

FIOCRUZ

Concurso Público Fiocruz 2023

Tecnologista em Saúde Pública

Prova Objetiva e Discursiva

TE72 - Patologia ginecológica e fetoplacentária



Prova Objetiva

01. Num esfregaço colpocitológico o patologista identificou grupamentos em lençol constituídos por células imaturas com núcleos arredondados com cromatina finamente granular com nucléolo proeminente, figura de mitose típica focal, em meio a infiltrado leucocitário, fundo do esfregaço limpo com flora de lactobacilos. Tais achados são compatíveis com o diagnóstico de:

- (A) lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL).
- (B) células de reparo.
- (C) carcinoma microinvasor.
- (D) infecção por HPV.
- (E) lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL).

02. A avaliação da adequação de uma amostra é um importante componente do controle de qualidade e provê feedback ao clínico em relação a sua técnica de coleta, assim como é um indicador do quão confiável a amostra é para detectar uma anormalidade. Um esfregaço colpocitológico é considerado INSATISFATÓRIO se:

- (A) não houver representação de células colunares ou metaplásicas no esfregaço.
- (B) 25% do esfregaço exibir sobreposição de células.
- (C) a leitura do esfregaço estiver prejudicada em mais de 75% por artefatos de dessecação.
- (D) a coloração de Papanicolaou estiver muito cianofílica.
- (E) não forem fornecidos dados clínicos apropriados, como por exemplo idade e data de última menstruação.

03. Esfregaços constituídos por células escamosas superficiais e intermediárias ao lado células epiteliais atípicas em faixas com a polaridade nuclear alterada com leve estratificação ou em grandes grupamentos com padrão de ramificação e rosetas, com as células da periferia exibindo um padrão em “plumagem” (feathery pattern). Os núcleos estão discretamente aumentados, redondos a ovais, hiper cromáticos, com cromatina granular, com leve sobreposição (“apinhamento” nuclear), sem aspecto em “favo de mel”, nucléolos ausentes e raras mitoses típicas. Fundo do esfregaço limpo com algumas e hemácias e flora de lactobacilos. Tais achados são compatíveis com:

- (A) carcinoma escamoso invasor.
- (B) adenocarcinoma pouco diferenciado.
- (C) adenocarcinoma in situ.
- (D) adenocarcinoma microinvasor.
- (E) célula endocervical normal.

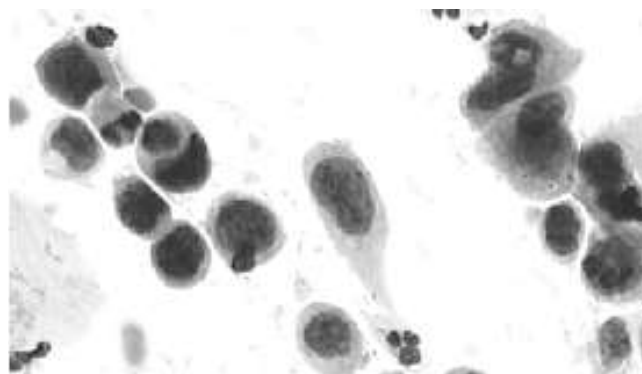
04. Sobre o exame colpocitológico, leia as três afirmativas abaixo:

- I. “O câncer de colo de útero tem como principal fator de risco o uso de contraceptivos orais e o fumo.”
- II. “É possível identificarmos a presença de carcinoma escamoso invasor em amostras de citologia ginecológica (exame de Papanicolaou)”
- III. “Num esfregaço com outras características sugestivas de lesão de alto grau são características sugestivas de carcinoma invasor: a presença de células alongadas (“células em fita”) muitas contendo fibrilas intracitoplasmáticas, nucléolos proeminentes, área nuclear mais de duas vezes a área das células escamosas normais e fundo necrótico.”

Em relação as afirmativas anteriores, podemos dizer que:

- (A) todas são verdadeiras.
- (B) apenas I é verdadeira.
- (C) apenas I e II são verdadeiras.
- (D) apenas I e III são verdadeiras.
- (E) apenas II e III são verdadeiras.

05. A presença de células com as características da imagem abaixo num exame colpocitológico, devem ser classificadas de acordo com a classificação de Bethesda como:



- (A) lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL).
- (B) lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL).
- (C) infecção por Herpes simples.
- (D) carcinoma invasor.
- (E) adenocarcinoma in situ.

06. Leia as afirmativas abaixo relacionadas aos exames citológicos do trato respiratório:

- I. Para que uma amostra de escarro seja considerada adequada ela deve gerar pelo menos dois esfregaços e na avaliação microscópica ter representação de macrófagos alveolares, além de estar bem preservada.
- II. Punção aspirativa por agulha fina trans torácica é um ótimo método para diagnóstico de lesão nodular pulmonar periférica. Por ser um método minimamente invasivo, sem riscos durante os procedimentos, dispensa a realização em ambiente onde serviços de emergência ou de um cirurgião torácico estejam disponíveis para atuar em caso de alguma intercorrência.
- III. O lavado bronco alveolar é um método invasivo que tem baixa morbidade e pode ser usado com segurança em pacientes criticamente doentes, sendo um bom método para avaliar o conteúdo e a composição dos espaços aéreos mais terminais.

Sobre as afirmativas acima pode-se dizer que:

- (A) apenas I está correta.
- (B) apenas II está correta.
- (C) todas estão corretas.
- (D) apenas I e II estão corretas.
- (E) apenas I e III estão corretas.

07. Lactente de 2 anos, do sexo masculino, com retardo do desenvolvimento foi levado para atendimento com tosse, febre e taquipneia, exibindo na radiografia de tórax áreas de consolidação predominando em pulmão direito, no hemograma foi observado leucocitose com neutrofilia e velocidade de hemossedimentação elevada. Como não houve melhora do quadro clínico e radiológico, após tratamento para pneumonia com vários esquemas antimicrobianos, foi encaminhado para broncoscopia diagnóstica com lavado bronco alveolar. Na história clínica não havia contato com familiares ou conhecidos com tuberculose, era vacinado e PPD negativo, HIV negativo, havia relato que a criança tinha constipação intestinal crônica e fazia uso de óleo mineral. O principal achado na avaliação citológica do lavado bronco-alveolar neste caso foi a presença de:

- (A) espirais de Curschmann.
- (B) corpos ferruginosos em meio a macrófagos alveolares.
- (C) cristais de Charcot-Leyden.
- (D) numerosos macrófagos epitelióides, por vezes multinucleados um deles exibindo corpúsculo asteroide.
- (E) numerosos macrófagos com vacúolos intracitoplasmáticos de diversos tamanhos, corados em laranja por Sudan.

