



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
COORDENAÇÃO DE SELEÇÃO ACADÊMICA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICÁ / RJ
FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DE MARICÁ

FEMMAR
FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DE MARICÁ
EDITAL
2023-1

EDITAL FEMAR Nº 01/2023

Emprego: MÉDICO GINECOLOGISTA COLPOSCOPISTA	Nível SUPERIOR	Código 141
--	--------------------------	----------------------

CADERNO DE QUESTÕES

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

- Confira se o **Caderno de Questões** recebido está de acordo com o **Emprego** ao qual está concorrendo. Caso haja divergência, notifique imediatamente ao fiscal. A inobservância deste item poderá implicar na eliminação do candidato.
- Confira se constam do **Caderno de Questões**, de forma legível, **50 (cinquenta)** questões de múltipla escolha, cada uma com 5 (cinco) opções de respostas, sendo apenas uma correta.
- Confira se no **Cartão de Respostas** recebido os seus dados estão corretos. Caso afirmativo, assine-o e transcreva a frase para o exame grafotécnico no campo apropriado. Leia atentamente as instruções para seu preenchimento. No caso de divergência, notifique imediatamente ao fiscal.
- Assinale no **Cartão de Respostas**, com caneta de tinta azul ou preta, apenas uma opção, caso contrário, será atribuída pontuação zero à questão da prova que contiver mais de uma resposta assinalada ou nenhuma resposta assinalada, emenda ou qualquer tipo de rasura.
- O tempo disponível para realizar esta prova, incluindo o preenchimento do **Cartão de Respostas**, é de no mínimo, **uma hora e trinta minutos**, e de no máximo, **quatro horas**.
- O candidato só poderá portar sobre a mesa a caneta esferográfica de corpo transparente e de ponta média com tinta azul ou preta para preencher o **Cartão de Respostas**, não sendo permitido fazer uso de qualquer outro objeto para assinalar as respostas ou para efeito rascunho.
- **Evite a eliminação no concurso.** Se estiver portando: celular, instrumento auxiliar para cálculo ou desenho, qualquer dispositivo eletrônico que sirva de consulta ou comunicação, mantenha-os acondicionados no envelope de segurança, fornecido pelo fiscal de sala, lacrado e devidamente desligados no caso de aparelhos de comunicação.
- O candidato poderá levar o seu **Caderno de Questões**, faltando **uma hora** para o término da prova, com a devida permissão da equipe de fiscalização.
- É de responsabilidade do candidato entregar ao fiscal de sala, o **Cartão de Respostas** devidamente assinado e com a frase para o exame grafotécnico contida na Capa do Caderno de Questões, transcrita no Campo apropriado. A não entrega implicará a sua eliminação no Concurso.
- No caso de dúvida, solicite esclarecimento à equipe de aplicação.

BOA PROVA

**FRASE A SER TRANSCRITA PARA O CARTÃO DE RESPOSTAS NO
QUADRO “EXAME GRAFOTÉCNICO”**

A Saúde do Corpo começa pela Educação da Mente.

Rangel Lima

Parte I – Língua Portuguesa

Texto 1

O menino do alto

Eliane Brum

A tragédia do menino é ter nascido no lado errado da cidade. No alto do Morro da Polícia, em um barraco encarapitado sobre uma ironia. Suspenso sobre um cartão-postal 5 de Porto Alegre, sobre a visão do Guaíba escavando a capital como um Michelangelo. O drama do menino é que nasceu duas vezes. Nos primeiros 12 anos descia a cidade vertical aos trambolhões de criança, resvalando pelos 10 barrancos, rindo das pedras. Espantando a fome que assombrava a família com aquela inocência que protege a infância. Suspirando por um videogame que jamais chegaria no Natal, mas mesmo assim sonhando como só os 15 meninos são capazes. Numa das incursões à planície, aconteceu. Não viu o carro, não viu mais nada. Despertou cinco meses depois. Acordou para o horror. Tinha as pernas retorcidas, as mãos em garras. O menino 20 renasceu. Como prisioneiro. (...)

Quando se mergulha no coma, o corpo dorme. Os membros, as articulações desmaiam como se perdessem a vida. Para que não se cristalizem no lugar errado, é 25 preciso que um fisioterapeuta movimente os pés, as mãos, dia após dia. Não fizeram com o menino do alto. Selaram seu destino com a displicência com que a planície trata a cidade de cima. Não foi o acidente que roubou a 30 liberdade do menino. Não foi o traumatismo craniano que retorceu seus pés. Foi o crime. (...)

Há menos de um mês aconteceu o que raramente acontece. A enfermeira do posto de 35 saúde descobriu o menino. Horrorizou-se com a indecência cometida, com o tanto que lhe roubaram. Aliou-se a ele. Uma luta invisível é travada agora duas vezes por semana. (...)

Fonte: BRUM, Eliane. O menino do alto. In: _____. **A vida que ninguém vê**. Porto Alegre: Arquipélago Editorial, 2006. p. 70-75. Fragmento.

Eliane Brum, jornalista e escritora brasileira, é autora de “crônicas-reportagem” como “O menino do alto”, que aliam a realidade dos fatos a uma linguagem poética, em um estilo bastante peculiar.

01 A estrutura do texto “Menino do alto” é predominantemente:

- (A) descritiva
- (B) injuntiva
- (C) narrativa
- (D) argumentativa
- (E) expositiva

02 Lê-se logo no início do texto: “A tragédia do menino é ter nascido no lado errado da cidade” (Linhas 1-2). Dessa frase, de acordo com o restante do texto, infere-se que:

- (A) o acidente com o menino só aconteceu porque ele brincava “na planície” e não “na cidade vertical”.
- (B) a expressão “a tragédia do menino” teve como referência seu atropelamento.
- (C) o nascimento do menino foi uma ironia da vida por ter ocorrido dentro de um barraco.
- (D) o sofrimento do menino deveu-se ao não atendimento de direitos básicos, fruto da desigualdade social.
- (E) a sequela do menino foi fruto da inconsequência de brincar do outro lado da cidade.

