



## PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/ESPEC Nº 05/2023

## Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo E4**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **6 horas**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorridas **3 horas** de prova. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
6. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **120** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
7. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

**Declaração**

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

---

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar esta capa será considerado(a) ausente da prova.

**TABELA DE ABREVIÇÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA**

<b>LISTA DE ABREVIÇÕES</b>	<b>ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)</b>
<p>AA – Ar ambiente            AU – Altura Uterina            AAS – Ácido Acetilsalicílico            BCF – Batimentos Cardíacos Fetais            BEG – Bom Estado Geral            bpm – Batimentos por Minuto            BRNF – Bulhas Rítmicas Normofonéticas s/ Sopros            Cr – Creatinina            DU – Dinâmica Uterina            DUM – Data da Última Menstruação            FC – Frequência Cardíaca            FR – Frequência Respiratória            Hb – Hemoglobina            HCM – Hemoglobina Corpuscular Média            Ht – Hematócrito            IC<sub>95%</sub> – Intervalo de Confiança de 95%            IMC – Índice de Massa Corpórea            ipm – Incursões por Minuto            IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal            mmHg – Milímetros de Mercúrio            MMII – Membros Inferiores            MV – Murmúrios Vesiculares            P – Pulso            PA – Pressão Arterial            pCO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de CO<sub>2</sub>            PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva            PO – Pós-Operatório            pO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de O<sub>2</sub>            POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i>            PS – Pronto-Socorro            PSA – Antígeno Prostático Específico            REG – Regular Estado Geral            RHZE – R (rifampicina), H (isoniazida), Z (pirazinamida) e E (etambutol)            RN – Recém-nascido            Sat – Saturação            SpO<sub>2</sub> – Saturação de Oxigênio            TEC – Tempo de Enchimento Capilar            Temp. – Temperatura axilar            TPO – Tireoperoxidase            TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH            TSH – Hormônio tireo-estimulante            TTGO – Teste de Tolerância a Glicose Oral            U – Ureia            UBS – Unidade Básica de Saúde            USG – Ultrassonografia            UTI – Unidade de Terapia Intensiva            VCM – Volume Corpuscular Médio            VHS – Velocidade de Hemossedimentação</p>	<p><b>Sangue (bioquímica e hormônios):</b>            Albumina = 3,5 – 5,5 g/dL            Bilirrubina Total = 0,3 – 1,0 mg/dL            Bilirrubina Direta = 0,1 – 0,3 mg/dL            Bilirrubina Indireta = 0,2 – 0,7 mg/dL            Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/L            Cloretos = 98 – 106 mEq/L            Creatinina = 0,7 – 1,3 mg/dL            Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina            Desidrogenase Láctica &lt; 240 U/L            Ferritina: homens: 22 – 322 ng/mL                              mulheres: 10 – 291 ng/mL            Ferro sérico: homens: 70 – 180 µg/dL                              mulheres: 60 – 180 µg/dL            Fósforo: 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L            Globulinas = 2,0 – 3,5 g/dL            LDL (maior ou igual a 20 anos) = desejável de 100 a 129 mg/dL            HDL (maior de 20 anos) = desejável maior que 40 mg/dL            Triglicérides (maior de 20 anos) = desejável menor que 150 mg/dL            Glicemia em jejum = 70 – 99 mg/dL            Lactato = 5 – 15 mg/dL            Magnésio = 1,8 – 3 mg/dL            Potássio = 3,5 – 5,0 mEq/L            Proteína Total = 5,5 – 8,0 g/dL            PSA &lt; 4 ng/mL            Sódio = 135 – 145 mEq/L            TSH = 0,4 – 4,0 mUI/mL            Amilase = 28 – 100 U/L            Lipase = inferior a 60 U/L            Ureia = 10 – 50 mg/dL</p> <p><b>Sangue (hemograma e coagulograma):</b>            Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL            Hemoglobina Glicada = 4,5 a 5,6%            Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 31 a 36 g/dL            Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg            Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL            RDW: 10 a 16%            Leucócitos = 5.000 a 10.000/mm<sup>3</sup>            Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/mm<sup>3</sup>            Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm<sup>3</sup>            Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/mm<sup>3</sup>            Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/mm<sup>3</sup>            Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm<sup>3</sup>            Reticulócitos = 0,5 a 2,0%            Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100%            Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R – até 1,2            Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos</p>
<p align="center"><b>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA (Hb) EM g/dL PARA CRIANÇAS</b></p> <p>Recém-Nascido = 15 – 19            2 a 6 meses = 9,5 – 13,5            6 meses a 2 anos = 11 – 14            2 a 6 anos = 12 – 14            6 a 12 anos = 12 – 15</p>	<p><b>Gasometria Arterial:</b>            pH = 7,35 a 7,45            pO<sub>2</sub> = 80 a 100 mmHg            pCO<sub>2</sub> = 35 a 45 mmHg            Base Excess (BE) = -2 a 2            HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> = 22 a 28 mEq/L            SpO<sub>2</sub> &gt; 95%</p>
<p>Líquido pleural ADA: até 40 U/L            Líquido sinovial: leucócitos até 200 células/mL</p>	<p><b>Líquor (punção lombar):</b>            Células até 4/mm<sup>3</sup>            Lactato até 20 mg/dL            Proteína até 40 mg/dL</p>

**CIRURGIA GERAL****01**

Homem de 34 anos, cantor, refere queixa de pirose e regurgitação de longa data com rouquidão frequente que atrapalha a sua atividade laborativa. Realizou endoscopia digestiva alta que demonstrou esofagite grau C de Los Angeles e presença de hérnia de hiato. Ao exame físico abdominal, sem dor à palpação ou visceromegalias. IMC = 23 kg/m<sup>2</sup>. Após uso de esomeprazol em dose otimizada, apresenta melhora dos sintomas, mas fica dependente da medicação para controle dos sintomas. Com relação ao caso, assinale a alternativa correta.

- (A) O diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico é provável, e o paciente deverá ser encaminhado para tratamento fonoaudiológico e realização obrigatória da pHmetria esofágica para a confirmação do diagnóstico.
- (B) O diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico pode ser considerado, havendo indicação formal para reabilitação com exercícios de fonoaudiologia, perda de peso e dieta restritiva.
- (C) O diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico pode ser considerado, e existe indicação formal para tratamento endoscópico como ponte para tratamento cirúrgico.
- (D) O diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico é provável, e o tratamento cirúrgico pode ser uma alternativa, após a realização de manometria esofágica.

**02**

Mulher de 27 anos, com diagnóstico de megaesôfago, foi submetida à cardiomiectomia com funduplicatura há 1 ano, atualmente encontra-se fazendo uso somente de alimentos pastosos. Refere melhora parcial da disfagia durante 1 mês após a cirurgia, entretanto, evoluiu com recidiva dos sintomas após este período. Ao exame físico abdominal, sem dor à palpação ou visceromegalias. IMC = 18,2 kg/m<sup>2</sup>. Qual a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta recomendada?

- (A) Obstrução ao nível do hiato esofágico, solicitar aplicação de toxina botulínica por endoscopia.
- (B) Obstrução ao nível do hiato esofágico, solicitar tomografia computadorizada de tórax.
- (C) Miotomia incompleta, solicitar estudo radiológico contrastado de esôfago, estômago e duodeno (EED) e manometria esofágica.
- (D) Miotomia incompleta, indicação de reoperação com hiatoplastia frouxa.

**03**

Homem de 60 anos, sem comorbidades, queixa-se de epigastria e emagrecimento de 8 kg nos últimos 6 meses. Endoscopia digestiva alta mostrou lesão úlcero-infiltrativa avançada de 4 cm de diâmetro, em grande curvatura de

corpo, cuja biópsia evidenciou adenocarcinoma bem diferenciado. Tomografia de tórax, abdome e pelve mostrava somente lesão na parede gástrica, sem evidências de metástases. A intenção inicial era a realização de gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2, entretanto, no intraoperatório, devido à necessidade de margem cirúrgica ideal, o cirurgião optou pela realização da gastrectomia total. Na modificação da gastrectomia subtotal para a total, quais as cadeias linfonodais devem ser acrescentadas na ressecção para continuar sendo considerada uma cirurgia radical com linfadenectomia D2?

- (A) 2 e 7.
- (B) 2 e 11d.
- (C) 7 e 11d.
- (D) 11d e 4sb.

**04**

Homem de 69 anos, portador de adenocarcinoma do esôfago, foi submetido ao tratamento neoadjuvante com quimiorradioterapia. Está no terceiro pós-operatório de esofagectomia por toracoscopia e anastomose cervical. Evoluiu com alteração do aspecto do líquido pleural direito com aspecto leitoso, sem alterações dos sinais vitais. Qual a melhor hipótese diagnóstica, o exame a ser solicitado e a conduta inicial recomendada?

- (A) Quilotórax, dosagem de triglicérides do líquido pleural, jejum.
- (B) Quilotórax, tomografia computadorizada de tórax, dieta líquida hipogordurosa.
- (C) Pneumonia complicada, tomografia computadorizada de tórax, antibiótico.
- (D) Pneumonia complicada, cultura bacteriana do líquido pleural, antibiótico.

**05**

Mulher de 62 anos, com hipertensão arterial sistêmica, queixa-se de epigastria há 8 meses e emagrecimento 6 kg nos últimos 6 meses. Realizou endoscopia digestiva alta, que mostrou lesão ulcerada de 5 cm em pequena curvatura de antro gástrico. Biópsia da lesão demonstrou adenocarcinoma gástrico bem diferenciado. Na tomografia de estadiamento foram evidenciados linfonodos suspeitos de acometimento neoplásico. Foi submetida à gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2. O exame anatomopatológico mostrou tumor invadindo até a subserosa e dos 35 linfonodos ressecados, 8 estavam acometidos pela neoplasia. De acordo com a AJCC (8ª edição), o adenocarcinoma gástrico deste paciente é considerado:

- (A) T3N2.
- (B) T3N3a.
- (C) T4N2.
- (D) T4N3a.

**06**

Mulher de 60 anos, sem comorbidades, queixa-se de epigastralgia incaracterística. Exame físico normal. Endoscopia digestiva alta mostra lesão subepitelial de 4 cm em corpo gástrico. Realizou punção guiada por ecoendoscopia. Quais são os exames de imunohistoquímica que sugerem se tratar de GIST, leiomioma e schwannoma, respectivamente?

- (A) DOG1, desmina, proteína S100.
- (B) CD117, DOG1, desmina.
- (C) CD34, proteína S100, actina.
- (D) Actina, CD117, CD34.

**07**

Mulher de 48 anos, queixa-se de epigastralgia crônica. Endoscopia digestiva alta mostra sinais atrofia gástrica proximal e múltiplas lesões avermelhadas, de 3 a 6 mm de diâmetro, em corpo gástrico proximal. Biópsia: tumor neuroendócrino gástrico (imunohistoquímica com cromogranina positiva, Ki-67 = 1%, Gastrina sérica = 1120 pg/mL (aumentada), e vitamina B12 = 180 pg/mL (diminuída). Tomografia de tórax, abdome e pelve negativas para metástases. Qual o provável diagnóstico?

- (A) Doença de Ménétrier.
- (B) GAPPs (*Gastric Adenocarcinoma and Proximal Polyposis of the Stomach*).
- (C) Gastrite crônica atrófica autoimune.
- (D) Gastrinoma.

**08**

Mulher de 51 anos, está assintomática, sem antecedentes relevantes, com achado de cisto em cauda do pâncreas, com 3,2 cm de diâmetro, de aspecto indeterminado. Realizou ultrassonografia endoscópica com achado de lesão oligocística, biloculada, sem comunicação com ducto pancreático principal. Foi coletado líquido para avaliação bioquímica, cujas dosagens do antígeno carcinoembrionário (CEA) e glicose foram respectivamente 0,9 ng/mL e 98 mg/dL. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) IPMN de ducto secundário.
- (B) Neoplasia cística serosa.
- (C) Neoplasia cística mucinosa.
- (D) Pseudocisto pancreático.

**09**

Homem de 60 anos, hipertenso controlado, com diagnóstico de neoplasia de sigmoide há 2 anos, não apresenta sinais de doença metastática, antígeno carcinoembrionário (CEA) = 10 ng/mL. Foi submetido na ocasião à retossigmoidectomia laparoscópica (anatomopatológico: pT3pN1a [1/27 linfonodos]). Recebeu quimioterapia adjuvante (5-FU, leucovorin e oxaliplatina) por 6 meses (CEA = 2,4 ng/mL). Exame de controle atual evidenciou a presença de nódulos

hepáticos. Ao exame físico encontra-se em bom estado geral, eutrófico e sem alterações à palpação abdominal. Traz ressonância magnética com três nódulos periféricos hipovasculares, com restrição à difusão, dois no setor lateral esquerdo (medindo 2,2 cm e 2,4 cm), e um no segmento 6 medindo 3,7 cm, CEA = 94 ng/mL. Qual a conduta recomendada para esse caso?