08. O lavado broncoalveolar de uma criança de seis anos transplantada em uso de imunossupressor, com quadro clínico de pneumonia, apresentava agrupamentos de material eosinofílico amorfo (exsudatos algodonosos), alguns plasmócitos, linfócitos e macrófagos alveolares. Frente a esse achado para confirmar a sua suspeita diagnóstica será necessário solicitar:

- (A) nova amostra para fazer os métodos complementares necessários.
- (B) coloração de Grocott.
- (C) coloração de Ziehl-Neelsen.
- (D) coloração de Gram.
- (E) imuno-histoquímica para citomegalovírus.

09. Líquidos pleurais provenientes de pacientes com tuberculose tipicamente costumam apresentar:

- (A) numerosos linfócitos e escassa representação ou ausência de células mesoteliais.
- (B) numerosos macrófagos e escassa representação ou ausência de células mesoteliais.
- (C) numerosas células mesoteliais e escassa representação ou ausência de linfócitos.
- (D) numerosas células mesoteliais e numerosos linfócitos.
- (E) numerosas células mesoteliais e neutrófilos.

10. O exame de líquido das cavidades serosas tem grande importância clínica, porque o achado de células neoplásicas nesses espécimens além de auxiliar na conclusão diagnóstica fornecem informações sobre estadiamento da doença. Todas as cavidades serosas são revestidas por células mesoteliais. O reconhecimento de algumas características das células mesoteliais normais e reacionais, costumam ser desafiadoras para os patologistas que fazem análise esporádica desse material, pois podem ser confundidas com adenocarcinoma por um patologista inexperiente. São características citológicas ou arranjos celulares das células mesoteliais normais ou reacionais, EXCETO:

- (A) multinucleação.
- (B) vacúolo citoplasmático.
- (C) arranjos arredondados com centro colagenoso acelular recoberto por células achatadas ("collagen ball").
- (D) psamomas.
- (E) núcleo irregular e aumentado de volume com cromatina grosseira.

11. Os esfregaços citológicos de punção por agulha fina de lesão em quadrante superior externo de mama esquerda, de uma mulher de 45 anos com lesão na mamografia Bi-RADS 4A, apresentavam de moderada a alta celularidade constituída por grupamentos de células epiteliais coesos, por vezes com projeções digitiformes de células epiteliais, ao lado de numerosos núcleos bipolares (núcleos nus), acompanham alguns grupamentos de células estromais por vezes com aspecto mixóide, sem atipias proeminentes. Tais achados sugerem o diagnóstico de:

- (A) fibroadenoma.
- (B) carcinoma lobular.
- (C) carcinoma ductal.
- (D) carcinoma mucinoso.
- (E) carcinoma tubular.

12. Leia as afirmativas abaixo sobre citologia mamária e avalie se são falsas (F) ou verdadeiras (V):

- I. A punção por agulha fina da mama não permite distinção entre hiperplasia ductal atípica e carcinoma in situ de baixo grau. ()
- II. A punção por agulha fina da mama na maioria das vezes não define o nome exato da lesão. ()
- III. A punção por agulha fina da mama é um método seguro, rápido de baixo custo, com poucas complicações, que pode ser efetuado sem anestesia. ()
- IV. A causa mais frequente de descarga papilar costuma ser uma disfunção hormonal (ex.: hiperprolactinemia), especialmente se bilateral e constituída por líquido claro. ()

As afirmativas I, II, III e IV são respectivamente:

- (A) F, F, F, F.
- (B) V, V, V, V.
- (C) V, F, V, F.
- (D) F, V, F, V.
- (E) V, V, F, F.

13. Na avaliação citológica de urina de um adolescente com transplante renal, foram identificadas células grandes com citoplasma escasso e inclusões nucleares basofílicas homogêneas preenchendo quase a totalidade do núcleo, circundadas por cromatina e membrana nuclear espessada. Tais achados sugerem infecção por:

- (A) Citomegalovírus.
- (B) Poliomavírus.
- (C) Parvovírus.
- (D) Papilomavirus.
- (E) Herpes simples.

14. A urina de uma paciente do sexo feminino de 37 anos, nulípara, com hematúria recorrente cíclica, para pesquisa de células neoplásicas. Foi identificada a presença de células redondas pequenas com relação núcleo citoplasmática aumentada por vezes em grupamentos celulares uniformes tipo êxodo (grupamentos arredondados com duplo contorno), macrófagos com hemossiderina. Tais achados sugerem o diagnóstico de:

- (A) Infecção urinária.
- (B) Carcinoma urotelial pouco diferenciado.
- (C) Linfoma.
- (D) Endometriose.
- (E) Malacoplaquia.

15. Os critérios descritos abaixo quando presentes numa biopsia de colo uterino são indicativos de invasão, EXCETO:

- A) reduplicação do epitélio.
- B) ninhos de células com citoplasma eosinofílico (maturação aberrante).
- C) resposta desmoplásica do estroma adjacente.
- D) ninhos tumorais adjacentes a vasos de médio calibre.
- E) atipia nuclear acentuada e figuras de mitose atípica.

16. Foi recebida no laboratório de anatomia patológica massa anexial direita de uma paciente de 50 anos, nulípara, com CA125 levemente aumentado. O patologista recebe ovário aumentado de volume, com superfície externa lisa e esbranquiçada medindo 10 cm de diâmetro. Aos cortes, é sólido-cístico, com conteúdo serosanguinolento, multiloculado com septações variando de espessura, a superfície dos cistos era, ora lisa, ora com projeções papilares agrupadas. O patologista optou por congelar a área mais sólida e observou ao microscópio: papilas com eixos fibrosos com ramificações, recobertas por células cúbicas ou colunares ciliadas, com pseudoestratificação nuclear, com atipia nuclear moderada, raras mitoses típicas, tais achados são compatíveis com o diagnóstico de:

- (A) cistoadenoma seroso.
- (B) cistadenoma mucinoso.
- (C) tumor borderline seroso.
- (D) tumor borderline mucinoso.
- (E) carcinoma seroso.

