

# 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.
- O candidato somente poderá retirar-se definitivamente da sala de aplicação das provas após **1 (uma) hora** de seu início. Será permitido ao candidato levar **apenas o gabarito rascunho** com suas respostas, para posterior conferência da nota.

### 3. INFORMAÇÕES GERAIS

- O final deste caderno contará com uma folha adicional, destinada exclusivamente para anotações do gabarito rascunho do candidato. Essa folha **não possui validade para fins de avaliação**, e o candidato poderá retirá-la e levá-la consigo após 1 (uma) hora de prova.
- 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 esferográfica de tinta azul ou preta, feita de material transparente, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- Reserve tempo suficiente para preencher suas respostas. Para fins de avaliação, serão consideradas **apenas** as marcações feitas na Folha de Respostas da prova objetiva.
- Ao se retirar, entregue ao Fiscal de Sala a **Folha de Respostas** preenchida e assinada, bem como o **Caderno de Prova** objetiva.

### SERÁ ELIMINADO do presente certame o candidato que:

- a) for surpreendido, durante as provas, em qualquer tipo de comunicação com outro candidato;
- b) for surpreendido portando, aparelhos eletrônicos, tais como *wearable tech*, máquinas calculadoras, agendas eletrônicas e(ou) similares, telefones celulares, *smartphones*, *tablets*, *ipods*®, gravadores, pendrive, *mp3* e(ou)similar, relógio de qualquer espécie, alarmes, chaves com alarme ou com qualquer outro componente eletrônico, fones de ouvido e(ou) qualquer transmissor, gravador e(ou) receptor de dados, imagens, vídeos e mensagens etc.;
- c) se ausentar da sala em que se realizam as provas levando consigo o Caderno de Questões e/ou a Folha de Respostas ou se recusar a entregar a Folha de Respostas e o Caderno de Prova, quando terminar o tempo estabelecido;
- d) for surpreendido portando qualquer recipiente ou embalagem que não seja fabricado com material transparente, tais como garrafa de água, suco ou refrigerante e embalagem de alimentos (biscoitos, barras de cereais, chocolate, balas etc.);
- e) não assinar a Lista de Presença e/ou a Folha de Respostas.

**CIRURGIA GERAL****QUESTÃO 01**

São ramos da aorta abdominal no sentido craniocaudal:

- (A) Tronco celíaco, frênica inferior, mesentérica superior, mesentérica inferior, gonadal e renal.
- (B) Frênica inferior, tronco celíaco, mesentérica superior, renal, mesentérica inferior e gonadal.
- (C) Tronco celíaco, frênica inferior, mesentérica superior, gonadal, renal, mesentérica inferior.
- (D) Frênica inferior, tronco celíaco, mesentérica superior, renal, gonadal e mesentérica inferior.
- (E) Frênica inferior, tronco celíaco, gonadal, mesentérica superior, renal e mesentérica inferior.

**QUESTÃO 02**

Paciente apresentou perfuração iatrogênica durante dilatação de esôfago (para tratamento de acalasia). Foi submetido a reparo cirúrgico que encontrou muita dificuldade devido ao processo inflamatório e hematoma. O cirurgião optou por rafia do esôfago na transição (4 pontos) e uma válvula total cobrindo a sutura. No 7 pós-operatório apresentava vômitos com restos alimentares e distensão epigástrica. Qual é a principal hipótese?

- (A) Estenose na rafia
- (B) Obstrução da funduplicatura
- (C) Lesão inadvertida de nervo vago
- (D) Úlcera péptica
- (E) Abscesso subfrênico

**QUESTÃO 03**

Paciente de 78 anos, masculino, operado em urgência com neoplasia cólon sincrônica, realizado colectomia total com ileostomia terminal. IMC:20, albumina de 3,0 g perda de peso 5% em 15 dias. No 2 PO com dose baixa de noradrenalina, entubado, SNG débito de 1200 ml e ileostomia não funcionando. Assinale a alternativa que indica a conduta correta.

- (A) Iniciar suporte nutricional imediato com dieta por sonda gástrica.
- (B) Aguardar até o 5 PO para iniciar suporte nutricional enteral.
- (C) Iniciar suporte nutricional com nutrição parenteral imediatamente.
- (D) Aguardar até 5 PO para iniciar dieta parenteral.
- (E) Manter sem suporte até 10 PO e então decidir a melhor via nutricional.

**QUESTÃO 04**

Qual técnica cirúrgica de correção de hérnia não utiliza prótese?