03 Assinale a opção em que o sujeito se classifica da mesma forma que na oração “Quando se mergulha no coma, ...” (Linha 21):

- (A) “Nos primeiros 12 anos descia a cidade vertical aos trambolhões de criança, ...” (Linhas 8-9)
- (B) “Selaram seu destino com a displicência ...” (Linhas 27-28)
- (C) “Há menos de um mês ...” (Linha 33)
- (D) “Acordou para o horror.” (Linha 18)
- (E) “A enfermeira do posto de saúde descobriu o menino.” (Linhas 34-35)

04 “Os membros, as articulações desmaiam como se perdessem a vida.” (Linhas 22-23)

O enunciado acima sublinhado configura um exemplo da figura de linguagem:

- (A) sinestesia
- (B) eufemismo
- (C) ironia
- (D) hipérbole
- (E) personificação

Texto 2

HEROÍNAS...



Disponível em: <https://jeonline.com.br/noticia/21882/super-mulheres>. Acesso em: 16 out 2023.

05 O título do texto – “Heroínas...” – se justifica porque:

- (A) a menina confunde a enfermeira com a atriz que representa a Mulher Maravilha.
- (B) procura-se aproximar a imagem das enfermeiras à de heroínas.
- (C) a menina conversa com a enfermeira sobre a Mulher Maravilha.
- (D) as personagens são mulheres.
- (E) a menina diz ser fã da Mulher Maravilha.

06 As reticências em “Heroínas...” se explicam para:

- (A) assinalar uma inflexão de natureza emocional
- (B) destacar uma suspensão marcada por surpresa ou timidez de quem fala
- (C) indicar o corte da fala de um personagem pela interferência de outro
- (D) marcar que a fala do personagem continua após uma interferência de outro personagem
- (E) indicar que a ideia expressa não se completa, devendo ser suprida pelo leitor

Texto 3

Quem é Katalin Karikó, a bioquímica que ganhou o Nobel de Medicina

Gabriela Guido

Katalin Karikó é uma pesquisadora conhecida principalmente por suas contribuições na criação de vacinas de mRNA – RNA mensageiro – que possibilitaram o desenvolvimento das vacinas 5 contra a Covid-19 da Pfizer-BioNTech e da Moderna, além das doses de reforço dadas nos últimos anos. Nesta segunda-feira (2) a húngara conquistou o Nobel de Medicina, junto do colega Drew Weissman, pela “impressionante 10 flexibilidade e rapidez de desenvolvimento e adaptação das vacinas de mRNA”, segundo a organização da premiação.

O Nobel destaca que mais de 13 bilhões de doses de vacinas contra a Covid-19 já foram 15 administradas no mundo todo, embora esse número também inclua vacinas sem a tecnologia de mRNA. Hoje, Karikó é professora e pesquisadora na Universidade de Szeged, na Hungria, e professora temporária na Universidade 20 da Pensilvânia, nos EUA. Entre 2013 e 2022, foi VP sênior da Pfizer-BioNTech no segmento de substituição de proteínas de RNA.

Originária de uma pequena cidade na Hungria, Karikó disse em entrevista após a premiação do 25 Nobel que sua mãe, que já morreu, acreditava que um dia ela poderia receber tal reconhecimento, mesmo quando nem conseguia uma bolsa para manter sua pesquisa. “Ela disse: ‘mas você trabalha tanto’. E eu disse que muitos cientistas 30 trabalham muito, muito duro”, disse Karikó, que estava dormindo quando recebeu a ligação de Estocolmo com a notícia e chegou a achar que era uma piada.

Disponível em: <https://forbes.com.br/forbes-mulher/2023/10/quem-e-katalin-kariko-a-bioquimica-que-ganhou-o-nobel-de-medicina/> Acesso em: 16 out 2023. Fragmento.

07 Em “Nesta segunda-feira (2) a húngara conquistou o Nobel de Medicina, junto do colega Drew Weissman,...”, o vocábulo sublinhado é uma forma coesiva e retoma:

- (A) Drew Weissman, por um mecanismo anafórico
- (B) a bioquímica, por um mecanismo gramatical
- (C) a vacina, por uma substituição por elipse
- (D) Katalin Karikó, por uma substituição lexical
- (E) a Pfizer, por um mecanismo catafórico

08 “O Nobel destaca que mais de 13 bilhões de doses de vacinas contra a Covid-19 já foram administradas no mundo todo, embora esse número também incluía vacinas sem a tecnologia de mRNA.” (Linhas 13-17)

A forma verbal sublinhada no enunciado acima está na voz passiva analítica. De acordo com a norma culta, na voz passiva sintética, o enunciado teria a seguinte estrutura:

- (A) O Nobel destaca que já se administraram mais de 13 bilhões de doses de vacinas contra a Covid-19 no mundo todo, ...
- (B) O Nobel destaca que já se administrou mais de 13 bilhões de doses de vacinas contra a Covid-19 no mundo todo, ...
- (C) O Nobel destaca que mais de 13 bilhões de doses de vacinas contra a Covid-19 já teriam sido administradas no mundo todo,...
- (D) O Nobel destaca que já se administram mais de 13 bilhões de doses de vacinas contra a Covid-19 no mundo todo, ...
- (E) O Nobel destaca que mais de 13 bilhões de doses de vacinas contra a Covid-19 já havia sido administradas no mundo todo,...

09 Ainda sobre o enunciado “O Nobel destaca que mais de 13 bilhões de doses de vacinas contra a Covid-19 já foram administradas no mundo todo, embora esse número também incluía vacinas sem a tecnologia de mRNA” (Linhas 13-17), aponte a opção em que a troca de conectivo ALTERA o sentido original do enunciado acima:

- (A) O Nobel destaca que mais de 13 bilhões de doses de vacinas contra a Covid-19 já foram administradas no mundo todo, uma vez que esse número também incluía vacinas sem a tecnologia de mRNA.
- (B) O Nobel destaca que mais de 13 bilhões de doses de vacinas contra a Covid-19 já foram administradas no mundo todo, ainda que esse número também incluía vacinas sem a tecnologia de mRNA.
- (C) O Nobel destaca que mais de 13 bilhões de doses de vacinas contra a Covid-19 já foram administradas no mundo todo, mesmo que esse número também incluía vacinas sem a tecnologia de mRNA.
- (D) O Nobel destaca que mais de 13 bilhões de doses de vacinas contra a Covid-19 já foram administradas no mundo todo, se bem que esse número também incluía vacinas sem a tecnologia de mRNA.

(E) O Nobel destaca que mais de 13 bilhões de doses de vacinas contra a Covid-19 já foram administradas no mundo todo, conquanto esse número também incluía vacinas sem a tecnologia de mRNA.