17. Em mulheres jovens portadoras de hiperplasia endometrial atípica/neoplasia intraepitelial endometrial (NEM) que desejam preservar a fertilidade, é possível indicar tratamento conservador com acetato de medroxiprogesterona e acetato de megestrol e seguimento com biopsia/curetagem endometrial. Considerando esse contexto é correto afirmar que:

- (A) uma lesão pode parecer citologicamente branda, mas se preencher critérios para neoplasia intraepitelial endometriode, o diagnóstico deve ser feito como tal.
- (B) a presença de endométrio proliferativo normal ao lado de lesão residual de neoplasia intraepitelial endometrial indica que o tratamento não foi bem-sucedido, apesar da paciente ter aderido ao tratamento.
- (C) os efeitos da terapia com a progesterona na citologia são a estratificação nuclear, aumento da relação núcleo citoplasmática, núcleos arredondados.
- (D) o tempo mínimo de terapia recomendado para avaliação da resposta terapêutica é de 2 meses.
- (E) podemos considerar resolução se a amostra de seguimento apresentar glândulas apinhadas de tamanhos variados, com brotamentos, justapostas e/ou fusinadas com decidualização estromal.

18. Mulher de 57 anos com queixa de prurido, ao exame físico apresentava lesão em placa na vulva, bem circunscrita, hiperpigmentada. Não foram evidenciadas outras lesões de pele. Na avaliação da biopsia o patologista identificou acantose irregular, com hiperqueratose, hipergranulose, fibrose na derme papilar e infiltrado superficial perivascular linfocitário. Considerando os achados clínicos e patológicos o diagnóstico é de:

- (A) papulose bowenoide.
- (B) psoríase.
- (C) líquen escleroso atrófico.
- (D) líquen simples crônico.
- (E) reação liquenoide a droga.

19. Sobre Tumor Mülleriano misto maligno (carcinosarcoma), é correto afirmar que:

- (A) corresponde a um tumor maligno bifásico constituído por um componente epitelial maligno de baixo grau e um componente estromal benigno.
- (B) a taxa de sobrevida em cinco anos é de aproximadamente 70%.
- (C) o estadiamento deste tumor utiliza os mesmos critérios do carcinoma endometrial de acordo com a Federação Ginecológica Internacional (FIGO) e da American Joint Committee on Cancer Staging (AJCC).
- (D) a presença de elementos heterólogos no componente estromal nos estágios iniciais da doença não tem valor prognóstico.
- (E) o sítio primário mais frequente é o colo uterino.

20. Ao exame físico de mulher jovem com Síndrome de Poland foram identificadas mamas assimétricas, no lado direito de aspecto habitual e no lado esquerdo ausência de mamilo e de tecido glandular mamário. Podemos descrever o defeito encontrado na mama esquerda como:

- (A) aplasia.
- (B) atelia.
- (C) hipoplasia.
- (D) amastia.
- (E) micromastia.

21. O achado histológico de unidades de ductos lobulares terminais com ácinos irregularmente dilatados revestidos por células epiteliais colunares, sem atipias e com calcificações luminais, apresenta:

- (A) necessidade de excisão da lesão para avaliar a possibilidade de lesão mais grave associada.
- (B) associação com comedocarcinoma.
- (C) risco maior para câncer de mama que as demais lesões proliferativas da mama.
- (D) associação com a via das neoplasias mamárias de baixo grau (hiperplasia ductal atípica, neoplasia lobular, carcinoma ductal in situ de baixo grau).
- (E) perda de expressão de receptores hormonais e de e-caderina.

22. Abaixo há duas imagens histológicas uma identificada como "1" e a outra como "2", o diagnóstico representado na imagem 1 e na imagem 2 são respectivamente:

Imagem 1

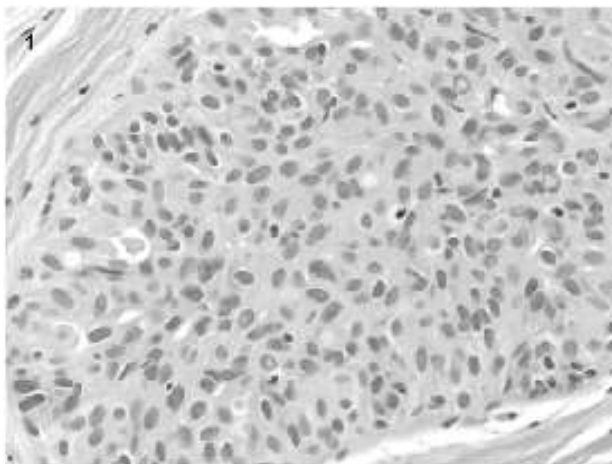
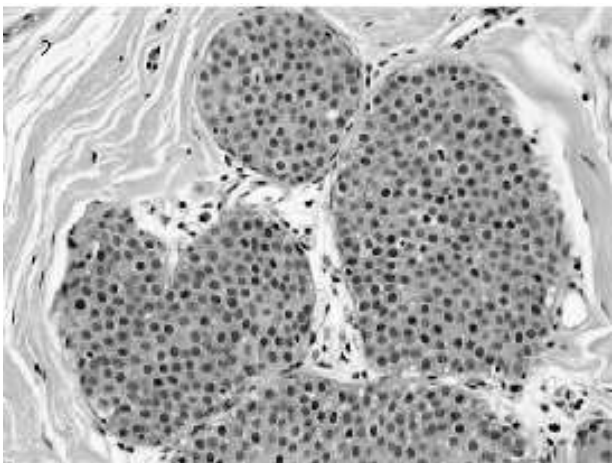


Imagem 2



- (A) 1- hiperplasia ductal atípica, 2- carcinoma ductal in situ de baixo grau.
- (B) 1- hiperplasia ductal atípica, 2- neoplasia lobular.
- (C) 1- hiperplasia ductal usual, 2- carcinoma ductal in situ de baixo grau.
- (D) 1- hiperplasia ductal usual, 2- neoplasia lobular.
- (E) 1-hiperplasia ductal usual, 2-hiperplasia ductal atípica.

