

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

## EDIÇÃO 2024/2025




TARDE

## PRÉ-REQUISITO - MASTOLOGIA (PRMASTOLT01)


PROVA OBJETIVA

TIPO 1


 **SUA PROVA**

Além deste caderno de questões contendo oitenta questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:


- uma folha de respostas para a marcação das alternativas

 **TEMPO**

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**

 **NÃO SERÁ PERMITIDO**

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões

 **INFORMAÇÕES GERAIS**

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

**Boa sorte!**



## Ginecologia e Obstetrícia

1

Uma paciente de 24 anos, sem queixas ginecológicas, realiza exame de rotina que evidencia duas cérvices uterinas e septo longitudinal na porção superior da vagina. A ultrassonografia transvaginal no corte transversal evidencia dois cornos uterinos separados, cada um com uma cavidade.

Nesse cenário clínico, a paciente deve ser orientada da seguinte forma:

- (A) trata-se de útero unicorno, com maior risco de prematuridade quando engravidar;
- (B) trata-se de útero bicorno com associação com apresentações fetais anômalas;
- (C) trata-se de útero didelfo e tal condição não traz prejuízo à fertilidade;
- (D) trata-se de útero septado, sendo uma condição com associação a abortamento espontâneo;
- (E) trata-se de útero arqueado, condição sem relação com intercorrências obstétricas.

2

Após referir ciclos irregulares e dificuldade de identificar a “janela fértil”, uma paciente de 38 anos realiza uma ultrassonografia transvaginal para controle de ovulação. No décimo sexto dia do ciclo menstrual, é identificada uma imagem anecoica com anel vascular ao redor sugestiva de corpo lúteo.

Em relação a essa fase do ciclo menstrual, é correto afirmar que:

- (A) encontram-se nela folículos com cerca de 2 a 8 mm que dependem de FSH para o seu crescimento;
- (B) acontece aproximadamente 36 horas após pico de FSH, fundamental para o término da maturação folicular;
- (C) caracteriza-se pela produção máxima de estradiol, o que promove *feedback* negativo sobre a hipófise;
- (D) caracteriza-se pelo papel fundamental do estradiol na transformação endometrial e nos estágios iniciais do desenvolvimento embrionário;
- (E) apresenta síntese de esteroides direcionada para a produção de progesterona.

3

Uma paciente de 16 anos vai à primeira consulta ginecológica. Demonstra, desde o início, muita ansiedade com a consulta. Não apresenta queixas e refere não ter iniciado vida sexual.

A respeito dessa consulta, é importante considerar que:

- (A) exame especular ou toque vaginal não serão realizados dessa vez;
- (B) o toque retal consiste em etapa importante para correta avaliação da paciente;
- (C) o exame das mamas não compõe parte importante do exame ginecológico em paciente nessa faixa etária;
- (D) dados da ocorrência de neoplasias como as das mamas, intestinais e dos ovários e que tenham ocorrido principalmente na parentela de terceiro grau são fundamentais;
- (E) a história sexual depende de situação individual de cada paciente e das circunstâncias do momento da consulta, não sendo essencial conhecer o número de parceiras e as práticas sexuais.

4

Uma paciente de 11 anos comparece à primeira consulta ginecológica com sua mãe em busca de informações sobre a vacina contra HPV.

Nesse atendimento inicial, deve ser informado que:

- (A) teste de HPV ou citologia devem ser realizados antes da vacinação;
- (B) a vacina é contraindicada em quem tem infecção atual ou prévia pelo HPV;
- (C) a vacina tem contraindicações após os 26 anos;
- (D) a eficácia é máxima quando a vacinação é realizada antes do início da atividade sexual;
- (E) a vacina é contraindicada após o início de atividade sexual.

5

Uma paciente de 56 anos, saudável, há 4 anos entrou na menopausa e está em vigência de terapia hormonal com estrogênio transdérmico e progesterona oral. Refere relacionamento de 29 anos, porém queixa-se de falta de interesse sexual de sua parte, há 2 anos. Nega falta de afeto pelo marido e ressecamento vaginal ou dor na relação. Afirma apenas que tem pouco interesse espontâneo por sexo, o que tem gerado conflitos com o marido e sofrimento para ela. Quando a intimidade acontece, relata que tem prazer.

A respeito das orientações que compõem a abordagem dessa paciente, o ginecologista deve considerar que:

- (A) o vaginismo é a principal hipótese diagnóstica;
- (B) a disfunção de excitação é a principal hipótese diagnóstica;
- (C) a falta de desejo responsivo a impede de ser funcional na relação sexual;
- (D) o desejo sexual hipoativo é hipótese diagnóstica, sendo essa a disfunção mais prevalente entre as mulheres;
- (E) não existe um estímulo gatilho que seja capaz de otimizar a questão da falta de desejo espontâneo.

6

Uma paciente de 32 anos apresentou, como resultado da colpocitologia oncótica, células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US). A paciente repetiu o exame e o resultado foi mantido. No entanto, nessa ocasião, realizou a pesquisa do DNA-HPV, que foi negativa.

Nesse cenário clínico, a paciente deve ser conduzida para:

- (A) repetir citologia em 6 meses, em função do baixo valor preditivo negativo do teste DNA-HPV;
- (B) realizar citologia em 1 ano, pois a atipia não está relacionada a HPV de alto risco oncogênico;
- (C) realizar colposcopia, em função do baixo valor preditivo negativo do teste DNA-HPV;
- (D) repetir citologia em 12 meses;
- (E) realizar citologia em 3 anos, pois a atipia não está relacionada a HPV de alto risco oncogênico.

**7**

Uma paciente de 58 anos, há 6 anos na menopausa, está em terapia hormonal oral com 1 mg de estradiol e 2 mg de drospirenona. Nunca teve queixas ginecológicas e suas colpocitologias sempre tiveram resultados normais. Teve 4 partos vaginais e há 2 anos queixa-se de sensação de “bola na vagina” ao final do dia. O exame clínico evidenciou prolapso uterino e de parede vaginal anterior, sendo indicada histerectomia vaginal com colporrafia anterior.

Após a cirurgia, devem ser considerados os seguintes ajustes na conduta:

- (A) manutenção da rotina de rastreamento de câncer de colo uterino e aumento de dose de estradiol da terapia normal;
- (B) manutenção da rotina de rastreamento de câncer de colo uterino e aumento de dose de progesterona da terapia normal;
- (C) suspensão do rastreamento de câncer de colo uterino e manutenção apenas da terapia hormonal (E2);
- (D) suspensão do rastreamento de câncer de colo uterino e manutenção do esquema de terapia hormonal;
- (E) suspensão do rastreamento de câncer de colo uterino e suspensão do esquema de terapia hormonal.

**8**

Uma paciente de 45 anos recebeu resultado de colpocitologia oncológica de NIC II, sendo encaminhada para colposcopia. O laudo da colposcopia descreveu a presença de área de aspecto digitiforme, sobrelevada na altura da JEC, que se estende das 0h às 6h do colo uterino.

Esse resultado é sugestivo de:

- (A) lesão sobrelevada, também conhecida como “sinal da crista”, com alta prevalência de neoplasia intraepitelial cervical de alto grau na análise histopatológica;
- (B) “lesão dentro de lesão” com baixa prevalência de neoplasia intraepitelial cervical de alto grau na análise histopatológica;
- (C) um achado menor, com baixa prevalência de neoplasia intraepitelial cervical de alto grau na análise histopatológica;
- (D) achado inespecífico com indicação de seguimento com colpocitologia oncológica semestral;
- (E) achado benigno sem indicação de investigações adicionais.

**9**

Uma paciente de 42 anos, gesta 2 para 2 (2 partos cesáreos), chega à consulta referindo aumento do sangramento e cólicas no período menstrual. Não faz uso de método contraceptivo. Rotina laboratorial aponta anemia. A ultrassonografia transvaginal evidencia assimetria de paredes uterinas, cistos miometriais e linhas de sombra acústica posterior.

Frente à situação descrita, deve-se considerar a hipótese de:

- (A) sangramento uterino disfuncional;
- (B) mioma intramural;
- (C) endometriose peritoneal;
- (D) adenomiose;
- (E) achados típicos da quarta década de vida.