- (A) Trata-se de paciente com doença avançada e sem possibilidade de cura. Deve ser encaminhado para quimioterapia paliativa.
- (B) A biópsia de uma das lesões hepáticas é essencial para a confirmação diagnóstica e definição da conduta.
- (C) A ressecção das lesões hepáticas deve ser programada com urgência tendo em vista o risco de progressão e perda da ressecabilidade.
- (D) O paciente deve ser encaminhado à quimioterapia e caso haja resposta favorável da doença, as lesões devem ser ressecadas.

**10**

Homem de 72 anos, está no 4º dia de pós-operatório de gastroduodenopancreatectomia por adenocarcinoma de cabeça do pâncreas. Apresenta-se em bom estado geral, sem febre, com boa aceitação de dieta pastosa, com leucócitos normais e proteína C reativa em queda. Apresentou débito pelo dreno abdominal de cerca de 100 mL com aspecto leitoso. Foi realizada dosagem de amilase e triglicérides do dreno cujo resultado foi de 35 U/L (valor de referência da amilase sérica na instituição = 100 U/L) e 800 mg/dL respectivamente. Assinale a conduta recomendada neste momento.

- (A) Manter o dreno e antibioticoterapia.
- (B) Manter o dreno e restringir a gordura da dieta.
- (C) Retirar o dreno e nutrição parenteral.
- (D) Retirar o dreno e suplemento com triglicérides de cadeia média.

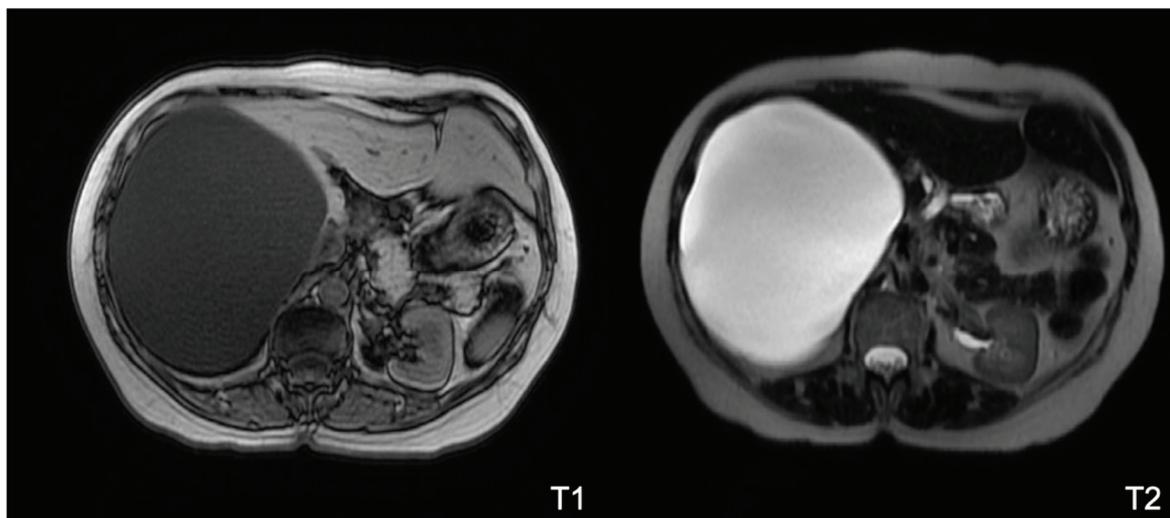
**11**

Homem de 60 anos, foi internado há 3 dias por episódio de pancreatite aguda leve. Fez ultrassonografia de abdome com colelitíase e colangiopressonância magnética sem sinais de coledocolitíase. No momento apresenta melhora da dor abdominal, afebril. Exames laboratoriais atuais mostram leucócitos normais, bilirrubina total de 0,9 mg/dL (normal = 0,2 – 1,2 mg/dL), amilase e lipase em queda. Assinale a conduta recomendada neste momento.

- (A) Colectomia com colangiografia intraoperatória.
- (B) Colangiopancreatografiografia retrograda endoscópica.
- (C) Manter jejum, hidratação, analgesia e antibioticoterapia.
- (D) Manter jejum e nutrição parenteral.

## 12

Mulher de 45 anos, natural e procedente de São Paulo – SP, refere leve desconforto abdominal em flanco direito há 1 ano. Realizou ultrassom de abdome total que evidenciou lesão cística ocupando o lobo hepático direito, medindo 16 x 14 cm, com paredes regulares, alguns septos finos e conteúdo homogêneo. Foi solicitada ressonância magnética de abdome superior, a qual é mostrada a seguir:



Baseado nas informações clínicas e nas imagens, qual a o diagnóstico mais provável e a conduta recomendada para essa paciente?

- (A) Cisto hidático, alcoolização do cisto.
- (B) Cisto hepático simples, seguimento clínico.
- (C) Cisto hepático simples, pericistectomia.
- (D) Neoplasia cística mucinosa (Cistoadenoma biliar), hepatectomia direita.

## 13

Mulher de 17 anos, com dor anal contínua e piora há uma semana associada a abaulamento doloroso perianal/perivulvar esquerdo. Há um dia refere saída de secreção purulenta pelo grande lábio esquerdo com discreto alívio da dor. Refere ainda tratar diarreia há cerca de 6 meses, com probióticos, sem melhora. Ao exame físico: subfebril e anêmica. Região perianal: abaulamento doloroso hiperêmico associado a moderada quantidade de secreção purulenta, malcheirosa, aderida à pele, com aumento do calor local e dor à palpação superficial. Qual a conduta recomendada neste momento?

- (A) Protoparasitológico de fezes 3 amostras + cultura de fezes e tratamento conservador com antibióticos/antiparasitários o mais breve possível.
- (B) Realizar no consultório, em posição ginecológica, toque retal - precedido do vaginal - com coleta de material para cultura por punção ou biópsias.
- (C) Iniciar antibioticoterapia endovenosa de largo espectro, associada à hidratação endovenosa, e jejum oral completo para exame sob narcose.
- (D) Antibioticoterapia de largo espectro oral + loperamida de 8/8 horas + tratamento tópico com antibióticos e corticoides + banhos de assento + dosagens de marcadores pAnca e pAsca e reposição de ferro oral.

## 14

Homem de 47 anos, IMC = 55 kg/m<sup>2</sup>, submetido a *Bypass* gástrico em Y-de-Roux há 14 dias, retorna na consulta ambulatorial referindo que há 2 dias sente mal-estar e dor abdominal em hipocôndrio e flanco esquerdo. Realizou tomografia computadorizada de abdome sem extravasamento do contraste via oral, mas com achado de coleção bem delimitada adjacente ao baço e ao estômago excluído, com volume estimado de 60 mL. Optou-se por internação para hidratação venosa e antibioticoterapia; paciente teve melhora dos sintomas, com FC: 90 bpm e PA: 120x75 mmHg. Assinale a conduta recomendada para o tratamento desse caso neste momento.

- (A) Indicar endoscopia para passagem de prótese endoscópica.
- (B) Laparotomia exploradora para limpeza da cavidade e sutura da fístula do estômago excluído.
- (C) Drenagem da coleção guiada por tomografia.
- (D) Lavagem da cavidade e fechamento da fístula por via laparoscópica.

**15**

Homem de 80 anos, identifica-se adenocarcinoma de sigmoide subestenotante. Tomografia completa do abdome mostra espessamento segmentar e abrupto de cólon sigmoide, com possível microperfuração, distensão gasosa do cólon e discreta coprostase; não há distensão de alças de delgado; não há invasão de órgãos adjacentes ou evidências de doença metastática. Exames laboratoriais: Hb: 11,0 g/dL. CEA: 10 mg/dL e restante sem alterações. Assinale a alternativa que expressa a atitude recomendada nesta situação.

- (A) Inicia-se o preparo de cólon lento com 500 mL de manitol a 10% para a ressecção e anastomose primária.
- (B) Realiza-se a passagem de prótese endoscópica recoberta através de radioscopia + colonoscopia após limpeza mecânica do cólon.
- (C) A cirurgia de Hartmann constitui adequada conduta cirúrgica.
- (D) Está indicado o tratamento neoadjuvante para reduzir a recidiva local.

**16**

Em dezembro de 2017, foi publicada pelo Conselho Federal de Medicina a resolução 2.172/2017 regulamentando a cirurgia metabólica, para pacientes com IMC entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 34,9 kg/m<sup>2</sup> com refratariedade ao tratamento clínico, caracterizada quando o paciente não obtiver controle metabólico após acompanhamento regular com endocrinologista por no mínimo dois anos, abrangendo mudanças no estilo de vida, com dieta e exercícios físicos, além do tratamento clínico com antidiabéticos orais e/ou injetáveis. Em relação à técnica cirúrgica conforme essa resolução, qual das alternativas é uma opção recomendada para esse subgrupo de pacientes?

- (A) Duodenal *Switch*.
- (B) Gastroplastia em Y de Roux (*Bypass* gástrico).
- (C) Gastroplastia endoscópica.
- (D) Banda gástrica ajustável.

**17**

Mulher de 35 anos, realiza seguimento para tratamento de obesidade grave há 10 anos, porém apresenta uma hérnia incisional após histerectomia por mioma com presença de 35% de conteúdo no saco herniário. Encaminhada para tratamento clínico, perdeu 5 kg e está atualmente com 122 kg e IMC = 45 kg/m<sup>2</sup>. Qual alternativa expressa a terapêutica recomendada para abordagem do caso?

- (A) Gastrectomia vertical e correção da hérnia incisional simultaneamente.
- (B) *Bypass* gástrico e correção da hérnia incisional no mesmo tempo.
- (C) Herniorrafia incisional inicialmente e deixar a gastroplastia para um segundo tempo.
- (D) Gastrectomia vertical e postergação da herniorrafia incisional.

**18**

Homem de 74 anos, teve dor abdominal em flanco esquerdo/fossa ilíaca esquerda de forte intensidade com piora importante há 24 horas. Ao exame físico: febril e taquicárdico, com dor à palpação difusa do abdome com descompressão positiva em FIE. Tomografia com contraste endovenoso: espessamento parietal de cólon sigmoide com densificação da gordura mesocólica regional sem gás ou líquido livre, associado a alguns divertículos regionais. Exames laboratoriais com leucocitose moderada e elevação de PCR, sem outras alterações. Para a avaliação do cólon, escolha a opção recomendada.

- (A) Indica-se colonoscopia com preparo anterógrado após 8 semanas.
- (B) Indica-se a colografia por tomografia (colonoscopia virtual).
- (C) Indica-se a colonoscopia completa com preparo retrógrado.
- (D) A tomografia atual fornece dados diagnósticos específicos suficientes.

**19**

Mulher de 64 anos, com aumento do número de evacuações, associado a tenesmo é diagnosticada com adenocarcinoma de reto semi-circunferencial, com 4,0 cm de diâmetro, a 6,0 cm da borda anal. Após investigação diagnóstica e estadiamento específico com ressonância magnética (RNM), diagnostica-se doença localmente avançada (RNM T3N1) não metastática (M0) com indicação de quimiorradioterapia neoadjuvante e quimioterapia de consolidação. Reavaliada após o sexto ciclo de consolidação completos sem intercorrências, refere melhora da sintomatologia. Ao exame proctológico completo, apresenta redução do volume tumoral para 2,0 cm de diâmetro, tratando-se de doença neoplásica claramente persistente - confirmada por biópsias. À ressonância de reestadiamento, conclui-se: neoplasia de reto distal RNM yT2yN1 com boa resposta TRG2 a quimiorradioterapia (onde TRG1 é resposta completa e TRG5 é sem resposta). Assinale a conduta recomendada a partir deste momento.

- (A) Recomendam-se mais seis ciclos semanais de quimioterapia com capecitabina e oxaliplatina associado a acréscimo de radioterapia local.
- (B) O tratamento cirúrgico respeita os planos embriológicos e envolverá a ressecção completa do reto e da gordura mesorretal, respeitando-se a fáscia própria do reto.
- (C) O tratamento cirúrgico oncológico envolve a ressecção da musculatura elevadora do reto e períneo e preservação do plexo hipogástrico inferior.
- (D) A ressecção local através da cirurgia transanal com aparelho específico será uma técnica segura, pouco mórbida e oncológicamente eficaz.

