

AVANÇASP



INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO
SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - IAMSPE

RESIDÊNCIA MÉDICA -
02/2024

PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA GERAL - MASTOLOGIA

Leia atentamente as instruções abaixo

1. PROVA E FOLHA DE RESPOSTAS

- Além deste Caderno de Prova, contendo 60 (sessenta) questões objetivas, você receberá do Fiscal de Sala:
- 01 (uma) Folha de Respostas destinada às respostas das questões objetivas. Confira se seus dados estão corretos.

2. TEMPO

- 03 (três) horas é o tempo disponível para realização da prova, já incluído o tempo para marcação da Folha de Respostas da prova objetiva;

3. INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm 05 (cinco) alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente **uma** delas está correta;
- Verifique se seu caderno está completo, sem repetição de questões ou falhas. Caso contrário, informe imediatamente o Fiscal da Sala, para que sejam tomadas as devidas providências;
- Confira seus dados pessoais na Folha de Respostas, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade e leia atentamente as instruções para preenchimento;
- O preenchimento das respostas da prova objetiva é de sua responsabilidade e não será permitida a troca de Folha de Respostas em caso de erro de marcação pelo candidato;

- Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta azul ou preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.

- Reserve tempo suficiente para o preenchimento de suas respostas. Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na Folha de Respostas da prova objetiva, não sendo permitido anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja o caderno de prova;

- Ao se retirar, entregue a Folha de Respostas preenchida e assinada ao Fiscal de Sala.

SERÁ ELIMINADO do presente certame o candidato que:

- a) for surpreendido, durante as provas, em qualquer tipo de comunicação com outro candidato;
- b) portar ou usar, qualquer tipo de aparelho eletrônico (calculadoras, bips/pagers, câmeras fotográficas, filmadoras, telefones celulares, smartphones, tablets, relógios, walkmans, MP3 players, fones de ouvido, agendas eletrônicas, notebooks, palmtops ou qualquer outro tipo de computador portátil, receptores ou gravadores) seja na sala de prova, sanitários, pátios ou qualquer outra dependência do local de prova;
- c) se ausentar da sala em que se realizam as provas levando consigo o Caderno de Questões e/ou a Folha de Respostas;
- d) se recusar a entregar a Folha de Respostas, quando terminar o tempo estabelecido;
- e) não assinar a Lista de Presença e/ou a Folha de Respostas.

CADERNO DE QUESTÕES

PROVA OBJETIVA

CIRURGIA GERAL**QUESTÃO 01**

O motivo para realizar vacinação no pré-operatório de esplenectomias é:

- (A) A queda da maturação de linfócito T.
- (B) A queda da produção de opsonina.
- (C) A queda da produção de linfócito B.
- (D) A queda da taxa de destruição das hemácias.
- (E) A elevação de leucócitos.

QUESTÃO 02

Os principais marcadores imunohistoquímicos do GIST são:

- (A) CD117 e DOG1.
- (B) CD34 e desmina.
- (C) DOG1 e proteína S100.
- (D) SMA e CD34.
- (E) PKC-theta e Proteína S100.

QUESTÃO 03

O tumor mais associado à tilose palmo-plantar é:

- (A) Câncer de estômago.
- (B) Câncer do rim.
- (C) Câncer de esôfago.
- (D) Câncer de bexiga.
- (E) Câncer hepático.

QUESTÃO 04

Qual o radioisótopo utilizado na pesquisa do linfonodo sentinela no melanoma?

- (A) Fluor - 18- FDG.
- (B) Promécio.
- (C) Azul patente.
- (D) Lutécio.
- (E) Tecnécio.

QUESTÃO 05

Quanto ao tratamento da acalasia esofágica idiopática, qual tem melhor resultado a longo prazo:

- (A) Dilatação endoscópica com Savary.
- (B) Dilatação endoscópica com balão pneumático calibrado.
- (C) Cirurgia de Heller.
- (D) POEM.
- (E) Injeção com toxina botulínica.

QUESTÃO 06

Qual sarcoma abaixo tem predileção por disseminação linfonodal:

- (A) Sarcoma de células dendríticas.
- (B) Lipossarcoma.
- (C) Angiossarcoma.
- (D) Sarcoma sinovial.
- (E) Rabdomyosarcoma.

QUESTÃO 07

A síndrome que causa dor abdominal, perda de peso, náuseas, vômitos, sopro epigástrico, diarreia e compressão do tronco celíaco é:

- (A) Síndrome de Wilkie.
- (B) Síndrome de Dumbar.
- (C) Síndrome de Bouveret.
- (D) Síndrome de Cockett.
- (E) Síndrome de Nutcracker.

QUESTÃO 08

São critérios de gravidade moderada na colangite aguda (segundo a classificação de Tokyo), exceto:

- (A) Idade maior ou igual 75 anos.
- (B) Febre maior ou igual a 39 graus.
- (C) Leuco maior que 18 mil ou menor que 4 mil.
- (D) Bilirrubina maior ou igual a 5 mg/dL.
- (E) Hipoalbuminemia.

QUESTÃO 09

A Polipose adenomatosa familiar tem alteração no gene APC do cromossomo:

- (A) 2.
- (B) 5.
- (C) 7.
- (D) 15.
- (E) 22.

QUESTÃO 10

Em relação ao tratamento cirúrgico do adenocarcinoma de transição esofagástrica, é correto afirmar

- (A) Na lesão siewert I deve ser realizado gastrectomia total com esofagectomia distal.
- (B) Na lesão siewert II deve ser realizado esofagogastrectomia.
- (C) Na lesão siewert III, deve ser realizada gastrectomia polar associada a esofagectomia distal.
- (D) Na lesão siewert II, deve ser realizada gastrectomia total com interposição jejunal.
- (E) Na lesão siewert III, deve ser realizado esofagogastrectomia com reconstrução colônica.