10 “E eu disse que muitos cientistas trabalham muito, muito duro”,... (Linhas 29-30)
O recurso à repetição dos vocábulos sublinhados no enunciado acima, estilisticamente, expressa:

- (A) intensificação
- (B) ironia
- (C) oposição
- (D) comparação
- (E) continuidade

Parte II - Legislação do Sus

11 A Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 estabelece no artigo 24 que quando as disponibilidades do sistema único de saúde (SUS) forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, poder-se-á recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. Nessa participação complementar,

- (A) serão utilizadas regras de consórcios de direito privado, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.
- (B) as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos nestes casos não terão preferência para participar do SUS por expressa previsão legal.
- (C) os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do SUS, aprovados no conselho nacional de saúde.
- (D) a formalização contratual dos serviços privados será mediante consórcio, observadas a respeito, as normas de direito público.
- (E) aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados somente será possibilitado exercer função de confiança no SUS desde que expressamente autorizado pelos órgãos de fiscalização do contrato.

12 No artigo 40 do decreto 7508 de 28 de junho de 2011, está previsto que o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde será realizado pelo

- (A) sistema nacional de auditoria e avaliação do SUS, por meio de serviço especializado.
- (B) Tribunal de Contas da União com auxílio do serviço de auditoria da receita federal.
- (C) Tribunal de Contas do Estado.
- (D) Tribunal de Contas do Município (onde houver) ou pelas Secretarias Municipais de Saúde.
- (E) Ministério da Saúde com auxílio do Tribunal de Contas da União.

13 Por determinação constitucional (artigo 198, parágrafo 2º, inciso I) a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados, no caso da União, sobre a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a

- (A) 3%.
- (B) 5%.
- (C) 10%.
- (D) 15%.
- (E) 20%.

14 Considere a afirmação:

O sistema único de saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I Conferência de Saúde.
- II Conselho de Saúde.
- III Fundo Nacional (União) e Regional (Estados da Federação) de Saúde.
- IV Comissões Bipartite.
- V Comissão Tripartite.

Fazem parte do artigo 1º da lei 8142 de 28 de dezembro de 1990, os itens:

- (A) I, II, III e IV, apenas.
- (B) I e II, apenas.
- (C) II, III, IV e V, apenas.
- (D) I, II e IV, apenas.
- (E) I, II, III, IV e V.

15 As diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos serão pactuados pelas (os):

- (A) Conselhos estaduais de saúde
- (B) Conselhos municipais de saúde
- (C) Conferências de saúde
- (D) Comissões intersetoriais
- (E) Comissões intergestores

16 A telessaúde, prevista na Lei 8080/90, abrange a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal e obedecerá aos seguintes princípios, EXCETO:

- (A) Assistência segura e com qualidade ao paciente
- (B) Autonomia do profissional de saúde
- (C) Consentimento livre e informado do paciente
- (D) Direito de recusa ao atendimento na modalidade telessaúde, com a garantia do atendimento presencial sempre que solicitado
- (E) Ampla divulgação dos dados

17 O artigo 35 da Lei nº 8.080/1990, estabelece que os valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios devem ser estabelecidos a partir da combinação dos seguintes critérios, dentre outros, segundo análise técnica de programas e projetos, EXCETO:

- (A) Previsão do plano bienal de investimentos na rede.
- (B) Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área.
- (C) Desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior.
- (D) Perfil epidemiológico da população a ser coberta.
- (E) Níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais.

18 Segundo a Lei nº 8.080/90, a definição dos serviços de vigilância epidemiológica no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS) é competência

- (A) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- (B) do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde.
- (C) do Ministério da Saúde.
- (D) do Conselho de Secretários Municipais de Saúde.
- (E) da direção nacional do SUS.

19 Sobre os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) previstos no artigo 2º da lei 8142 de 28 de dezembro de 1990, considere as afirmações:

Tais recursos serão alocados como:

- I despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
- II investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- III investimentos previstos no plano bienal do Ministério da Saúde;
- IV cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito

Estão corretas apenas:

- (A) I, II, e III
- (B) II, III e IV
- (C) I, II e IV
- (D) I, III e IV
- (E) I, II

20 Nos termos da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (artigo 3º) serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a(ao):

- (A) ações de assistência social.
- (B) merenda escolar e outros programas de alimentação.
- (C) pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde.
- (D) manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças.
- (E) saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade.

Parte III - Conhecimentos Específicos

21 Em relação à doença inflamatória pélvica, é correto afirmar que:

- (A) o diagnóstico deve ser instituído baseado na tríade de sinais e sintomas, incluindo dor pélvica, dor à mobilização do colo uterino e em topografia de anexos, e a presença de febre.
- (B) o tratamento inicial tanto da doença inflamatória pélvica quanto do abscesso tubo-ovariano pode ser ambulatorial, sendo indicada a internação quando não houver melhora do quadro clínico em 48 horas após início da antibioticoterapia.
- (C) a investigação e tratamento do parceiro é facultada naqueles casos em que há formação do abscesso tubo-ovariano.
- (D) o tratamento da doença inflamatória pélvica só deve ser iniciado após confirmação laboratorial do quadro de endometrite.
- (E) quando o tratamento do abscesso tubo-ovariano exige internação hospitalar, a resolução é sempre cirúrgica.

22 A esterilização tubária foi regulamentada em nosso país pela lei 9263/96 e atualizada em 2023, através da lei 14.443/22.

Sobre esse procedimento de esterilização é correto afirmar que:

- (A) a realização da laqueadura tubária requer a concordância do parceiro
- (B) a técnica cirúrgica de Pomeroy realiza a retirada das fímbrias tubárias.
- (C) a laqueadura tubária passou a ser permitida no momento da cesariana e sua realização não aumenta o risco do procedimento, exceto por um pequeno aumento no tempo cirúrgico.
- (D) com a mudança na lei, a manifestação do desejo de realização da laqueadura tubária pode ser feita no momento da internação hospitalar.
- (E) estudos mostraram que esterilização bipolar mostrou uma alta taxa de falha a longo prazo, mesmo com o uso ideal da técnica.

23 Maria José, 30 anos, buscou atendimento médico em virtude de aparecimento de úlcera única, indolor, com base endurecida e fundo limpo em vulva, e linfonodos em região inguinal, duros e indolores, após atividade sexual sem proteção com novo parceiro sexual. Aponte a hipótese diagnóstica.