**20**

Mulher de 65 anos, apresenta quadro de icterícia, prurido e perda de peso (aproximadamente 4 kg) em 1 mês. Realizou ultrassonografia de abdome com dilatação das vias biliares intra-hepáticas bilateralmente. Exames laboratoriais com bilirrubinas totais = 16 mg/dL, bilirrubina direta = 14,9 mg/dL. Procurou serviço médico onde realizou ressonância magnética que evidenciou lesão na confluência dos ductos hepáticos compatível com colangiocarcinoma hilar tipo Bismuth IV, acometendo ductos biliares de segunda ordem bilateralmente e a artéria hepática direita. No momento, qual a conduta recomendada para o caso?

- (A) Avaliação da volumetria do lobo hepático esquerdo e, se > 40% do volume hepático total, trissectomia direita e anastomose biliodigestiva.
- (B) Hepatectomia central e anastomose biliodigestiva bilateral.
- (C) Drenagem transparietohepática para alívio da icterícia.
- (D) Quimio e radioterapia neoadjuvantes.

**21**

Qual a estratigrafia da região inguinal?

- (A) Pele, tecido celular subcutâneo, fáscia profunda, músculo oblíquo externo, músculo oblíquo interno, músculo transverso, fáscia transversal, gordura extraperitoneal e peritônio parietal.
- (B) Pele, tecido celular subcutâneo, fáscia profunda, músculo oblíquo externo, músculo oblíquo interno, músculo transverso, fáscia transversal e peritônio parietal.
- (C) Pele, tecido celular subcutâneo, fáscia profunda, músculo oblíquo externo, fáscia transversal, gordura extraperitoneal e peritônio parietal.
- (D) Pele, tecido celular subcutâneo, fáscia profunda, aponeurose do músculo oblíquo externo, aponeurose do músculo oblíquo interno, aponeurose do músculo transverso, fáscia transversal, gordura extraperitoneal e peritônio parietal.

**22**

Quais são os limites do trígono inguinal e quais estruturas anatômicas formam os anéis inguinais superficial e profundo?

- (A) Vasos epigástricos profundos, margem lateral do músculo reto do abdome e ligamento inguinal; aponeurose do músculo oblíquo externo e fáscia transversal.
- (B) Vasos epigástricos superficiais, margem medial do músculo reto do abdome e ligamento inguinal; aponeurose do músculo oblíquo externo e fáscia transversal.
- (C) Vasos epigástricos superficiais, margem lateral do músculo reto de abdome, ligamento de inguinal; aponeurose do músculo oblíquo externo e fáscia transversal.
- (D) Vasos epigástricos profundos, margem medial do músculo reto de abdome e ligamento inguinal; musculo oblíquo externo e músculo transverso do abdome.

**23**

Paciente de 55 anos é internado de forma eletiva para uma herniorrafia umbilical. O paciente refere asma e ao exame físico apresenta sibilos difusos. O médico opta por prescrever inalação com fenoterol. Qual dos eletrólitos pode apresentar concentração plasmática diminuída por causa desta terapia?

- (A) Sódio.
- (B) Potássio.
- (C) Cálcio.
- (D) Fósforo.

**24**

Homem de 65 anos com antecedente de alcoolismo, está internado na enfermaria no pós-operatório imediato de laparotomia exploradora com rafia de úlcera gástrica. O paciente refere dor de grande intensidade. Você solicita que seja administrada morfina 4 mg intravenosa ao paciente. Após 15 minutos, a técnica de enfermagem vem avisá-lo que o paciente está muito sonolento e pouco responsivo. Qual medicação pode ser usada para reverter os efeitos da morfina?

- (A) Sugammadex.
- (B) Naloxona.
- (C) Neostigmine.
- (D) Flumazenil.

**25**

Mulher de 28 anos foi admitida na sala de trauma após colisão moto com caçamba. Na avaliação inicial apresenta-se estável hemodinamicamente e mantendo Glasgow de 15. Relata dor intensa em perna esquerda associado a edema importante do membro com pulsos periféricos palpáveis. Realizado radiografia do membro acometido sem sinais de fratura. Com relação a síndrome compartimental em membro inferior, pode-se afirmar que

- (A) a fasciotomia de perna deve ser feita nos quatro compartimentos da perna através de duas incisões.
- (B) o compartimento posterior profundo normalmente não é aberto na realização de fasciotomia devido à baixa incidência de comprometimento na ausência de fraturas de tíbia.
- (C) a presença de pulsos periféricos exclui síndrome compartimental e contraindica a realização de fasciotomia precocemente.
- (D) a incisão lateral na fasciotomia libera os compartimentos posterior e posterior profundo.

## 26

Homem de 42 anos vítima de queda de altura estimada de 9 metros. Na chegada à sala de trauma apresenta os seguintes dados fornecidos pelo suporte básico:

- M (*Mechanism*): queda de altura de 9 metros sem equipamentos de proteção.
- I (*Injury*): TCE grave, fraturas de úmero bilateral e fratura de fêmur esquerdo.
- V (*Vital sign*): FC: 145 bpm, FR: 26, PA: 60x46 mmHg, SatO<sub>2</sub>: 96%, Escala de coma de Glasgow: 7
- T (*Treatment*): imobilização cervical, prancha rígida, imobilização de fraturas e oxigênio suplementar em cateter O<sub>2</sub>.

Qual é o método recomendado e a sequência correspondente para garantir a via aérea definitiva?

- (A) Intubação sequência rápida (*Rapid sequence intubation*): ventilação com dispositivo bolsa-válvula-máscara (Ambu), maca em posição neutra, midazolam, fentanil, succinilcolina.
- (B) Intubação sequência rápida (*Rapid sequence intubation*): ventilação com dispositivo bolsa-válvula-máscara (Ambu), maca em proclive, propofol, fentanil, rocurônio.
- (C) Intubação sequência atrasada (*Delayed sequence intubation*): pré-oxigenação, oxigenação apneica, maca em proclive, quetamina e succinilcolina.
- (D) Intubação sequência atrasada (*Delayed sequence intubation*): pré oxigenação, oxigenação apneica, maca em proclive, lidocaína, fentanil, propofol, succinilcolina.

## 27

Mulher de 88 anos, vítima de queda de escada com altura estimada de 2 metros. Na sala de trauma, os sinais vitais e a avaliação inicial eram: PA: 72x58 mmHg, FC: 78 bpm, FR: 22 ipm com respiração paradoxal, SatO<sub>2</sub> 96%, e-FAST negativo, ECG: 4. Com relação ao ativamento do protocolo de transfusão maciça na sala de trauma:

- (A) Há indicação devido ao valor do Shock Index e ABC score.
- (B) Há indicação devido a hipotensão apresentada na avaliação inicial e mecanismo de trauma.
- (C) Não há indicação sem os resultados dos exames laboratoriais point of care como o hemograma.
- (D) Não há indicação devido à ausência de fonte de sangramento.

## 28

Mulher de 25 anos, gestante de 20 semanas, vem ao pronto-socorro com queixa de dor no flanco direito, há 24 horas. Está anorética, com náuseas e febril (37,6 °C). O exame físico revela dor à palpação no flanco e na fossa ilíaca direita, embora sem defesa e sem sinais de irritação peritoneal. A ultrassonografia mostra útero gravídico, feto normal e vesícula biliar normal. O ceco não foi visualizado. Leucócitos: 16.800/mm<sup>3</sup>, sem desvio. O exame de urina é normal. Escore na escala de Alvarado: 5. Apesar de melhora parcial com sintomático, a dor persiste. Foi

conversado sobre cirurgia com a paciente que se recusa a ser operada sem confirmação diagnóstica. O próximo passo recomendado é:

- (A) Tomografia de abdome e pelve.
- (B) Antibioticoterapia intravenosa e observação.
- (C) Ressonância magnética do abdome.
- (D) Ultrassonografia transvaginal.

## 29

Um motociclista jovem colidiu com uma árvore a cerca de 80 km/h. Estava de capacete. Era um dia de inverno, chovia e a temperatura ambiente era de 7 °C. No hospital, a via aérea estava pérvia e o murmúrio vesícula era normal bilateralmente. FC: 90 bpm, PA: 115x70 mmHg. Glasgow: 13. Temperatura esofágica: 34 °C. EFAST (*Focused Assessment With Sonography for Trauma*): positivo em janela espleno renal. Exames laboratoriais: glicemia: 300 mg/dL, plaquetas: 280.000/mm<sup>3</sup> (150.000 a 450.000/mm<sup>3</sup>) e TTPA alargado. A tomografia de abdome mostrou lesão esplênica grau III. Qual o próximo passo recomendado?

- (A) Bypass cardiopulmonar para reaquecimento central
- (B) Transfusão de 10 U ou uma aférese de plaquetas.
- (C) Laparotomia exploradora e esplenectomia.
- (D) Aquecimento e monitorização cardíaca, pelo risco de fibrilação ventricular.

## 30

Homem de 70 anos vem ao pronto-socorro com história de uma semana de parada de eliminação de gases e fezes e dor no quadrante inferior esquerdo do abdômen. Não tem morbidades associadas e não apresenta sinais de sepse ou falências orgânicas. Fez a tomografia de abdome ilustrada a seguir:



Com base nessas informações, qual a conduta recomendada?

- (A) Laparotomia mediana.
- (B) Colonoscopia com biópsia.
- (C) Quimioterapia e radioterapia.
- (D) Transversostomia sem laparotomia.

### 31

Mulher de 34 anos, sem morbidades, apresenta-se com história de dor abdominal há 2 semanas. Durante a investigação identificou-se a presença de apendicite complicada com abscesso. Considerando-se a possibilidade da paciente ser tratada em centro de excelência, qual dos fatores a seguir pode ser considerado como mais importante para definir tratamento cirúrgico vs drenagem percutânea inicialmente?

- (A) Líquido livre na tomografia.
- (B) Mais de um abscesso.
- (C) Presença de choque séptico.
- (D) Presença de fecálito.

#### TEXTO PARA AS QUESTÕES 32 E 33

Homem de 48 anos deu entrada no serviço de urgência com história de 10 dias de dor abdominal vaga, que gradualmente se agravou e se tornou intolerável. Não tinha história de ingestão alcoólica, tabagismo ou passado de doenças ou uso de medicamentos. PA: 120x80 mmHg; FC: 90 bpm; temperatura corporal: 37 °C. Ao exame físico, referia dor abdominal e sensibilidade de rebote em todos os quadrantes, com diminuição de som. O estudo laboratorial inicial revelou contagem de glóbulos brancos de 11.000/mL (neutrófilo, 86,8%) e PCR 8,03. Foi submetido à tomografia, conforme imagens a seguir:



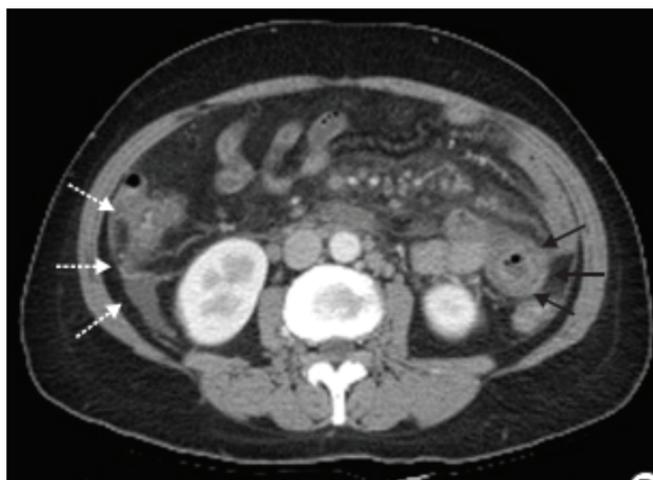
### 32

Qual a conduta inicial recomendada?

- (A) Trombólise.
- (B) Trombectomia mecânica.
- (C) Anticoagulação sistêmica plena.
- (D) Anticoagulação profilática.

### 33

O paciente foi internado para tratamento e houve melhora importante da dor abdominal. Ao exame físico persistia a dor abdominal sem sinais de irritação peritoneal e a tomografia de controle foi realizada, conforme imagem a seguir:



Qual a opção recomendada neste caso?

- (A) Tratamento clínico e observação.
- (B) Laparoscopia.
- (C) Laparotomia.
- (D) Trombectomia mecânica.

### 34

Mulher de 38 anos vem ao pronto-socorro com queixa de dor no hipocôndrio direito, associada a náuseas, há 6 meses, com piora há 1 semana. Não tem alterações do hábito intestinal. Faz uso de contraceptivos. O ultrassom de abdome mostra vesícula biliar distendida e de paredes finas, sem cálculos. A amilase é normal. A endoscopia digestiva alta e o exame parasitológico de fezes (3 amostras) são também normais. O exame recomendado para prosseguir sua investigação é:

- (A) Uma amostra de exame de fezes com pesquisa de ameba.
- (B) Não tem indicação; a paciente deve ser submetida à colecistectomia.
- (C) Tomografia de abdome com contraste EV.
- (D) Deve repetir o ultrassom.