QUESTÃO 11

Paciente com diagnóstico de neoplasia mucinosa de apêndice com mucina em pelve e goteira parietocólica direita, devemos:

- (A) Realizar colectomia direita ampliada associado a lavagem da cavidade.
- (B) Peritoniectomia parcial.
- (C) Peritoniectomia sem HIPEC.
- (D) Apendicectomia simples associado a lavagem da cavidade.
- (E) Peritoniectomia total com HIPEC.

QUESTÃO 12

Paciente gestante, 19 semanas, chega ao pronto socorro com múltiplos ferimento por arma branca em tórax e abdome. Evolui após admissão hospitalar com parada cardiorrespiratória

- (A) Ressuscitar a mãe com toracotomia e, caso insucesso, declarar óbito da mãe.
- (B) Realizar cesárea imediatamente.
- (C) Ressuscitar a mãe com toracotomia e realizar cesárea imediatamente.
- (D) Declarar óbito da mãe e do feto.
- (E) Ressuscitar a mãe com toracotomia e realizar cardiotocografia.

QUESTÃO 13

Acidente automobilístico com múltiplas vítimas.

- 1- Gestante com 35 semanas de gestação com fratura exposta de tornozelo direito, PA 100/70mmHg, pulso 90, gritando de dor.
- 2- Idoso, 65 anos, gemente, glasgow 11, com midríase unilateral, PA: 200/100 mmHG, pulso de 80 batimentos por minuto.
- 3- Jovem de 25 anos, com palidez cutânea importante, PA: 80/60 mmHg, pulso: 120 batimentos por minuto e dor abdominal.
- 4- Adulto de 35 anos com dispneia importante, PA: 100/ 60 mmHg, pulso 110 batimentos por minuto e dor torácica.

A ordem de prioridade no atendimento segundo ATLS é:

- (A) Gestante - idoso - jovem - adulto.
- (B) Adulto - jovem - idoso - gestante.
- (C) Gestante - adulto - jovem - idoso.
- (D) Idoso - jovem - gestante - adulto.
- (E) Gestante - adulto - idoso - jovem.

QUESTÃO 14

Na manobra de pringle, são campearadas as seguintes estruturas:

- (A) Artéria hepática comum - veia porta - ducto colédoco.
- (B) Artéria gastroduodenal - veia cava - ducto cístico.
- (C) Artéria hepática própria - veia porta - ducto colédoco.
- (D) Artéria hepática comum - veia cava - ducto cístico.
- (E) Artéria gastroduodenal - veia porta - ducto colédoco.

QUESTÃO 15

A respeito da pancreatite aguda biliar grave, é correto afirmar:

- (A) Antibioticoterapia deve ser instituída precocemente.
- (B) A tomografia de abdome com contraste é o padrão ouro diagnóstico e deve ser realizada nas primeiras 24h.
- (C) A não comunicação dos ductos de Santorini e Wirsung é fator de risco para o desenvolvimento da pancreatite aguda grave.
- (D) Dieta parenteral reduz fortemente a gravidade e mortalidade do quadro.
- (E) Drenagem endoscópica da via biliar e do Wirsung devem ser realizadas precocemente.

QUESTÃO 16

A respeito do Magic Trial, podemos afirmar:

- (A) Pacientes foram alocados em dois grupos, um grupo realizou quimioterapia perioperatória e outro quimioterapia adjuvante.
- (B) Regime de quimioterapia utilizado em pacientes metastáticos foram empregados em pacientes com lesões ressecáveis.
- (C) O esquema de quimioterapia empregado foi 5 - fluoracil, oxaliplatina e leucovorin.
- (D) O estudo foi realizado apenas em paciente com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico.
- (E) Todos os pacientes do estudo foram submetidos a gastrectomia total.

QUESTÃO 17

A respeito da diretriz sobre colelitíase associado a cirurgia bariátrica da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica é correto afirmar:

- (A) Pacientes com cálculo na vesícula biliar assintomáticos devem ser submetidos a colecistectomia no mesmo procedimento.
- (B) A ultrassonografia deve ser realizada como triagem antes do procedimento cirúrgico.
- (C) Pacientes em pós operatório com dor em quadrante superior direito não necessitam de ultrassonografia.
- (D) É recomendado o uso de ácido ursodesoxicólico por via oral por estar associado a redução do risco de colelitíase após cirurgia bariátrica.
- (E) A colangiografia deve ser empregada de rotina na colecistectomia em paciente pós cirurgia bariátrica.

QUESTÃO 18

Não é considerado fator predisponente ao aparecimento do câncer de pâncreas:

- (A) Polipose Adenomatosa Familiar.
- (B) Síndrome de Peutz-Jeghers.
- (C) Melanoma Maligno Familiar.
- (D) Fibrose Cística.
- (E) Infecção por *Clonorchis sinensis*.

QUESTÃO 19

No trauma contuso, qual a fratura mais comumente relacionada com hérnia diafragmática:

- (A) Úmero.
- (B) Pelve.
- (C) Fêmur.
- (D) Crânio.
- (E) Vértebra.

QUESTÃO 20

Segundo a 10 edição do ATLS, o ringer lactato preferencialmente deverá ser ofertado aquecido à:

- (A) 37 graus Celsius.
- (B) 38 graus Celsius.
- (C) 39 graus Celsius.
- (D) 40 graus Celsius.
- (E) 41 graus Celsius.

QUESTÃO 21

No paciente vítima de enforcamento, qual a fratura mais comumente encontrada:

- (A) Anterior e posterior em C1.
- (B) Fratura em cunha da vértebra lombar.
- (C) Fratura de base de crânio.
- (D) Fratura de Epistrofeu.
- (E) Fratura do osso hioide.