**10**

Uma paciente de 18 anos, saudável, já iniciou vida sexual, sem intercorrências. Faz uso regular de preservativos e tem parceiro fixo. Aos 11 anos, foi vacinada para HPV no posto de saúde. Refere, há 2 meses, desconforto pélvico na relação sexual e na prática de atividades esportivas. Nega queixas urinárias, menstruais e intestinais. Ao exame, apresenta-se corada, hidratada e com bom estado geral. Seu abdômen está flácido e indolor à palpação superficial e profunda. O exame especular revela colo uterino de aspecto rosado, orifício interno puntiforme, secreção vaginal clara, sem odor. O toque vaginal indica útero móvel e indolor à mobilização e aumento de volume de ambos os ovários. Foi solicitada uma ultrassonografia transvaginal, que evidenciou ovário direito com imagem hiperecogênica que produz sombra, sem vascularização ao doppler, medindo 4,8 cm, e ovário esquerdo com imagem cística com componente sólido, sem vascularização ao doppler, medindo 5,6 cm.

Nesse cenário clínico, a principal hipótese e a conduta são, respectivamente:

- (A) doença inflamatória pélvica e início de antibioticoterapia venosa;
- (B) teratomas ovarianos e prosseguimento da investigação com provável indicação cirúrgica;
- (C) cistos funcionais e repetição da ultrassonografia em 3 meses com provável regressão das imagens;
- (D) endometriomas e início de bloqueio hormonal;
- (E) corpos lúteos e administração de analgésicos orais.

**11**

Por ser de fácil obtenção durante o exame ginecológico, o raspado ou mesmo a secreção vaginal e cervical são muito utilizados na prática do dia a dia para os diagnósticos moleculares. A maior vantagem da coleta da secreção vaginal reside na possibilidade de se fazerem vários testes a partir de uma única amostra.

Em relação a esse tema, é correto afirmar que:

- (A) em amostra da secreção cervicovaginal preservada em meio líquido, é possível realizar avaliação da citologia cervical e pesquisa de HPV, *Chlamydia* e *Neisseria*;
- (B) em uma amostra da secreção cervicovaginal preservada em meio líquido, é possível fazer avaliação da citologia cervical, mas não estudo do *Ureaplasma* e *Mycoplasma*;
- (C) em amostra da secreção cervicovaginal preservada em meio líquido, o valor preditivo positivo para *Chlamydia* é 50%;
- (D) em amostra da secreção cervicovaginal preservada em meio líquido, o valor preditivo positivo para *Neisseria* é 50%;
- (E) não é possível pesquisar *Chlamydia* ou *Neisseria* em amostras de urina.

**12**

Uma paciente de 27 anos vai à consulta ginecológica de rotina, sem apresentar queixas. Ela refere que terminou sua pós-graduação e passará um ano viajando pelo mundo. Diante disso, foi orientada quanto à importância da atualização do calendário vacinal para saúde da mulher.

Nessa mesma consulta, o(a) ginecologista explica corretamente à paciente que:

- (A) a vacinação precisa ser planejada com antecedência para ser finalizada pelo menos 60 dias antes da viagem. Geralmente, os destinos de alto risco são países em desenvolvimento, destinos tropicais e zonas rurais. O risco é maior nos casos em que o viajante permanecerá por mais de 4 semanas;
- (B) vacina tomada é vacina contabilizada. A paciente deve tomar a(s) dose(s) que falta(m), não sendo necessário recomeçar um esquema. O esquema é completado, nunca reiniciado. Isso é válido para qualquer vacina;
- (C) o intervalo entre doses de vacinas pode ser abreviado sem prejuízo à obtenção de uma resposta imune adequada. Isso é relevante no caso de gerenciamento de tempo para administração das vacinas, considerando-se a data da viagem;
- (D) há limites para vacinas concomitantes mesmo quando aplicadas em locais diferentes. Imunossuprimidos geralmente têm esquemas de utilização específicos;
- (E) deve ser realizada contracepção após vacinação para sarampo, caxumba, rubéola, varicela, febre amarela e influenza. O prazo ideal mínimo é de 4 semanas de contracepção.

**13**

Uma paciente de 34 anos realizou colpocitologia oncológica no início do pré-natal, com resultado de atipia celular de significado indeterminado, não se podendo excluir lesão de alto grau (ASC-H). Foi então encaminhada para colposcopia com 16 semanas. O resultado da área biopsiada confirmou NIC 2.

Frente a esse resultado, a conduta deve ser:

- (A) reavaliar 90 dias após o parto;
- (B) considerar o resultado um falso positivo pela imunossupressão da gestação;
- (C) realizar colpocitologia oncológica de 3/3 meses durante a gestação;
- (D) acompanhar com colposcopia 1 mês antes e 1 mês após o parto;
- (E) realizar procedimento cirúrgico para exérese da lesão.

**14**

Uma paciente de 63 anos, viúva, sem relação sexual há 4 anos, não realiza terapia hormonal. Tem hipotireoidismo com bom controle e resistência insulínica manejada com mudanças de estilo de vida. Apresentou desconforto intenso durante o exame especular, quando foram observados mucosa pálida, muco escasso, espesso e opaco e orifício interno fechado com dificuldade de obtenção de amostra endocervical na coleta da colpocitologia oncológica.

Como conduta adequada para melhorar o exame dessa paciente e obter amostra satisfatória para rastreamento de câncer de colo uterino, o(a) ginecologista deve prescrever:

- (A) técnicas de relaxamento com compressas mornas antes do próximo exame ginecológico;
- (B) hidratante vaginal com ácido hialurônico por 7 dias, realizando o exame 3 dias depois do término do hidratante;
- (C) fisioterapia pélvica para que a paciente tenha mais conforto;
- (D) estriol ou promestrieno em creme, durante 15 a 20 dias, realizando exame 30 dias depois do término do creme;
- (E) estradiol de 1 mg ao dia, por 15 a 20 dias, realizando o exame no último dia de tomada do comprimido.

**15**

Uma paciente de 18 anos busca consulta ginecológica, pois nunca menstruou. No exame físico, observa-se baixa estatura, pescoço alado, cúbito valgo e presença de sinais de puberdade. Após avaliação do quadro de amenorreia primária, foi realizada uma análise genética, que evidenciou mosaicismos cromossômicos 45,X/46,XX. Foi realizado, então, aconselhamento da paciente, que pergunta ansiosamente sobre seu futuro reprodutivo.

Faz parte dessa consulta orientar que:

- (A) a paciente tem fenótipo clássico da Síndrome de Turner, sem impacto no cenário reprodutivo se a dosagem do FSH for normal;
- (B) a falência ovariana na Síndrome de Turner ocorre devido à atresia folicular acelerada, manifestando-se geralmente na infância; contudo, nos casos de mosaico, a reserva ovariana é aumentada;
- (C) a minoria das pacientes com Síndrome de Turner (2% a 5%) consegue obter gestação espontânea. Uma opção reprodutiva que tem se mostrado promissora para as pacientes é a ovorrecepção. A gestação nessas pacientes não tem relato de intercorrências clínicas;
- (D) a preservação de fertilidade com o congelamento de oócitos pode ser possível. Os fatores preditivos para a presença de folículos nessas pacientes são o cariótipo em mosaico, sinais de puberdade espontânea e concentrações normais dos hormônios folículo-estimulante e antimülleriano;
- (E) a maioria das pacientes com monossomia do cromossomo X é fértil, porém observa-se o aumento de risco de 1% a 5% de ocorrência de anormalidades cromossômicas na prole, independentemente da idade da mulher. Em mulheres com cariótipo em mosaico, os riscos podem variar individualmente. O tratamento de reprodução assistida com análise genética pré-implantacional pode ser oferecido nesses casos.

**16**

Um paciente de 28 anos, sem vida sexual ativa no momento, vem ao(à) ginecologista com diagnóstico prévio de síndrome dos ovários policísticos. No momento, sua queixa é a irregularidade menstrual, que gera imprevisibilidade quanto ao período em que terá sangramento, o que atrapalha seu dia a dia.

A proposta terapêutica adequada a ser prescrita especificamente para essa queixa é:

- (A) atividade física por 30 minutos por dia, 7 dias na semana;
- (B) apenas orientação, já que se trata de um padrão de ciclo normal, sem riscos à sua saúde;
- (C) administração de associação de etinil estradiol com progestagênio intermitente por 10 a 14 dias do ciclo, como, por exemplo, do 15º ao 25º dia do ciclo;
- (D) administração de etinil estradiol intermitente por 10 a 14 dias do ciclo, como, por exemplo, do 15º ao 25º dia do ciclo;
- (E) administração de progestagênio intermitente por 10 a 14 dias do ciclo, como, por exemplo, do 15º ao 25º dia do ciclo.

**17**

Considere o cenário de nódulo palpável de 2 cm, móvel, em quadrante superior externo de mama esquerda em mulher de 40 anos, sem fatores de risco para câncer de mama.

Considere ainda que a mamografia e a ultrassonografia foram categoria BI-RADS 2, e que as mamas têm densidade normal.