## TEXTO PARA AS QUESTÕES 35 E 36

Paciente realizou tratamento cirúrgico definitivo das lesões abdominais, pélvicas e de extremidades. Foi encaminhado para UTI, porém evoluiu com sangramentos em óstios dos cateteres, em curativos, tanto em abdome, quanto de extremidades e de ferimento corto-contuso em dorso. Em curso infusão, de ácido tranexâmico de manutenção.

**35**

Assinale a alternativa que contém o plano com a ordem recomendada de prioridades para a terapêutica da correção da coagulopatia do paciente, considerando-se que a contenção mecânica foi efetiva.

- (A) Correção de cálcio, acidose e hipotermia, reversão de anticoagulantes, transfusão de plasma ou reposição de fatores de coagulação, reposição de fibrinogênio, administração de fator VII ativado, transfusão de plaquetas.
- (B) Correção de cálcio, acidose e hipotermia, reversão de anticoagulantes, reposição de fibrinogênio, transfusão de plasma ou reposição de fatores de coagulação, transfusão de plaquetas, administração de fator VII ativado.
- (C) Reposição de fibrinogênio, reversão de anticoagulantes, correção de cálcio, acidose e hipotermia, transfusão de plaquetas, administração de fator VII ativado, transfusão de plasma ou reposição de fatores de coagulação.
- (D) Reposição de fibrinogênio, correção de cálcio, acidose e hipotermia, transfusão de plasma ou reposição de fatores de coagulação, reversão de anticoagulantes, administração de fator VII ativado, transfusão de plaquetas.

**36**

Tomografia de crânio do paciente acima evidenciou somente hemorragia subaracnoide incipiente, sem efeito de massa significativo. Sobre o traumatismo cranioencefálico (TCE) desse paciente, a assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de TCE grave, sem indicação de infusão de corticoide e com indicação de manter normocapnia (pCO<sub>2</sub> alvo de 35 a 45 mmHg).
- (B) Trata-se de TCE grave, sem indicação de infusão de corticoide e com indicação de manter normocapnia (pCO<sub>2</sub> alvo de 35 a 45 mmHg).
- (C) Trata-se de TCE grave com indicação de infusão de corticoide por 24 h e hiperventilação profilática nas primárias 48 h, com alvo de pCO<sub>2</sub> de 25 a 30 mmHg. Após esse período, manter normocapnia (pCO<sub>2</sub> alvo de 35 a 45 mmHg).
- (D) Trata-se de TCE grave, sem indicação da infusão de corticoides, porém com indicação de hiperventilação profilática nas primárias 48 h, com alvo de pCO<sub>2</sub> de 25 a 30 mmHg. Após esse período, manter normocapnia (pCO<sub>2</sub> alvo de 35 a 45 mmHg).

**37**

Homem de 51 anos, vítima de queda de árvore de 3 metros, na cena com escala de coma de Glasgow de 15, relatava não sentir as pernas e os membros superiores, FC: 58 bpm, PA: 90x40 mmHg. Foi encaminhado para serviço de referência em trauma. Na avaliação primária na sala de emergência, foram obtidos os seguintes achados:

- A: Via aérea prévia, em uso de colar cervical.
- B: MV + presente bilateralmente, expansibilidade pulmonar bilateral simétrica, SatO<sub>2</sub> 96% em ar ambiente.
- C: FC 61 bpm, PA 88x42 mmHg (pressão arterial média de 61 mmHg), boa perfusão periférica, tempo de enchimento capilar < 3 s, pelve estável, esfíncter hipotônico ao toque retal.
- D: Glasgow 15, força motora grau I em todos os membros.
- E: Escoriações em tórax.

O paciente foi encaminhado para tomografia computadorizada de corpo todo, sendo identificada lesão de corpo vertebral de C4 com retrolistese importante. Em avaliação secundária identificado nível sensitivo-motor compatível com C4 (tetraplegia e ausência de sensibilidade em todos os membros, só mobiliza cintura escapular). Foi encaminhado para tratamento cirúrgico da lesão e admitido em ventilação mecânica no pós-operatório imediato. Paciente em Glasgow 11T, mantendo os déficits motores. Em relação ao manejo ventilatório e administração de corticosteroides do referido paciente, vítima de trauma raquimedular, escolha a alternativa correta.

- (A) Provavelmente terá falha de extubação, não há indicação de corticoterapia.
- (B) Provavelmente será extubado com êxito se pressão expiratória final (PEEP) < 8 cmH<sub>2</sub>O, há indicação de corticoterapia sistêmica; se possível iniciar infusão em até 8 h do trauma.
- (C) Provavelmente será extubado com êxito se a fração inspirada de oxigênio for menor que 45%, há indicação de corticoterapia sistêmica; se possível iniciar infusão em até 12 h do trauma.
- (D) Provavelmente terá falha de extubação, há indicação de corticoterapia se possível infusão em até 12 h do trauma.

**38**

Paciente de 40 anos foi submetido à hernioplastia inguinal do lado direito pela técnica de Lichtenstein há 12 horas. Refere muita dor na região abdominal. Foi medicado com tramadol, dipirona e cetoprofeno sem melhora. No exame físico: corado, estável hemodinamicamente e palpa-se um abaulamento no hipogástrico. Qual a suspeita clínica e o tratamento recomendado?

- (A) Hematoma incisional – drenagem.
- (B) Lesão de nervo – bloqueio local.
- (C) Retenção urinária aguda – sondagem vesical de alívio.
- (D) Sangramento para retroperitônio – tomografia de pelve com contraste.

### 39

Homem de 44 anos, com trauma cranioencefálico grave, sedado com propofol e fentanil em RASS (*Richmond Agitation Sedation Scale*) - 3, com pressão intracraniana de 26 mmHg mantida há 30 minutos, PAM de 90 mmHg com noradrenalina 0,02 µg/kg/min, SatO<sub>2</sub> de 95%, pCO<sub>2</sub> de 47 mmHg, temperatura central de 37,9 °C. Sem alterações de sódio, potássio ou hemoglobina. Tomografia mostra edema cerebral difuso, ventrículos colabados. Assinale, dentre as opções a seguir a ordem sequencial de condutas recomendadas para controle da hipertensão intracraniana persistente desse paciente.

- (A) Aprofundar sedação, aumentar volume minuto, solução hipertônica, aumento da pressão arterial média com alvo acima de 110 mmHg.
- (B) Elevação da fração inspirada de oxigênio, solução hipertônica, aumentar volume minuto, craniectomia descompressiva.
- (C) Redução da temperatura, aumentar volume minuto, aprofundar sedação, solução hipertônica.
- (D) Aumentar volume minuto, solução hipertônica, aprofundar sedação, indução de coma barbitúrico.

### 40

Paciente de 18 anos foi vítima de ferimento em membro superior direito, conforme imagem a seguir:



Qual é a primeira manobra recomendada que a equipe de atendimento pré-hospitalar deve realizar na cena?

- (A) Ligar vaso sangrante.
- (B) Aplicar um torniquete.
- (C) Curativo compressivo.
- (D) Acesso venoso e iniciar reposição volêmica com soro fisiológico.

### 41

Paciente de 20 anos, vítima de ferimento por arma de fogo em tórax e membro superior direito. Foi imobilizado com enfaixamento e tipoia. Ele refere dor na mão. Apresenta tempo de enchimento capilar > 6 segundos. A radiografia realizada pode ser visualizada na figura a seguir:



Qual é suspeita clínica e qual a atitude recomendada?

- (A) Lesão de nervo braquial – fixar a fratura.
- (B) Lesão de artéria braquial – exploração vascular, fixar a fratura.
- (C) Síndrome compartimental – fasciotomia de antebraço e braço.
- (D) Imobilizar o membro com tala gessada.

### 42

Homem de 18 anos vítima de ferimento por arma branca de 1 cm de extensão no 3º espaço intercostal esquerdo a 2 cm da borda lateral esquerda do esterno. Ao exame físico, apresentou-se: A: via aérea pérvia; B: murmúrio vesicular presente e simétrico; SatO<sub>2</sub>: 99%; PA: 133x65 mmHg; FC: 93 bpm; Glasgow coma score: 15. E-FAST ausência de pneumotórax, na janela precordial observa-se hematoma retroesternal. Assinale qual a conduta mais adequada.

- (A) Suturar o ferimento, vacinação antitetânica.
- (B) Drenagem torácica do lado esquerdo, suturar o ferimento e vacinação antitetânica.
- (C) Internar o paciente e manter em observação clínica, antibiótico terapia endovenosa.
- (D) Realizar uma angiotomografia.

### 43

Paciente de 60 anos operado há 4 dias por um tumor obstrutivo de colo esquerdo. Apresenta um abaulamento na região da incisão cirúrgica e saída de secreção avermelhada pelos pontos inferiores, conforme imagem a seguir:



A cirurgia realizada foi sigmoidectomia com colostomia terminal. O paciente evolui com pico febril diários de 38 °C. Os exames laboratoriais mostram hemoglobina de 10g/dL, leucócitos: 16.000/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 80%), PCR 10 mg/dL. Qual o tratamento recomendado para esta complicação?

- (A) Ressutura de parede com colocação de tela.
- (B) Drenagem de coleção de subcutâneo com retirada os pontos.
- (C) Antibioticoterapia e tomografia de abdômen para pesquisar coleções.
- (D) Retirar pontos alternados e curativo.

### 44

Homem de 45 anos vítima de atropelamento por automóvel. Deu entrada no pronto socorro trazido pelo suporte avançado, conforme figura a seguir:



Na avaliação primária apresentava:

- A: intubado em ventilação mecânica com SatO<sub>2</sub>: 100%
- B: murmúrio vesicular presente bilateral
- C: FC: 115 bpm, PA: 85x65 mmHg, FAST: líquido livre na cavidade abdominal, *scalp* de couro cabeludo, Glasgow coma *score*: 3T pupilas isocóricas e foto reagentes.

A gasometria arterial mostrava pH: 7,27; pO<sub>2</sub>: 231,4 mmHg; pCO<sub>2</sub>: 37,7 mmHg; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 16,9 mmol/L; BE: -8,8 mmol/L; lactato arterial: 39 mg/L. Com base nessas informações, qual o tratamento inicial recomendado?

- (A) Dois acessos venosos calibrosos, iniciar reposição volêmica com ringer lactato aquecido 2.000 mL e tipagem sanguínea.
- (B) Reposição volêmica iniciar com 2 bolsas de sangue O negativo.
- (C) Reposição volêmica iniciar com 1.000 mL de soro fisiológico aquecido e solicitar tipagem e reserva de sangue.
- (D) Reposição volêmica com 500 mL de soro fisiológico aquecido, iniciar droga vaso ativa e providenciar sangue tipo específico.

### 45

Mulher de 40 anos teve quatro gestações com partos normais e procura centro especializado para tratamento eletivo das hérnias, que podem ser visualizadas na imagem a seguir:

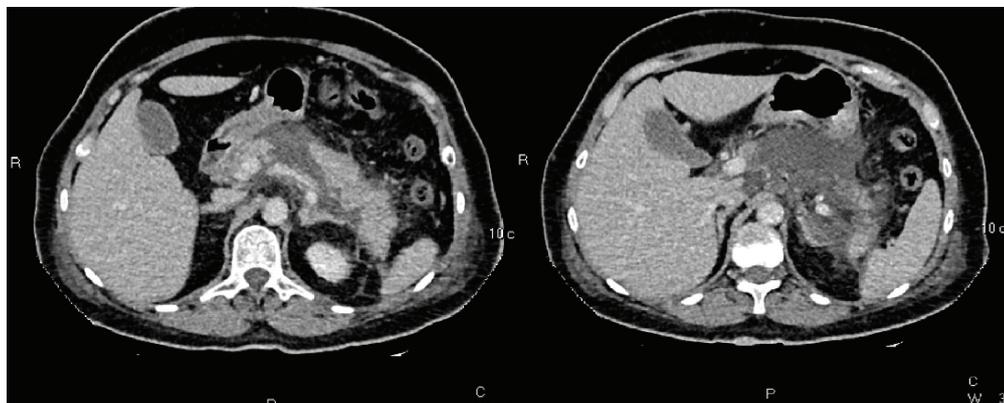


Assinale a alternativa que justifica a escolha da técnica recomendada para o tratamento.