QUESTÃO 22

A hérnia que se forma na linha semilunar é:

- (A) Amyand.
- (B) Littre.
- (C) Petit.
- (D) Spiegel.
- (E) Garengot.

QUESTÃO 23

Paciente com história de dor epigástrica. realizada endoscopia com presença de lesão ulcerada em corpo gástrico alto de cerca de 2 cm. Realizada biópsia com histopatológico confirmando adenocarcinoma de estômago. Em estadiamento clínico radiológico, lesão T2N1M0. A conduta indicada:

- (A) Gastrectomia total + linfadenectomia a D2 upfront.
- (B) Quimioterapia seguida de watch and wait.
- (C) Gastrectomia total + linfadenectomia a D2 com quimioterapia perioperatória.
- (D) Gastrectomia subtotal + linfadenectomia a D2 upfront.
- (E) Gastrectomia subtotal + linfadenectomia a D2 com quimioterapia perioperatória.

QUESTÃO 24

No estudo OPRAH, assinale a alternativa correta
(A) Pacientes com estadio III e IV receberam randomicamente terapia de indução seguido de quimiorradioterapia ou quimiorradioterapia seguido de quimioterapia de consolidação.

(B) Pacientes que obtiveram resposta completa após o término do tratamento foi oferecido a possibilidade de observação (watch and wait).

(C) A retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto foi recomendado em todos os pacientes.

(D) A maior parcela dos pacientes alocados em observação (watch and wait) recrudesceram a doença nos primeiros 9 meses.

(E) O trabalho conclui que terapia neoadjuvante no câncer de reto deve ser utilizada apenas no estágio III.

QUESTÃO 25

Segundo os critérios de Fukuoka para IPNM são consideradas características preocupantes , exceto

- (A) Pancreatite aguda prévia.
- (B) Cisto > 3 cm.
- (C) Crescimento do cisto.
- (D) Elevação do CA 19.9 sérico.
- (E) Icterícia.

QUESTÃO 26

Sobre gastrectomia total no adenocarcinoma gástrico é correto afirmar:

- (A) Só é curativa se associada a linfadenectomia a D2.
- (B) Podemos utilizar a via videolaparoscópica sem comprometimento da taxa de cura.
- (C) Sempre deve ser realizada em adenocarcinoma de células em anel de sinete.
- (D) A gastrectomia total apresenta a mesma taxa de fístula de anastomose da gastrectomia parcial.
- (E) Devemos associar em todos os casos de intuito curativo a excisão da fásia pancreática.

QUESTÃO 27

Segundo à classificação de Todani na doença cística biliar, a coledococele é classificado como:

- (A) Tipo I.
- (B) Tipo II.
- (C) Tipo III.
- (D) Tipo IVa.
- (E) Tipo IVb.

QUESTÃO 28

Paciente de 55 anos de idade realizou endoscopia digestiva alta com achado de numerosos pólipos em primeiro, segunda e terceira porção duodenal. Realizado biópsia, com achados de diferentes graus de displasia.

A conduta apropriada é:

- (A) Apenas seguimento clínico dado ao baixo risco de malignização.
- (B) Realização de endoscopias mensais para biópsias seriadas.
- (C) Tratamento com inibidor de bomba de próton em alta dose.
- (D) Realização de gastroduodenopancreatectomia.
- (E) Mucosectomia total duodenal com preservação de papila.

QUESTÃO 29

Na avaliação tomográfica da peritonite aguda, qual é o achado mais característico que pode ser observado?

- (A) Presença de líquido livre na cavidade abdominal, sugerindo inflamação peritoneal.
- (B) Espessamento da parede do intestino delgado sem evidência de obstrução.
- (C) Aumento dos linfonodos mesentéricos sem sinais de inflamação local.
- (D) Formação de coleções líquidas em órgãos sólidos, indicando necrose.
- (E) Presença de pneumoperitônio, sinalizando perfuração visceral.

QUESTÃO 30

Qual sinal específico é frequentemente associado à hemorragia retroperitoneal?

- (A) Sinal de Murphy, que é positivo quando o paciente interrompe a respiração devido à dor ao palpar o hipocôndrio direito.
- (B) Sinal de Blumberg, que indica dor à descompressão brusca no ponto de McBurney.
- (C) Sinal de Kehr, que se manifesta como dor referida no ombro esquerdo.
- (D) Sinal de Cullen, que se apresenta como equimose periumbilical.
- (E) Sinal de Fox, que é caracterizado por equimose nos flancos.

GINECOLOGIA**QUESTÃO 31**

Paciente de 55 anos, G3P3, menopausada aos 50 anos, procura atendimento por aumento progressivo do volume abdominal, associado a desconforto pélvico. Nega sangramento vaginal. Ao exame físico, apresenta abdome distendido, com ascite moderada, e massa pélvica palpável. Ultrassonografia transvaginal mostra massa anexial heterogênea de 8 cm, com áreas sólidas e císticas, além de septações espessas. O CA-125 está elevado (650 U/mL). Tomografia computadorizada confirma ascite e implantes peritoneais sugestivos de carcinomatose. Qual o próximo passo no manejo desta paciente?

- (A) Quimioterapia neoadjuvante seguida de cirurgia citorrredutora.
- (B) Biópsia percutânea para confirmação diagnóstica antes de qualquer intervenção.
- (C) Laparoscopia para estadiamento e citorredução inicial.
- (D) Painel genético para câncer de ovário hereditária para definir conduta se inicia com tratamento cirúrgico ou quimioterapia.
- (E) Pesquisa de DNA tumoral circulante para definir tipo histológica e direcionar terapêutica.

