e histerectomia imediata
  - c** coagulação intravascular disseminada e Heparina
  - d** acretismo placentário e histerectomia imediata
  - e** atonia uterina, iniciar tratamento com massagem uterina e uterotônicos
- 31.** Gestante de 8 semanas, assintomática nos últimos dois meses, traz os seguintes exames de rotina pré-natal: sorologia para toxoplasmose com imunofluorescência indireta positiva para IgG e IgM, além de teste ELISA IgG de Avidéz para toxoplasmose = 85%. Dentre as opções abaixo a conduta mais adequada é:
- a** informar à paciente de que a mesma adquiriu a infecção no primeiro trimestre de gestação, podendo haver graves sequelas para o feto e realizar o abortamento terapêutico.
  - b** informar à paciente de que a mesma adquiriu a infecção no primeiro trimestre de gestação, podendo haver graves sequelas para o feto, mas manter a gravidez.
  - c** informar à paciente de que a mesma muito provavelmente adquiriu a infecção antes da gestação e que os riscos para o feto são mínimos com relação à toxoplasmose.
  - d** realizar imediatamente amniocentese diagnóstica para pesquisa de toxoplasmose fetal.
  - e** realizar imediatamente Cordocentese diagnóstica para pesquisa de toxoplasmose fetal.
- 32.** Uma paciente de 32 anos, relatando amenorreia há 5 meses, sempre teve ciclos irregulares com atrasos menstruais. Foram solicitados beta HCG-gonadotrofina coriônica humana (negativo), TSH-hormônio tireoestimulante (normal) e FSH- hormônio folículo-estimulante (normal). Ao exame físico tem sobrepeso e pele acneica. Foi feito teste de progesterona e a paciente menstruou. Dentre as opções abaixo a principal hipótese diagnóstica é:
- a** Aderências uterinas
  - b** Falência ovariana precoce
  - c** Prenhez ectópica
  - d** Síndrome da insensibilidade aos androgênios
  - e** Anovulação crônica

- 33.** Uma jovem de 19 anos procura o pronto-socorro de Ginecologia com queixa de lesões vulvares dolorosas que surgiram 5 dias após um contato sexual desprotegido. As lesões vêm aumentando progressivamente, e, após alguns dias, percebeu "íngua" dolorosa na "virilha esquerda". Ao exame, observam-se úlceras dolorosas e múltiplas nos lábios menores e maiores, com diâmetros variáveis, purulentas, facilmente sangrantes ao toque e presença de linfonodos de volume aumentado em região inguinal esquerda. Considerando o quadro clínico, dentre as opções abaixo, o agente etiológico mais provável e o tratamento são:
- a) *Haemophilus ducreyi*, azitromicina
  - b) *Neisseria gonorrhoeae*, metronidazol
  - c) *Treponema pallidum*, penicilina benzatina
  - d) *Klebsiella granulomatis*, itraconazol
  - e) *Trichomonas vaginales*, metronidazol
- 34.** Uma paciente de 28 anos chega ao consultório de ginecologia referindo corrimento vaginal esbranquiçado e prurido intenso em região vulvar há 3 dias. Ao exame físico: observam-se grandes lábios com hiperemia moderada e sinais de escoriação; o conteúdo vaginal é esbranquiçado grumoso, em grande quantidade e aderido às paredes vaginais, sem odor. Na maioria das vezes os testes diagnósticos são dispensáveis em casos de corrimento vaginal. No entanto pede-se que diante deste quadro, escolha-se a melhor associação entre agente etiológico e teste diagnóstico, que são:
- a) *Gardnerella vaginalis* - presença de clue cells
  - b) *Candida sp.* - presença de hifas no exame a fresco
  - c) *Candida sp.* - teste das aminas
  - d) *Gardnerella vaginalis* - teste de Schiller positivo
  - e) *Candida sp* - PH vaginal alcalino
- 35.** Paciente de 48 anos, nuligesta, IMC= 23 kg/m<sup>2</sup>, refere que levanta cerca de 8 vezes a noite para urinar e que na maioria das vezes precisa ir às pressas ao banheiro, com medo de se urinar. Relata ainda que esta situação vem interferindo em sua vida social pois chegou a urinar nas roupas, pois não alcançou o banheiro a tempo. Nega comorbidades. Ao exame físico: ausência de perdas urinárias na manobra de Valsalva e ausência de distopias genitais. A principal hipótese diagnóstica e seu respectivo tratamento, nesse caso, são:
- a) incontinência urinária de esforço, tratar com cirurgia de "sling".
  - b) bexiga hiperativa, tratar com colinérgicos.
  - c) bexiga hiperativa, tratar com cirurgia de "sling".
  - d) incontinência urinária de esforço, tratar com adrenérgicos.
  - e) bexiga hiperativa, tratar com anticolinérgicos.
- 36.** Paciente de 32 anos, sexo feminino, refere dor em hipogástrio tipo cólica durante o período menstrual há 10 anos, com intensidade progressiva ao longo dos últimos cinco anos, além de desconforto pélvico no ato da defecação durante o período menstrual (disquezia) e dor pélvica durante o coito. Nega: febre, episódios de diarreia, flatulência ou constipação intestinal. Refere coitarca aos 21 anos e tem vida sexual ativa desde então, nunca usou qualquer método contraceptivo e é nuligesta. O exame físico é normal. A ultrassonografia transvaginal não possui alterações detectáveis, hemograma e leucograma normais. Das opções abaixo, a patologia responsável pela dor pélvica crônica desta paciente é:
- a) Síndrome do intestino irritável
  - b) abscesso pélvico
  - c) varizes pélvicas
  - d) endometriose
  - e) neoplasia intestinal



