

## LÍNGUA PORTUGUESA

## TEXTO – COMO PREVENIR DOENÇAS GENÉTICAS

Marcello Valle

Para alguns casais, gerar uma criança é uma decisão ética. Alguns são portadores de doenças genéticas e temem que seus filhos sofram do mesmo problema. São problemas como hemofilia, distrofia muscular, anemia falciforme e alterações ligadas ao fator Rh. Entretanto, há uma técnica que permite gerar bebês saudáveis. Trata-se do Diagnóstico Genético Pré-Implantação (ou PGD).

Essa técnica foi desenvolvida há uma década por pesquisadores londrinos e não foi bem recebida de imediato, pois criava impasses éticos. Via-se no PGD uma maneira de os pais controlarem o perfil genético e escolherem o sexo do futuro bebê.

Hoje, o PGD é totalmente aceito, inclusive no Brasil, e é uma forma precoce de diagnóstico pré-natal. É feito por meio de uma biópsia do embrião no seu terceiro dia de vida para detectar possíveis doenças. É um procedimento tecnicamente desafiador, que exige um bom entendimento de embriologia e biologia molecular.

O PGD associa métodos aplicados em reprodução assistida às técnicas de investigação genética. A biópsia do embrião inicial (entre seis e dez células) permite o estudo genético de uma única célula, possibilitando a transferência de embriões normais para as características testadas.

No Brasil, o Código de Ética do Conselho Federal de Medicina não permite a seleção sexual do embrião. Entretanto, especificamente no caso de haver doença genética ligada ao sexo (como hemofilia), é possível identificar os embriões masculinos e femininos, transferindo apenas o sexo que não tem possibilidade de ter a doença. O PGD é também indicado em casos de gravidez tardia, em especial nas gestantes acima de 35 anos. Quanto maior a idade, mais chance de dar à luz bebês com problema genéticos e de sofrer aborto espontâneo.

1. "Para alguns casais, gerar uma criança é uma decisão ética"; a forma de reescrever-se essa frase com alteração de seu sentido é:
  - (A) Para alguns casais, é uma decisão ética gerar uma criança;
  - (B) Gerar uma criança, para alguns casais, é uma decisão ética;
  - (C) É uma decisão ética, para alguns casais, gerar uma criança;
  - (D) É uma decisão ética gerar uma criança para alguns casais;
  - (E) Gerar uma criança é uma decisão ética, para alguns casais.
2. Se a decisão é "ética" ele interfere com valores:
  - (A) econômicos;
  - (B) políticos;
  - (C) morais;
  - (D) religiosos;
  - (E) sociais.

3. "Essa técnica foi desenvolvida há uma década por pesquisadores londrinos e não foi bem recebida de imediato, pois criava impasses éticos. Via-se no PGD uma maneira de os pais controlarem o perfil genético e escolherem o sexo do futuro bebê"; o comentário INCORRETO sobre esse segmento do texto é:
  - (A) a técnica aludida é a do PGD;
  - (B) a técnica vem sendo desenvolvida por dez anos;
  - (C) o impasse ético aludido é o do controle genético;
  - (D) escolher o sexo do futuro bebê não é visto como um fato positivo;
  - (E) a técnica do PGD demorou um pouco a ser aceita.
4. O PGD é "uma forma precoce de diagnóstico pré-natal", isso significa que o PGD:
  - (A) ainda não está totalmente desenvolvido;
  - (B) identifica bem cedo problemas do embrião;
  - (C) é feito com a finalidade de antecipar o nascimento do bebê;
  - (D) indica problemas do bebê pouco antes do nascimento;
  - (E) alerta para o caso de o bebê nascer antes do momento previsto.
5. "É um procedimento tecnicamente desafiador"; esta afirmação se justifica porque:
  - (A) o PGD exige bom preparo dos profissionais;
  - (B) é um procedimento ainda bastante novo;
  - (C) se trata de um procedimento não totalmente conhecido;
  - (D) a técnica deve ser adquirida em tempo recorde;
  - (E) o PGD é realizado com risco de morte da paciente grávida.
6. "o Código de Ética do Conselho Federal de Medicina **não permite a seleção sexual do embrião**"; a forma em negrito equivale à forma "proíbe". A alternativa em que a equivalência apontada está ERRADA é:
  - (A) não trabalha aos domingos = descansa aos domingos;
  - (B) não aceita trabalhar pesado = recusa trabalho pesado;
  - (C) não intervém na briga = participa da briga;
  - (D) não falou diante do juiz = emudeceu diante do juiz;
  - (E) não sabe a verdade = ignora a verdade.
7. "aborto espontâneo", referido na última linha do texto, é aquele que:
  - (A) ocorre sem que tenha sido provocado;
  - (B) é causado por medicamentos específicos;
  - (C) é fruto da vontade da gestante;
  - (D) acontece em casos de perigo de vida para a gestante;
  - (E) é provocado exclusivamente pelo próprio embrião.