QUESTÃO 32

Mulher de 34 anos com infertilidade primária há 2 anos e dor pélvica crônica realiza ultrassonografia transvaginal que mostra massa anexial heterogênea com 6 cm, com focos hiperecogênicos móveis ao doppler, sem vascularização aumentada. Exame CA-125 elevado (90 U/mL). Qual a conduta mais indicada?

- (A) Acompanhamento clínico com ultrassom seriado e reavaliação do CA-125 em 3 meses.
- (B) Indicação de fertilização in vitro após avaliação hormonal detalhada.
- (C) Laparoscopia diagnóstica com biópsia da lesão anexial.
- (D) Oofoplastia laparoscópica com remoção da cápsula do cisto.
- (E) Indicação imediata de laparotomia exploratória devido à suspeita de malignidade.

QUESTÃO 33

Paciente de 38 anos, sem comorbidades, refere ciclos menstruais regulares, mas apresenta infertilidade secundária após dois anos de tentativas. Histerossalpingografia revelou salpingite ístmica nodosa bilateral e hidrossalpinge à direita. Não há sinais de doença inflamatória pélvica ativa. Qual a conduta mais apropriada para esta paciente com desejo de gestação?

- (A) Terapia antibiótica empírica com cobertura para doença inflamatória pélvica.
- (B) Salpingectomia laparoscópica e posterior fertilização in vitro.
- (C) Indução de ovulação com gonadotrofinas e relação sexual programada.
- (D) Indução de ovulação com inibidor de aromatase para inseminação artificial.
- (E) Laparoscopia para reanastomose tubárea.

QUESTÃO 34

Paciente de 44 anos com diagnóstico prévio de carcinoma endometrial estágio IB (invasão menor que 50% do miométrio) submetida a histerectomia total abdominal com anexectomia. No seguimento, após 2 anos, massa pélvica heterogênea de 2,5 cm no cúpula vaginal. Qual é a melhor conduta diagnóstica?

- (A) Pet-CT para avaliação de recorrência loco regional ou à distância.
- (B) Reavaliação com ultrassom transvaginal em 3 meses.
- (C) Biopsia guiada por imagem da lesão na cúpula vaginal.
- (D) Citologia Oncótica vaginal.
- (E) Radioterapia pélvica paliativa.

QUESTÃO 35

Paciente de 65 anos, G2P2(N), com queixa de sensação de peso vaginal e prolapso os órgãos pélvicos. Ao exame físico foi estadiada pelo sistema POP-Q, apresenta os seguintes achados: ponto Aa +3 cm, ponto Ba +4 cm, ponto Ap -2 cm, ponto Bp -1 cm, comprimento vaginal total de 8 cm, ponto C +4 cm e ponto D -2 cm. Ausência de incontinência urinária ao exame físico. Paciente sem sintomas de urgência e incontinência urinária e sem comorbidades. Qual a melhor conduta para essa paciente.

- (A) Colpoperineoplastia anterior e posterior.
- (B) Sacrocolpopexia abdominal com tela sintética.
- (C) Histerectomia vaginal com colporrafia anterior e posterior.
- (D) Aplicação de pessário vaginal seguido de acompanhamento.
- (E) Colpocleise (cirurgia de Le Fort).

QUESTÃO 36

Paciente de 37 anos, G2P2, submetida a laqueadura tubária há 5 anos, procura atendimento com queixa de sangramento uterino anormal e dor pélvica cíclica intensa. Ultrassonografia transvaginal mostra útero aumentado de volume com zonas hiperecoicas na camada miometrial e espessamento focal. Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Endometrite crônica.
- (B) Carcinoma endometrial.
- (C) Leiomioma submucoso.
- (D) Hiperplasia endométrio.
- (E) Adenomiose.

QUESTÃO 37

Paciente de 62 anos, G4P4, procura atendimento com queixa de perda urinária. Relata noctúria de 2 a 3 episódios por noite e sensação de bexiga não completamente esvaziada. Exame físico: Teste de esforço com bexiga cheia: positivo para perda urinária aos esforços. Sem sinais de prolapso significativo no POP-Q. Estudo urodinâmico: Pressão de perda urinária ao esforço (VLPP): 80 cmH₂O Capacidade cistométrica máxima: 320 mL. Contrações involuntárias do detrusor: presentes durante o enchimento vesical, a partir de 250 mL. Amplitude máxima da contração involuntária: 45 cmH₂O. Perda urinária durante as contrações involuntárias. Pressão máxima de fluxo: 15 cmH₂O. Resíduo pós-miccional: 40 mL. Qual o tipo de incontinência urinária e o melhor tratamento?

- (A) Incontinência urinária de esforço com indicação de sling.
- (B) Incontinência urinária de esforço com indicação de fisioterapia de assoalho pélvico e laser de CO₂.
- (C) Hiperatividade do detrusor com indicação de medidas comportamentais.
- (D) Incontinência mista; manejo com mirabegrona 50 mg/dia como primeira opção e considerar cirurgia posteriormente.
- (E) Incontinência urinária de urgência; iniciar oxibutinina oral como terapia de primeira linha.

QUESTÃO 38

Paciente de 62 anos, menopausada aos 50 anos, apresenta queixa de prurido vulvar persistente há 6 meses. Ao exame, observa-se mucosa vulvar esbranquiçada, fina, com áreas de escoriação. A biópsia mostrou alteração epitelial compatível com líquen escleroso. Qual a conduta mais adequada para essa paciente?

- (A) Seguimento clínico sem intervenção devido ao caráter benigno da condição.
- (B) Uso de imunomoduladores tópicos, como tacrolimus.
- (C) Realização de vulvectomia parcial para controle dos sintomas.
- (D) Aplicação tópica de corticosteroides de alta potência.
- (E) Terapia hormonal vaginal com estrogênio tópico.