Em relação a esse cenário, é correto afirmar que:

- (A) a razão de verossimilhança para malignidade fica entre 95% e o valor preditivo negativo é maior que 97%;
- (B) essa situação não é considerada segura, justificando indicação de biópsia;
- (C) a indicação é precisa de ressonância nuclear magnética de mamas;
- (D) uma alteração clínica pouco suspeita não justifica indicações de biópsias ou exames de imagem adicionais;
- (E) realização de mamografia e ultrassonografia mamária semestrais é indicada.

**18**

Uma paciente de 8 anos chega à consulta ginecológica acompanhada da mãe. A queixa é "corrimento notado na calcinha ao final do dia". Nega prurido, ardor, hiperemia ou sangramento.

A principal hipótese é:

- (A) corpo estranho;
- (B) vaginose bacteriana;
- (C) candidíase vulvovaginal;
- (D) hábitos de higiene inadequados;
- (E) fístula vesicovaginal.

**19**

Uma mulher de 28 anos refere uso abusivo de álcool em uma festa. Relata que, por volta das 2 horas da manhã, foi vítima de violência sexual com penetração por pessoa conhecida. Ela se lembra parcialmente do que ocorreu, porém é muito claro que não consentiu o ato e que houve força física envolvida.

A abordagem com essa paciente inclui:

- (A) tratamento medicamentoso precoce do TEPT (transtorno de estresse pós-traumático);
- (B) encaminhamento ao Instituto Médico Legal antes do exame clínico em unidade de saúde;
- (C) atenção especial à mulher que foi vítima de "assalto sexual", incluindo preocupações voltadas para saúde mental;
- (D) início de medicações profiláticas assim que os resultados dos exames colhidos estiverem disponíveis;
- (E) profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis nos casos de exposição com risco de transmissão apenas na presença de lesões.

**20**

Uma paciente de 45, gesta 2 para 2 (partos vaginais), relata ao(à) ginecologista que não faz uso de método contraceptivo, pois o marido fez vasectomia. Tem dislipidemia e hipertensão arterial, ambas bem controladas com medicação e estilo de vida. A última colpocitologia oncótica foi realizada há 8 meses, com resultado normal. Refere que há 6 meses notou aumento do fluxo menstrual, sangramento intermenstrual e após relação sexual.

A avaliação inicial e hipótese principal devem ser, respectivamente:

- (A) colpocitologia oncótica e lesão de alto grau no colo uterino;
- (B) ultrassonografia transvaginal e mioma subseroso;
- (C) ultrassonografia transvaginal e pólipos endometrial;
- (D) histeroscopia e atrofia endometrial;
- (E) ressonância nuclear magnética de pelve e endometriose.

**21**

Uma mulher de 27 anos apresenta quadro clínico de ciclos menstruais irregulares, chegando a ficar mais de 90 dias sem menstruar, associado a queixas de acne e queda de cabelos de longa data. Ao exame, apresenta peso de 90,1 kg, 158 cm de altura e avaliação pela escala de Ferriman-Gallwey de 12 pontos. Os exames complementares registraram ultrassonografia transvaginal evidenciando ovário direito com volume 13 mL e presença de 21 folículos antrais inferiores a 10 mm e ovário esquerdo com volume 11 mL e presença de 29 folículos antrais inferiores a 10 mm, dosagem de FSH 5,6 UI/L, LH 12,2UI/L, TSH 2,4 mUI/L, prolactina 18,0 ng/mL, cortisol salivar noturno < 0,2 mcg/mL, SDHEA 205,0 mcg/dL e 17-OH-progesterona 28,0 ng/dL. Considerando as informações acima, o diagnóstico mais provável é:

- (A) tumor de adrenal;
- (B) síndrome de Cushing;
- (C) microadenoma de hipófise;
- (D) hiperplasia adrenal congênita;
- (E) síndrome dos ovários policísticos.

**22**

Uma mulher de 67 anos, com histórico de 2 partos vaginais há 35 e 30 anos, obesa, portadora de diabetes melitus tipo 2, controlada com uso de metformina, apresenta queixas de não conseguir segurar a urina até chegar ao banheiro e de perda urinária involuntária ao tossir há 8 meses. Realizou cultura de urina, que foi negativa. A avaliação urodinâmica a que foi submetida evidenciou contrações involuntárias do detrusor na cistometria e uma pressão de perda urinária ao esforço de 48 cmH<sub>2</sub>O.

Considerando o quadro acima, é correto afirmar que a paciente apresenta incontinência urinária:

- (A) de urgência por bexiga hiperativa isoladamente;
- (B) de esforço por defeito esfinteriano isoladamente;
- (C) de esforço por hipermobilidade do colo vesical isoladamente;
- (D) mista por bexiga hiperativa e defeito esfinteriano;
- (E) mista por bexiga hiperativa e hipermobilidade do colo vesical.

**23**

Uma mulher de 27 anos, sem desejo de engravidar no momento, comparece à consulta ginecológica queixando-se de dismenorria progressiva no último ano. O quadro iniciou-se após a suspensão da pílula contraceptiva, substituída por uso de preservativo em função do desejo de evitar o método hormonal. Nos últimos 3 ciclos menstruais, apresentou dor incapacitante com necessidade de realização de analgesia endovenosa no período menstrual. Nega patologias e cirurgias anteriores. Realizou ultrassonografia transvaginal no início da fase folicular do seu ciclo menstrual, que evidenciou útero retroversofletido, de tamanho normal, miométrio homogêneo e endométrio centrado, homogêneo, medindo 0,4 cm. O ovário direito apresenta parênquima homogêneo, com pequenos folículos, medindo 2,1 cm x 2,4 cm x 1,7 cm. O ovário esquerdo apresenta parênquima heterogêneo, rechaçado perifericamente, às custas de formação hipoecogênica de 4,0 cm x 3,5 cm x 3,0 cm. As medidas do ovário são 6,0 cm x 5,1 cm x 4,0 cm.

Com base nas informações acima, e na principal hipótese diagnóstica, a conduta mais adequada para o caso é:

- (A) videolaparoscopia com ooforoplastia esquerda;
- (B) videolaparoscopia com ooforectomia esquerda;
- (C) drenagem percutânea ou transvaginal do cisto ovariano;
- (D) tratamento clínico com uso de progestágenos orais contínuos;
- (E) tratamento clínico com uso de análogos agonistas do GnRH de forma contínua.

**24**

Uma mulher de 37 anos, casada, sem filhos, está tentando engravidar há 3 anos, sem sucesso. Desde que suspendeu a contracepção hormonal para iniciar tentativas de gravidez, seus ciclos menstruais passaram a apresentar dismenorria progressiva. Há 1 ano, apresenta queixas de dispareunia profunda. O desejo familiar do casal é de ter 3 filhos.

Exame físico: o toque vaginal evidencia útero em RVF, fixo, tamanho normal, anexos impalpáveis, nódulo endurecido em fundo de saco vaginal posterior, de 3 cm.

Exames complementares: o espermograma do marido apresenta parâmetros normais; a histerossalpingografia evidencia prova de Cottè positiva, bilateralmente, sendo a trompa direita fixa distalmente e a esquerda algo enovelada. O hormônio antimulleriano está a 0,51 ng/mL. A ressonância magnética de pelve evidencia espessamento em ligamento largo direito, endometrioma de 1,5 cm em ovário direito, placa de endometriose em fundo de saco posterior, de 3,5 cm x 2,5 cm com invasão de 0,5 cm da parede miometrial posterior, sem sinais de acometimento intestinal. Não há sinais de acometimento de raízes nervosas ou ureteres.

Considerando o caso clínico acima, a conduta mais adequada para o casal em termos de tratamento da infertilidade é:

- (A) fertilização *in vitro*;
- (B) inseminação intrauterina;
- (C) indução de ovulação com coito programado;
- (D) videolaparoscopia com posterior coito programado;
- (E) uso de análogos de GnRH por 6 meses e posterior fertilização *in vitro*.

**25**

Uma mulher de 67 anos, não tabagista, tem histórico de emagrecimento de 15 kg nos últimos 8 meses. Ao exame físico, há presença de massa anexial direita palpável ao toque vaginal, de aproximadamente 7 cm, móvel, indolor. A ultrassonografia identificou anexo direito ocupado por massa heterogênea, medindo 6,3 x 5,4 cm, predominantemente anecoico, com traves hiperecogênicas de permeio e fluxo periférico ao doppler de baixa resistência vascular. O CA-125 apresenta 37,0 U/mL. Foi realizada uma biópsia guiada por rádio-intervenção para esclarecimento diagnóstico, com o achado histopatológico de mucina intracelular, presença de células em anel de sinete e infiltração sarcomatoide difusa no estroma ovariano.