- (A) Hérnia umbilical > 4 cm a correção com tela tem uma recidiva < 3%, e hérnia inguinal pele técnica de Lichtenstein.
- (B) Hérnia umbilical > 4 cm a correção com tela tem uma recidiva > 14% e hérnia inguinal pele técnica de Lichtenstein.
- (C) Hérnia umbilical > 4 cm pode ser corrigida com tela ou sem tela, tem mesmo índice de recidiva e hérnia inguinal pele técnica de Lichtenstein.
- (D) Devido ao alto índice de rejeição da tela, esta técnica deve ser evitada na região umbilical mesmo em hérnias > 4 cm e hérnia inguinal pele técnica de Lichtenstein.

**46**

Mulher de 61 anos deu entrada na unidade de pronto socorro referindo dor abdominal em região epigástrica há 7 dias, acompanhada de vômitos e anorexia. Refere que havia passado em várias unidades de saúde e, neste foi medicada com sintomático e encaminhada para um ambulatório de cirurgia para tratamento de litíase vesicular. Apresentava-se desidratada, abdome com dor a palpação sem sinais de irritação peritoneal. Os exames laboratoriais mostravam: Hb: 7,3 g/dL; Ht: 23,1%; leucócitos: 16.400/mm<sup>3</sup>; PCR: 21,8 mg/dL; ureia: 45 mg/dL; creatinina: 0,5 mg/dL; amilase: 154 U/L; lipase: 342 U/L. Foi realizada uma tomografia, conforme imagens a seguir:



Com base nessas informações, qual é o tratamento recomendado?

- (A) Hidratação, jejum, ceftriaxona.
- (B) Hidratação, dieta por sonda nasoenteral pós-duodenal.
- (C) Hidratação, drenagem da coleção por endoscopia.
- (D) Hidratação, drenagem da coleção por laparoscopia.

**47**

Mulher de 25 anos foi vítima de atropelamento por ônibus. Trazida pelo suporte avançado, foi intubada na cena, imobilização cervical com colar cervical em prancha rígida, curativo e imobilização de fratura exposta em membro inferior esquerdo, descolante de raiz da coxa direita, conforme imagem a seguir:



Na sala de admissão apresenta: SatO<sub>2</sub>: 100%, PA: 70x40 mmHg; FC: 115 bpm. Ao examinar a região pélvica com movimentação a compressão e sangramento ativo pelo descolante e ferimento de membro inferior esquerdo. FAST negativo. Qual o tratamento inicial recomendado?

- (A) Curativo compressivo da coxa e perna, realizar tomografia de corpo inteiro e doppler arterial de membros.
- (B) Fixação da pelve com lençol, curativo compressivo em membro inferior esquerdo e protocolo de transfusão maciça.
- (C) Fixação da pelve com lençol, acesso venoso central, iniciar droga vaso ativa e tomografia de corpo inteiro.
- (D) Protocolo de transfusão maciça, fixação da pelve e membro inferior esquerdo com fixador externo, após realizar tomografia de corpo inteiro.

## 48

Paciente de 45 anos refere dor abdominal há 1 dia, não evacua e não elimina gases há 10 dias. Antecedentes de ferimento por arma branca há dois anos sendo submetido à laparotomia, conforme imagens a seguir:

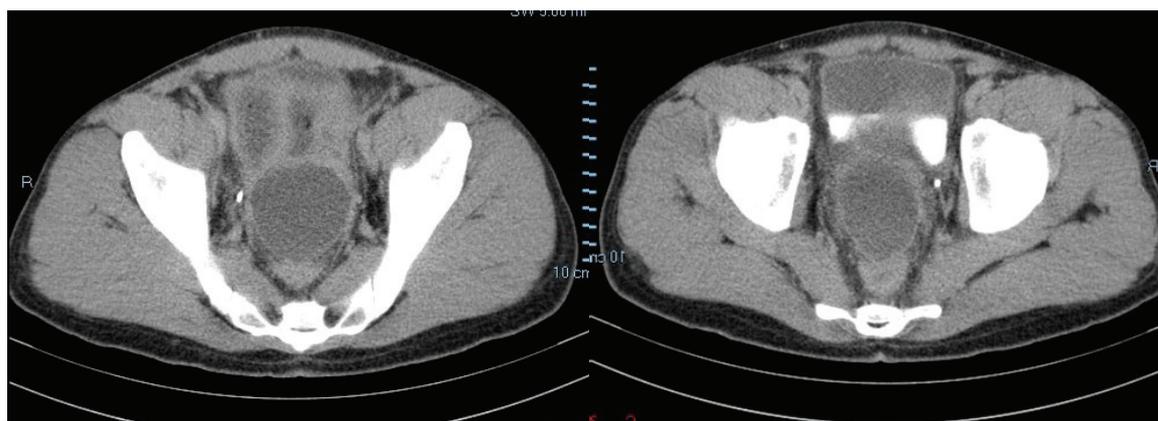


Ao exame físico, apresentou-se desidratado, abdome pouco distendido com dor a palpação difusa, toque retal: normal. Hb: 16,6 g/dL; Ht: 49,5%; leucócitos: 17.100/mm<sup>3</sup> (bastonetes: 2%; neutrófilos: 89%); PCR: 6,4 mg/dL; ureia: 288 mg/dL; creatinina: 2,2 mg/dL; Na<sup>+</sup>: 118 mmol/L; K<sup>+</sup>: 4,9 mmol/L. Qual é o diagnóstico e tratamento inicial recomendado?

- (A) Obstrução intestinal – sonda nasogástrica – hidratação – escopolamina.
- (B) Íleo paralítico – correção dos distúrbios hidroeletrólíticos – hidratação.
- (C) Infecção intestinal – citomegalovírus – tratamento clínico.
- (D) Abdome agudo perfurativo – hidratação e cirurgia.

## 49

Homem de 27 anos refere dor abdominal há 4 dias, náusea e vômito, parada de eliminação de gases e fezes. Nega febre. Ao exame físico, apresentou-se deambulando, desidratado, abdome distendido e doloroso a palpação. DB negativo. Temperatura axilar 36,5 °C, PA: 100x80 mmHg, FC: 120 bpm. Exames laboratoriais: Hb: 15,4g/dL, Ht: 42,2%, leucócitos: 19.300/mm<sup>3</sup> (bastonetes > 3%, neutrófilos: 88%). Foi realizada tomografia e as imagens são apresentadas a seguir:

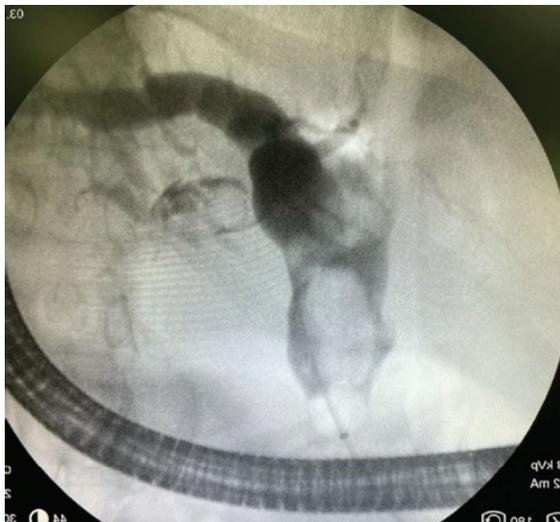


Com base nos exames obtidos, qual a atitude recomendada?

- (A) Indicar laparotomia exploradora de urgência.
- (B) Indicar laparoscopia diagnóstica de urgência.
- (C) Indicar punção diagnóstica e iniciar antibioticoterapia endovenosa.
- (D) Iniciar antibiótico terapia endovenosa, colher hemocultura e cultura de urina, hidratação endovenosa.

**50**

Paciente com 53 anos de idade refere dor em hipocôndrio direito e epigástrico, náusea e vômito há 2 dias. Antecedentes: colecistectomia aberta há 22 anos. PA: 117x70 mmHg, FC: 116 bpm, temperatura: 36,4 °C. Diagnosticado obstrução de via biliar foi realizada uma CPRE para avaliar, conforme imagem a seguir:



Não foi possível a retirada do cálculo, somente colocou-se uma prótese. A paciente evoluiu com dor picos febris diários e os exames laboratoriais mostram: leucócitos: 24,900/mm<sup>3</sup> (bastonetes: 1%, neutrófilos: 83%), PCR: 8,4 mg/dL, ureia: 217 mg/dL, creatinina: 1,3 mg/dL, bilirrubina total: 9,4 mg/dL, bilirrubina direta: 7,4 mg/dL, amilase: 186 U/L, lipase: 26, AST: 36 U/L, ALT: 97 U/L. Qual o diagnóstico e o tratamento recomendado?

- (A) Coledocolitíase – papilite – colangite – antibiótico terapia e realizar nova CPRE com papilotomia ampla.
- (B) Coledocolitíase primária – colangite aguda – antibioticoterapia e retirada do cálculo e drenagem cirúrgica da via biliar.
- (C) Cálculo residual – colangite - antibiótico terapia – nova CPRE.
- (D) Cálculo residual – drenagem transparieto hepática da via biliar.

## GINECOLOGIA GERAL

**51**

O prolapso uterino está relacionado principalmente à lesão dos ligamentos:

- (A) Largos.
- (B) Cardinais.
- (C) Redondos.
- (D) Pubovesicocervicais.

**52**

Mulher de 83 anos foi levada ao ginecologista pela família com quadro de sangramento vaginal intermitente há 6 meses. Antecedentes: G5P4A1, diabética, hipertensa, trombose prévia em uso de anticoagulante, diagnóstico de Alzheimer há 5 anos. Menopausa há 32 anos. IMC de 31,5 kg/m<sup>3</sup>. Exame ginecológico: vagina e colo atroficos com JEC não visível; discreta quantidade de sangue em fundo de saco posterior e útero de forma, volume e consistência normais. Assinale qual deve ser o próximo procedimento recomendado.

- (A) Histerectomia.
- (B) Curetagem uterina.
- (C) Biópsia com Pipelle ou aspirador de Vabra.
- (D) Histerectomia + salpingooforectomia bilateral.

**53**

Menina de 14 anos vem ao pronto-socorro de ginecologia por quadro de dor pélvica de início há dois dias. Mãe informa que é a terceira vez que a filha apresenta o mesmo episódio, porém desta vez está mais intenso, sem melhora com o uso de anti-inflamatórios. Nunca menstruou. Nega atividade sexual. Ao exame físico, regular estado geral (fácies de dor), corada, PA: 100x70 mmHg, FC: 92 bpm, temperatura: 36,9 °C e IMC de 24,3kg/m<sup>2</sup>; mamas em estágio de Tanner IV. Genitália externa apresentada na imagem abaixo:



De acordo com o quadro clínico e a imagem apresentados, qual é o provável diagnóstico e conduta recomendada?

- (A) Hímen imperfurado com hematocolpo. Himenotomia.
- (B) Hímen imperfurado sem hematocolpo. Himenotomia.
- (C) Sarcoma botrióide. Exérese do tumor vaginal.
- (D) Sarcoma botrióide. Encaminhar para serviço oncológico de referência.

## 54

As malformações do desenvolvimento do sistema genital feminino podem levar à alterações anatômicas de diferentes tipos e graus. Considerando-se as malformações mullerianas, o útero didelfo corresponde à ausência de:

- (A) Canalização do seio útero-genital.
- (B) Fusão dos ductos paramesonéfricos.
- (C) Desenvolvimento do ducto paramesonéfrico.
- (D) Fusão dos ductos de Wolf.

## 55

Em relação ao câncer de endométrio, é correto afirmar:

- (A) A sobrevida no estágio I, com cirurgia exclusiva, é de 35%.
- (B) O estadiamento II é quando o tumor invade até a serosa ou anexos.
- (C) O prognóstico depende do tipo histológico, diferenciação, invasão miometrial, extensão tumoral e invasão linfocelular.
- (D) Se a citologia peritoneal for positiva, é estágio II.

## 56

Mulher de 28 anos agenda consulta médica para orientação contraceptiva. Início de atividade sexual recente, com uso de preservativo, porém sente-se insegura apenas com o método de barreira. Antecedente pessoal de valvopatia mitral com prótese e anticoagulação contínua com uso de warfarina. Pelo que pesquisou na internet, sua opção inicial é pelo sistema intrauterino (SIU). Quanto ao SIU, pode-se afirmar:

- (A) Frequentemente associa-se à dismenorreia e menorrágia.
- (B) Pacientes cardiopatas dispensam a profilaxia antibiótica quando da inserção, por se tratar de procedimento simples e rápido.
- (C) SIU é contraindicação formal para usuária de warfarina.
- (D) É um sistema intrauterino de liberação gradual de levonorgestrel com eficácia contraceptiva superior à esterilização.

## 57

Durante o ciclo menstrual, todo o endométrio se prepara para receber o óvulo fecundado; caso este não ocorra, alguns fenômenos orientarão a descamação endometrial para o preparo de um novo ciclo. Qual das alternativas a seguir descreve um desses fenômenos?