QUESTÃO 39

Paciente de 37 anos, G3P2A1, comparece para consulta com dúvidas sobre como reduzir o risco de desenvolver câncer de mama. Tem histórico familiar de câncer de mama em uma irmã aos 48 anos e em uma tia materna aos 52 anos. Menarca aos 11 anos, ainda em menacme, sem uso de contraceptivos hormonais. IMC de 31 kg/m². Não consome álcool regularmente e pratica atividade física esporadicamente. Relata ansiedade em relação ao risco familiar e deseja saber medida de prevenção primária do câncer de mama.

- (A) Iniciar tamoxifeno 5 mg profilático por 5 anos devido ao histórico familiar.
- (B) Recomendar redução do peso corporal e aumento da atividade física regular.
- (C) Realizar mastectomia profilática bilateral, considerando a história familiar.
- (D) Solicitar teste genético para BRCA1/BRCA2 antes de qualquer orientação preventiva.
- (E) Realizar ressonância magnética de mama anualmente intercalada com mamografia.

QUESTÃO 40

Paciente de 52 anos, G3P3, diagnosticada com carcinoma ductal invasivo da mama direita, com 1,8 cm de diâmetro (T1cN1M0), grau histológico II. O imunohistoquímico revelou receptor de estrogênio positivo (95%), receptor de progesterona positivo (80%), HER2 negativo e índice Ki-67 de 18%. A paciente foi submetida a cirurgia conservadora com pesquisa de linfonodo sentinela. Anatomo-patológico: carcinoma mamário invasivo, G3, 1,5 cm, margens livres, um linfonodo sentinela comprometido em 03. Qual a melhor conduta nesse caso?

- (A) Solicitar Oncotype DX para definir adjuvância.
- (B) Indicar quimioterapia adjuvante com antracíclicos e taxanos.
- (C) Paciente sem indicação de quimioterapia adjuvante.
- (D) Indicado inibidor de aromatase com inibidor de ciclina.
- (E) Indicado tamoxifeno por 10 anos.

QUESTÃO 41

Paciente de 45 anos, nulípara, sem histórico familiar de câncer de mama ou ovário, comparece para consulta de rotina. Ela está na fase lútea do ciclo menstrual e apresenta exame clínico das mamas normal. Pergunta sobre a necessidade de realizar mamografia, pois nunca realizou o exame. Não apresenta fatores de risco adicionais, como mutação genética conhecida ou história de radioterapia torácica. Qual sua orientação para essa paciente de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde para rastreamento do câncer de mama no Brasil?

- (A) Iniciar mamografia anual imediatamente.
- (B) Iniciar mamografia a cada 2 anos aos 50 anos de idade.
- (C) Solicitar ultrassonografia das mamas para rastreamento.
- (D) Iniciar mamografia bienal imediatamente.
- (E) O rastreamento deveria ter iniciado aos 40 anos com mamografia anual.

QUESTÃO 42

Mulher de 39 anos, G2P2, tabagista, com antecedentes de HPV de alto risco, apresenta citologia oncológica com lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL). Colposcopia confirma lesão compatível com NIC III na junção escamocolumnar. Paciente sem desejo reprodutivo. Qual a melhor conduta para essa paciente?

- (A) Histerectomia total com salpingectomia bilateral.
- (B) Cirurgia de Wertheim-Meigs.
- (C) Conização por alta frequência.
- (D) Seguimento clínico semestral.
- (E) Cauterização da junção escamo columnar.

QUESTÃO 43

Paciente de 34 anos, G2P1, com 18 semanas de gestação, foi diagnosticada com carcinoma ductal invasivo na mama esquerda, medindo 2,5 cm (T2), grau histológico II. O imunohistoquímico revelou receptor de estrogênio positivo (80%), receptor de progesterona positivo (70%), HER2 negativo e índice Ki-67 de 20%. A ultrassonografia axilar mostrou ausência de linfonodos suspeito. A paciente deseja preservar a gravidez e foi encaminhada para avaliação de tratamento oncológico. Qual a conduta mais apropriada em relação à avaliação axilar e manejo da paciente?

- (A) Devido a gestação esta contraindicada pesquisa de linfonodo sentinela por qualquer técnica.
- (B) Realizar pesquisa de linfonodo sentinela com azul patente.
- (C) Realizar pesquisa de linfonodo sentinela com Tecnécio-99.
- (D) Realizar pesquisa de linfonodo sentinela com azul de metileno.
- (E) Devido a gestação acima de 12 semanas não é indicado tratamento cirúrgico, encaminhar paciente para quimioterapia neoadjuvante.

QUESTÃO 44

Paciente de 42 anos, G2P2, diagnosticada com carcinoma ductal invasivo da mama esquerda, com 4,2 cm de diâmetro (T2N1M0), grau histológico III. O imunohistoquímico revelou receptor de estrogênio negativo, receptor de progesterona negativo, e HER2 negativo. Qual é o esquema de quimioterapia neoadjuvante mais indicado para essa paciente?

- (A) Doxorubicina e ciclofosfamida dose-densa seguidos de paclitaxel semanal com carboplatina e pembrolizumabe.
- (B) Doxorubicina e ciclofosfamida a cada 21 dias seguidos de paclitaxel semanal com carboplatina.
- (C) Paclitaxel e carboplatina concomitantes por 4 ciclos seguidos de pembrolizumabe isolado.
- (D) Docetaxel, carboplatina e capecitabina com pembrolizumabe durante todo o tratamento.
- (E) Doxorubicina, ciclofosfamida e paclitaxel semanal isolados sem imunoterapia.