8. "espontâneo" é palavra grafada com S; a alternativa abaixo que mostra uma palavra erradamente grafada é:
- (A) misto;
  - (B) sesta;
  - (C) estender;
  - (D) esplêndido;
  - (E) estinguir.
9. O principal objetivo deste texto deve ser:
- (A) causar interesse nos leitores pela seleção do sexo dos bebês;
  - (B) criticar certas posições retrógradas de nossas autoridades médicas;
  - (C) informar os leitores sobre questões médicas;
  - (D) analisar questões sobre o ponto de vista social;
  - (E) provocar suspense por meio de ocultamento de dados.
10. "Hoje o PGD é totalmente aceito, inclusive no Brasil"; esta frase significa que o PGD é aceito:
- (A) em todos os países, até mesmo no Brasil;
  - (B) sem restrições, mesmo no Brasil;
  - (C) em todos os lugares, exceto no Brasil;
  - (D) de forma ampla e em todos os países, até no Brasil;
  - (E) no Brasil, mesmo que não totalmente.

## GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

11. O sangramento vaginal de origem intrauterina decorrente, pelo geral, de hematoma subcoriônico após descolamento parcial da placenta caracteriza:
- abortamento retido;
  - abortamento inevitável;
  - ameaça de abortamento
  - abortamento incompleto
  - abortamento molar
12. A perda consecutiva de três gestações permite diagnosticar o abortamento como:
- completo,
  - habitual,
  - evitável;
  - retido;
  - tardio.
13. As manifestações clínicas associadas e peculiares da DHEG são:
- hipertensão, convulsão e proteinúria;
  - hipertensão, edema e proteinúria,
  - proteinúria, cetonúria e hipertensão;
  - proteinúria, hipertensão e anasarca;
  - edema, cetonúria e hipertensão.
14. As três entidades que apresentam a mesma alteração no leito placentário e que constituem a síndrome geral de má adaptação materna, juntamente com o parto prematuro idiopático são:
- DPP "crônico" e recorrente, CIR, RPMO;
  - DHEG, infarto placentário, RPMO;
  - DPP "crônico" e recorrente, RPMO, infarto placentário;
  - CIR, DHEG, infarto placentário;
  - DPP "crônico" e recorrente, CIR, DHEG.
15. A inserção velamentosa do cordão está associada a:
- descolamento prematuro da placenta;
  - inserção viciosa da placenta;
  - rotura do seio marginal;
  - vasa prévia;
  - placenta circunvalada.
16. No descolamento prematuro da placenta (DPP) observa-se nítida hipertonia autêntica que é atribuída a:
- à diminuição do tono basal;
  - à elevação do tono primário;
  - ao aumento sistólico secundário;
  - à diminuição do tono secundário;
  - à elevação da pressão intrauterina.
17. O útero de Couvelaire corresponde a:
- apoplexia útero-placentária;
  - hematoma placentário;
  - hipertonia uterina;
  - rotura uterina;
  - distensão uterina por tumores prévios.
18. Nas alterações quantitativas das contrações uterinas observam-se:
- ondas generalizadas com inversão do gradiente;
  - ondas localizadas com manutenção do TGD;
  - ondas generalizadas com manutenção do TGD;
  - ondas assíncronas e incoordenadas;
  - ondas localizadas com inversão do TGD.
19. O melhor sinal para acompanhamento do parto disfuncional é:
- avaliação da frequência contrátil;
  - avaliação do tono uterino;
  - parada da rotação interna;
  - descida da apresentação;
  - progressão da dilatação do colo.
20. A hipertonia autêntica ou essencial está comumente associada à(ao):
- gemelidade;
  - polidramnia;
  - descolamento prematuro da placenta;
  - inserção viciosa da placenta;
  - sobredistensão.
21. Na assistência ao parto pélvico observa-se que raramente o dorso fetal roda para posterior. Se isto acontecer, a tentativa de rodá-lo para a posição anterior pode exigir o emprego da manobra de Praga modificada que consta de:
- tração mais forte, para baixo, sobre as pernas ou a pelve óssea fetal;
  - colocação de dois dedos de uma das mãos segurando os ombros do feto com o dorso para baixo, por baixo, enquanto a outra mão leva os pés sobre o abdômen materno;
  - repousar o dorso do feto sobre o antebraço e passar dois dedos como gancho sobre o pescoço do feto. Os dedos indicador e médio da outra mão são aplicados sobre o maxilar, para fletir a cabeça.
  - Deixa-se o feto pender, com o dorso posterior, por 10 a 20 segundos; a seguir, tomam-se os dois pés circundando o feto em direção ao abdômen da mãe;
  - Apreende-se as coxas do feto e com movimentos alternados para cima e para baixo coloca-se o mento no bordo inferior do pube; a seguir, eleva-se o feto em direção ao abdômen da mãe.
22. A manobra que consta da introdução da mão na vagina ao longo do úmero posterior do feto, que é imobilizado enquanto o braço é passado através do tórax, mantendo o braço fletido no cotovelo e, a seguir, a mão do feto é segura e o braço é estendido ao lado face e, finalmente o braço posterior é despreendido da vagina, é utilizada quando na distocia de ombro ocorrer:
- impactação do ombro anterior;
  - iminência de rotura uterina;
  - impactação do ombro posterior;
  - impactação dos ombros anterior e posterior;
  - impossibilidade de penetração de um dos ombros