- (A) Liberação da prostaglandina PGF2a e vasoconstrição das artérias espiraladas.
- (B) Clivagem entre as camadas esponjosa e compacta, promovendo isquemia.
- (C) Edema do estroma com aumento da permeabilidade vascular e decidualização.
- (D) Aumento intenso na síntese de DNA e no número de mitoses.

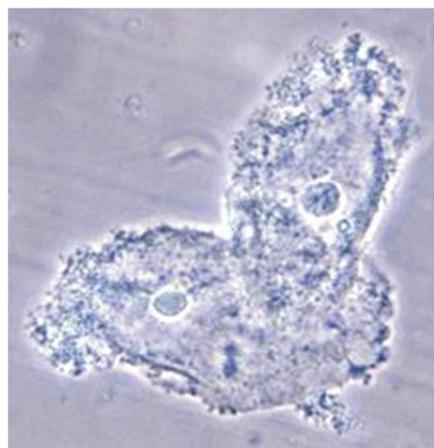
## 58

Mulher de 37 anos, sem comorbidades, solteira, natural da Bahia, procura a UBS com quadro de corrimento vaginal que piora após relação sexual e sensação ardência vaginal. AGO: 3G3PN, DUM há 13 dias, ciclos regulares a cada 28 dias com 5 dias de duração e fluxo normal, MAC = *condom*, vida sexual ativa, sem parceiro fixo, sem desejo reprodutivo. AP: nega doenças, cirurgias ou alergias a medicações. HV: Tabagista de 2 maços por dia há 10 anos. Nega etilismo.

- Exame físico: BEG, corada, hidratada.
- Abdome: globoso, flácido, indolor, sem massas pélvicas palpáveis, sem visceromegalias
- Exame especular: colo epiteliado, presença de corrimento branco-acinzentado, bolhoso e com odor fétido, conforme imagem a seguir:



- Toque vaginal: útero em anteversoflexão, tamanho normal para idade e paridade, móvel, indolor à mobilização, ausência de massas anexiais
- Teste KOH positivo.
- Microscopia ótica conforme imagem a seguir:

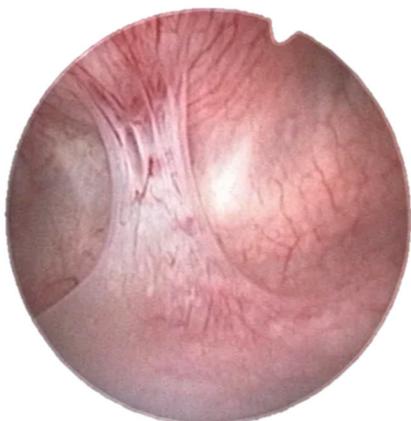


Qual é o provável diagnóstico e agente etiológico?

- (A) Tricomoníase. *Trichomonas vaginalis*.
- (B) Candidíase. *Candida albicans*.
- (C) Vaginose citolítica. *Lactobacillus* sp.
- (D) Vaginose bacteriana. *Gardnerella/Mobiluncus*.

**59**

Mulher de 25 anos, 3G0P3A, com histórico de amenorria desde sua última gestação, quando recebeu os cuidados hospitalares devido ao diagnóstico de abortamento incompleto. Realizado estímulo com progestágeno isolado, a paciente persistiu em amenorria. Após estímulo combinado com estrogênio e progestágeno, a paciente permaneceu em amenorria. Realizado exame de imagem a seguir:



Considerando o caso descrito e a imagem acima, qual foi o exame realizado e qual achado pode ser observado?

- (A) Histerossalpingografia. Septo uterino.
- (B) Histeroscopia. Sinéquias uterinas.
- (C) Histerossonografia. Sinéquias uterinas.
- (D) Histerometria. Septo vaginal.

**60**

Em relação à vascularização da pelve feminina e cirurgias ginecológicas, é correto afirmar:

- (A) Em uma histerectomia total abdominal por patologia benigna, a artéria uterina é ligada na sua origem.
- (B) Mesmo na histerectomia subtotal ainda é necessário realizar a ligadura das artérias uterinas.
- (C) Não é necessário realizar ligadura dos ligamentos redondos, visto que não há estruturas vasculares no seu interior.
- (D) A artéria ovariana é o primeiro ramo da artéria íliaca interna.

**61**

Mulher de 28 anos IG IP parto normal, amamentando. A melhor alternativa contraceptiva neste período é:

- (A) Os contraceptivos, com progestagênios isolados, constituem-se em boa opção.
- (B) Os contraceptivos hormonais combinados de última geração, com menores doses, podem ser utilizados.
- (C) O ideal é o uso de preservativo, evitando-se a administração de qualquer hormônio, pois todos afetam a lactação.
- (D) O DIU está contraindicado no puerpério, devendo-se aguardar a volta das menstruações para ser colocado.

**62**

Casal vem em consulta solicitando orientações sobre contracepção. A paciente possui 38 anos, 3G2PC1Ab, nega comorbidades ou alergias. Tabagista de 17 cigarros por dia há 18 anos. Qual o método recomendado para ela?

- (A) Anel vaginal.
- (B) Injetável trimestral.
- (C) Injetável mensal.
- (D) Anticoncepcional combinado oral.

**63**

Mulher de 52 anos com diagnóstico de câncer de colo do útero teve seu estadiamento determinado como 1a. Em que se baseia esse critério?

- (A) Cintilografia.
- (B) Achado cirúrgico.
- (C) Toque retal.
- (D) Cistoscopia.

**64**

Assinale a alternativa em que todos fatores relacionam-se ao risco de carcinoma de endométrio.

- (A) Terapia estrogênica isolada, diabetes, anovulação crônica.
- (B) Múltiplos parceiros, obesidade, menopausa tardia.
- (C) Abortamentos de repetição com curetagem, multiparidade e SOP.
- (D) Idade avançada, terapia hormonal com oposição estrogênica, uso de contraceptivos hormonais.

**65**

Mulher de 52 anos veio ao ambulatório para discutir questões sobre a terapia de reposição hormonal pós-menopausa apresentando a seguinte dúvida: “Quando posso dispensar a complementação da progesterona?”. Assinale a alternativa recomendada que responde o questionamento da paciente.

- (A) Paciente portadora de fibroadenoma mamário.
- (B) Paciente ooforectomizada.
- (C) Paciente com miomatose uterina.
- (D) Paciente submetida a histerectomia.

**66**

A principal via de produção do estrogênio em mulheres no período pós menopausa é:

- (A) Ingestão de estrogênio exógeno.
- (B) Produção direta da suprarrenal.
- (C) Conversão de androstenediona produzido na suprarrenal.
- (D) Produção residual pelo estroma ovariano.

**67**

A confirmação de endometriose pélvica é feita por

- (A) ecografia pélvica com evidência de focos de endometriose.
- (B) videolaparoscopia diagnóstica com estudo histológico que evidencia glândulas e estroma endometriais.
- (C) videohisteroscopia diagnóstica com visualização de aderências pélvicas.
- (D) laparotomia exploradora com visualização de implantes de células endometriais.

**68**

Mulher de 33 anos, nuligesta, encontra-se namorando há 5 meses. Método contraceptivo pílula combinada. Refere dor pélvica há 2 dias, com dispareunia de profundidade e presença de corrimento com odor ruim, nega febre. Ao exame físico: bom estado geral, abdome flácido, doloroso à palpação de hipogástrio, com DB negativo. Especular presença de saída de secreção esverdeada do orifício do colo e dor à mobilização do colo. USG transvaginal sem imagem sugestiva de abscesso. Assinale a conduta correta.

- (A) Internação, solicitação de exames de laboratoriais e metronidazol endovenoso.
- (B) Aplicação de metronidazol creme vaginal por 10 noites.
- (C) Solicitação de exames laboratoriais. Coleta de culturas vaginais e início de antibioticoterapia: doxiciclina via oral por 14 dias e ceftriaxone dose única intramuscular.
- (D) Solicitação de exames laboratoriais, coleta de culturas vaginais e introdução de ciprofloxacino via oral por 14 dias.

**69**

Mulher de 43 anos refere perda urinária aos esforços. Antecedente obstétrico de 2 partos vaginais sem complicações, sendo o último há 10 anos. Ao exame ginecológico observa-se cistocele e retocele moderadas, assim como perda urinária em manobra de esforço. Foi submetida a cirurgia de correção da incontinência com a utilização de faixa tipo *sling* transobturatório. Qual o princípio de correção recomendada na perda urinária do procedimento citado?

- (A) Apoio suburetral.
- (B) Correção da cistocele.
- (C) Reconstrução da fásia endopélvica.
- (D) Elevação da bexiga.

**70**

Mulher de 38 anos, G3P3, procurou o ginecologista por nódulo de mama direita com crescimento rápido, há dois meses. Nega alergias, vícios e comorbidades. Antecedente familiar: tia materna com câncer de mama pós menopausa. Ao exame físico apresentou mamas volumosas, presença de nódulo fibroelástico, medindo 4 cm em quadrante superolateral de mama direita. Axila direita com linfonodo menor que 1 cm fibroelástico. Realizou US de mamas que

confirmou a presença da lesão e sugeriu a realização de biópsia (BI-RADS 4). Anatomopatológico: neoplasia fibroepitelial bifásica com celularidade estromal menor que 10 mitoses por campo. Diante o diagnóstico obtido, assinale qual o tratamento recomendado.

- (A) Quadrante com biópsia de linfonodo sentinela.
- (B) Quimioterapia neoadjuvante.
- (C) Nodulectomia.
- (D) Nodulectomia com margem ampla, idealmente maior de 2 cm.

**71**

Mulher de 52 anos, em menopausa há 2 anos, sem uso de terapia hormonal com queixa de corrimento em moderada quantidade com pronunciado odor acinzentado com bolhas, pH vaginal de 6,0. Teste do KOH positivo e presença de *clue cells* no esfregaço vaginal. Qual o tratamento tópico vaginal recomendado.

- (A) Vlotrimazol.
- (B) Metronidazol.
- (C) Estrogênio.
- (D) Gestrinona.

**72**

Mulher de 40 anos em uso de terapia hormonal combinada por falência ovariana prematura e sintomatologia exuberante. Sobre a terapia hormonal recomendada, pode-se afirmar:

- (A) Aumento de risco de câncer de cólon.
- (B) Redução de risco para câncer de ovário.
- (C) Maior risco para câncer de endométrio.
- (D) Proteção de eventos cardiovasculares.

**73**

Mulher de 48 anos refere antecedente familiar positivo para câncer de mama (irmã aos 46 anos e avó materna aos 51 anos). Refere já ter realizado biópsia de nódulo de mama esquerda há 1 ano, com resultado anatomopatológico de benignidade. Avaliada por mastologista que orientou a possibilidade de quimioprofilaxia para câncer de mama, visto que o seu risco calculado foi de 25% *lifetime*. Com base nessas informações, qual a medicação recomendada?

- (A) Fulvestranto.
- (B) Trastuzumabe.
- (C) Tamoxifeno.
- (D) Flavonoides.

**74**

Mulher de 54 anos, menopausada desde os 49 anos. Nega uso de terapia hormonal. Queixa-se de sangramento vaginal há 3 dias em pequena quantidade. Antecedente pessoal de hipertensão arterial crônica controlada. Realiza ultrassonografia que evidencia imagem nodular de 4 mm em fundo uterino/cavidade endometrial. Assinale a conduta recomendada.

- (A) Aspiração endometrial com cânula.
- (B) Uso de progestogênio.
- (C) Histerectomia.
- (D) Histeroscopia cirúrgica.

**75**

Mulher de 47 anos com ultrassom transvaginal evidenciando cisto com conteúdo espesso de 5 cm em ovário esquerdo. Foi submetida a ooforectomia e, na avaliação intraoperatória, identificou cistoadenoma mucinoso. Durante a sua ressecção, houve ruptura da cápsula com extravasamento de seu conteúdo. Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- (A) Ooforoplastia teria sido a melhor opção cirúrgica.
- (B) Por se tratar de um cisto maligno deverá ser submetida à pan-histerectomia.
- (C) A paciente apresenta risco de desenvolvimento de pseudomixoma peritoneal.
- (D) Está indicado ooforectomia contralateral, para evitar recidiva.

**76**

Sobre a vacinação contra o vírus do papiloma humano (HPV), assinale a alternativa correta.

- (A) A vacina HPV é dose única.
- (B) Recomendada para mulheres entre 9 e 45 anos.
- (C) Paciente que foi vacinada contra o HPV não precisa fazer rastreamento com Papanicolau.
- (D) Pacientes que já tiveram o diagnóstico de HPV não devem ser vacinadas.