37. Paciente de 62 anos, branca, menopausada há 10 anos. Realizou terapia hormonal dos 50 aos 55 anos. Queixa-se de sangramento vaginal moderado há 15 dias. Ao exame físico: IMC= 29 kg/m<sup>2</sup>, exame especular e toque bimanual normais. Ultrassonografia transvaginal mostra endométrio com 1,3 cm de espessura. Dentre as opções abaixo a conduta inicial mais adequadas e com maior sensibilidade é:

- a) curetagem semiótica
- b) histerectomia ampliada
- c) anexectomia bilateral
- d) histeroscopia diagnóstica
- e) estrogênio terapia contínua

Leia o caso clínico abaixo para responder as questões 38, 39 e 40:

Maria Izabel, 21 anos, nuligesta, com amenorreia de 9 semanas, apresentando sangramento vaginal pequeno há 1 dia e dor pélvica discreta. Realizou Beta-HCG com resultado positivo. Ao exame no serviço de urgência, apresentava-se corada, hidratada, FC: 82bpm, PA: 140x80 mmHg. No exame especular observou-se ausência de sangramento ativo pelo colo. No toque vaginal, o colo encontrava-se grosso e impérvio.

38. De acordo com o caso descrito, pode-se considerar os seguintes diagnósticos diferenciais:

- a) Doença Trofoblástica Gestacional (DTG), Descolamento Prematuro de Membranas (DPP) e aborto em curso.
- b) ameaça de abortamento, DTG e aborto retido.
- c) aborto retido, gestação ectópica e rotura de vasa prévia.
- d) DTG, rotura de vasa prévia e aborto incompleto.
- e) DPP, ameaça de abortamento e aborto retido.

39. Maria Izabel realizou exame de Ultrassonografia transvaginal no serviço de urgência que revelou imagem intra-uterina em "flocos de neve". O diagnóstico mais provável, nesse caso, é:

- a) mola hidatiforme
- b) gestação ectópica íntegra
- c) aborto retido
- d) aborto completo
- e) incompetência istmo-cervical

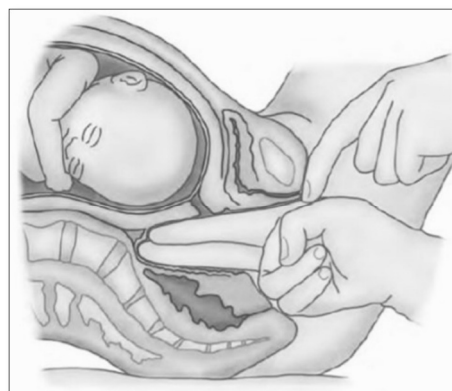
40. Em relação ao provável diagnóstico, a melhor conduta frente ao caso é:

- a) expectante e repetir a ultrassonografia em 2 semanas
- b) aspiração da cavidade uterina à vácuo
- c) histerectomia
- d) cerclagem do colo do útero
- e) laparotomia exploradora

41. Considerando as repercussões grávidas no organismo materno, marque a alternativa **INCORRETA**.

- a) As estrias são atribuídas ao hipercortisolismo típico da gravidez, devido à hiperfunção das adrenais.
- b) Ocorre aceleração do ritmo de filtração glomerular, por conta do aumento da volemia associado a redução da resistência vascular periférica.
- c) A leucocitose que ocorre na gestação se dá principalmente às custas de células polimorfonucleares e linfócitos CD8.
- d) Apesar do aumento da volemia materna, a viscosidade plasmática mantém-se.
- e) A mama é o único órgão que não retorna às suas características pré-grávidas depois do fim do período puerperal.

Observe a imagem abaixo para responder à questão 42



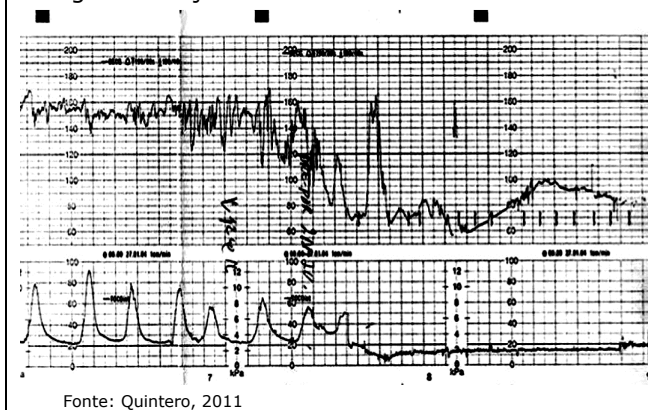
Fonte: Baracho, 2012.

42. De acordo com a imagem acima, marque a alternativa correta.

- a) Esta é a determinação do diâmetro bituberoso, o qual aponta anormalidades no estreito inferior da bacia.
- b) Trata-se da determinação do diâmetro transversal do estreito médio.
- c) A imagem indica a medida do plano de De Lee.
- d) Esta é a determinação da conjugata diagonalis, que avalia anormalidades do estreito superior.
- e) Nesta avaliação, mede-se a distância do promontório ao ângulo supra-púbico e este valor deverá ser menor que 11,5cm.

Leia o caso clínico abaixo para responder à questão 43

Roberta, 32 anos, primigesta, 38 semanas, com queixa de dor abdominal. Foi ao pronto atendimento onde foi examinada: BCF: 130bpm, DU: 4 contrações de 40 segundos em 10 minutos, toque vaginal: colo médio, 3cm de dilatação, bolsa íntegra. O hospital não disponibilizava amnioscópio. Foi então realizado exame de cardiotocografia com o seguinte traçado:



Fonte: Quintero, 2011

43. A melhor conduta para o quadro acima é:

- a) condução do trabalho de parto com ocitocina endovenosa.
- b) cesárea
- c) nova cardiotocografia após administração de glicose endovenosa.
- d) ultrassonografia obstétrica com Doppler.
- e) reavaliação em 2 horas.

44. Patrícia, 19 anos, hímen íntegro, vem ao consultório queixando-se de ausência de menstruação há 6 meses. Refere que desde a sua menarca, aos 12 anos, sua menstruação sempre foi irregular, com intervalos que chegam a até 9 meses. Diz que desde os 13 anos tem problemas com acne, seborreia e aparecimento excessivo de pelos pelo corpo. Sobre o quadro exposto, é correto afirmar que:

- a) trata-se de uma amenorreia primária, pois a paciente sempre apresentou este padrão menstrual.
- b) uma provável causa da amenorreia é um septo vaginal transverso.
- c) não há necessidade de dosar Prolactina e função tireoidiana em sua investigação.
- d) deve-se pensar em Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) com a causa da amenorreia.
- e) pelos critérios de Rotterdam, para fechar diagnóstico de SOP, a paciente necessita ter imagem de ovários policísticos na ultrassonografia.