- (A) Sífilis
- (B) Herpes genital
- (C) Cancroide
- (D) Linfogranuloma venéreo
- (E) Úlcera de Behçet

24 Dentre os tipos histológicos do carcinoma de endométrio, aquele relacionado com melhor prognóstico é:

- (A) Células claras
- (B) Seroso
- (C) Endometriode
- (D) Escamoso
- (E) Misto

25 São considerados fatores de prevenção do câncer de ovário:

- (A) Nuliparidade
- (B) Contraceptivo oral
- (C) Drogas indutoras da ovulação
- (D) Talco
- (E) Dieta rica em gordura

26 Em relação aos tumores mamários, é correto afirmar que:

- (A) os fibroadenomas constituem neoplasias verdadeiras e devem sempre ser excisados.
- (B) os cistos mamários complexos podem ser acompanhados através da ultrassonografia.
- (C) os tumores filoides malignos podem, frequentemente, produzir metástase para órgãos distantes, em especial o pulmão. As metástases linfonodais, também, são frequentes exigindo estadiamento axilar de rotina.
- (D) o tratamento dos tumores filoides consiste na excisão local com margem mínima de 1cm.
- (E) os tumores filoides são mais frequentes na segunda década de vida.

27 Paciente com 43 anos apresentou quadro de sangramento uterino anormal. Foi submetida à histeroscopia com biópsia que evidenciou hiperplasia endometrial com atipia. Aponte a conduta adequada ao caso.

- (A) Histerectomia total abdominal
- (B) SIU de levonorgestrel
- (C) Acetato de megestrol – 40mg/dia via oral
- (D) Acetato de medroxiprogesterona – 150mg IM trimestral
- (E) Histerectomia total abdominal com ooforectomia bilateral

28 O sangramento uterino anormal é uma queixa ginecológica frequente nos atendimentos ginecológicos ambulatoriais e comportam várias causas.

Em relação a esse tema é correto afirmar que:

- (A) as causas funcionais do sangramento uterino anormal são mais frequentes nos extremos da vida reprodutiva.
- (B) o uso correto de métodos contraceptivos hormonais impede o sangramento uterino anormal.
- (C) a imagem ultrassonográfica de aumento da espessura endometrial é conclusiva para o diagnóstico de pólipos durante o menacme.
- (D) a sensibilidade da curetagem uterina é equivalente à histeroscopia na avaliação da patologia endometrial.
- (E) o tratamento cirúrgico do sangramento uterino anormal através da ablação de endométrio é eficaz e definitivo.

29 Em relação às massas anexiais, é correto afirmar que:

- (A) os cistos dermóides ocorrem, exclusivamente, no período reprodutivo.
- (B) o cisto ovariano folicular é o cisto funcional mais comum e, raramente, excede 8cm.
- (C) o risco de torção do cisto dermoide é mínimo.
- (D) o CA-125 é um marcador extremamente útil no diagnóstico diferencial das massas anexiais.
- (E) a conduta cirúrgica recomendada no tratamento da torção do cisto ovariano é a realização da anexectomia.

30 Em relação à infecção pelo HPV, podemos afirmar:

- (A) A presença de lesões verrucosas em crianças, é patognômico de abuso sexual.
- (B) As lesões recorrentes, na maioria das vezes, estão relacionadas com uma nova infecção e, por isso, é importante avaliar o parceiro sexual.
- (C) A localização das verrugas no trato genital inferior não interfere com a escolha do tratamento.
- (D) O objetivo do tratamento é a erradicação das verrugas genitais e não da infecção viral.
- (E) A vacinação não é recomendada para aquelas pacientes portadoras da infecção pelo HPV.

31 Os distúrbios urinários são queixa frequente em mulheres e, muitas vezes, ocasionados por uso de medicações para outras condições clínicas.

Aponte a opção que correlaciona corretamente a droga com seu efeito no trato urinário.

- (A) Drogas α -agonistas: podem prejudicar a mobilidade e, com isso, levar à incontinência.
- (B) Drogas α -bloqueadoras: podem diminuir a contratilidade do músculo liso da bexiga e causarem dificuldade no esvaziamento
- (C) Bloqueadores do canal de cálcio: podem causar confusão e incontinência secundária, especialmente em idosos.
- (D) Álcool: pode levar à dificuldade no esvaziamento vesical.
- (E) Drogas anticolinérgicas: podem prejudicar a contratilidade do detrusor e levar à incontinência por transbordamento

32 O tratamento indicado para supressão do herpes genital é:

- (A) Aciclovir – 400mg- três vezes ao dia por 6 a 12 meses
- (B) Famciclovir – 250mg – três vezes ao dia por 6 a 12 meses
- (C) Aciclovir – 400mg- duas vezes ao dia por 6 a 12 meses
- (D) Famciclovir – 250mg ao dia por 6 a 12 meses
- (E) Valaciclovir – 1,0g- duas vezes ao dia por 6 a 12 meses

33 Maria Antonia, 40 anos, procurou a unidade básica de saúde para exames ginecológicos de rotina. Está preocupada porque nunca realizou mamografia, embora faça o autoexame das mamas, mensalmente, e não tenha percebido nenhuma alteração.

Sobre o rastreamento e diagnóstico do câncer de mama é correto dizer:

- (A) O autoexame das mamas deve ser fortemente estimulado porque tem impacto positivo no diagnóstico precoce do câncer de mama e na sobrevivência.
- (B) O Ministério da Saúde do Brasil recomenda o rastreamento do câncer de mama, através da mamografia, entre 50 e 69 anos, com periodicidade bienal.
- (C) A identificação de massas mamárias, através do exame físico, não sofre influência da idade e da composição mamária.
- (D) O Ministério da Saúde do Brasil recomenda o rastreamento do câncer de mama, através da mamografia a partir dos 40 anos, com frequência anual.
- (E) De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, a utilização da ultrassonografia mamária pode substituir o uso da mamografia para rastreamento do câncer em regiões onde essa tecnologia não esteja disponível.