**77**

Mulher de 19 anos refere atividade sexual desprotegida, diariamente, nos últimos 3 dias. Sem uso de método contraceptivo, eumenorreica, com ciclos a cada 28 dias, sangramento normal por 3 a 4 dias, sem dismenorreia. Na data da consulta encontra-se no 15º dia do ciclo. Não deseja gestação. Diante do relatado, qual a indicação recomendada para prevenção de gravidez indesejada?

- (A) Desogestrel 150 µg.
- (B) Etinilestradiol 120 µg e levonorgestrel 0,6 mg.
- (C) Levonorgestrel 1,5 mg.
- (D) Drospirenona 8 mg.

**78**

Mulher de 28 anos apresenta úlcera endurecida em região vulvar, indolor a palpação, não acompanhada de linfadenopatia inguinal. A partir destes dados clínicos, qual a principal suspeita diagnóstica?

- (A) Sífilis.
- (B) Linfogranuloma venéreo.
- (C) Donovanose.
- (D) Herpes genital.

**79**

Mulher de 29 anos procura atendimento para introdução de método contraceptivo. G1 P1 A0, eumenorreica, em uso irregular de preservativo. Nega medicamentos de uso contínuo, tabagismo, uso de álcool e outras drogas ilícitas. Antecedente pessoal de trombose venosa profunda em membro inferior direito. Nega cirurgias. Ao exame físico não se observam anormalidades. Qual o método recomendado?

- (A) Anel vaginal.
- (B) Adesivo transdérmico.
- (C) Dispositivo intrauterino de cobre.
- (D) Contraceptivo oral combinado de baixa dose.

**80**

Mulher de 53 anos com antecedente pessoal de câncer de mama tratado há 4 anos e em uso de tamoxifeno procura atendimento médico devido a sangramento vaginal vermelho vivo, em pequena quantidade há cerca de 5 dias. Ao exame de ultrassonografia transvaginal, evidenciado útero de 58 cc, anexos não visualizados e eco endometrial de 8 mm. Assinale a conduta recomendada.

- (A) Suspensão do tamoxifeno.
- (B) Histeroscopia diagnóstica.
- (C) Tomografia computadorizada de abdome total e pelve.
- (D) Prescrição de maleato de ergometrina.

**81**

Mulher de 61 anos retorna em consulta, assintomática, com resultados dos últimos exames realizados. Já conhecida de consultas anteriores, é uma senhora sedentária, branca, magra e tabagista. Sua densitometria óssea apresenta um *T-score* de -2,72 desvios padrões em coluna lombar. Assinale qual o diagnóstico e conduta recomendada, respectivamente.

- (A) Osteopenia leve; orientar dieta rica em cálcio e atividade física.
- (B) Osteopenia grave; suplementação de cálcio, atividade física sem impacto e evitar musculação.
- (C) Massa óssea normal; orientar parar de fumar e iniciar atividade física.
- (D) Osteoporose; bifosfonatos associados à suplementação de cálcio.

**82**

Mulher de 18 anos procura atendimento com dismenorreia intensa, sem condições para exercer suas atividades habituais, e que se repete mensalmente desde a menarca. Exame físico geral e ginecológico sem alterações. Assinale qual o tratamento inicial recomendado.

- (A) Inibidores de prostaglandinas.
- (B) Inibidores de prolactina.
- (C) Maleato de ergometrina.
- (D) Dipirona sódica.

**83**

Mãe comparece com criança de 5 anos de idade referindo sangramento vaginal. Nega uso de medicamentos. Ao exame físico apresenta manchas de cor café com leite em dorso. Abdome e órgãos genitais externos de aspecto habitual para sexo e idade. Resultados de exames: USG de pelve com útero e ovários normais, FSH e estradiol em níveis pré-puberes, TSH baixo e T4 livre aumentado. Assinale a principal hipótese diagnóstica.

- (A) Vaginite por corpo estranho.
- (B) Abuso sexual.
- (C) Síndrome de McCune-Albright.
- (D) Sarcoma botriode.

**84**

Mulher de 18 anos, sem antecedentes clínicos importantes, nuligesta, em uso de anticoncepcional oral combinado com cartela de 24 dias e pausa de 4 dias. Faz uso correto da medicação. Após 6 meses de uso, evoluindo com ausência de sangramento de privação após os 24 comprimidos ativos. Qual é a justificativa mais provável para a ausência de sangramento?

- (A) Gravidez.
- (B) Atrofia endometrial.
- (C) Hiperandrogenismo.
- (D) Bloqueio do eixo hipotálamo- hipofisário.

**85**

Mulher de 35 anos, com diagnóstico de abdome agudo submetida à laparotomia exploradora por quadro de abdome agudo hemorrágico. Durante cirurgia, houve dificuldade na identificação da etiologia, resultando em tempo cirúrgico prolongado e uso de afastadores ortostáticos. Paciente evoluiu bem clinicamente, porém iniciou queixa de parestesia na face anterior da coxa esquerda. Sua cirurgia foi realizada em posição de litotomia. Qual nervo pode ter sofrido dano?

- (A) Hipogástrico.
- (B) Pudendo.
- (C) Cutâneo femoral.
- (D) Esplâncnico.

**86**

Mulher de 40 anos refere dor vulvar intensa há 2 dias, com o seguinte achado clínico:



Qual é o tratamento recomendado?

- (A) Cefuroxima.
- (B) Valaciclovir.
- (C) Fluconazol.
- (D) Metronidazol.

**87**

Mulher com diagnóstico de câncer de endométrio será submetida a linfadenectomia pélvica. Identifique a estrutura anatômica corretamente relacionada ao limite cirúrgico utilizado.

- (A) Limite lateral – asa do osso ilíaco.
- (B) Limite posterior – músculo psoas.
- (C) Limite medial – ureter.
- (D) Limite medial – nervo genito femoral.

**88**

Mulher de 60 anos refere aparecimento de nódulo na mama há 2 anos que vem aumentando de tamanho. Ao exame observou-se um tumor em quadrante superolateral da mama esquerda, medindo cerca de 6 cm, pétreo, com retração da pele e axilas livres. A biópsia a revelou carcinoma mucinoso invasivo de mama. Realizou radiografia de tórax, ultrassonografia abdominal, cintilografia óssea e hepática que se mostraram normais. O estadiamento é

- (A) T2 N0 M0 - Estádio IIA.
- (B) T3 NX M0 - Estádio IIB.
- (C) T3 N0 M0 - Estádio IIIB.
- (D) T4b N0 M0 - Estádio IIIB.

**89**

Mãe procura atendimento especializado em centro de referência trazendo criança de 12 anos de idade vítima de violência sexual há 1 dia. Menarca aos 11 anos, eumenorreica e com DUM há 22 dias. Analise as possíveis condutas recomendadas a serem tomadas:

- I. Não prescrever contracepção de emergência, uma vez que está fora do período ovulatório.
- II. Prescrever metronidazol para clamídia e cancro mole.
- III. Prescrever penicilina benzatina 2,4 milhões UI (1,2 milhão em cada glúteo) em dose única.
- IV. Solicitar sorologias para sífilis, HIV, hepatites B e C imediato e repetir após 6 semanas.
- V. Solicitar sorologias para sífilis, HIV, hepatites B e C imediato e repetir a cada 4 semanas por 6 meses.

Assinale a alternativa que apresenta as condutas corretas.

- (A) I e III estão corretas.
- (B) III e V estão corretas.
- (C) III e IV estão corretas.
- (D) I, III e V estão corretas.

**90**

Mulher de 65 anos refere perda urinária aos esforços com piora nos últimos 2 meses. G5 P5, sendo 5PN. Quando NÃO se deve encaminhar a paciente para estudo urodinâmico?

- (A) Alergia ao látex.
- (B) Incontinência urinária recidivada após o tratamento cirúrgico.
- (C) História de cirurgia pélvica radical ou radioterapia.
- (D) Doença neurológica com sintomas miccionais.

**91**

Mulher procura UBS por apresentar “bola saindo pela vagina”. Assinale a alternativa correta quanto às estruturas que formam o aparelho de sustentação genital.

- (A) Paramétrios laterais.
- (B) Músculo isquiococccígeo.
- (C) Ligamento pubovesicuterino.
- (D) Ligamentos uterossacros.

**92**

Paciente com história prévia de histerectomia radical procura atendimento por apresentar perda de líquido via vaginal com odor de urina. Com suspeição de fístula o médico realiza teste com corante vesical e observação de tampão vaginal após 20 minutos. O tampão é retirado sem estar corado. Qual a hipótese diagnóstica?

- (A) Fístula retovaginal.
- (B) Fístula ureterovaginal.
- (C) Fístula vesicovaginal.
- (D) Fístula vesicouterina.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 93 E 94

Mulher de 51 anos apresenta aumento do volume abdominal secundário à ascite e aumento de volume ovariano sendo diagnosticada com câncer de ovário.

**93**

Dentre as características a seguir, assinale o fator de proteção.

- (A) Menopausa tardia.
- (B) Nuliparidade.
- (C) Endometriose.
- (D) Uso de anovulatórios.

**94**

Essa mesma paciente foi estadiada cirurgicamente e apresentava tumor envolvendo ambos os ovários, com extensão para útero e trompas. Segundo a FIGO, qual o estadiamento correto?

- (A) IIA.
- (B) IIIA.
- (C) IC.
- (D) IIC.

**95**

Menina de 6 anos e meio de idade é trazida à consulta pela sua mãe informando telarca há seis meses e alguns pelos pubianos há 3 meses. Informa ainda que a criança cresceu rapidamente nos últimos 8 meses. Qual exames são mais importantes para elucidar o diagnóstico?

- (A) Dosagem da prolactina e idade óssea.
- (B) Dosagem basal de FSH-HL e idade óssea.
- (C) Teste do GnRH e USG das mamas.
- (D) Idade óssea e USG das adrenais.

**96**

Mulher de 30 anos, sem comorbidades, submetida à miomectomia sem intercorrências, evolui no primeiro pós-operatório com quadro de náuseas, vômitos e sem eliminação de flatos. No exame físico, apresenta-se corada, hidratada, com abdome distendido, com ruídos hidroaéreos diminuídos, timpânico à percussão, doloroso difusamente, sem sinais de peritonismo. Qual a melhor explicação para o caso clínico apresentado?

- (A) Um fator de risco para o quadro é a manipulação de alças intestinais durante a cirurgia.
- (B) A principal causa do quadro é lesão de alça intestinal no intraoperatório.
- (C) O tratamento envolve jejum, hidratação endovenosa e passagem de sonda nasogástrica aberta.
- (D) O diagnóstico é de abdome agudo inflamatório no pós-operatório.

**97**

Com relação às terapias dos miomas, é correto afirmar:

- (A) O uso de análogos do hormônio liberador de gonadotrofinas só é vantajoso quando não se pode operar a paciente.
- (B) A gestrinona tem uma atuação muito acentuada em miomas subserosos, respondendo com uma redução de 60% do volume em metade dos casos.
- (C) Os análogos do hormônio liberador de gonadotrofinas têm como inconveniente o seu custo e a vantagem de não determinarem sintomas colaterais.
- (D) Os análogos do hormônio liberador de gonadotrofinas podem reduzir o volume dos miomas, se estes forem bem vascularizados e com grande número de receptores estrogênicos.

**98**

Mulher refere perda de urina relacionada às atividades físicas, ao tossir e espirrar. Frente a esse quadro, pode-se afirmar:

- (A) Trata-se de incontinência por urgência miccional.
- (B) Seu tratamento só é possível cirurgicamente, pois as tentativas fisioterápicas não surtem melhoras.
- (C) A opção fisioterápica prevê uma reeducação do assoalho pélvico frente ao aumento da pressão intra-abdominal.
- (D) As cirurgias retropúbicas, nessas situações, têm mostrado um baixo resultado de sucesso.

**99**

Mulher de 24 anos realiza pela primeira vez a citologia oncótica de Papanicolau. Tem vida sexual ativa há 3 anos e relata ter tido 4 parceiros sexuais nesse período. Exame ginecológico sem alterações. O resultado da citologia revela lesão epitelial escamosa de alto grau (NIC II), sem a presença de células endocervicais no esfregaço. Qual a conduta recomendada?

- (A) Nova citologia oncótica.
- (B) Colposcopia e biópsia dirigida.
- (C) Pesquisa de HPV por método de biologia molecular.
- (D) Conização cervical.

**100**

Mulher de 40 anos de idade comparece à consulta ginecológica com queixa de dispareunia de profundidade, no exame ginecológico não apresenta qualquer alteração. O colega colhe uma citologia oncótica cujo resultado foi um NIC3. Foi indicada uma colposcopia com biópsia, o resultado confirmou o achado citológico. Qual a estratégia recomendada frente a este resultado?