Considerando as informações acima, o diagnóstico mais provável e a conduta adequada são, respectivamente:

- (A) disgerminoma de ovário; radioterapia e quimioterapia;
- (B) tumor de células da granulosa do ovário; ooforectomia simples;
- (C) tumor metastático em ovário; pesquisa de sítio neoplásico primário;
- (D) adenocarcinoma seroso de ovário; cirurgia citorrredutora completa;
- (E) adenocarcinoma mucinoso de ovário; cirurgia citorrredutora completa e apendicectomia.

**26**

Uma mulher de 52 anos, obesa, dislipidêmica, com ciclos menstruais irregulares há 2 anos, apresenta queixas de fogachos noturnos intensos nos últimos 6 meses. Refere que mãe teve câncer de mama aos 78 anos. O exame físico revela peso de 70 kg, altura de 160 cm, mamas sem alterações, exame ginecológico com diminuição do trofismo da mucosa vaginal, sem outras alterações relevantes, em membros inferiores e presença de varizes bilaterais. A mamografia recente apresenta BI-RADS categoria 2. A ultrassonografia transvaginal registra ovários de pequeno volume e eco endometrial de 4 mm.

Das opções abaixo, aquela que contém a proposta terapêutica mais adequada é:

- (A) iniciar valerato de estradiol 1 mg/dia por via oral isoladamente;
- (B) não iniciar qualquer tipo de terapia de reposição hormonal, pois apresenta contraindicação absoluta;
- (C) iniciar valerato de estradiol a 1 mg/dia, por via oral, com acetato de noretisterona a 0,5 mg/dia, por via oral, em uso contínuo;
- (D) iniciar estradiol em gel a 1 mg/dia, via transdérmica, em uso contínuo, com a didrogesteron a 10 mg, por via oral, por 14 dias no mês;
- (E) iniciar estradiol em gel a 1 mg/dia via transdérmica, associado a promestrieno a 10 mg/dia, por via vaginal, ambos em uso contínuo.

**27**

Uma mulher de 57 anos queixa-se do surgimento de um caroço na mama esquerda há 2 meses. Ao exame, verifica-se que o nódulo está endurecido, pouco móvel, indolor, medindo 2,0 cm de comprimento, em quadrante superior externo da mama esquerda. Não há comprometimento de pele e a relação tumor/mama está inferior a 20%. As axilas apresentam-se sem linfonodomegalias palpáveis. A mamografia identificou nódulo espiculado, de 2,0 cm, no quadrante superior externo da mama esquerda, categoria BI-RADS 5. Realizada a mastotomia, o laudo foi de carcinoma lobular invasivo.

Considerando as informações acima, a melhor conduta inicial para o caso é:

- (A) quimioterapia e radioterapia;
- (B) mastectomia esquerda com esvaziamento axilar;
- (C) setorectomia esquerda com esvaziamento axilar;
- (D) mastectomia esquerda com biópsia de linfonodo sentinela;
- (E) setorectomia esquerda com biópsia de linfonodo sentinela.

**28**

Uma mulher de 53 anos, ao realizar mamografia de rotina, apresenta um conjunto de microcalcificações pleomórficas agrupadas no quadrante superior externo da mama direita, medindo 1,5 cm (BI-RADS 4). Não há outras lesões ou alterações na mamografia. Ao exame físico, verificam-se mamas de médio volume, sem alterações à inspeção, parênquima mamário homogêneo sem nódulos palpáveis, axilas livres e descarga ductal ausente. Em seu histórico familiar, sua mãe e tia materna tiveram diagnóstico de câncer de mama aos 61 anos e 58 anos, respectivamente. É, então, realizada a mastotomia da lesão com a colocação de clipe metálico. O diagnóstico histopatológico identifica hiperplasia ductal atípica, com presença de focos de necrose celular, mas com margens livres na peça.

A melhor conduta a ser traçada nesse caso é:

- (A) adenectomia bilateral profilática;
- (B) tamoxifeno por 5 anos e controle mamográfico anual;
- (C) acompanhar a paciente com mamografia anual sem outras intervenções;
- (D) ampliar margens cirúrgicas, fazer uso de tamoxifeno profilático por pelo menos 5 anos e controle mamográfico anual;
- (E) ampliar margens cirúrgicas e complementar com radioterapia seguida de acompanhamento anual com mamografia.

**29**

Uma paciente de 16 anos, fenótipo feminino, em amenorreia, apresenta genitália externa sem alterações aparentes, mamas M4 e pilificação P2 de Tanner. A ultrassonografia pélvica não evidenciou útero. Gônadas foram visualizadas. Os exames laboratoriais evidenciaram FSH de 6,7 UI/L, testosterona com 540 ng/mL e estradiol a 47,1 pg/mL.

Considerando as informações acima, o cariótipo de banda G esperado para essa paciente é:

- (A) 46, XX;
- (B) 45, XO;
- (C) 46, XY;
- (D) 47, XXY;
- (E) 47, XXX.

**30**

Uma mulher de 45 anos apresenta aumento progressivo de fluxo e da duração menstrual há 4 anos, associado a dismenorreia importante com piora após nascimento do filho por parto cesáreo há 6 anos. Atualmente, sangra até 12 dias, com necessidade de uso de absorventes noturnos. Ao exame, verifica-se o útero aumentado de volume, palpável à altura da sínfise púbica, globoso e móvel. A ultrassonografia transvaginal mostrou útero de aspecto globoso, tipo “bala de canhão”, volume estimado de 760 mL, sem outros comemorativos. A ressonância magnética de pelve evidenciou uma zona juncional de 23 mm, com aspecto heterogêneo.

Dadas as informações acima, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) adenomiose;
- (B) endometriose;
- (C) pólipos endometrial;
- (D) miomatose uterina;
- (E) hiperplasia endometrial.

**31**

Uma mulher de 38 anos, nuligesta, sem parceiro, com desejo de constituir prole, obesa, portadora de resistência insulínica, queixa-se de aumento do volume menstrual nos últimos 6 meses. Ao realizar uma ultrassonografia transvaginal no meio da fase folicular, observou-se eco endometrial de 20 mm. Realizada uma histeroscopia, observou-se uma hipertrofia endometrial difusa. A biópsia dirigida durante a histeroscopia apresentou o laudo de hiperplasia complexa com atípias.

Considerando todas as informações acima, a opção mais adequada de tratamento, num primeiro momento, é:

- (A) uso de valerato de estradiol;
- (B) histerectomia vaginal simples;
- (C) histerectomia total abdominal simples;
- (D) uso de progestágenos orais ou DIU de levonorgestrel;
- (E) histerectomia total abdominal com ooforectomia bilateral.

**32**

Uma paciente de 63 anos, portadora de hipertensão arterial crônica e diabetes melito tipo 2 bem controladas, após apresentar episódios de sangramento vaginal, realizou uma histeroscopia, que evidenciou uma lesão de aspecto cerebroide, friável, cuja biópsia diagnosticou carcinoma seroso. Ao exame especular, não são identificadas lesões aparentes em colo ou vaginal. A ressonância magnética sugere que a lesão está confinada ao útero, com menos de 50% de invasão endometrial, sem sinais de linfonodomegalias aparentes.

Tendo em vista o caso clínico acima, a abordagem mais indicada é:

- (A) histerectomia simples;
- (B) radioterapia e quimioterapia isoladamente;
- (C) histerectomia com salpingo-ooforectomia bilateral;
- (D) histerectomia com salpingo-ooforectomia bilateral e linfadenectomia pélvica;
- (E) histerectomia com salpingo-ooforectomia bilateral e linfadenectomia pélvica e para-aórtica.

**33**

Uma mulher de 33 anos, solteira, comparece ao ginecologista visando a congelar óvulos, pois deseja ser mãe no futuro.

Sobre o processo de estimulação ovariana e congelamento de óvulos, é correto afirmar que:

- (A) a técnica de escolha para o congelamento de óvulos é a de congelamento lento;
- (B) óvulos vitrificados geram maior chance de produzirem embriões aneuploides;
- (C) óvulos vitrificados possuem menos chances de serem fertilizados que os óvulos a fresco;
- (D) a idade materna e o número de óvulos maduros congelados são fatores importantes da chance de nascidos vivos;
- (E) óvulos congelados pela técnica de congelamento lento apresentam melhores chances de gravidez que óvulos a fresco.

**34**

Uma mulher de 37 anos queixa-se de prurido e ardência vulvovaginal recorrente principalmente em período pré-menstrual, associados a leucorreia esbranquiçada. Empiricamente, fez uso de 3 ciclos de tratamento com fluconazol oral, fenticonazol vaginal e itraconazol oral, sem melhora do quadro.