23. Ao estudar a propriedade contrátil da musculatura lisa do miométrio, verifica-se que as células musculares se comunicam umas com as outras através de conexões denominadas *gap-junctions* que são poucas no miométrio de mulheres não-grávidas e em gestantes no início da gravidez mas que se tornam maiores e muito mais numerosas próximo do termo, quando a frequência das contrações de Braxton-Hicks cresce até culminar com o parto. Ao analisar a ação da ocitocina sobre as *gap-junctions* pode-se afirmar que a ocitocina:
- (A) inibe;
  - (B) acelera;
  - (C) diminui o número;
  - (D) não determina qualquer efeito;
  - (E) aumenta o número.
24. O diagnóstico cito-hormonal em Obstetria baseia-se, como em Ginecologia, na existência de modificações dos esfregaços. Assinale qual período do ciclo grávido puerperal corresponde o esfregaço constituído de células intermediárias naviculares em grandes aglomerados, raras superficiais, flora de Doederlein exacerbada e citólise:
- (A) pré-parto;
  - (B) pós-parto;
  - (C) primeiro trimestre;
  - (D) recuperação vaginal;
  - (E) segundo e terceiro trimestres
25. Na pré-eclâmpsia e na eclâmpsia verificam-se alterações relacionadas a diversos fatores de coagulação sendo que a mais freqüente é a redução de.
- (A) plaquetas;
  - (B) fibrinogênio;
  - (C) fator de atividade placentária;
  - (D) trombosmodulina;
  - (E) antitrombina III.
26. À cardiografia, os dips que estão associados à estase de sangue intervuloso são os:
- (A) precoces (periódicos);
  - (B) graves (amplitude);
  - (C) tardios (periódicos);
  - (D) moderados (amplitude);
  - (E) prolongados (não-periódicos).
27. Na doença hemolítica perinatal, a ocorrência de edema, ascite e hidropisia fetal durante a gravidez é devida à predominância da imunoglobulina:
- (A) IgM
  - (B) IgG1
  - (C) IgG2
  - (D) IgG3
  - (E) IgG4
28. A doença sexualmente transmissível que apresenta um período médio de incubação de três semanas é a:
- (A) linfogranuloma venéreo;
  - (B) cancro mole;
  - (C) gonococcia;
  - (D) clamidiose;
  - (E) sífilis.
29. Na pré-eclâmpsia grave e na eclâmpsia a administração vigorosa de líquidos na tentativa de expandir o volume sanguíneo a níveis pré-gravídicos pode determinar o aumento da hipertensão havendo o risco de:
- (A) edema cerebral;
  - (B) descompensação cardíaca;
  - (C) retenção hídrica generalizada;
  - (D) edema agudo de pulmão;
  - (E) poliúria compensadora.
30. Na doença hemolítica perinatal, com feto comprometido, encontra-se, como característico, o seguinte tipo de oscilação:
- (A) ondulatória;
  - (B) saltatória;
  - (C) sinusóide;
  - (D) comprimida;
  - (E) lisa.