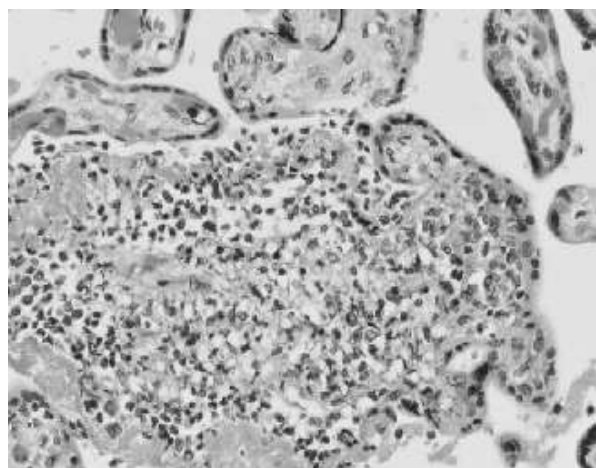
23. Patologista avaliando amostra de AMIU (aspiração manual intrauterina) identificou vilosidades grandes, hidrópicas, hipovascularizadas, com duplo revestimento trofoblástico, verticalização, pseudocistos, inclusão de trofoblastos e calcificação subtrofoblástica. Focos de hiperplasia trofoblástica polar (não circunferencial). Predomínio das hemácias nucleadas nos capilares vilosos. A avaliação imuno-histoquímica apresentou expressão nuclear para p57 no citotrofoblasto e no estroma das vilosidades. Não foi evidenciado triploidia na citometria de fluxo. Esses achados correspondem a:

- (A) abortamento hidrópico não- molar do primeiro trimestre de gestação.
- (B) abortamento hidrópico não molar do segundo trimestre de gestação.
- (C) mola completa.
- (D) mola parcial.
- (E) prenhez ectópica.

24. Gestante de 28 anos na 38ª semana de gestação procura a emergência por não estar percebendo os movimentos fetais há dois dias. Foi realizado ultrassonografia que confirmou o óbito fetal, o parto foi induzido e como a família estava inconformada foi realizado análise da placenta para buscar a possível causa de óbito. Na análise da placenta foi identificada a presença de corioamnionite aguda moderada e funiculite aguda moderada, frente ao quadro histológico o agente etiológico mais provável é:

- (A) *Toxoplasma gondii*.
- (B) *Treponema pallidum*.
- (C) Citomegalovírus.
- (D) *Streptococcus* do grupo B.
- (E) Rubéola.

25. A imagem abaixo é um exemplo de:



- (A) dismorfismo viloso.
- (B) vilosite proliferativa necrótica.
- (C) vilosite granulomatosa.
- (D) vilosidade avascular.
- (E) vilosite reparativa.

26. Sobre a malformação pulmonar congênita de vias aéreas, anteriormente chamada de malformação adenomatoide cística congênita, podemos afirmar que:

- (A) o tipo 2 está associado a mutações KRAS ativadoras em mosaico.
- (B) o tipo 3 está associado a atresia brônquica.
- (C) os tipos 1 e 3 quando incompletamente ressecados estão associados a um maior risco de adenocarcinoma.
- (D) frequentemente envolve mais de um lóbulo pulmonar.
- (E) o tamanho do cisto é o principal dado para diferenciar o tipo 1 do tipo 2.

27. Segmento de cólon esquerdo foi ressecado de lactente de 3 meses por síndrome de obstrução distal intestinal. A macroscopia o segmento de cólon tinha diâmetro levemente aumentado, sem cone de transição, recoberto por serosa lisa e transparente deixando ver superfície pardo-clara. Aberto a luz era real preenchida por material pardo gelatinoso espesso mantendo o molde do intestino quando retirados. A microscopia células ganglionares presentes em número e quantidade habituais, criptas dilatadas com rolha de muco eosinofílico em seu interior. Frente a esses achados o diagnóstico mais provável é:

- (A) doença de Hirshprung.
- (B) enterocolite necrotizante.
- (C) displasia neuronal.
- (D) intuscepção.
- (E) fibrose cística.

28. Na biopsia hepática de um lactente de 2 meses com atresia extra-hepática de vias biliares além da colestase variável evidenciaremos:

- (A) perda dos ductos biliares interlobulares (0.5 ductos/por espaço porta).
- (B) proliferação de ductos biliares e fibrose portal.
- (C) ductos biliares dilatados revestidos por epitélio colunar ou cúbico com parede fibrótica.
- (D) estruturas ductais pequenas e periféricas em septos fibrosos.
- (E) espaços porta com ductos biliares em quantidade e tamanhos habituais.

29. Defeitos congênitos incluem alterações anatômicas e funcionais, compreendem um vasto espectro de anormalidade anatômicas, podem únicas ou múltiplas, representarem malformações maiores, moderadas ou menores, podem corresponder a defeitos da morfogênese primária, ou secundária (exógenas). O aconselhamento genético para famílias com casos de defeitos congênitos frequentemente depende da acurácia do diagnóstico patológico. São passos fundamentais no processo diagnóstico a documentação da anatomia a histologia fetoplacentária. Sendo fundamental a utilização da terminologia correta para identificar os achados de necropsia. Considerando o exposto acima correlacione a terminologia com o seu respectivo exemplo:

Coluna I

- 1-Disrupção.
- 2-Deformação.
- 3-Sequência.

Coluna II

- () Pé torto ocasionado por restrição de oligoâmnio
- () Amputação de membros por banda amniótica
- () Múltiplas anomalias ocasionadas por agenesia renal bilateral

A sequência de correlação correta, de cima para baixo, é:

- (A) 1,2,3.
- (B) 1,1,3.
- (C) 3,2,2.
- (D) 3,2,1.
- (E) 2,1,3.

30. O defeito de fechamento de parede abdominal lateral a inserção do cordão umbilical com vísceras expostas externamente é chamada de:

- (A) onfalocele íntegra.
- (B) onfalocele rota.
- (C) gastrosquise.
- (D) raquisquise.
- (E) hérnia umbilical.

31. Durante a necropsia fetal de natimorto do sexo feminino com 23 semanas de gestação o patologista identificou hidropisia fetal acentuada, maceração acentuada, presença de higroma cístico cervical volumoso. Durante o exame interno notou ainda a presença de coarctação da aorta e rim em ferradura. Esses achados são mais frequentemente relacionados a:

- (A) Síndrome de Noonam.
- (B) Síndrome de Down.
- (C) Síndrome de Patau.
- (D) Síndrome de Turner.
- (E) Síndrome de Edwards.

32. Num neomorto com cariótipo de trissomia do 18, é comum encontrarmos:

- (A) implantação mais baixa das orelhas, olhos puxados para cima e língua grande.
- (B) abdome flácido com pele enrugada, tipo ameixa seca.
- (C) gastrosquise e crescimento intrauterino retardado.
- (D) hidropisia fetal severa com higroma cístico.
- (E) mãos cerradas com camptodactilia, sindactilia, prega palmar única e clinodactilia dos quintos dedos, hipoplasia radial ou do polegar.