34 Identifique a sequência esperada dos eventos puberais.

- (A) Estirão do crescimento, telarca, pubarca, pico da velocidade do crescimento e menarca.
- (B) Telarca, pubarca, estirão do crescimento, pico da velocidade do crescimento, menarca
- (C) Telarca, pubarca, menarca, estirão do crescimento, pico da velocidade do crescimento.
- (D) Estirão do crescimento, pico da velocidade do crescimento, telarca, pubarca e menarca
- (E) Estirão do crescimento, telarca, pubarca, menarca e pico da velocidade do crescimento

35 Em relação ao diagnóstico da endometriose, é correto afirmar que a:

- (A) ausência de achados sugestivos de endometrioma ou sinais de endometriose profunda à ultrassonografia transvaginal afasta o diagnóstico de endometriose.
- (B) ressonância magnética da pelve apresenta boa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de endometriomas e endometriose profunda. Portanto, uma ressonância magnética da pelve negativa afasta o diagnóstico de endometriose peritoneal.
- (C) especificidade do CA-125 para diagnóstico da endometriose assemelha-se à da laparoscopia.
- (D) identificação, ao exame físico, de nodularidade em fundo de saco ou em topografia de ligamentos útero-sacros é sugestivo do diagnóstico de endometriose.
- (E) identificação de cistos ovarianos com conteúdo achocolatado à laparoscopia, é conclusivo para o diagnóstico de endometriose.

36 O câncer de colo uterino continua sendo um importante problema de saúde pública. Segundo as recomendações das Diretrizes Brasileiras para Rastreamento do Câncer de Colo Uterino, de 2016, o rastreio deverá ser realizado por:

- (A) Mulheres com 25 anos de idade que já tiveram ou têm atividade sexual. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo semestral e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos.
- (B) Mulheres com 20 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos.
- (C) Mulheres com 20 anos de idade que já tiveram atividade sexual. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo semestral e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos.
- (D) Mulheres, independentemente da idade, que já tiveram ou têm atividade sexual. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos.

- (E) Mulheres com 25 anos de idade que já tiveram ou têm atividade sexual. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos.

37 Mulher, 50 anos, menopausa há 3 anos, tabagista, com colpocitologias prévias negativas e apresentando resultado colpocitológico atual com o seguinte laudo: “Células escamosas atípicas de significado indeterminado, não se podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau”.

Segundo as recomendações das Diretrizes Brasileiras para Rastreamento do Câncer de Colo Uterino de 2016, a conduta mais adequada para este caso é:

- (A) Encaminhar para colposcopia.
- (B) Orientar repetir citologia em 6 meses.
- (C) Recomendado tratamento excisional.
- (D) Encaminhar para colposcopia e histeroscopia para avaliação endometrial.
- (E) Orientar repetir citologia em 6 meses com preparo estrogênico.

38 Paciente, 27 anos, atendida em uma Policlínica para realização de colposcopia por apresentar dois exames colpocitológicos com resultado de lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL). Nega dor em região pélvica, sintomas urinários, dispareunia, leucorréia. Refere não fazer uso de métodos contraceptivos. História pregressa de tricomoníase há seis anos. Exame especular: colo uterino hiperemiado, presença de moderada quantidade de corrimento endocervical purulento. Toque vaginal bimanual indolor. Indique a principal hipótese, principais agentes causadores e conduta

- (A) Doença Inflamatória Pélvica. *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. Solicitar hemograma, oferecer pesquisa de outras infecções sexualmente transmissíveis. Iniciar antibioticoterapia venosa – Clindamicina e Gentamicina.
- (B) Doença Inflamatória Pélvica. Etiologia polimicrobiana. Solicitar hemograma, oferecer pesquisa de outras infecções sexualmente transmissíveis. Ciprofloxacino 500mg 1 comprimido VO e Azitromicina 1g VO doses únicas. Contactar parcerias.

- (C) Endocervicite. *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. Oferecer pesquisa de outras infecções sexualmente transmissíveis. Caso não seja possível isolar o agente, iniciar Ceftriaxone 500mg IM e Doxiciclina 100mg VO 2x/dia 7 dias. Contactar parcerias.
- (D) Vaginose bacteriana. *Gardnerella vaginalis*. Metronidazol 500mg 2x/dia VO 7 dias. Solicitar hemograma, oferecer pesquisa de outras infecções sexualmente transmissíveis.
- (E) Endocervicite. *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. Oferecer pesquisa de outras infecções sexualmente transmissíveis. Caso não seja possível isolar o agente, iniciar Ciprofloxacino 500mg 1 comprimido VO e Azitromicina 1g VO dose única. Contactar parcerias.

39 Paciente, negra, 60 anos, G4 P4 (4 partos normais), portadora de hipertensão arterial sistêmica, diabetes tipo 2 e hipotireoidismo. Sem vida sexual ativa há 10 anos. Comparece à consulta ginecológica com queixa de prurido vulvar crônico mesmo após o uso de diversas medicações (orais e vaginais). Desconhece seu controle glicêmico atual. Ao exame: vulva atrófica, com mancha hipocrômica que se estende de face interna de grandes lábios, clitóris, períneo atingindo região perianal e apagamento de pequenos lábios em seu terço inferior. Exame especular: vagina atrófica, colo plano róseo, conteúdo vaginal ausente. Identifique a principal hipótese diagnóstica e principal terapêutica a ser utilizada

- (A) Vitiligo. Imunossupressor tóxico.
- (B) Líquen escleroso vulvar. Corticoide tóxico de alta potência.
- (C) Candidíase vulvar complicada. Antifúngico oral ou tóxico.
- (D) Líquen plano-erosivo. Corticoide tóxico de alta potência.
- (E) Neoplasia intraepitelial vulvar diferenciada. Exérese de lesão e corticoide tóxico de alta potência.

40 Paciente, 30 anos, sem comorbidades, com laudo colpocitológico que evidenciou "lesão intraepitelial escamosa de alto grau - HSIL". Encaminhada para realizar colposcopia na Unidade Secundária. Laudo colposcópico: "Colposcopia adequada, junção escamocolunar (JEC) totalmente visível, zona de transformação do tipo 1, presença de epitélio acetobranco tênue às 9h. Teste de Schiller negativo."

Identifique a conduta adequada para esta paciente

- (A) Na colposcopia com JEC visível e achados anormais menores, realizar biópsia. A ausência de lesão vaginal deve ser assegurada.
- (B) Solicitar revisão de lâmina. Mantido o diagnóstico de HSIL, deve-se investigar o canal neste caso. Caso a avaliação do canal endocervical mantenha a suspeita de lesão pré-invasiva ou invasiva realizar excisão tipo 2.
- (C) Deve-se realizar uma excisão do tipo 1 por se tratar de colpocitologia com alta probabilidade de confirmação histopatológica de lesão de alto grau.
- (D) Deve-se realizar uma excisão do tipo 3 por se tratar de colpocitologia sugestiva de lesão de alto grau em paciente com ausência de lesão visível ectocervical.
- (E) Solicitar revisão de lâmina. Mantido o diagnóstico de HSIL, deve-se investigar o canal neste caso. Caso a avaliação do canal endocervical mantenha a suspeita de lesão pré-invasiva ou invasiva realizar vídeo-histeroscopia.