## HISTEROSCOPIA

31. A margem livre miometrial é constituída pela porção de miométrio sem comprometimento miomatoso até a superfície serosa. A avaliação desta margem constitui critério de segurança para a miomectomia histeroscópica. Estes valores foram definidos em consenso e estão fixados em:
- (A) 0,5 a 1,0 cm;
  - (B) 1,5 a 2,0 cm;
  - (C) até 0,5cm;
  - (D) 2,0 a 2,5 cm;
  - (E) 1,0 a 1,5 cm.
32. Feminina, 37 anos, Gesta III Para I Aborto II, último parto há 10 anos, procurou o serviço de ginecologia para tratamento de infertilidade e sangramento menstrual irregular. Seguindo-se a propedêutica para pesquisa de casal infértil, foi solicitada histeroscopia diagnóstica. Uma possível imagem que justifique a causa de infertilidade seria:
- (A) canal endocervical normal, cavidade uterina normal, endométrio adequado para o dia do ciclo;
  - (B) canal endocervical normal, cavidade uterina discretamente arqueada, óstios tubários aparentemente pérvios à passagem do gás de distensão;
  - (C) canal endocervical normal, cicatriz hipertrófica de cesárea exuberante, útero com retroversão moderada;
  - (D) canal endocervical normal, cavidade uterina com pontos esbranquiçados, por vezes organizando-se em placas brancas aderidas ao endométrio;
  - (E) canal endocervical normal, cavidade uterina de contornos normais, áreas congestionadas, com pontos esbranquiçados sugerindo mosaico.
33. Após a agressão e destruição da camada basal do endométrio, forma-se um tecido de granulação capaz de unir dois pontos. Essa formação tênue é infiltrada por linfócitos e macrófagos e recoberta pelo endométrio adjacente e fibras musculares, que as torna firmes e espessas com o passar do tempo. Esta definição é compatível com a seguinte imagem histeroscópica:
- (A) septo uterino;
  - (B) endometrite;
  - (C) sinéquia uterina;
  - (D) adenomiose;
  - (E) má formação mülleriana.
34. O melhor meio de distensão da cavidade uterina para realização de histeroscopia diagnóstica é:
- (A) CO<sub>2</sub>;
  - (B) solução fisiológica;
  - (C) solução de glicina
  - (D) solução de sorbitol-manitol;
  - (E) não existe consenso sobre o melhor meio de distensão para realização de histeroscopia diagnóstica.
35. O componente intramural reflete a dificuldade e o risco da intervenção e é proporcional à porção da patologia que penetra na parede uterina. Quanto maior o desenvolvimento intracavitário, mais fácil é a cirurgia. A Sociedade Européia de Histeroscopia sugeriu a classificação do mioma em:
- I – Grau 0 (G 0) – mioma com total desenvolvimento intracavitário, pediculado ou com limitada base de implantação;
  - II – Grau I (G1) – mioma com parcial desenvolvimento intramural, componente intracavitário < 50%. Ângulo de incidência com a parede uterina < 90°;
  - III- Grau 0 (G0) – mioma com total desenvolvimento intracavitário sempre pediculado
  - IV -Grau II (G2) – mioma com componente intramural Componente endocavitário de 50%. Ângulo de incidência com a parede uterina de 90°;
  - V – Grau I (G1) – Mioma com parcial desenvolvimento intramural, componente intracavitário >50%. Ângulo de incidência com a parede uterina < 90°;
  - VI- Grau II (G2) – mioma com prevalente desenvolvimento intramural. Componente endocavitário <50%. Ângulo de incidência com a parede uterina >90°;
- NÃO estão corretas:**
- (A) I, V e VI;
  - (B) I, III e IV;
  - (C) II, IV e V;
  - (D) III, IV e VI;
  - (E) II, III e IV.
36. Paciente feminina, 32 anos, foi orientada pelo ginecologista para realização de histeroscopia como pesquisa de dor pélvica de início recente. O exame colpocitológico foi colhido na consulta de rotina, ainda sem resultado. A última menstruação durou quatro dias e a paciente faz uso correto de contraceptivos hormonais.
- Ao iniciar a preparação para o exame com a exposição do colo uterino foi verificada presença de leucorréia mucóide abundante, ectrópio congesto, sangrante, com JEC em -2 e muco cervical turvo. A melhor conduta neste caso é:
- (A) antissepsia e realização da histeroscopia;
  - (B) antibioticoterapia baseada no diagnóstico sintômico e realização de histeroscopia posteriormente;
  - (C) realização de histeroscopia com meio líquido para lavagem do canal endocervical e cavidade uterina;
  - (D) realização de histeroscopia com gás carbônico;
  - (E) microcolpohisteroscopia para a determinação da alteração cervical.
37. **NÃO** se considera como complicação da miomectomia
- (A) sinéquia e intravasão;
  - (B) perfuração uterina e hemorragia
  - (C) rotura uterina durante a gravidez e trabalho de parto;
  - (D) placenta percreta;
  - (E) adenomiose.