QUESTÃO 45

Paciente de 45 anos, G3P3, apresenta aumento progressivo do volume mamário na mama direita nos últimos 6 meses, associado a desconforto local. Ao exame físico, observa-se nódulo de 6 cm, bem delimitado, móvel, de consistência firme e superfície lisa, sem adenomegalias axilares palpáveis. A mamografia revelou massa oval bem circunscrita, e a ultrassonografia evidenciou uma lesão hipocogênica heterogênea com vascularização periférica. Foi realizada core biópsia, que indicou tumor filoides.

Qual a conduta mais apropriada para essa paciente?

- (A) Acompanhamento clínico e ultrassonográfico semestral.
- (B) Ressecção local ampla com margens de pelo menos 1 cm.
- (C) Mastectomia total sem necessidade de avaliação axilar.
- (D) Radioterapia adjuvante após cirurgia conservadora.
- (E) Quimioterapia adjuvante devido ao tamanho da lesão.

OBSTETRÍCIA**QUESTÃO 46**

Paciente de 20 anos, G1P0, com 12 semanas de gestação, apresenta PA de 140/90 mmHg em duas ocasiões distintas. Não apresenta edema, proteinúria ou outros sintomas. Os exames laboratoriais estão normais. Qual o diagnóstico mais provável e a conduta inicial?

- (A) Pre eclâmpsia; iniciar metildopa oral.
- (B) Hipertensão gestacional; monitoramento semestral da pressão arterial.
- (C) Hipertensão arterial crônica; iniciar metildopa.
- (D) Pre eclâmpsia leve; repouso absoluto e corticoterapia.
- (E) Hipertensão gestacional; prescrição de antihipertensivos e US obstétrica.

QUESTÃO 47

Paciente de 37 anos, G2P1, com 32 semanas de gestação, foi diagnosticada com placenta prévia total por ultrassonografia morfológica. Comparece ao pronto atendimento com sangramento vaginal moderado, sem dor. Exame físico com PA de 110/70 mmHg, sem sinais de choque. Frequência cardíaca fetal de 145 bpm. Qual o manejo mais adequado?

- (A) Internação hospitalar e monitoramento clínico e ultrassonográfico.
- (B) Indução imediata do parto por via vaginal.
- (C) Administração de tocolíticos e alta com repouso absoluto em domicílio.
- (D) Resolução imediata da gestação por cesariana.
- (E) Amniocentese para avaliação de maturidade pulmonar fetal.

QUESTÃO 48

Paciente de 27 anos, G1P0, em trabalho de parto ativo às 39 semanas de gestação. Chega ao hospital com contrações regulares a cada 3 minutos e duração de 50 segundos. Ao exame vaginal inicial, o colo encontra-se com 4 cm de dilatação, apagamento de 80% e apresentação cefálica em plano -2 de De Lee. A partograma foi iniciado e, após 4 horas, o exame revela 5 cm de dilatação, sem descida adicional da apresentação. Qual é o diagnóstico e o manejo mais adequado para este caso?

- (A) Fase ativa prolongada; aguardar evolução por mais 2 horas.
- (B) Fase ativa prolongada; iniciar ocitocina para condução do trabalho de parto.
- (C) Parada secundária da dilatação; realizar cesariana de urgência.
- (D) Fase latente prolongada; continuar observação sem intervenções.
- (E) Trabalho de parto normal; manter hidratação e analgesia conforme necessário.

QUESTÃO 49

Paciente de 25 anos, G1P0, comparece ao pronto-socorro com queixa de sangramento vaginal irregular há 3 semanas, associado a náuseas intensas e desconforto abdominal. Relata amenorreia há 10 semanas. Ao exame físico, útero palpável 18 cm acima da sínfise púbica, inconsistente com a idade gestacional estimada. Ultrassonografia transvaginal revela imagem de "flocos de neve" e ausência de embrião. O beta-hCG quantitativo sérico é de 250.000 mUI/mL. Qual o diagnóstico mais provável e a conduta inicial?

- (A) Mola hidatiforme parcial; evacuação uterina seguida de radioterapia.
- (B) Coriocarcinoma; início de quimioterapia sistêmica sem evacuação uterina.
- (C) Mola hidatiforme completa; administração de metotrexato imediatamente.
- (D) Mola hidatiforme parcial; acompanhamento clínico e ultrassonografia seriada.
- (E) Mola hidatiforme completa; evacuação uterina com aspiração a vácuo.

QUESTÃO 50

Paciente de 35 anos, G1P0, em 12 semanas de gestação, comparece à consulta para avaliação do risco fetal de anomalias cromossômicas. O histórico familiar é negativo para síndromes genéticas. A ultrassonografia morfológica mostra feto único com translucência nucal de 2,5 mm e ausência de anormalidades estruturais. A paciente solicita informações sobre o teste de triagem pré-natal não invasivo (NIPT) com análise do DNA fetal livre. Qual a principal indicação e limitação do NIPT neste caso?

- (A) Indicado como triagem para aneuploidias comuns, com limitação para malformações estruturais.
- (B) Contraindicado nesta paciente devido à ausência de risco elevado e idade jovem.
- (C) Indicado para triagem de síndromes genéticas raras, com limitação na detecção de mosaicismos.
- (D) Indicado apenas em gestações de alto risco, limitado pela idade gestacional tardia.
- (E) Indicado como diagnóstico definitivo de aneuploidias fetais, limitado por falsos positivos em trissomia 18.