Ao exame, apresentou conteúdo vaginal abundante, esbranquiçado, fluido, com hiperemia de mucosa vaginal e pH vaginal a 3,5. Pela bacterioscopia, identificou-se uma grande presença de lactobacilos (> 1000/campo), raros leucócitos. Não foram identificadas pseudo-hifas.

Considerando a principal hipótese diagnóstica para o caso, o tratamento indicado é:

- (A) metronidazol – 2 g via oral em dose única;
- (B) duchas vaginais com bicarbonato de sódio;
- (C) tinidazol de 1 g, via oral, uma vez ao dia, durante cinco dias;
- (D) ácido bórico em óvulos vaginais contendo 600 mg por 14 dias;
- (E) clindamicina creme vaginal a 2%, 5 g (um aplicador) durante 14 dias.

**35**

Para o adequado tratamento e acompanhamento das pacientes portadoras de síndrome de ovários policísticos (SOP), é fundamental o conhecimento das suas bases fisiopatológicas.

Em relação à síndrome de ovários policísticos, é correto afirmar que:

- (A) existem menos de 10 variações gênicas descritas associadas à SOP;
- (B) o hormônio antimulleriano encontra-se diminuído nas pacientes com SOP;
- (C) o excesso de androgênios na SOP afeta o padrão dos pulsos hipotalâmicos de GnRH;
- (D) os pulsos hipotalâmicos de GnRH são menos frequentes e menos amplos nas pacientes com SOP;
- (E) a insulina e o LH se antagonizam nas células da Teca interna, o que resulta em maior produção de androgênios por elas.

**36**

Uma mulher de 36 anos refere sempre ter apresentado ciclos menstruais de 28 dias. Queixa-se de quadro de amenorreia há 9 meses associado a fogachos noturnos intensos que iniciaram há 12 meses. Ao realizar a sua avaliação clínica com seu ginecologista, foram solicitadas a dosagem de FSH, do hormônio antimulleriano (AMH) e a contagem de folículos antrais (CFA).

Considerando o caso clínico acima, os exames devem apresentar, respectivamente:

- (A) FSH baixo, AMH baixo, CFA baixo;
- (B) FSH elevado, AMH baixo, CFA baixo;
- (C) FSH baixo, AMH baixo, CFA elevado;
- (D) FSH elevado, AMH baixo, CFA elevado;
- (E) FSH elevado, AMH elevado, CFA elevado.

37

Uma mulher de 26 anos, sexualmente ativa e com histórico de múltiplos parceiros, apresenta úlcera, indolor, na face interna do grande lábio esquerdo, de 2,0 cm de diâmetro, que surgiu há 15 dias. Ao exame físico, identifica-se a presença de linfadenopatia inguinal bilateral, indolor à palpação. A inspeção vulvar evidencia úlcera única de bordos endurecidos e bem delimitados, indolor à manipulação.

Considerando as informações acima, o esquema de tratamento mais apropriado é:

- (A) aciclovir 400 mg, três vezes ao dia (7 a 14 dias);
- (B) azitromicina 500 mg, dois comprimidos, VO, em dose única;
- (C) prednisona 20 mg VO, uma vez ao dia, até remissão da úlcera;
- (D) penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular (IM), dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo);
- (E) penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas.

38

Uma mulher de 68 anos, com histórico de 2 partos vaginais há 40 e 35 anos, queixa-se de sensação de bola na vagina há 2 anos. Ao exame físico, aplicada a classificação POP-Q, observou-se a parede vaginal anterior com o ponto Ba em +2. A parede vaginal posterior apresenta-se com o ponto Bp em -2, ponto C em -3 e ponto D em -6.

Dito isso, é correto afirmar que essa paciente apresenta:

- (A) prolapso de parede vaginal anterior estágio 3;
- (B) prolapso de parede vaginal anterior estágio 2;
- (C) prolapso de parede vaginal anterior estágio 3 e posterior estágio 2;
- (D) prolapso de parede vaginal anterior estágio 2 e posterior estágio 2;
- (E) prolapso de parede vaginal anterior estágio 3 e alongamento hipertrófico do colo uterino.

39

Uma mulher de 24 anos, sexualmente ativa, iniciou quadro de dor abdominal leve, em baixo ventre, há 3 dias. Compareceu à emergência, pois na véspera iniciou quadro de febre. Encontrava-se em uso regular de contraceptivo oral combinado de forma contínua. Não recordava quando havia sido a sua última menstruação. Negava queixas urinárias. Ao exame físico, apresentou frequência cardíaca a 88 bpm, pressão arterial de 110 x 70 mmHg e temperatura axilar de 37,1°C. O abdômen estava doloroso à palpação do terço inferior, sem sinais de descompressão dolorosa, ao toque vaginal e útero em AVF, de tamanho normal, doloroso à mobilização do colo uterino. Os anexos eram impalpáveis, porém dolorosos à palpação. Os exames laboratoriais registraram: hematócrito a 38% e leucograma com 6300 leucócitos. Realizou EAS em amostra urinária, sem alterações. A ultrassonografia transvaginal não evidenciou líquido livre em fundo de saco posterior, os anexos foram visualizados, sem alterações aparentes, e o endométrio estava homogêneo, com 3 mm de espessura.

Considerando as informações acima, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) apendicite;
- (B) torção anexial;
- (C) infecção urinária;
- (D) ovulação dolorosa;
- (E) doença inflamatória pélvica.

40

Uma paciente de 25 anos, nuligesta, com histórico familiar de sua mãe com trombose venosa profunda em membro inferior direito aos 50 anos comparece ao ginecologista. Ao exame físico, identificou-se útero em retroversão, de tamanho normal, móvel, indolor, com anexos impalpáveis. Encontra-se menstruada no momento e deseja iniciar uso de dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel.

Considerando o caso acima, é correto afirmar que:

- (A) a paciente possui uma contraindicação absoluta ao uso do DIU por ser nuligesta;
- (B) a colocação do DIU pode ser feita apenas após a realização de antibioticoprofilaxia;
- (C) o histórico familiar de trombose venosa profunda não é uma contraindicação à inserção do DIU;
- (D) o útero retrovertido requer que o DIU seja inserido apenas mediante guia de ultrassonografia;
- (E) o principal mecanismo de contracepção do DIU de levonorgestrel se dá por bloqueio da ovulação.

## Cirurgia Geral e Área Cirúrgica Básica

41

Sabe-se que a inflamação é uma resposta protetora para que possamos nos livrar de agentes lesivos, remover células necrosadas e reparar tecidos lesados.

A síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) está associada a um conjunto de sinais e sintomas resultantes de um complexo mecanismo de defesa imunológico, endócrino e metabólico, que é desencadeado primariamente:

- (A) pela acidose metabólica;
- (B) por interferência do cortisol;
- (C) por ação das catecolaminas;
- (D) pelas proteínas de choque térmico;
- (E) por ação da interleucina 1 e fator de necrose tumoral.

42

O estado nutricional do paciente é fundamental para o prognóstico do tratamento cirúrgico. Assim, a reposição de vitaminas faz-se necessária para o bom prognóstico.

As características funcionais de ser antioxidante, proteger contra os danos de radicais livres, atuar na ligação cruzada de colágeno, participar da hidroxilação da lisina e da prolina durante a formação de colágeno, desempenhar funções antibacterianas mediadas pelo sistema imune dos leucócitos e ser importante na replicação de DNA e RNA e na função de linfócitos, são próprias da vitamina:

- (A) A;
- (B) C;
- (C) D;
- (D) E;
- (E) K.

**43**

Em uma cirurgia eletiva de grande porte, faz-se necessária uma avaliação nutricional rigorosa, pois esta vai determinar um preparo pré-operatório muito importante para o prognóstico cirúrgico.

Assim, um paciente que pesa 55 kg e mede 1,78 metro é classificado pelo índice de massa corporal como:

- (A) gravemente abaixo do peso;
- (B) abaixo do peso;
- (C) peso normal;
- (D) acima do peso;
- (E) obesidade de grau 1.

**44**

A compreensão das fases do processo cicatricial de uma ferida cirúrgica é importante para a prática médica.

Nesse sentido, é correto afirmar que:

- (A) macrófagos e neutrófilos são predominantes na fase de maturação;
- (B) neutrófilos e linfócitos são predominantes na fase de maturação;
- (C) fibroblastos e neutrófilos são predominantes na fase de proliferação;
- (D) macrófagos e neutrófilos são predominantes na fase inflamatória;
- (E) macrófagos e linfócitos são predominantes na fase inflamatória.