38. Paciente feminina, 32 anos, Gesta III Para II Aborto I, obesa, ciclos irregulares e volumosos. Queixa-se de dismenorréia. Não faz uso de métodos contraceptivos. Realizado histeroscopia na primeira fase do ciclo (8º dia), sendo encontrado: endométrio com 6mm, presença de orifícios diverticulares, com áreas de hipervascularização focal, cornos uterinos estreitados e com aspecto fibrótico. O diagnóstico histeroscópico mais provável é:
- (A) endometriose;  
 (B) endometrite;  
 (C) tuberculose genital;  
 (D) miomatose intramural;  
 (E) adenomiose.
39. A realização da histeroscopia diagnóstica, enquanto método invasivo, requer cuidados especiais no que se refere à esterelização do equipamento. Dos métodos utilizado(s) abaixo é(são) possível(is) a utilização de:
- I - esterelização por gás de dióxido de etileno,  
 II - esterelização com vapor sob pressão em ciclos rápidos de 3 a 10 minutos;  
 III - esterelização com baixa temperatura com ácido peracético a 0,2%;  
 IV - esterelização com solução químio-esterelizante (glutaraldeído 2%) por 20 minutos.
- Assinale:
- (A) somente IV é correta;  
 (B) somente I e II são corretas  
 (C) somente II é correta  
 (D) somente II e IV são corretas  
 (E) somente I, II e IV são corretas
40. Dos vários meios de distensão utilizados na histeroscopia, acompanhada de ressecção com ressectoscópio acoplado à corrente monopolar, pode-se dizer que o melhor meio de distensão, neste caso é:
- (A) solução de dextran 70 (hyskon);  
 (B) solução de glicina a 3%;  
 (C) solução salina isotônica;  
 (D) solução de glicina a 1,5%;  
 (E) solução salina hipertônica.
41. Considerando-se a segurança do exame histeroscópico, na prevenção de acidentes graves como a embolia gasosa, tem-se como norma manter a pressão intra-uterina e o fluxo de gás em torno de, respectivamente:
- (A) 100 a 120 mmHg / 60 a 120 ml/min;  
 (B) 50 a 100 mmHg / 100 a 120 ml/min;  
 (C) 50 a 75 mmHg / 40 a 60 ml/min;  
 (D) 40 a 50 mmHg / 60 a 75 ml/min;  
 (E) 120 a 180mmHg/ 40 a 60 ml/min.
42. A indicação mais freqüente para a realização de histeroscopia diagnóstica é:
- (A) ultra-sonografia transvaginal alterada;  
 (B) diagnóstico clínico de miomatose uterina;  
 (C) sangramento uterino anormal;  
 (D) pólipos endometriais;  
 (E) dor pélvica a esclarecer.
43. No esclarecimento das lesões da junção escamocolunar, nos casos em que a colposcopia foi insatisfatória, está a principal indicação para microcolpohisteroscopia. Realizada por meio de contato direto possibilita estudar os limites precisos da zona de transformação "normal" ou "alterada". Para este procedimento utiliza-se os seguintes corantes:
- (A) lugol seguido de azul de waterman;  
 (B) lugol seguido de azul de Evans;  
 (C) ácido acético seguido de azul de toluidina;  
 (D) lugol seguido de azul de toluidina;  
 (E) ácido acético seguido de azul de waterman.
44. Das síndromes (doenças) abaixo relacionadas é possível a investigação uterina nas seguintes:
- I - Ashermann;  
 II - Kallmann;  
 III - Mayer-rokitanski-kuster-hauser;  
 IV - Savage;  
 V - Addison.
- Assinale as afirmativas corretas:
- (A) apenas I e II;  
 (B) apenas I, II e V;  
 (C) I, II, III, IV e V;  
 (D) apenas I, II, IV e V;  
 (E) apenas I, II, IV.
45. Segundo a classificação da American Fertility Society faz parte das anomalias Mülleriana
- (A) útero arqueado;  
 (B) útero unicorno;  
 (C) hipoplasia-agenesia vaginal;  
 (D) hímen imperfurado;  
 (E) septo uterino parcial.
46. Quanto à reprodução assistida NÃO é correto afirmar:
- (A) anormalidades na HSG precedente é indicação absoluta de histeroscopia diagnóstica;  
 (B) em cerca de um terço dos casos de HSG normal encontra-se uma alteração endocavitária à histeroscopia diagnóstica;  
 (C) a histeroscopia não é útil para selecionar o cateter de transferência de embriões;  
 (D) a presença de sangue no cateter usado para transferência embrionária está associada a uma diminuição na possibilidade de obtenção de uma gestação;  
 (E) a histeroscopia diagnóstica está indicada quando são verificadas duas ou mais tentativas frustradas de FIVETE.