33. A necropsia perinatal é o padrão ouro na avaliação diagnóstica das causas de morte perinatal, conhecimento de algumas definições e utilidade de exames alguns exames complementares é importante na construção do raciocínio clínico sobre a causa mortis. Durante a elaboração do laudo de necropsia podemos:

- (A) utilizar o termo natimorto para fetos com 20 semanas ou mais, estatura superior a 25 cm ou peso superior ou igual a 500g, que nasceram com APGAR de 2/1/0 e faleceram minutos após o parto.
- (B) utilizar o termo neomorto para mortes que ocorreram até 28 dias após o parto de um recém-nascido vivo.
- (C) dispensar o exame da placenta na maioria dos casos, por ser muito inespecífico.
- (D) fechar o diagnóstico de síndromes genéticas baseado apenas nos achados morfológicos.
- (E) dizer que todo feto macerado é um natimorto.

34. Sobre citometria de fluxo é INCORRETO afirmar que:

- (A) permite a separação rápida e purificada de uma suspensão heterogênea de células – processo denominado de Sorting.
- (B) é possível analisar alguns parâmetros (tamanho e forma) sem nenhum tipo de marcador, apenas pela propriedade de dispersão da luz e resistência elétrica.
- (C) a utilização de diferentes marcadores fluorescentes permite uma análise multiparamétrica na mesma célula.
- (D) a amostra mais adequada para análise é proveniente de pequenos fragmentos de tumores sólidos mecanicamente ou enzimaticamente dissociados de blocos de parafina.
- (E) este exame está baseado na análise de células em suspensão aquosa passando por um laser e sensor que gera e mede sinais óticos e elétricos.

35. Em relação à dupla-marcação imunocitoquímica para p16 e ki67, em exames de colpocitologia, é correto afirmar que:

- (A) é um método mais sensível e menos específico que a identificação de HPV de alto risco para a detecção de lesões de alto grau.
- (B) a co-expressão dessas duas moléculas numa mesma célula sugere a presença de desregulação do ciclo celular mediada por HPV de alto risco e é preditivo da presença de lesão de alto grau.
- (C) o p16 é uma molécula reguladora do ciclo celular, age como um promotor da ciclina D e libera a célula para o ciclo celular aumentando assim a quantidade de mitose levando a uma maior expressão do Ki-67.
- (D) são expressos em locais diferentes na mesma célula; p16 no citoplasma e Ki-67 no núcleo, por isso é possível fazer a marcação apenas com um cromógeno.
- (E) sua implementação na rotina pode levar a um excesso de colposcopia em mulheres sem lesão de alto grau.

36. Algumas lesões glandulares benignas de colo podem mimetizar o adenocarcinoma in situ ou invasor, em alguns casos mais difíceis podemos utilizar a imuno-histoquímica para auxiliar no diagnóstico diferencial, é correto afirmar que contém o perfil de expressão do adenocarcinoma in situ do colo uterino é:

- (A) p16 positivo difuso, Bcl2 negativo, Ki67>30%.
- (B) p16 positivo focal, Bcl2 negativo, Ki-67<10%.
- (C) p16 positivo difuso, Bcl2 positivo difuso, Ki-67>30%.
- (D) p16 negativo, Bcl2 positivo difuso, Ki-67>30%.
- (E) p16 negativo, Bcl2 negativo, Ki-67<10%.

37. Em biopsia de raspado endocervical foi evidenciado adenocarcinoma endometrióide, o clínico solicitou realizar painel imuno-histoquímico para diferenciar se a origem era endocervical ou endometrial. Ao receber o pedido, a sua conduta é:

- (A) informar ao clínico que não há painel imuno-histoquímico que permita esse diferencial.
- (B) solicitar imuno-histoquímica para Ki-67, CK7 e receptor de progesterona.
- (C) solicitar imuno-histoquímica para p16, CEA e receptor de estrogênio.
- (D) solicitar imuno-histoquímica para Ck20, CDx2 e TTF1.
- (E) solicitar imuno-histoquímica para p53 e p16.

38. O diagnóstico diferencial entre hiperplasia ductal usual, hiperplasia atípica e carcinoma in situ de baixo grau costuma ser possível utilizando alguns critérios histológicos, mas em algum caso mais problemático pode ser necessário o uso de marcadores imuno-histoquímicos para realizarmos esse diagnóstico diferencial, podemos afirmar que:

- (A) CK5/6 é um marcador útil para diferenciar hiperplasia ductal usual de hiperplasia atípica.
- (B) CK 14 é um marcador útil para diferenciar hiperplasia atípica de carcinoma in situ de baixo grau.
- (C) Ki-67 é um marcador útil para diferenciar hiperplasia atípica de carcinoma in situ de baixo grau.
- (D) CK7 é um marcador útil para diferenciar hiperplasia usual de hiperplasia atípica.
- (E) p63 é um marcador ausente nas três lesões acima mencionadas.

39. Para interpretação da amplificação de HER2 no método de DISH (Dual In situ Hibridization) em biopsias de mama com carcinoma expressão imuno-histoquímica de 2+, é recomendado realizar a análise:

- (A) na objetiva de 40x.
- (B) nos núcleos sem sinal de marcação.
- (C) nas áreas de maior intensidade de marcação imuno-histoquímica.
- (D) nos núcleos apenas com sinal de marcação vermelho.
- (E) nos núcleos apenas com sinal de marcação preta.

40. A classificação molecular dos carcinomas de endométrio definiu quatro subtipos de carcinoma de endométrio, clinicamente significativos, a característica molecular presente no subtipo com melhor prognóstico é a presença de:

- (A) expressão de p53 na imuno-histoquímica.
- (B) metilação do promotor de MLH1 e expressão reduzida de MLH1.
- (C) mutações somáticas em CTNNB1.
- (D) mutações nas vias PIK3CA/PIK3R1-PTEN.
- (E) grande quantidade de mutações no domínio da exonuclease POLE.

Prova Discursiva

QUESTÃO

Avalie o caso clínico apresentado abaixo:

- Queixa principal: sangramento uterino anormal.

História da doença atual: mulher de 45 anos com história de sangramento uterino anormal há 6 meses, com irregularidade do ciclo menstrual e aumento do fluxo, nulípara, sem outros achados significativos na história patológica pregressa.