**45**

Antibióticos profiláticos, cujo uso está bem documentado para a redução da infecção no sítio cirúrgico, devem ser ministrados sempre que a ferida for classificada como limpa-contaminada. Na prática médica, porém, observa-se que alguns pacientes são alérgicos aos antibióticos betalactâmicos.

Nesses casos, os betalactâmicos devem ser substituídos por:

- (A) cefazolina;
- (B) metronidazol;
- (C) ampicilina-sulbactam;
- (D) gentamicina;
- (E) clindamicina.

**46**

A perspectiva de vida aumentou significativamente nas últimas décadas, e, com isso, um maior número de cirurgias é realizado em pacientes idosos. Esses pacientes trazem um déficit orgânico e comorbidades que devem ser considerados na avaliação pré-operatória.

Nesse sentido, o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de *delirium* no pós-operatório é:

- (A) a presença prévia de um déficit cognitivo;
- (B) o comprometimento funcional;
- (C) o tipo de cirurgia a ser realizada;
- (D) a presença de doença grave;
- (E) a má nutrição.

**47**

Um paciente de 34 anos apresenta-se na consulta com histórico de obesidade grave há mais de 10 anos. Ele tem um índice de massa corporal (IMC) de 44 kg/m<sup>2</sup> e sofre de várias comorbidades relacionadas à obesidade, incluindo diabetes tipo 2, hipertensão arterial e apneia do sono. Ele já tentou vários tratamentos, incluindo dietas supervisionadas, programas de exercícios e medicações para perda de peso, sem sucesso. Relata que essas condições estão afetando seriamente sua qualidade de vida e capacidade de trabalho. Após uma avaliação completa, ele é considerado um bom candidato para cirurgia bariátrica.

A técnica considerada o “padrão ouro” para esse paciente é:

- (A) gastrectomia vertical (*sleeve gastrectomy*);
- (B) banda gástrica ajustável;
- (C) *duodenal switch* (DS);
- (D) balão intragástrico;
- (E) *bypass* gástrico em Y de Roux (RYGB).

**48**

Um paciente de 81 anos, com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca congestiva, é internado para tratamento de pneumonia. Após alguns dias de tratamento com antibióticos e repouso no leito, ele começa a apresentar distensão abdominal significativa, dor leve e náuseas, mas sem vômitos. Não apresenta sinais clínicos de peritonite aos exames físico e laboratorial. Radiografias do abdômen mostram dilatação importante dos cólons, principalmente no ceco e cólon ascendente, porém sem evidência de obstrução mecânica.

Diante desse quadro clínico, o diagnóstico mais provável e a melhor abordagem inicial para o manejo desse paciente são, respectivamente:

- (A) síndrome de Ogilvie e tratamento com neostigmina;
- (B) colite pseudomembranosa e tratamento com metronidazol;
- (C) obstrução intestinal por brida e tratamento com cirurgia exploratória;
- (D) volvo de sigmoide e tratamento com sigmoidoscopia descompressiva;
- (E) íleo paralítico e tratamento com reposição de eletrólitos e mobilização precoce.

**49**

Uma paciente de 54 anos se queixa de dor abdominal crônica e sensação de plenitude gástrica após as refeições. Uma endoscopia digestiva alta revela massa submucosa no corpo do estômago, e a biópsia confirma a presença de um tumor estromal gastrointestinal (GIST).

A respeito do diagnóstico, prognóstico e tratamento dos tumores GIST, é correto afirmar que:

- (A) os tumores GIST são frequentemente benignos e de baixo potencial metastático;
- (B) a mutação no gene KIT é um marcador prognóstico negativo em pacientes com tumores GIST;
- (C) a imuno-histoquímica positiva para CD117 (c-KIT) é uma característica comum dos tumores GIST;
- (D) os tumores GIST produzem metástases para linfonodos com muita frequência;
- (E) a ressecção cirúrgica radical é o único tratamento eficaz para os tumores GIST, independentemente do tamanho ou localização.

**50**

Uma paciente se queixa de boca seca por diminuição da saliva e olhos secos devido à diminuição da produção de lágrimas.

Esse quadro clínico é característico da:

- (A) síndrome de Williams;
- (B) síndrome de Peutz-Jeghers;
- (C) síndrome de Kleine-Levin;
- (D) síndrome Sjögren;
- (E) síndrome de Down.

**51**

Um paciente de 58 anos, com histórico de uso contínuo de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), queixa-se de dor abdominal intensa, principalmente após as refeições, e episódios de vômito com sangue. Relata, também, fezes escuras e pastosas, como piche, nas últimas 48 horas. Ao exame físico, o paciente está hipotenso, taquicárdico e apresenta abdômen distendido e sensível à palpação. A endoscopia digestiva alta revela úlcera gástrica com classificação de Forrest IB, que foi tratada adequadamente.

O tratamento concomitante é:

- (A) realizar angiografia para localizar o vaso sangrante;
- (B) realizar teste respiratório para detecção de *Helicobacter pylori*;
- (C) iniciar infusão de *proton pump inhibitor* (PPI) e transfusão de sangue;
- (D) iniciar antibioticoterapia empírica para erradicação de *Helicobacter pylori*;
- (E) encaminhar o paciente para cirurgia de emergência para ressecção do segmento gástrico afetado.

**52**

A técnica Lichtenstein tem sido associada a baixas taxas de recorrência e é considerada uma abordagem padrão para o tratamento das hérnias.

Em relação a essa técnica, é correto afirmar que:

- (A) é utilizada para o tratamento de hérnias lombares;
- (B) envolve o uso de uma malha sintética para reforçar a parede abdominal, sem tensão, após a correção da hérnia inguinal;
- (C) utiliza suturas com fio inabsorvível para fechar o defeito herniário sem o uso de uma malha;
- (D) é mais comumente utilizada para reparo de hérnias umbilicais;
- (E) requer a remoção da hérnia e a reconstrução da parede abdominal utilizando tecido do próprio paciente.

**53**

Um paciente de 20 anos chega ao serviço de emergência de um grande hospital com história de anorexia e náuseas que se iniciaram há 24 horas. Agora apresenta dor abdominal intensa no quadrante inferior direito, febre e vômitos. O exame físico revela rigidez abdominal localizada no quadrante inferior direito e dor à palpação profunda na fossa ilíaca direita. Os exames laboratoriais mostram leucocitose de 15.400/mm<sup>3</sup> com desvio à esquerda. A tomografia computadorizada de abdômen confirma o diagnóstico de abscesso apendicular.

A próxima etapa no manejo desse paciente será:

- (A) realização de ultrassonografia abdominal para confirmar o diagnóstico;
- (B) tratamento conservador com analgésicos e observação clínica;
- (C) antibioticoterapia intravenosa empírica e observação clínica;
- (D) cirurgia laparoscópica de urgência para apendicectomia;
- (E) drenagem percutânea do abscesso apendicular.

**54**

Um homem de 36 anos chega ao pronto-socorro após atropelamento. Ele se queixa de dor abdominal intensa no lado direito do abdômen. Quando do exame físico, está hipotenso e taquicárdico, com dor à palpação no quadrante superior direito do abdômen. Os exames laboratoriais revelam queda da hemoglobina e elevação das enzimas hepáticas. Uma tomografia computadorizada mostra uma lesão no lobo hepático direito com hematoma subcapsular com 30% da superfície e uma laceração estimada em 4 cm de profundidade com 8 cm de comprimento.

A classificação mais provável dessa lesão hepática e a conduta inicial correta de tratamento são, respectivamente:

- (A) classificação I e tratamento conservador com monitoramento clínico e radiológico;
- (B) classificação II e intervenção cirúrgica para controle do sangramento com reparo hepático;
- (C) classificação III e esplenectomia para controle do sangramento com reparo hepático;
- (D) classificação IV e tratamento com terapia endovascular para embolização da lesão hepática;
- (E) classificação V e tratamento com transfusão sanguínea e monitoramento clínico.

**55**

Durante endoscopia realizada em um paciente com sangramento gastrointestinal agudo, uma úlcera é identificada.

O sistema de classificação comumente utilizado para descrever essa úlcera de acordo com a gravidade do sangramento é a classificação de:

- (A) Forrest;
- (B) Rockall;
- (C) Blatchford;
- (D) Glasgow-Blatchford;
- (E) Johnson-Lapidus.

**56**

Um paciente de 68 anos queixa-se de dor abdominal intermitente e perda de peso inexplicada. Apresenta anemia ferropriva. Ele relata um histórico de síndrome do intestino irritável, mas observou um aumento na frequência e na gravidade dos sintomas nos últimos quatro meses. O exame físico revela uma massa palpável, com certa mobilidade, no quadrante inferior direito do abdômen.