QUESTÃO 51

Paciente de 35 anos, G1P0, com 26 semanas de gestação, realiza ultrassonografia que revela feto único com peso estimado abaixo do percentil 5 para a idade gestacional, líquido amniótico normal e artéria umbilical com índice de pulsatilidade aumentado. Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Restrição de crescimento intrauterino (RCIU) tipo 1.
- (B) Restrição de crescimento intrauterino (RCIU) tipo 2.
- (C) Oligodrâmio associado a RCIU.
- (D) Restrição de crescimento idiopático.
- (E) Insuficiência placentária com risco de hidropisia fetal.

QUESTÃO 52

Paciente de 30 anos, G2P2, com 4 semanas pós-parto, procura atendimento com queixa de dor intensa na mama direita, associada a febre de 39 °C e calafrios há 3 dias. Relata dificuldade para amamentar devido à dor. Ao exame físico, observa-se mama direita com hiperemia difusa, calor local e presença de massa flutuante dolorosa de aproximadamente 3 cm na região superior externa. A paciente está clinicamente estável. Qual o diagnóstico e a conduta mais adequada?

- (A) Mastite lactacional complicada por abscesso; drenagem percutânea guiada por ultrassom e continuar amamentação.
- (B) Mastite lactacional complicada por abscesso; drenagem cirúrgica aberta e suspensão da amamentação.
- (C) Mastite lactacional complicada por abscesso; drenagem percutânea, suspensão da amamentação e prescrição de clindamicina.
- (D) Mastite lactacional associada a galactocele; esvaziamento da mama e cefalexina oral.
- (E) Mastite lactacional sem abscesso; esvaziamento da mama e compressa quente cefalexina oral.

QUESTÃO 53

Paciente de 28 anos, G2P1, em trabalho de parto ativo, é submetida a parto vaginal. Após a saída da cabeça fetal, observa-se dificuldade na liberação dos ombros. A manobra de tração leve na cabeça do bebê não resulta em progresso, e o tempo desde o nascimento da cabeça é de 1 minuto. O recém-nascido pesa aproximadamente 4,5 kg. O médico identifica distocia de ombro. Qual é a sequência correta de manobras para resolução da distocia de ombro?

- (A) Episiotomia ampla, tração máxima da cabeça, rotação interna dos ombros.
- (B) Manobra de McRoberts, pressão suprapúbica, rotação de Wood, extração do braço posterior.
- (C) Pressão fundal, tração da cabeça, manobra de Rubin, episiotomia.
- (D) Tração da cabeça para baixo, episiotomia, manobra de Gaskin, rotação de Wood.
- (E) Cesárea de urgência após falha na tração da cabeça fetal.

QUESTÃO 54

Paciente de 31 anos, G2P1, com 32 semanas de gestação, é encaminhada para avaliação devido ao crescimento uterino restrito. Ultrassonografia mostra feto com peso estimado no percentil 3, líquido amniótico normal e Doppler de artéria umbilical com índice de pulsatilidade aumentado e presença de diástole zero. O Doppler da artéria cerebral média mostra índice de resistência reduzido, indicando centralização fetal. Cardiotocografia revela traçado categoria I. A paciente está estável e sem sintomas clínicos.

Qual é a conduta mais apropriada neste caso?

- (A) Internação para interrupção imediata da gestação.
- (B) Internação para corticoterapia, monitoramento fetal diário e resolução com 36 semanas, ou piora de doppler ou perfil biofísico fetal.
- (C) Internação para monitoramento fetal intensivo e planejamento do parto com 34 semanas ou piora de doppler ou perfil biofísico fetal.
- (D) Internação para corticoterapia, monitoramento fetal diário e resolução com 34 semanas ou piora de doppler ou perfil biofísico fetal ou oligoamnio.
- (E) Seguimento ambulatorial com ultrassonografia e Doppler semanal até 37 semanas.

QUESTÃO 55

Paciente de 29 anos, G2P1, com 23 semanas de gestação, comparece à consulta de pré-natal após ultrassonografia morfológica que revelou feto com polidrâmnio (ILA de 28 cm) e malformação identificada como atresia duodenal. O feto apresenta sinais de hidropisia (derrame pleural discreto e edema subcutâneo). A avaliação inicial descartou aneuploidias pelas análises não invasivas, e um ecocardiograma fetal não mostrou alterações cardíacas estruturais.

Exames laboratoriais maternos:

- **Glicemia de jejum:** 85 mg/dL
- **Teste de anticorpos para parvovírus B19, citomegalovírus (CMV) e toxoplasmose:** negativos.
- **Hemograma:** sem alterações.

Qual o próximo passo no manejo diagnóstico?

- (A) Realização de ressonância magnética fetal para detalhamento anatômico.
- (B) Solicitar pesquisa para Epstein Barr, Herpes Virus, HTLV 1 e 2.
- (C) Cordocentese para estudo genético detalhado e avaliação de anemia fetal.
- (D) Doppler de artéria umbilical e artéria cerebral média para avaliar insuficiência placentária.
- (E) Indicação de interrupção da gestação por inviabilidade fetal associada à hidropisia.

QUESTÃO 56

Paciente de 25 anos, G2P1, com 28 semanas de gestação, comparece à consulta pré-natal. Refere cansaço excessivo e palidez nos últimos dias. Exames laboratoriais mostram:

- **Hemoglobina:** 9,5 g/dL
- **Hematócrito:** 29%
- **Volume corpuscular médio (VCM):** 70 fL
- **Ferro sérico:** 30 µg/dL (valor de referência: 50–170 µg/dL)
- **Ferritina sérica:** 10 ng/mL (valor de referência: 15–150 ng/mL)

Qual o diagnóstico mais provável e o manejo inicial recomendado?