- Exame físico: paciente com obesidade grau 1 índice de massa corporal (IMC) de 31,4, em bom estado geral, pressão arterial de 120x80 mmHg, frequência cardíaca de 77bpm, ritmo cardíaco regular em 2 tempos. No exame abdominal foi identificada sensibilidade leve na parte inferior do abdome, sem massas palpáveis. Exame pélvico identificou um útero aumentado, sem massas anexiais e mínimo sangramento vaginal durante o exame. Colposcopia normal com leve sangramento pelo canal, foi colhido um exame colpocitológico e solicitado ultrassonografia transvaginal.

- Resultado da ultrassonografia transvaginal- útero aumentado com ecogenicidade heterogênea esboçando uma massa arredondada com áreas císticas e limites imprecisos.

- Colpocitologia: os achados da citologia em meio líquido estão representados nas figuras abaixo.

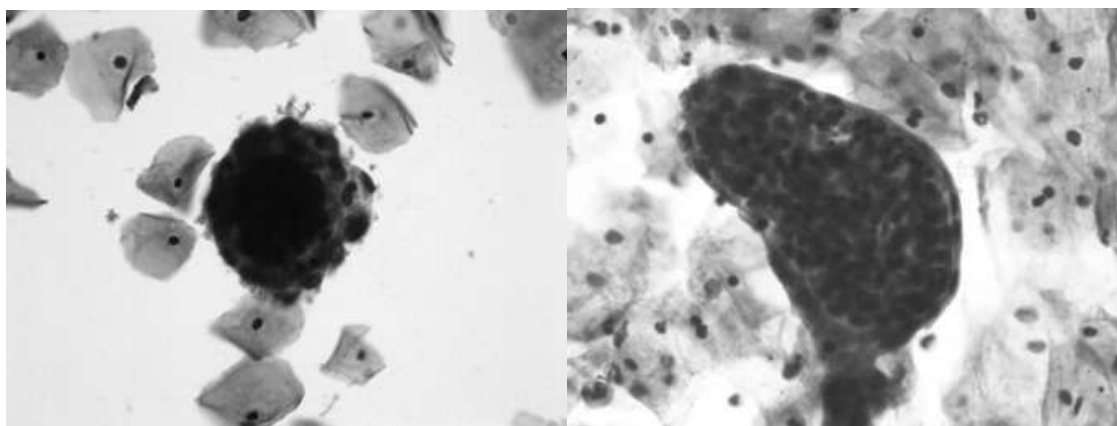


Figura 1: Ambas as imagens representam fotografia da lâmina de colpocitologia capturada em objetiva de 40x.

- Peça cirúrgica enviada para exame histopatológico:

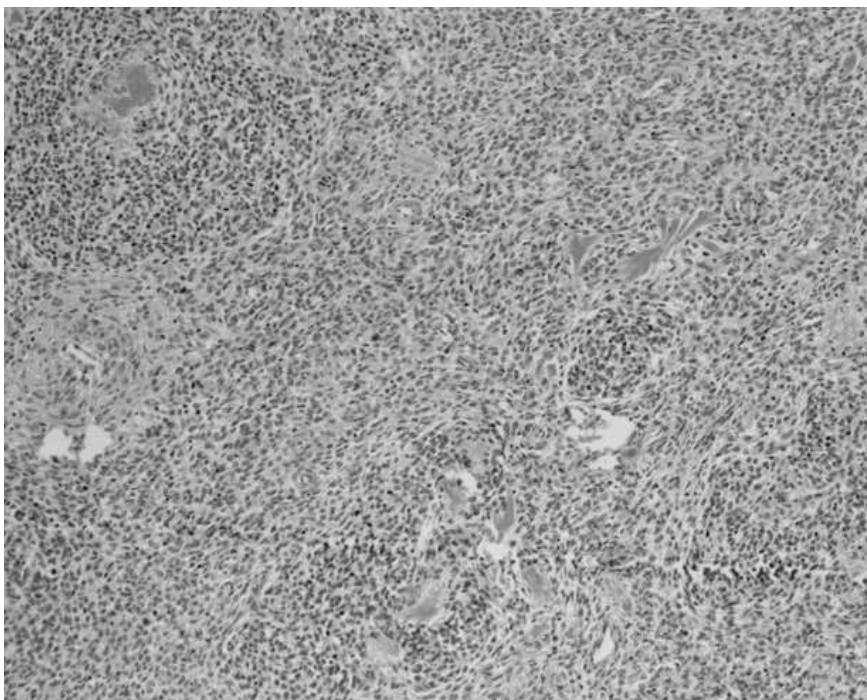
Material: Útero (corpo e colo) + nodulação em útero.

Informações clínicas no pedido do histopatológico- 45 anos submetida à histerectomia abdominal por sangramento uterino anormal+ mioma uterino volumoso com degeneração cística.

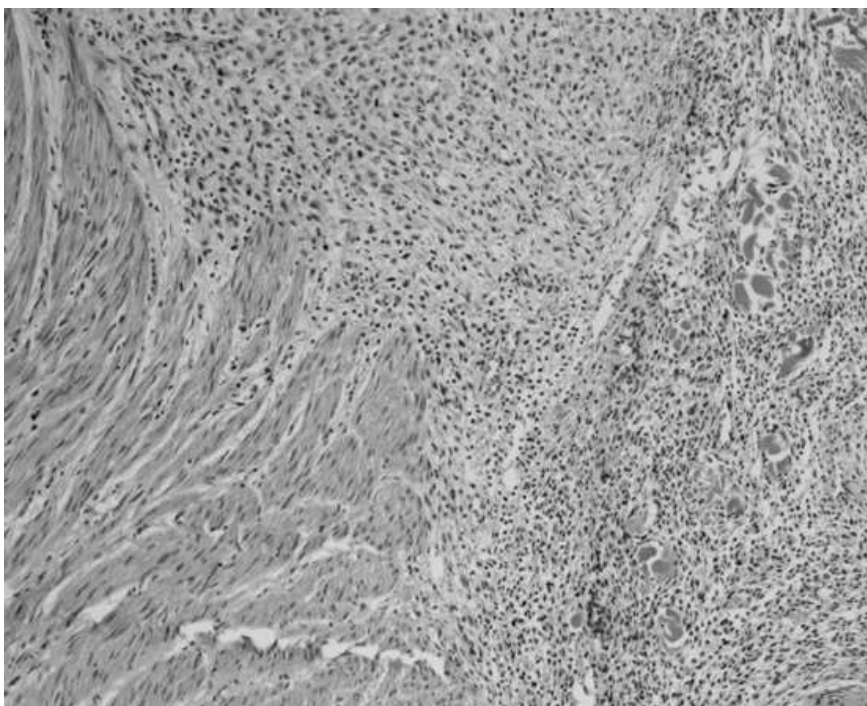
Macroscopia: Corpo uterino deformado, enviado separado do colo, medindo 9,0 x 8,0 x 6,0cm, com superfície de cor pardo-clara recoberta por serosa lisa e transparente em continuação com massa globosa de consistência cística superfície pardo-amarelada, com vascularização evidente medindo 20,0 x 16,0 x 10,0 cm, pesando o conjunto 2290g. Aos cortes, a massa é amarelada de consistência amolecida, lobulada, mal delimitada, notando-se pequenas áreas semelhantes na parede uterina. Cavidade endometrial em posição desviada, revestida por mucosa rosada com 0,6 mm de espessura. O miométrio é róseo e fasciculado, medindo 2,5 cm de espessura máxima.