41 Paciente, 36 anos, G3 P3 (3 cesarianas), portadora de Lupus eritematoso sistêmico em uso crônico de imunossupressores, procurou atendimento para exame de rotina anual. Última colpocitologia há 2 anos negativa para neoplasia. O exame colpocitológico atual descreve o seguinte laudo: "células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas - AGC". Refere ciclos menstruais regulares durando 7 dias com fluxo normal. Laudo colposcópico: "Colposcopia adequada, junção escamocolunar completamente visível, zona de transformação tipo 1, ausência de áreas acetobranças, presença de inúmeros cistos de Naboth. Teste de Schiller negativo."

Identifique a conduta mais adequada para esta paciente

- (A) Deve-se realizar uma excisão do tipo 3 por se tratar de colpocitologia com alta probabilidade de confirmação histopatológica de lesão glandular oriunda do canal cervical.
- (B) Deve ser realizada nova coleta de material para citologia com especial atenção para o canal. Concomitantemente, é recomendável a avaliação endometrial com histeroscopia e estudo anatomopatológico endometrial pela alta associação com doença endometrial.

- (C)** Deve ser realizada nova coleta de material para citologia com especial atenção para o canal. Concomitantemente, é recomendável a avaliação endometrial com ultrassonografia transvaginal e, caso anormal, estudo anatomopatológico do endométrio. Na persistência de AGC na citologia, após o fim das investigações no colo e corpo uterinos, além de órgãos adjacentes, sem evidência de doença, as mulheres devem ser submetidas à uma excisão do tipo 3 por se tratar de colpocitologia com alta probabilidade de confirmação histopatológica de lesão glandular.
- (D)** Deve-se realizar uma excisão do tipo 1 por se tratar de colpocitologia com alta probabilidade de confirmação histopatológica de lesão de alto grau em paciente com colposcopia com zona de transformação ectocervical totalmente visível.
- (E)** Deve ser realizada nova coleta de material para citologia com especial atenção para o canal. Concomitantemente, é recomendável a avaliação endometrial com ultrassonografia transvaginal e, caso anormal, estudo anatomopatológico do endométrio. Na persistência de AGC na citologia, após o fim das investigações no colo e corpo uterinos, além de órgãos adjacentes, sem evidência de doença, as mulheres devem ser mantidas em seguimento citológico e colposcópico semestral até a exclusão de doença pré-invasiva ou invasiva.
- (B)** A vacina HPV quadrivalente ou bivalente está disponível para a população do sexo feminino de nove a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) e para a população do sexo masculino de 11 a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) com esquema vacinal de 2 (duas) doses (0 e 6 meses). Para pacientes imunossuprimidos, o esquema de três doses também, com o intervalo de 0, 2 e 6 meses, em ambos os sexos, está disponível entre nove e 26 anos de idade. Vítimas de violência sexual também foram incluídas entre nove e 45 anos caso ainda não tenham sido vacinadas.
- (C)** A vacina HPV bivalente está disponível para a população do sexo feminino e masculino de nove a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias). Para pacientes imunossuprimidos, o esquema de três doses também, com o intervalo de 0, 2 e 6 meses, em ambos os sexos, está disponível entre nove e 26 anos de idade. Vítimas de violência sexual também foram incluídas entre nove e 45 anos caso ainda não tenham sido vacinadas.
- (D)** A vacina HPV quadrivalente está disponível para a população do sexo feminino e masculino de nove a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) com esquema vacinal de 2 (duas) doses (0 e 6 meses). Para pacientes imunossuprimidos, o esquema de três doses também, com o intervalo de 0, 2 e 6 meses, em ambos os sexos, está disponível entre nove e 45 anos de idade. Vítimas de violência sexual também foram incluídas entre nove e 45 anos caso ainda não tenham sido vacinadas.
- (E)** A vacina HPV nonavalente está disponível para a população do sexo feminino e masculino de nove a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias). Para pacientes imunossuprimidos do sexo feminino, o esquema de três doses também, com o intervalo de 0, 2 e 6 meses, está disponível entre nove e 45 anos de idade. Vítimas de violência sexual também foram incluídas entre nove e 45 anos caso ainda não tenham sido vacinadas.

42 Segundo o Calendário de Vacinação Nacional de 2023 do Ministério da Saúde, a vacina contra HPV encontra-se disponível, gratuitamente, nos Postos de Saúde, para certas faixas etárias. Identifique a opção correta

- (A)** A vacina HPV quadrivalente está disponível para a população do sexo feminino e masculino de nove a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) com esquema vacinal de 2 (duas) doses (0 e 6 meses). Para pacientes imunossuprimidos, o esquema de três doses também, com o intervalo de 0, 2 e 6 meses, em ambos os sexos, está disponível entre nove e 26 anos de idade. Vítimas de violência sexual também foram incluídas entre nove e 26 anos, caso ainda não tenham sido vacinadas.

43 Segundo a terminologia proposta pela Federação Internacional de Patologia Cervical e Colposcopia (IFCPC) de 2011 e as Diretrizes Brasileiras para Rastreamento do Câncer de Colo Uterino de 2016, a zona de transformação do colo uterino é dividida e definida da seguinte forma:

- (A)** Zona de transformação tipo 1 – junção escamocolunar totalmente visível, completamente ectocervical. Zona de transformação tipo 2 – junção escamocolunar com componente endocervical, mas completamente visível até 1cm do canal. Zona de transformação tipo 3 – junção escamocolunar com componente endocervical não totalmente visível.
- (B)** Zona de transformação tipo 1 – junção escamocolunar totalmente visível, completamente ectocervical. Zona de transformação tipo 2 – junção escamocolunar com componente endocervical, mas completamente visível. Zona de transformação tipo 3 – junção escamocolunar com componente endocervical não totalmente visível.
- (C)** Zona de transformação tipo 1 – junção escamocolunar totalmente visível, completamente ectocervical. Zona de transformação tipo 2 – junção escamocolunar com componente endocervical além de 1cm do canal, mas completamente visível. Zona de transformação tipo 3 – junção escamocolunar com componente endocervical parcialmente visível.
- (D)** Zona de transformação tipo 1 – junção escamocolunar totalmente visível, completamente ectocervical. Zona de transformação tipo 2 – junção escamocolunar com componente endocervical, mas completamente visível até 0.5cm do canal. Zona de transformação tipo 3 – junção escamocolunar com componente endocervical não totalmente visível.
- (E)** Zona de transformação tipo 1 – junção escamocolunar totalmente visível, completamente ectocervical. Zona de transformação tipo 2 – junção escamocolunar com componente endocervical além de 0.5cm do canal, mas completamente visível. Zona de transformação tipo 3 – junção escamocolunar com componente endocervical não totalmente visível.