- (A) Anemia hemolítica; solicitar teste de Coombs direto e indireto.
- (B) Anemia ferropriva; prescrever sulfato ferroso oral e reavaliar em 4 semanas.
- (C) Anemia megaloblástica; iniciar suplementação com ácido fólico.
- (D) Anemia fisiológica da gestação; apenas monitoramento clínico e laboratorial.
- (E) Anemia ferropriva grave; indicar transfusão de concentrado de hemácias.

QUESTÃO 57

Paciente de 27 anos, G1P0, com 22 semanas de gestação, comparece para consulta de pré-natal após a detecção de anticorpos para toxoplasmose. Relata ausência de sintomas e bom estado geral. Os resultados sorológicos são os seguintes:

- **IgM para toxoplasmose:** Positivo
- **IgG para toxoplasmose:** Positivo (títulos elevados)
- **Teste de avidéz de IgG:** 30%
- **Ultrassonografia morfológica:** não mostrou malformações fetais evidentes.

A paciente tem bom estado geral e não apresenta sinais clínicos de infecção. Qual a interpretação dos exames e a conduta mais apropriada?

- (A) Infecção recente, iniciar espiramicina imediatamente para profilaxia de transmissão fetal até diagnóstico da infecção fetal.
- (B) Infecção aguda, iniciar pirimetamina e sulfadiazina, aguardar 4 semanas e realizar amniocentese com PCR para *Toxoplasma gondii*.
- (C) Infecção crônica com alta avidéz de IgG, sem necessidade de tratamento adicional.
- (D) Infecção crônica, realizar ultrassonografia mensal para monitoramento fetal.
- (E) Infecção recente, realizar monitoramento sorológico semanal antes de iniciar tratamento.

QUESTÃO 58

Paciente de 30 anos, G4P0A3, comparece ao consultório referindo histórico de 3 abortos espontâneos consecutivos no primeiro trimestre. Relata que todos ocorreram antes de 10 semanas de gestação, sem produtos de concepção disponíveis para análise genética. Não apresenta doenças crônicas conhecidas, mas refere antecedente familiar de trombose venosa profunda em sua mãe. Os exames laboratoriais mostram:

- TSH: 2,5 mUI/L
- Anticardiolipina IgG: positivo (42 GPL).
- Coagulograma normal.
- Cariótipo do casal: normal.

Qual o diagnóstico mais provável e o manejo recomendado para a próxima gestação?

- (A) Trombofilia hereditária; iniciar anticoagulação profilática com heparina na próxima gestação.
- (B) Alteração cromossômica; aconselhamento genético para uso de fertilização in vitro com diagnóstico pré-implantacional.
- (C) Insuficiência lútea; prescrever progesterona micronizada na próxima gestação.
- (D) Síndrome dos anticorpos antifosfolípides (SAF); iniciar ácido acetilsalicílico e heparina de baixo peso molecular.
- (E) Abortamento idiopático; acompanhamento expectante sem intervenções específicas.

QUESTÃO 59

Paciente de 35 anos, G3P3, no 10º dia pós-parto vaginal sem complicações, comparece ao pronto-socorro com febre de 39,2°C, dor abdominal difusa e sangramento vaginal de moderada intensidade. Refere mal-estar e calafrios há 2 dias. Ao exame físico, apresenta taquicardia de 115 bpm, PA de 100/60 mmHg, útero subinvoluído e doloroso à palpação, com loquiação purulenta. A inspeção da vulva e canal vaginal revela coágulos, mas sem lacerações evidentes. Exames laboratoriais mostram:

- **Hemoglobina:** 9,5 g/dL
- **Leucócitos:** 21.000/mm³ com 90% de neutrófilos
- PCR: 100 mg/L
- **Ultrassonografia transvaginal:** presença de material ecogênico no interior da cavidade uterina, sugestivo de restos ovulares.

Qual o diagnóstico e a conduta inicial mais apropriada?

- (A) Endometriíte complicada por retenção de restos ovulares; realizar histeroscopia diagnóstica seguida de antibióticos intravenosos.
- (B) Infecção puerperal complicada por abscesso pélvico; drenagem cirúrgica e terapia antimicrobiana ampla.
- (C) Hemorragia pós-parto associada a endometriíte; antibioticoterapia e observação clínica.
- (D) Retenção de restos placentários com infecção; antibioticoterapia intravenosa e histerectomia puerperal.
- (E) Retenção de restos placentários infectados; antibioticoterapia intravenosa e histeroscopia terapêutica.

QUESTÃO 60

Paciente de 36 anos, G4P3, com 33 semanas de gestação, é encaminhada para avaliação devido a placenta prévia total diagnosticada em ultrassonografia morfológica realizada no segundo trimestre. Possui histórico de duas cesarianas anteriores.

Ultrassonografia: placenta prévia total cobrindo o orifício interno do colo, espessura do segmento uterino inferior reduzida, presença de múltiplas lacunas vasculares na interface entre a placenta e o miométrio, doppler com fluxo lacunar turbulento próximo à bexiga.

Ressonância Magnética: irregularidade da interface entre a placenta e o miométrio, tecido placentário heterogêneo com lacunas hipointensas em T2, Espessura miometrial reduzida no segmento uterino inferior, abaulamento focal da placenta em direção à serosa uterina, sem invasão da bexiga.

A paciente está clinicamente estável, sem sangramento vaginal ou sinais de trabalho de parto. Qual o diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais apropriada?

- (A) Placenta prévia total; planejamento de cesariana eletiva com 37 semanas.
- (B) Placenta acreta; encaminhar para centro terciário e planejamento de histerectomia cesariana com 34–35 semanas.
- (C) Placenta percreta; resolução imediata da gestação com histerectomia total de urgência.
- (D) Placenta acreta; indução de parto vaginal com controle da hemorragia pós-parto.
- (E) Placenta prévia total com invasão focal; vigilância ambulatorial até 39 semanas.