Achados microscópicos: Foram representados abaixo com fotografias das lâminas histológicas referente ao caso descrito.

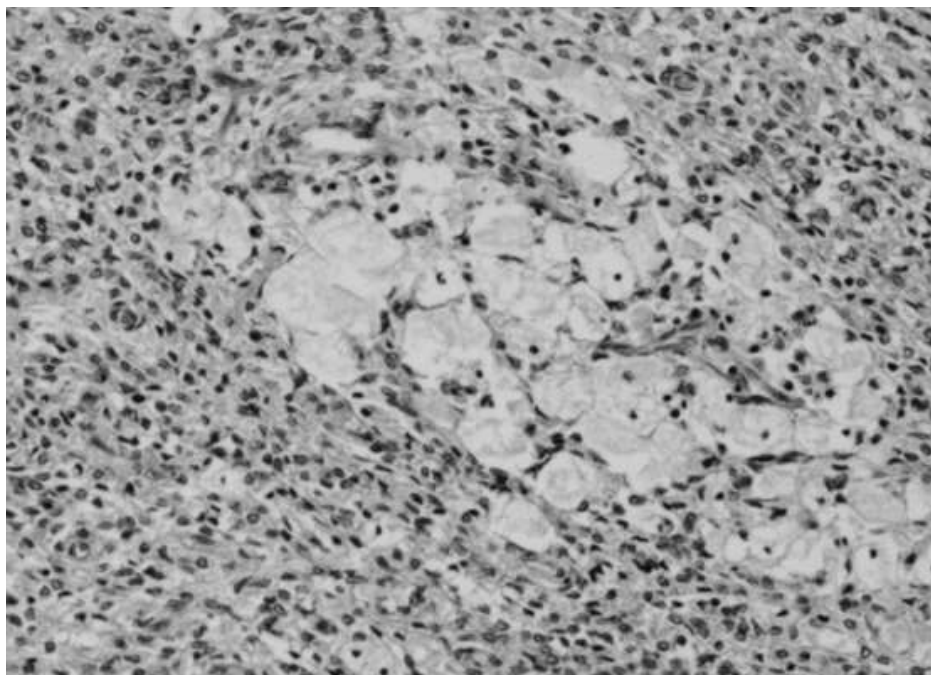
A



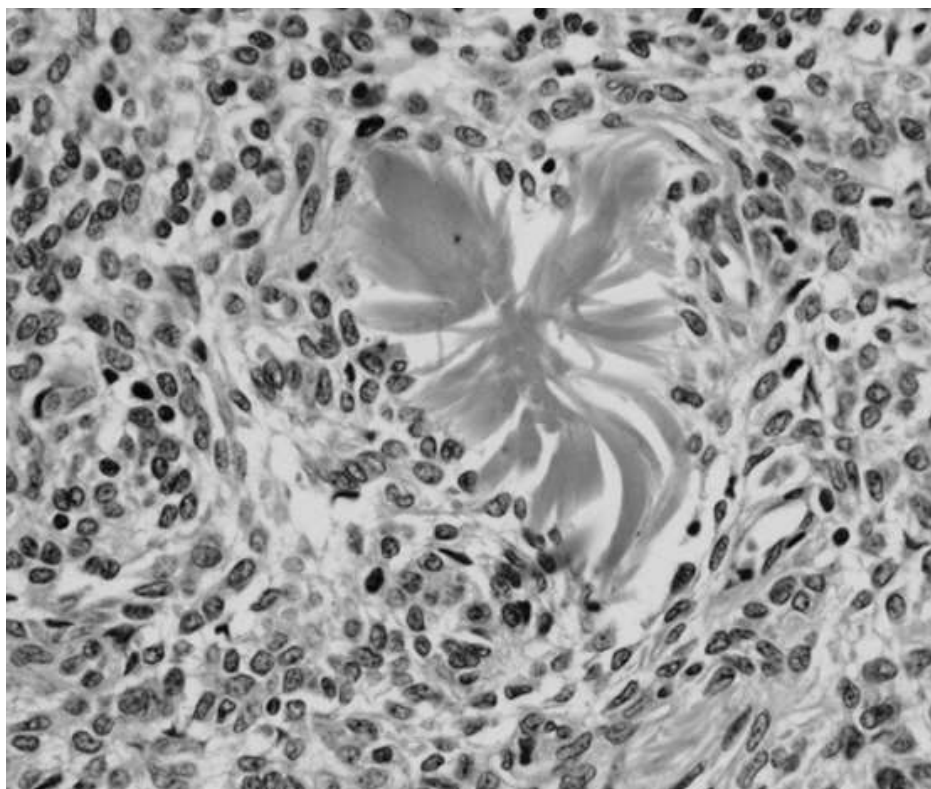
B



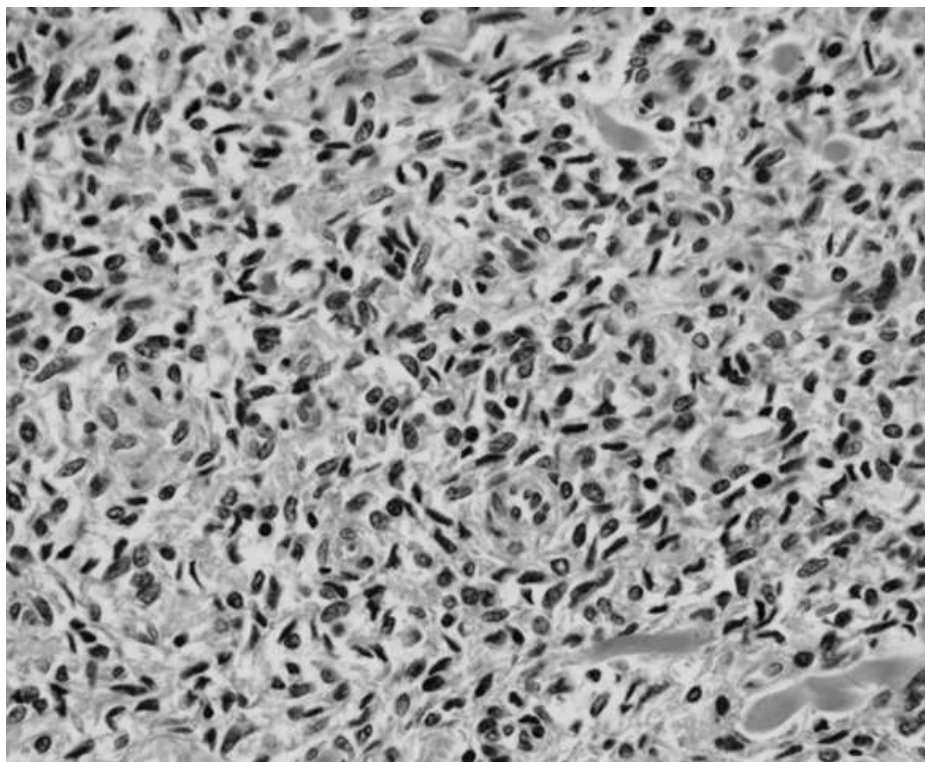
C



D



E



Imagens A,B realizadas com objetiva de 10x, imagens C, D e E na objetiva de 40x

Sobre o caso apresentado, redija um texto, com o mínimo de 50 linhas e o máximo de 150 linhas, contemplando os pontos abaixo:

- Que tipos de patologias (processos patológicos) podem se apresentar como sangramento uterino anormal? Cite pelo menos um exemplo (diagnóstico) de cada tipo.
- Descreva os achados da citologia e explique de que forma este achado se relaciona com o quadro clínico e como este exame auxiliou ou não na condução do diagnóstico diferencial.
- Considerando os achados macroscópicos e microscópicos, informe o diagnóstico mais provável e os principais diagnósticos diferenciais. Justifique a sua resposta (apontando dos achados macro e microscópicos que conduziram ao diagnóstico).
- Informe que exame você solicitaria para confirmar o seu diagnóstico principal e explique que achados deste exame confirmariam o diagnóstico principal e o distinguiria dos diagnósticos diferenciais.

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

INSTRUÇÕES

1. Por motivo de segurança, a Fiocruz solicita que o candidato transcreva em letra cursiva, em espaço próprio no Cartão de Respostas da Prova Objetiva, a frase abaixo apresentada:

“As melhores coisas da vida não podem ser vistas nem tocadas, mas sim sentidas pelo coração.” (Dalai Lama)

2. Para cada uma das questões da prova objetiva são apresentadas 5 (cinco) alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E), e só uma responde da melhor forma possível ao quesito proposto. Você só deve assinalar UMA RESPOSTA. A marcação de nenhuma ou de mais de uma alternativa anula a questão, MESMO QUE UMA DAS RESPOSTAS SEJA A CORRETA.

3. A duração da prova é de 4 (quatro) horas, considerando, inclusive, a marcação do Cartão de Respostas e a Prova Discursiva. Faça-a com tranquilidade, mas controle o seu tempo.

4. Verifique se a prova é para o **PERFIL** para o qual concorre.

5. Somente após autorizado o início da prova, verifique se este Caderno de Questões está completo e em ordem. Folhear o Caderno de Questões antes do início da prova implica na eliminação do candidato.