Diante desse quadro clínico, a hipótese diagnóstica principal é:

- (A) doença celíaca;
- (B) síndrome do intestino irritável;
- (C) tumor carcinoide do intestino delgado;
- (D) adenocarcinoma do intestino delgado;
- (E) doença de Crohn.

**57**

Uma mulher jovem, 19 anos, chega ao serviço de emergência com dor abdominal intensa e súbita. O exame físico mostra sinais de choque hipovolêmico, como taquicardia e hipotensão. Revela ainda rigidez abdominal difusa, sensibilidade e dor à palpação.

A hipótese mais provável para esse quadro clínico é:

- (A) apendicite aguda;
- (B) prenhez tubária rota;
- (C) diverticulite perfurada;
- (D) diverticulite de Meckel;
- (E) cisto ovariano hemorrágico roto.

**58**

No consultório, dá entrada um paciente de 38 anos, com suspeita clínica de síndrome de Lynch, que precisa de confirmação do diagnóstico.

O método que pode confirmar a hipótese é:

- (A) teste genético para mutações no gene BRCA1;
- (B) colonoscopia de rotina a cada 10 anos;
- (C) colonoscopia com exérese do pólipó e estudo histopatológico;
- (D) tomografia computadorizada (TC) abdominal anual;
- (E) teste genético para mutações nos genes MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2.

**59**

O conhecimento da embriologia, histologia, anatomia e patologia é importante para a compreensão do divertículo de Meckel e para o diagnóstico diferencial da apendicite.

Em relação ao divertículo de Meckel, é correto afirmar que:

- (A) caracteriza-se por múltiplos divertículos no cólon descendente;
- (B) localiza-se preferencialmente na segunda porção do duodeno;
- (C) geralmente afeta pacientes idosos e é mais comum no sexo masculino, que apresenta pior prognóstico;
- (D) é uma complicação da diverticulose do cólon e pode causar sintomas como dor abdominal, febre e leucocitose;
- (E) resulta de uma persistência do ducto onfalomesentérico e pode levar à inflamação e complicações como sangramento intestinal.

**60**

Um paciente de 59 anos apresenta fadiga progressiva, anemia ferropriva e perda de peso não intencional. Uma colonoscopia revelou uma lesão no cólon ascendente macroscopicamente compatível com tumor maligno.

Assim, a combinação correta de sintomas, métodos de diagnóstico e opções de tratamento para esse caso é:

- (A) sintomas: sangramento retal evidente; diagnóstico: enema opaco; tratamento: hemicolectomia esquerda;
- (B) sintomas: dor abdominal em cólica; diagnóstico: tomografia computadorizada; tratamento: ressecção endoscópica da lesão;
- (C) sintomas: fadiga e anemia ferropriva; diagnóstico: colonoscopia com biópsia; tratamento: hemicolectomia direita;
- (D) sintomas: diarreia crônica; diagnóstico: ultrassom abdominal; tratamento: quimioterapia exclusiva;
- (E) sintomas: dor abdominal em cólica; diagnóstico: tomografia computadorizada; tratamento: colectomia total.

**61**

Uma paciente de 45 anos, com histórico de dor abdominal no quadrante superior direito, icterícia intermitente e elevação moderada das enzimas hepáticas, é diagnosticada com coledocolitíase.

A melhor abordagem para o diagnóstico e tratamento dessa paciente é:

- (A) endoscopia digestiva alta, seguida de cirurgia aberta de vias biliares;
- (B) ressonância magnética de abdômen, seguida de drenagem biliar percutânea;
- (C) tomografia computadorizada do abdômen, seguida de ressonância magnética;
- (D) colangiografia por ressonância magnética, seguida de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica;
- (E) ultrassonografia das vias biliares, seguida de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com papilotomia e litotripsia.

**62**

Um paciente de 52 anos tem diagnóstico de úlcera gástrica, classificada com Johnson III e complicada por sangramento persistente com classificação Forrest 1A, apresentando sucessivas recidivas do sangramento. Após estabilização hemodinâmica do paciente, o cirurgião planeja realizar uma antrectomia. Para isso, ele reflete sobre as principais diferenças entre as técnicas de Billroth I e Billroth II.

Em relação a essas técnicas, é correto afirmar que:

- (A) Billroth I envolve anastomose do estômago com o jejuno, enquanto Billroth II envolve anastomose do estômago com o duodeno. Billroth I é preferível em casos de úlcera gástrica complicada;
- (B) Billroth I envolve anastomose do estômago com o duodeno, enquanto Billroth II envolve anastomose do estômago com o jejuno. Billroth I é preferível, em casos de úlcera gástrica complicada;
- (C) Billroth I envolve ressecção do estômago e anastomose com o duodeno, enquanto Billroth II envolve ressecção do estômago e anastomose com o íleo. Billroth II é preferível em casos de úlcera gástrica complicada;
- (D) Billroth I e Billroth II não diferem na técnica de anastomose, sendo ambas apropriadas para úlcera gástrica complicada;
- (E) Billroth I envolve ressecção do estômago e anastomose com o duodeno, enquanto Billroth II envolve ressecção do estômago e anastomose com o jejuno. Billroth II é preferível em casos de úlcera gástrica complicada.

**63**

Uma mulher de 39 anos chega ao ambulatório com queixa de dificuldade para engolir, inicialmente apenas para sólidos, mas agora também para líquidos, que vem se agravando progressivamente nos últimos 8 meses. Ela também relata perda de peso significativa de mais de 10 kg e episódios de regurgitação de alimentos não digeridos. Não há histórico de doenças crônicas ou cirurgia prévia. No exame físico, o estado geral é bom, mas com perda ponderal evidente. A endoscopia digestiva alta revela retenção de alimentos no esôfago, sem evidências de estenose ou massa. A manometria esofágica mostra aperistalse no corpo do esôfago e ausência de relaxamento do esfíncter esofágico inferior durante a deglutição.

Diante desse quadro clínico, o diagnóstico mais provável para essa paciente é:

- (A) esofagite eosinofílica;
- (B) carcinoma esofágico;
- (C) doença do refluxo gastroesofágico;
- (D) acalasia;
- (E) estenose esofágica.

**64**

Um homem de 60 anos apresenta-se ao consultório com queixas de dor abdominal epigástrica persistente há seis meses, perda de peso não intencional de 10 kg e sensação de plenitude pós-prandial precoce. Ele também relata episódios de náusea e vômito, ocasionalmente com sangue. O paciente tem histórico de tabagismo e consumo regular de álcool, além de uma dieta rica em alimentos processados e salgados. No exame físico, nota-se palidez e linfonodos supraclaviculares aumentados. A endoscopia digestiva alta revela uma lesão ulcerada no antro gástrico, e a biópsia confirma a presença de adenocarcinoma gástrico.

O fator de risco mais significativo associado ao desenvolvimento do câncer de estômago no caso desse paciente é:

- (A) histórico familiar de câncer;
- (B) infecção por *Helicobacter pylori*;
- (C) consumo regular de álcool;
- (D) tabagismo;
- (E) dieta rica em alimentos processados e salgados.

**65**

Um paciente de 52 anos, com sintomas dispépticos, realizou endoscopia digestiva alta, que mostrou lesão ulcerada de 3 cm em grande curvatura na transição do fundo para o corpo gástrico. A gastrina sérica estava normal. A biópsia revelou se tratar de tumor neuroendócrino G2, índice mitótico de 15 e índice Ki-67 de 25%. O estadiamento por USG endoscópico e a TC de abdômen mostraram invasão até a muscular própria, sem evidências de metástases linfonodais e à distância.

A conduta mais apropriada é:

- (A) quimioterapia exclusiva;
- (B) ressecção endoscópica;
- (C) gastrectomia total com linfadenectomia a D1;
- (D) gastrectomia total com linfadenectomia a D2;
- (E) bioterapia com octreotida.

**66**

Uma paciente de 48 anos, IMC = 35 kg/m<sup>2</sup>, foi submetida a colecistectomia eletiva por colecistolitíase crônica. Após o procedimento, a vesícula biliar foi aberta, evidenciando cálculo único de 3 cm e mucosa de aspecto macroscópico de “vesícula biliar em morango”.

O provável diagnóstico anatomopatológico macroscópico é de:

- (A) adenomiomatose de vesícula biliar;
- (B) pólipos granulomatosos;
- (C) colesterose de vesícula biliar;
- (D) carcinoma de vesícula biliar;
- (E) linfoma MALT.

**67**

Uma paciente de 60 anos apresentou lesão de 1,5 cm em pele perianal, cuja biópsia mostrou carcinoma epidermoide. A ultrassonografia endoanal e a ressonância magnética não mostraram metástases linfonodais e/ou à distância. Também não há evidências de invasão do complexo esfíncteriano, bem como de estruturas adjacentes.