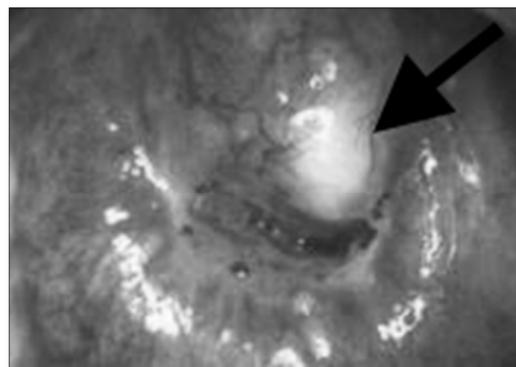
45. Sobre a Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis é correto afirmar que:

- a) é a presença de tecido cicatricial intra-uterino (sinéquias intra-uterinas).
- b) é a agenesia mülleriana total, ou seja, a paciente não desenvolve nenhuma estrutura mülleriana.
- c) caracteriza-se pelo pan-hipopituitarismo após hemorragia grave pós-parto ou hipotensão resultante.
- d) é um distúrbio congênito caracterizado por anosmia e hipogonadismo hipogonadotrófico.
- e) trata-se de aderências fibrosas perihépáticas pelo processo inflamatório, sendo uma complicação da doença inflamatória pélvica.

46. Sobre doenças benignas da mama é correto afirmar que:

- a) todo fibroadenoma deve ser excisado.
- b) a maior parte dos cistos mamários surgem da metaplasia apócrina do ácino lobular.
- c) cistos mamários não necessitam de maior investigação, independente de sua classificação (se simples ou complexo).
- d) nos tumores filoides, as células são monoclonais e neoplásicas, porém eles sempre são benignos.
- e) descargas mamilares mult ductais que ocorrem após expressão devem ser consideradas patológicas e devem ser avaliadas.

Observe a imagem abaixo para responder à questão 47



Fonte: O'Connor, 2002.

47. A seta, na imagem que demonstra uma foto de Colposcopia, indica:

- a) mioma parido
- b) pólipos Endocervical
- c) cisto do Ducto de Gartner
- d) ectopia
- e) cisto de Naboth

Leia o caso clínico abaixo para responder às questões 48 e 49:

Juliana, 44 anos, G3P3NA0, vem à consulta ginecológica entregar resultado de Colpocitologia Oncótica, exame que não fazia há 15 anos. O resultado veio de carcinoma invasivo de células escamosas. Ao exame físico, Juliana tinha invasão tumoral até terço médio da vagina com comprometimento de paramétrio esquerdo. Não apresentava invasão de parede pélvica.

**48.** De acordo com o caso apresentado, o estadiamento clínico de Juliana é:

- a IA
- b IB
- c IIA
- d IIB
- e IIIA

**49.** Sobre a doença de Juliana, apresentada no caso acima, é correto afirmar que:

- a cerca de apenas 50% dos casos dos cânceres de colo uterino são associados a um subtipo oncogênico do HPV.
- b a maior parte dos carcinomas de células escamosas tem origem na junção escamocolunar.
- c a realização periódica do exame de colpocitologia oncótica não diminui o risco de câncer de colo.
- d dentre os fatores de risco para câncer de colo estão a nuliparidade, menarca precoce e multiplicidade de parceiros sexuais.
- e o reto é invadido com maior frequência que a bexiga na extensão tumoral local.

**50.** Joana, 29 anos, nuligesta, tenta engravidar há 2 anos sem sucesso. Relata dismenorreia progressiva desde a menarca, dispareunia de profundidade e dor pélvica crônica. Diante deste quadro, o melhor método diagnóstico complementar para ter o diagnóstico definitivo é:

- a Laparoscopia
- b Ultrassonografia Transvaginal
- c Dosagem de Ca 125 e Ca 19-9
- d Histerossalpingografia
- e Tomografia Computadorizada de pelve





**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ**  
**PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2018**  
**Grupo C Pré-Requisito: Ginecologia e Obstetrícia**  
**Especialidade: MASTOLOGIA**

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	