44 Analise o laudo colposcópico abaixo (seguindo a terminologia da Federação Internacional de Patologia Cervical e Colposcopia - IFCPC 2011)

“Colposcopia adequada, junção escamocolunar completamente visível, zona de transformação do tipo 1, epitélio escamoso metaplásico com inúmeros cistos de Naboth, epitélio acetobranco denso com rápido aparecimento e pontilhados grosseiros dentro da zona de transformação ocupando parte de um quadrante do colo às 10h. Teste de Schiller positivo às 10h.”

Classifique os achados colposcópicos descritos.

- (A)** Os achados colposcópicos são maiores sugestivos de lesão escamosa intraepitelial de alto grau.
- (B)** Os achados colposcópicos são menores sugestivos de lesão escamosa intraepitelial de baixo grau.
- (C)** Os achados colposcópicos são maiores sugestivos de carcinoma escamoso microinvasivo.
- (D)** Os achados colposcópicos são maiores sugestivos de lesão glandular de alto grau.
- (E)** Os achados colposcópicos são maiores sugestivos de carcinoma escamoso invasivo.

45 Paciente, 28 anos, G3 P3 (3 partos normais), refere relação sexual desprotegida nos últimos meses com múltiplos parceiros. Nega tabagismo e comorbidades. Realiza colheita de colpocitologia oncológica com o seguinte resultado: “Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas”. Identifique a melhor conduta frente o caso relatado

- (A)** A repetição do exame citopatológico deverá ser realizada em 12 meses. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 12 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal; porém, se o resultado de alguma citologia de repetição for igual ou sugestiva de lesão intraepitelial ou câncer, a mulher deverá ser encaminhada à unidade de referência para colposcopia.

- (B)** A repetição do exame citopatológico deverá ser realizada em 6 meses. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 6 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal; porém, se o resultado de alguma citologia de repetição for igual ou sugestiva de lesão intraepitelial ou câncer, a mulher deverá ser encaminhada à unidade de referência para colposcopia.
- (C)** A repetição do exame citopatológico deverá ser realizada em 12 meses. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 12 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico anual; porém, se o resultado de alguma citologia de repetição for igual ou sugestiva de lesão intraepitelial ou câncer, a mulher deverá ser encaminhada à unidade de referência para colposcopia.
- (D)** A repetição do exame citopatológico não deverá ser realizada por se tratar de paciente com comportamento sexual de risco para infecções sexualmente transmissíveis (IST). Logo, a mesma deve ser encaminhada para realização imediata de colposcopia e oferecido pesquisa de outras ISTs.
- (E)** A paciente deve ser encaminhada para colposcopia imediata com nova coleta de canal endocervical independente dos achados colposcópicos pelo comportamento sexual de risco.

46 Paciente, 30 anos, G2 P2, sem comorbidades, com colpocitologia de “Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau” apresentando o seguinte laudo colposcópico (segundo terminologia IFCPC 2011): “Colposcopia adequada, junção escamocolumnar completamente visível, zona de transformação do tipo 1, epitélio acetobranco tênue com margens irregulares dentro da zona de transformação do colo ocupando parte de um quadrante do lábio posterior às 6h. Teste de Schiller negativo”. A mesma foi submetida à biópsia com seguinte resultado: “lesão intraepitelial escamosa de baixo grau cervical”.

Indique a principal conduta para o caso

- (A)** A paciente deverá ser mantida em seguimento cito-colposcópico anual por 24 meses. Caso, nesse seguimento, seja obtido um diagnóstico mais relevante (ASC-H, HSIL, AGC ou câncer), a

conduta deverá ser definida em função do novo resultado.

- (B)** A paciente deverá ser mantida em seguimento citológico. Caso o exame citopatológico seja negativo em dois exames seguidos, a mulher deve retornar à rotina de rastreamento citológico anual. Caso, nesse seguimento, seja obtido um diagnóstico mais relevante (ASC-H, HSIL, AGC ou câncer), a conduta deverá ser definida em função do novo resultado. Na persistência de LSIL por 24 meses, a mulher deve ser reencaminhada para colposcopia.
- (C)** A paciente deverá ser mantida em seguimento cito-colposcópico semestral por 24 meses. Caso, nesse seguimento, seja obtido um diagnóstico mais relevante (ASC-H, HSIL, AGC ou câncer), a paciente deverá ser submetida a uma excisão conforme a zona de transformação do colo uterino.
- (D)** A paciente deverá ser mantida em seguimento citológico. Caso o exame citopatológico seja negativo em dois exames seguidos, a mulher deve retornar à rotina de rastreamento citológico trienal. Caso, nesse seguimento, seja obtido um diagnóstico mais relevante (ASC-H, HSIL, AGC ou câncer), a conduta deverá ser definida em função do novo resultado. Na persistência de LSIL por 24 meses, a mulher deve ser reencaminhada para colposcopia.
- (E)** A paciente deverá ser mantida em seguimento citológico. Caso o exame citopatológico seja negativo em dois exames seguidos, a mulher deve retornar à rotina de rastreamento citológico anual. Caso, nesse seguimento, seja obtido um diagnóstico mais relevante (ASC-H, HSIL, AGC ou câncer), a conduta deverá ser definida em função do novo resultado. Na persistência de LSIL por 24 meses, a mulher deve ser reencaminhada para procedimento excisional conforma a zona de transformação.