6. Verifique, no **Cartão de Respostas da Prova Objetiva**, se seu nome, número de inscrição, identidade e data de nascimento estão corretos. Caso contrário, comunique ao fiscal de sala.

7. O **Caderno de Questões** poderá ser utilizado para anotações, mas somente as respostas assinaladas no **Cartão de Respostas da Prova Objetiva** e no **Caderno de Respostas da Prova Discursiva** serão objeto de correção.

8. Observe as seguintes recomendações relativas ao **Cartão de Respostas da Prova Objetiva**:

- . não haverá substituição por erro do candidato;
- . não deixar de assinar no campo próprio;
- . não pode ser dobrado, amassado, rasurado, manchado ou conter qualquer registro fora dos locais destinados às respostas;
- . a maneira correta de marcação das respostas é cobrir, fortemente, com esferográfica de tinta azul ou preta, o espaço correspondente à letra a ser assinalada;
- . outras formas de marcação diferentes da que foi determinada acima implicarão a rejeição do **Cartão de Respostas**;

9. O fiscal não está autorizado a alterar quaisquer dessas instruções.

10. Você só poderá retirar-se da sala após 60 minutos do início da prova.

11. Quaisquer anotações só serão permitidas se feitas no caderno de questões.

12. Você poderá anotar suas respostas da prova objetiva em área específica do Caderno de Questões, destacá-la e levar consigo.

13. Os três últimos candidatos deverão permanecer na sala até que o último candidato entregue ao fiscal todo o seu material de prova.

14. Ao terminar a prova, entregue ao fiscal de sala, obrigatoriamente, o **Cartão de Respostas da Prova Objetiva**, o **Caderno de Respostas da Prova Discursiva** e o **Caderno de Questões**.

15. Prova Discursiva:

- A questão discursiva deverá ter um limite mínimo de 50 linhas e máximo de 150 linhas.

- Transcreva sua resposta para a parte pautada do **Caderno de Respostas da Prova Discursiva**. Não assine, rubrique ou coloque qualquer marca que o identifique, sob pena de ser anulado. Assim, a detecção de qualquer marca identificadora no espaço destinado à transcrição do texto definitivo acarretará nota ZERO na respectiva prova discursiva.

- O tempo total de duração das provas será de 4 (quatro) horas, incluindo o tempo para o preenchimento da Resposta Definitiva da Questão Discursiva. Nenhum rascunho SERÁ LEVADO EM CONTA.

Boa Prova!



Ao término da prova, anote aqui suas respostas e destaque na linha pontilhada.

01		09		17		25		33	
02		10		18		26		34	
03		11		19		27		35	
04		12		20		28		36	
05		13		21		29		37	
06		14		22		30		38	
07		15		23		31		39	
08		16		24		32		40	