- (A) Conização.
- (B) Histerectomia vaginal.
- (C) Cirurgia de Manchester.
- (D) Histerectomia + Salpingo-ooforectomia bilateral.

**MASTOLOGIA****101**

Vários são genes relacionados com a probabilidade de desenvolvimento do câncer de mama igual ou superior a 50%, considerados como de alta penetrância. Assinale qual das alternativas a seguir se relaciona à probabilidade inferior a 40% de desenvolvimento de câncer.

- (A) ATM.
- (B) PALB2.
- (C) BRCA1.
- (D) TP53.

**102**

Mulher de 35 anos com diagnóstico de carcinoma ductal invasivo GH2 GN2 em mama direita, medindo 4,0 cm com linfonodo axilar à direita com PAAF positiva. Em exames de estadiamento, ausência de metástase à distância. Em análise imuno-histoquímica, observada positividade para receptores de estrogênio 90% e progesterona 80%, HER2 3+ e ki67 70%. Diante do caso, assinale a alternativa correta.

- (A) A cirurgia deve ser indicada antes dos tratamentos adjuvantes.
- (B) O índice de proliferação celular baixo, neste caso, induz a pensar em cirurgia *up front*.
- (C) Trata-se de um subtipo luminal híbrido com possibilidade de ótima resposta à quimioterapia neoadjuvante.
- (D) Trata-se de uma neoplasia com alto percentual de positividade de receptores hormonais e que deve ser tratada inicialmente com tamoxifeno seguido de anastrozol.

**103**

Mulher de 55 anos pós-menopausa, realizando mamografia de rastreio, identificou nódulo espiculado de 2,4 cm em mama direita. Ao realizar a biópsia, fez o diagnóstico de carcinoma ductal invasivo com receptores hormonais positivos, HER2 negativo e KI67 10%. A avaliação da axila mostrou-se negativa. A paciente foi para tratamento cirúrgico inicial. Submetida a ressecção segmentar de mama direta com biópsia de linfonodo sentinela, sendo o anatomopatológico pT2 (2,8 cm) pN0 (0/2). Ela optou por realizar o *oncotype*, sendo seu RS de 18. Qual a adjuvância adequada para esta paciente?

- (A) Letrozol por 5 anos.
- (B) Anastrozol 5 anos e radioterapia de mama + vias de drenagem.
- (C) Quimioterapia adjuvante com doxorrubicina + ciclofosfamida seguida de taxanos.
- (D) Quimioterapia adjuvante com doxorrubicina + ciclofosfamida seguida de taxanos, radioterapia de mama e vias de drenagem, e manter anastrozol 5 anos.

**104**

Mulher de 43 anos passa em consulta com queixa de que a mama esquerda se encontra vermelha e endurecida há 2 meses. Sem comorbidades. Mamografia evidencia assimetria global em mama esquerda com espessamento difuso da pele. Biopsia carcinoma ductal invasivo não especial negativo para receptores hormonais, negativo para HER2 e ki67 70%. A mesma foi estadiada e não se evidenciou doença sistêmica. Exame físico: mama esquerda apresenta hiperemia global com edema do tipo *peau d'orange*, axila esquerda com um linfonodo endurecido e de mobilidade restrita com 2,5 cm. Qual o estadiamento clínico e a conduta mais adequada?

- (A) T4BN0, iniciar o tratamento pela mastectomia +biopsia de linfonodo sentinela.
- (B) T4BN1, quimioterapia neoadjuvante.
- (C) T4dN1 proposta quimioterapia neoadjuvante seguida por mastectomia radical modificada sem reconstrução e posteriormente radioterapia.
- (D) T4dN2 proposta ressecção segmentar + linfadenectomia seguida por radioterapia.

**105**

Dentre as afirmações a seguir, assinale a correta.

- (A) Neoplasias hematológicas são os sítios primários que mais frequentemente metastizam para a mama feminina.
- (B) O tumor primário com metástase mamária mais frequente é o melanoma.
- (C) Tumores neuroendócrinos não metastizam para a mama.
- (D) Metástases de neoplasias malignas extra mamárias para a mama são frequentes, correspondendo a cerca de 13 a 19% de todos os tumores mamários.

**106**

Mulher de 39 anos procura atendimento médico com queixa de fluxo papilar há 7 dias. A principal causa de derrame papilar é:

- (A) Carcinoma invasor.
- (B) Alteração funcional benigna da mama.
- (C) Papiloma intraductal.
- (D) Cistos confluentes.

**107**

A paciente da questão anterior foi inquerida sobre o fluxo papilar referido. Dentre as características a seguir, qual a que se relaciona mais frequentemente com malignidade?

- (A) Uniductal, unilateral.
- (B) Multiductal, unilateral.
- (C) Esverdeado e provocado.
- (D) Lácteo, espontâneo.

**108**

De acordo com as diretrizes internacionais para pacientes idosos, pode-se afirmar que

- (A) a cirurgia deve ser evitada para mulheres com câncer de mama e idade superior a 60 anos.
- (B) no Brasil a mamografia é indicada para mulheres de até 75 anos.
- (C) de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e o Ministério da Saúde, a mamografia é indicada para mulheres de 50 a 69 anos, uma vez a cada 2 anos.
- (D) a radioterapia é indicada para mulheres com câncer de mama e que tenham entre 50 e 69 anos.

**109**

Com relação ao câncer de mama durante o período gravídopuerperal, assinale a alternativa correta.

- (A) Durante o período grávido puerperal, queixas mamárias que persistam por mais do que 2 meses devem ser avaliadas.
- (B) A mamografia atinge sensibilidade de até 78%, devendo ser o primeiro exame solicitado na pesquisa de nódulos mamários durante a gestação.
- (C) Trata-se de neoplasia rara, correspondendo a 4% de todos os cânceres diagnosticados em mulheres de 16 - 49 anos de idade.
- (D) Os achados anatomopatológicos mais frequentes são: ↑ GH 3, ↑ multicentricidade, ↑TN, ↑ ki 67, ↓RH.

**110**

Mulher de 48 anos apresenta mamografia de rotina com distorção arquitetural em QSLE com foco de calcificações amorfas agrupadas. Foi submetida à biópsia. Assinale a alternativa onde a lesão diagnosticada aumenta em 5 vezes o risco para câncer de mama.

- (A) Fibroadenoma complexo.
- (B) Hiperplasia ductal atípica.
- (C) Cicatriz radial.
- (D) Carcinoma lobular *in situ*.

**111**

Mulher de 42 anos recebe diagnóstico por core biópsia de nódulo de mama direita de carcinoma invasivo não especial de 0,9 cm e axila sem alterações sugestivas de acometimento. Optou-se por cirurgia como primeiro tratamento. Assinale a possibilidade cirúrgica recomendada para essa paciente.

- (A) Quadrantectomia.
- (B) Mastectomia radical modificada + biópsia de linfonodo sentinela.
- (C) Setorectomia + esvaziamento axilar.
- (D) Setorectomia mamária + biópsia do linfonodo sentinela.

**112**

Considere os fatores prognósticos de alto risco de recidiva local e sistêmica a seguir:

- I. Receptores de estrogênio negativos.
- II. Receptores hormonais positivos.
- III. Mulheres na pré menopausa.
- IV. Tipo histológico indiferenciado.
- V. Baixo grau nuclear.

Assinale a alternativa que inclui os itens corretos.

- (A) II e III estão corretos.
- (B) II e V estão corretos.
- (C) I, III e IV estão corretos.
- (D) I, IV e V estão corretos.

**113**

Mulher de 55 anos, menarca aos 10 anos, menopausa aos 51 anos, G4 P4, nega terapia de reposição hormonal, nega patologias de base, tabagista de 6 cigarros ao dia, refere irmã com diagnóstico de câncer de mama tratado aos 62 anos de idade. Comparece à consulta com resultado de mamografia recente classificada com BI-RADS 5. Assinale a alternativa que associa corretamente a possível lesão e a conduta recomendada.

- (A) Inconclusivo; comparar com USG mamária.
- (B) Suspeito de malignidade; estudo histopatológico da lesão.
- (C) Provavelmente benigno; repetir a MG em 6 meses.
- (D) Altamente sugestivo de malignidade; estudo histopatológico da lesão.

**114**

Mulher de 53 anos procura pronto atendimento com queixa de infecção em mama esquerda que vem se repetindo periodicamente há 2 anos. A cada novo quadro de infecção, é tratada com antibióticos diferentes. Com relação ao relatado, assinale a alternativa correta.

- (A) A mastite periareolar recidivante é um processo inflamatório da porção central da mama.
- (B) A mastite por ectasia ductal ocorre mais frequentemente em pacientes jovens e nulíparas.
- (C) O tratamento do abscesso periareolar recidivante é inicialmente cirúrgico, preferencialmente no primeiro episódio, deixando-se a antibioticoterapia como segunda linha de tratamento.
- (D) A mastite periareolar recidivante raramente evolui com a formação de fístula.

**115**

Paciente feminina de 46 anos realizava mamografia de rastreamento com seu ginecologista regularmente. No exame mais recente, apresentou calcificações pleomórficas agrupadas em QSL de mama esquerda classificadas como BI-

RADS 4 e foi submetida à mamotomia guiada por estereotaxia. Em qual das alternativas a seguir deve-se indicar ampliação cirúrgica?

- (A) Adenose esclerosante.
- (B) Hiperplasia lobular atípica.
- (C) Hiperplasia pseudoangiomatosa do estroma.
- (D) Hiperplasia de células colunares.

**116**

Mulher de 33 anos apresenta quadro de dor mamária cíclica há 8 meses, sem fatores de piora ou melhora. Duração de 3 dias, que antecedem a menstruação, com melhora significativa após menstruar. Sem antecedentes de risco para câncer de mama. Exame físico sem anormalidades. Qual a conduta inicial recomendada?

- (A) Orientação verbal e reavaliação precoce.
- (B) Realização de exames laboratoriais: FSH, LH, E, P.
- (C) Realização de exames de imagem: mamografia e ultrassonografia mamária.
- (D) Prescrição de danazol 400 mg/dia.

**117**

Homem de 39 anos comparece em consulta com mastologista com a queixa de aumento do volume mamário há cerca de 6 meses. No que se refere à ginecomastia, é reconhecida a sua associação com o uso de drogas.

- I. Álcool e maconha.
- II. Ciprofloxacino e levofloxacino.
- III. Bicalutamida e flutamida.
- IV. Sertralina e escitalopram.
- V. Metadona e heroína.

Assinale a alternativa que correlaciona corretamente as drogas que podem levar à ginecomastia.

- (A) II e III estão corretas.
- (B) III e IV estão corretas.
- (C) I, III e V estão corretas.
- (D) I, IV e V estão corretas.

**118**

Mulher de 62 anos apresenta um câncer de mama localmente avançado e foi submetida a mastectomia radical modificada, esse tipo de cirurgia consiste na

- (A) preservação de um ou dois músculos peitorais acompanhada de linfadenectomia axilar.
- (B) retirada do músculo peitoral sem linfadenectomia axilar.
- (C) retirada da mama com pele e complexo areolopapilar.
- (D) pele poupada.

**119**

Mulher de 49 anos apresenta carcinoma invasor de mama do tipo não especial, receptores de estrogênio e progesterona negativos, Her 2 negativo, ki67 60% subtipo basal. Cada vez mais as pesquisas mostram a utilidade da imunoterapia. A medicação pembrolizumab (imunoterápico que atua inibindo PD-L1) foi recentemente aprovada pela ANVISA em qual cenário?

- (A) Tratamento adjuvante de tumores triplo-negativos não-metastáticos, com expressão de PD-L1.
- (B) Tratamento neoadjuvante em tumores triplo-negativos não-metastáticos, independente da expressão de PD-L1.
- (C) Tratamento neoadjuvante em tumores triplo-negativos não-metastáticos, com expressão de PD-L1.
- (D) Tratamento em tumores triplo-negativos metastáticos, sem expressão de PD-L1.

---

**120**

Mulher de 55 anos, sem antecedentes relevantes, apresenta na mamografia um nódulo na mama direita, irregular e microlobulado, medindo 15 mm. À USG complementar, evidenciou nódulo hipoecoico, irregular e microlobulado. Foi classificado com BI-RADS 4. Qual é o método mais indicado para a obtenção de material para o estudo anatomopatológico desse nódulo?

- (A) Biópsia percutânea de fragmento (*core-biopsy*).
- (B) Biópsia incisional com avaliação intraoperatória.
- (C) Biópsia excisional seguida de congelação.
- (D) Punção aspirativa por agulha fina (PAAF).