47 Paciente, 18 anos, nuligesta, sexarca aos 17 anos, 2 parceiros sexuais, refere relação sexual desprotegida há 3 meses. Procura atendimento médico com queixa de dor em baixo ventre nos últimos 15 dias. Ao exame observa-se, em região vulvar, uma úlcera única em região vestibular à direita medindo aproximadamente 1.5cm, indolor, com base endurecida e fundo limpo. Exame especular:

colo trófico, muco endocervical claro, vagina trófica, conteúdo de aspecto fisiológico. Linfonodos inguinais indolores. Indique a principal hipótese diagnóstica, principais exames laboratoriais e tratamento a ser instituído

- (A) Sífilis secundária – condiloma plano. VDRL e oferecer pesquisa de outras ISTs. Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).
- (B) Herpes genital – HSV 1 ou 2. Sorologia para herpes 1 e 2 e oferecer pesquisa de outras ISTs. Aciclovir 400mg 8/8h 10 dias.
- (C) Sífilis primária – cancro duro. VDRL e oferecer pesquisa de outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).
- (D) Cancroide – *Haemophilus ducreyi*. Colher material da lesão para microscopia (Gram), oferecer pesquisa de outras ISTs. Azitromicina 1g VO dose única.
- (E) Sífilis latente – cancro duro. VDRL e oferecer pesquisa de outras ISTs. Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) semanal por 3 semanas.

48 Paciente 30 anos encaminhada para colposcopia por colpocitologia com “Adenocarcinoma *in situ*”. G4 P4 (2 cesarianas + ligadura tubária bilateral), sem comorbidades. Refere ciclos menstruais regulares, fluxo normal. Peso normal. Segue laudo da colposcopia: “Colposcopia adequada, junção escamocolunar completamente visível, zona de transformação do tipo 1, epitélio escamoso metaplásico com orifícios glandulares abertos, epitélio acetobranco tênue com bordas irregulares mal definidas ocupando os dois quadrantes do lábio anterior, dentro da zona de transformação. Teste de Schiller positivo.” Identifique a conduta mais apropriada para o caso

- (A) Trata-se de colposcopia com achados anormais menores. Neste caso, a biópsia deverá ser realizada. Caso a biópsia seja negativa ou tenha outro diagnóstico que não de doença invasiva, a indicação de conização do colo uterino deve ser mantida.

- (B) Trata-se de citologia com alta probabilidade de confirmação histopatológica podendo chegar a 69% de lesão pré-invasiva e 38% de invasão. Como não há sinais de invasão na colposcopia, essa paciente deverá ser submetida à excisão tipo 3. Avaliação endometrial pode ser dispensada em virtude da idade, peso e história menstrual normal.
- (C) Trata-se de colposcopia com achados anormais menores. Neste caso, a biópsia deverá ser realizada, considerando-se a idade e o rastreamento prévio negativo e ausência de história de doença cervical pré-invasiva (NIC II/III). Segue-se conduta específica a partir do resultado histopatológico.
- (D) Trata-se de citologia com alta probabilidade de confirmação histopatológica podendo chegar a 69% de lesão pré-invasiva e 38% de invasão. Como não há sinais de invasão na colposcopia, essa paciente deverá ser submetida à excisão tipo 1.
- (E) Trata-se de citologia com alta probabilidade de confirmação histopatológica podendo chegar a 69% de lesão pré-invasiva e 38% de invasão. Como não há sinais de invasão na colposcopia, essa paciente deverá ser submetida à excisão tipo 2. Avaliação endometrial também deve ser realizada imediatamente pela possibilidade de doença endometrial.

49 Paciente, 37 anos, G1 P1 (1 parto normal) sem comorbidades, com colpocitologia evidenciando “Lesão intraepitelial escamosa de alto grau - HSIL”, apresentando o seguinte laudo colposcópico (segundo terminologia IFCCP 2011): “Colposcopia adequada, junção escamocolunar completamente visível, zona de transformação do tipo 1, epitélio escamoso metaplásico com inúmeros cistos de Naboth, ausência de acetobranqueamento em epitélio de colo uterino. Teste de Schiller negativo. Parede vaginal lateral direita com epitélio acetobranco denso com rápido aparecimento medindo 2 cm em terço superior de parede vaginal lateral direita. Teste de Schiller positivo nesta área”.

Identifique a principal hipótese diagnóstica e a melhor conduta para o caso

- (A) A principal hipótese diagnóstica é lesão intraepitelial escamosa de alto grau vaginal. Deve-se biopsiar a lesão vaginal mencionada.
 - (B) A principal hipótese diagnóstica é lesão intraepitelial escamosa de alto grau vaginal. Deve-se biopsiar a lesão vaginal mencionada e realizar excisão do tipo 1 cervical para excluir doença de alto grau no colo uterino.
 - (C) Achados colposcópicos normais. A principal hipótese diagnóstica é condiloma vaginal. Uma nova citologia deverá ser realizada em seis meses. Se o resultado da nova citologia mantiver HSIL, deve-se manter controle cito-colposcópico semestral até dois exames negativos.
 - (D) A principal hipótese diagnóstica é lesão intraepitelial escamosa de baixo grau vaginal. Deve-se biopsiar a lesão vaginal mencionada.
 - (E) A principal hipótese diagnóstica é lesão intraepitelial escamosa de baixo grau vaginal. Deve-se acompanhar a lesão vaginal mencionada e repetir citologia em 6 meses.
- (B) O seguimento deverá ser feito com exame citopatológico e colposcopia semestrais nos primeiros dois anos. Após os dois primeiros anos, o seguimento deverá ser feito com a citologia anual até completar cinco anos do tratamento, na unidade básica de saúde.
 - (C) A paciente deverá ser submetida a novo procedimento excisional pois a mesma apresenta alta probabilidade de lesão residual no canal endocervical.
 - (D) A paciente deverá ser submetida a novo procedimento excisional pois a mesma apresenta prole constituída.
 - (E) A paciente deverá ser submetida a histerectomia pois a mesma apresenta alta probabilidade de lesão residual no canal endocervical e prole constituída.

50 Paciente, 40 anos, G4 P3 A1, sem comorbidades com colpocitologia de “Lesão intraepitelial escamosa de alto grau – HSIL” apresentando o seguinte laudo colposcópico (segundo terminologia da IFCCP 2011): “Colposcopia adequada, junção escamocolunar completamente visível com pequeno componente endocervical, zona de transformação do tipo 2, epitélio acetobranco denso com rápido aparecimento orifícios glandulares espessados ocupando dois quadrantes de lábio posterior entre 4-9h. Teste de Schiller positivo”. A mesma foi submetida à excisão da zona de transformação do colo uterino tipo 2 com o seguinte resultado: “Lesão intraepitelial escamosa de alto grau cervical com margem endocervical comprometida”. Identifique a melhor condução para este caso

- (A) O seguimento deverá ser feito com exame citopatológico e colposcopia semestrais nos primeiros três anos. Após os dois primeiros anos, o seguimento deverá ser feito com a citologia anual até completar cinco anos do tratamento, na unidade básica de saúde.