Nesse caso, a conduta mais apropriada é:

- (A) excisão local com margens negativas;
- (B) radioterapia exclusiva;
- (C) quimiorradioterapia exclusiva;
- (D) amputação abdominoperineal;
- (E) quimiorradioterapia neoadjuvante.

68

Sobre as afecções cirúrgicas do baço, é correto afirmar que:

- (A) o tamanho do baço deve estar aumentado no mínimo em quatro vezes para que seja palpável abaixo do rebordo costal;
- (B) o tumor maligno que mais comumente envia metástases para o baço é o carcinoma colorretal;
- (C) baços acessórios podem estar presentes em até 20% da população em geral;
- (D) a principal indicação de esplenectomia eletiva é a leucemia mieloide aguda;
- (E) os principais germes envolvidos na infecção fulminante pós-esplenectomia são *Staphylococcus aureus* e *H. influenzae* tipo B.

69

Um paciente de 35 anos com IMC = 26 kg/m<sup>2</sup> apresenta lesão por arma branca em região anterior do abdômen, 7 cm acima e à esquerda da cicatriz umbilical, de cerca de 2 cm de diâmetro. Apresenta-se hemodinamicamente estável, e o exame físico do abdômen é normal.

A próxima conduta a ser tomada nesse caso é:

- (A) lavado peritoneal diagnóstico;
- (B) exploração local da ferida;
- (C) alta domiciliar;
- (D) reavaliação clínica após 24 horas;
- (E) laparotomia exploradora.

70

Existem importantes marcos anatômicos durante a correção cirúrgica de uma hérnia da região da virilha pelo acesso minimamente invasivo por via transperitoneal (TAPP).

Sobre esses marcos, é correto afirmar que:

- (A) o “triângulo da dor” se localiza lateralmente e abaixo do trato iliopúbico;
- (B) as hérnias indiretas se localizam entre os vasos epigástricos e o ligamento umbilical;
- (C) o trato iliopúbico divide os compartimentos inguinais anterior e posterior;
- (D) o “triângulo da desgraça” (*triangle of doom*) fica lateralmente aos vasos espermáticos;
- (E) as hérnias femorais se originam lateralmente ao ducto deferente e abaixo do trato iliopúbico.

71

Um paciente de 40 anos está internado em unidade de terapia intensiva, em estado grave, há 15 dias devido a sepsé de origem pulmonar. A despeito de doses altas de aminas vasoativas, mantém PAM de 60 mmHg e FC de 112 bpm (ritmo regular). Há 24 horas evoluiu com piora significativa do quadro clínico, com distensão abdominal e hipertimpanismo. Ao toque retal, evidenciou-se presença de moderada quantidade de muco e sangue.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é:

- (A) trombose arterial mesentérica;
- (B) trombose venosa mesentérica;
- (C) embolia da artéria mesentérica superior;
- (D) isquemia intestinal não oclusiva;
- (E) intussuscepção de intestino delgado.

72

Um paciente de 17 anos chega ao pronto-socorro com dor em hipocôndrio esquerdo após queda de bicicleta há cerca de 6 horas. Ao exame, está hipocorado +/4, com PA: 120 x 80 mmHg e FC: 88 bpm. Realiza tomografia computadorizada de abdômen, que mostra presença de pouca a moderada quantidade de líquido em hipocôndrio esquerdo com laceração grau III, em baço, sem extravasamento (*blush*) de contraste arterial. Apresenta hematócrito de 30% e hemoglobina de 9,5 mg/dL.

A melhor conduta nesse caso é:

- (A) observação por 12 horas na sala de emergência;
- (B) cristaloides intravenosos e observação clínica em UTI;
- (C) transfusão de concentrado de hemácias e embolização arterial por arteriografia;
- (D) cristaloides intravenosos e embolização arterial por arteriografia;
- (E) transfusão de concentrado de hemácias e laparotomia exploradora.

73

Uma paciente de 59 anos, diabética, hipertensa e dislipidêmica, em uso de metformina, rosuvastatina e captopril, relata também uso de escitalopram e clonazepam para tratamento de transtorno de ansiedade. Encontra-se em pré-operatório de colecistectomia eletiva.

A medicação de uso regular da paciente que deve ser suspensa em até 48 horas do procedimento é:

- (A) metformina;
- (B) rosuvastatina;
- (C) captopril;
- (D) escitalopram;
- (E) clonazepam.

74

Um paciente de 47 anos, etilista, apresenta emagrecimento, esteatorreia e diabetes mellitus e dor tipo barra de forte intensidade de difícil controle com opioides. Realizou tomografia de abdômen, que mostrou pâncreas atrofico, com calcificações, e ducto de Wirsung dilatado (1,5 cm) e tortuoso em toda a sua extensão, com estenoses e saculações.

A melhor conduta terapêutica nesse caso é:

- (A) alcoolização do plexo mesentérico;
- (B) papilotomia endoscópica com drenagem do Wirsung;
- (C) Wirsung-jejuno anastomose (Partington-Rochelle);
- (D) pancreatectomia cefálica com preservação duodenal (Beger);
- (E) pancreatectomia corpo-caudal.

75

A técnica de Sistrunk é utilizada no tratamento do(a):

- (A) tumor de parótida;
- (B) síndrome do desfiladeiro torácico;
- (C) tumor de Warthin;
- (D) cisto branquial;
- (E) cisto tireoglossal.

**76**

- No que diz respeito às fístulas anorretais, é correto afirmar que:
- (A) cerca de 50% dos pacientes que tiveram abscessos anorretais drenados irão desenvolver uma fístula;
  - (B) as fístulas anteriores, segundo a regra de Goodsall, têm um trajeto curvado, enquanto as posteriores têm trajeto retilíneo;
  - (C) as fístulas extraesfincterianas são as mais comuns, e são tratadas com esfincterotomia lateral;
  - (D) fístulas transesfinctéricas altas, que envolvem uma grande quantidade de músculo, são mais bem tratadas com fistulotomia;
  - (E) o uso de fio (seton) só está indicado em fístulas interesfinctéricas simples.

**77**

Um paciente de 30 anos, portador de síndrome de Down, chega ao ambulatório de cirurgia para avaliação cirúrgica de hérnia umbilical. Embora possua visível déficit cognitivo e mental, o paciente compreende de forma parcial as informações acerca da cirurgia.

Em relação ao termo de consentimento livre e esclarecido, é correto afirmar que:

- (A) deve ser assinado apenas pela mãe e lido em voz alta para o paciente;
- (B) deve ser assinado pela mãe e pelo paciente, visto que ele é maior de idade;
- (C) deve ser assinado apenas pelo paciente, visto que ele é maior de idade;
- (D) deve ser assinado pela mãe e deve ser apresentado termo de assentimento livre e esclarecido ao paciente;
- (E) não é necessário, pois se trata de procedimento de baixa complexidade.

**78**

Em relação à cicatrização de feridas, é correto afirmar que:

- (A) a principal célula envolvida no processo cicatricial é o linfócito *T-helper*, pois ele orchestra todas as fases de cicatrização;
- (B) o colágeno tipo I constitui a matriz inicial, dando lugar ao colágeno tipo III posteriormente;
- (C) a fase de maturação dura até cerca de 3 semanas após o início do processo cicatricial;
- (D) a angiogênese é o marco principal da fase inflamatória, ocorrendo nas primeiras 72 horas após a lesão;
- (E) a taxa de síntese de colágeno declina após 4 semanas, sendo equilibrada por sua degradação.

**79**

Em relação aos sarcomas de retroperitônio, é correto afirmar que:

- (A) o tipo histológico mais comum é o rabdomiossarcoma;
- (B) dois terços dos tumores são sarcomas de baixo grau;
- (C) o linfoma e a metástase de tumores testiculares são diagnósticos diferenciais possíveis;
- (D) a invasão de grandes vasos do retroperitônio é contraindicação para a ressecção cirúrgica;
- (E) a ressecção cirúrgica com linfadenectomia intercavaoártrica e de ilíacas é o tratamento de escolha.

**80**

Um paciente de 35 anos foi submetido a apendicectomia videolaparoscópica por diagnóstico de apendicite aguda. Durante o intraoperatório, foi visto tumor de ponta de apêndice, cujo resultado histopatológico foi tumor carcinoide de 1,5 cm com margens livres de doença neoplásica.

A melhor conduta nesse caso é:

- (A) observação clínica e radiológica;
- (B) hemicolectomia direita;
- (C) ileotiflectomia;
- (D) ressecção do trajeto dos trocartes;
- (E) quimioterapia adjuvante.

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

Realização