47. De acordo com a classificação atual das sinéquias uterinas são ditas mínimas, moderadas e severas. Com base nestas informações **NÃO** é correto afirmar:
- (A) embora as aderências sejam finas, o comprometimento uterino pode atingir mais de um quarto da cavidade uterina;
  - (B) apesar de ser um comprometimento moderado os óstios tubários estão parcialmente ocluídos;
  - (C) o comprometimento severo atinge mais de três quartos da cavidade uterina;
  - (D) no comprometimento moderado não há aglutinação das paredes uterinas;
  - (E) aglutinação das paredes, comprometimento dos óstios tubários e da porção superior da cavidade uterina são condição **exclusiva** da sinéquia severa.
48. Embora as complicações do tratamento cirúrgico da sinéquias uterinas sejam vários, o de maior incidência é:
- (A) hemorragia;
  - (B) infecção;
  - (C) hemorragia e infecção;
  - (D) perfuração uterina,
  - (E) distúrbio metabólico.
49. São contra-indicações absolutas de histeroscopia:
- (A) gravidez;
  - (B) sangramento uterino;
  - (C) estenose cervical;
  - (D) doença inflamatória pélvica;
  - (E) perfuração uterina recente.
50. Com relação a septoplastia é correto afirmar que:
- (A) as complicações mais freqüentes são as traumáticas;
  - (B) a laparoscopia concomitante raramente é necessária;
  - (C) o uso do análogo do danazol está sempre indicado;
  - (D) a utilização do DIU na rotina pós-operatória é consenso;
  - (E) o chamado *fluid overload* incide em mais de 5% nas pacientes submetidas a septoplastia.