- (A) Shouldice
- (B) Tapp
- (C) TEP
- (D) Stoppa
- (E) Rives-stoppa

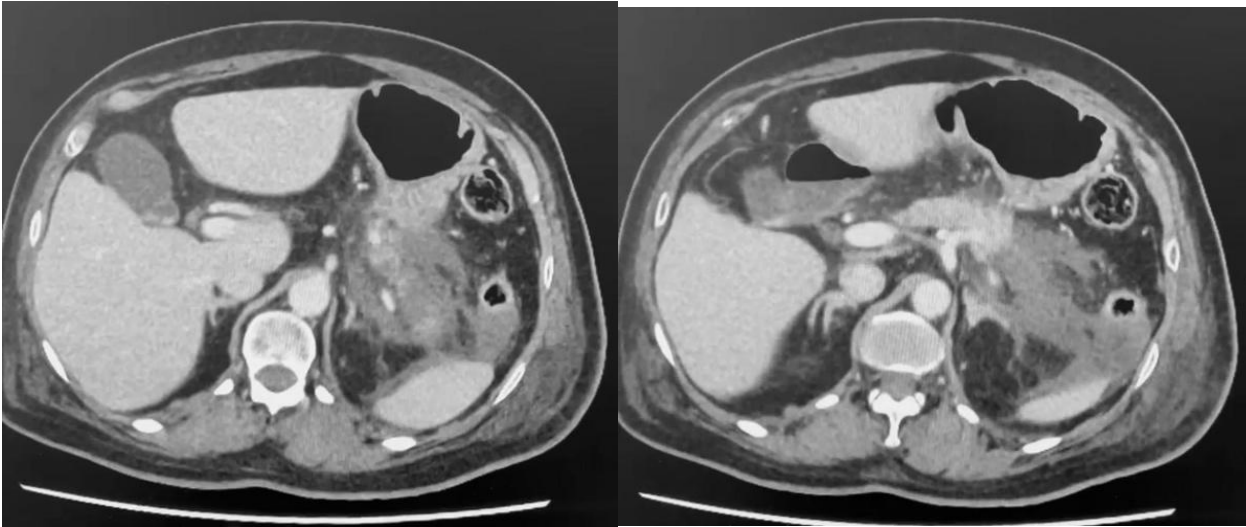
**QUESTÃO 05**

A utilização de ampicilina em esquema terapêutico empírico para tratamento de peritonite tem como principal objetivo cobertura para:

- (A) *Pseudomonas*.
- (B) *Enterococcus faecalis*.
- (C) *Streptococcus*.
- (D) *Haemophilus influenzae*.
- (E) Bactérias ESBL positiva.

**QUESTÃO 06**

Paciente com pancreatite aguda que necessitou durante 36 h de droga vasoativa no início de tratamento, realizou a tomografia com contraste endovenoso no quinto dia de internação, conforme abaixo.

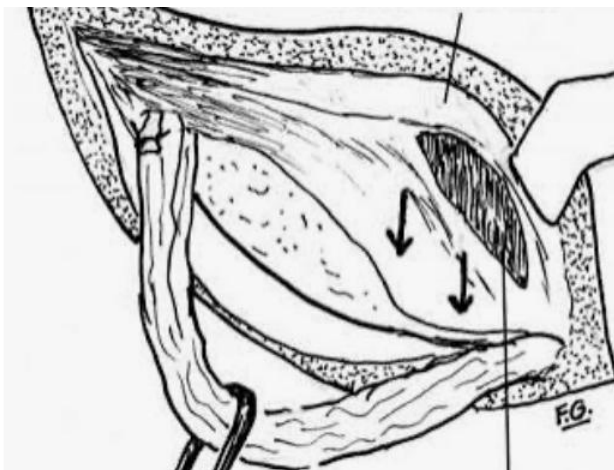


De acordo com as informações e tomografia acima, assinale a alternativa correta.

- (A) Pancreatite leve com coleção necrótica.
- (B) Pancreatite moderadamente grave com coleção fluida.
- (C) Pancreatite grave com coleção fluida.
- (D) Pancreatite grave com necrose.
- (E) Pancreatite moderadamente grave com necrose.

**QUESTÃO 07**

Observe este esquema de uma cirurgia de correção de hérnia:



As duas setas representam uma incisão relaxadora sobre:

- (A) o reto abdominal.
- (B) a fáscia transversal.
- (C) o oblíquo interno.
- (D) o oblíquo externo.
- (E) o ligamento inguinal.

---

**QUESTÃO 08**

---

Paciente de 62 anos em pré-operatório para gastrectomia subtotal (adenocarcinoma de antro) por vídeo. Dos exames pré-operatório relevante tem albumina de 2,5 mg/dl, creatinina de 0,9 mg/dl, proteína C reativa normal. Hemoglobina de 9,8 g/d e tomografia sem metástase ou linfonodos suspeitos. Em relação ao suporte nutricional, assinale a alternativa correta.

- (A) Nutrição pré-operatória até albumina sérica de controle atingir 3,0 g/dl e sulfato ferroso oral.
- (B) Nutrição enteral com meta proteica de 0,9 g/kg por dia por 10 dias e transfusão de 1 unidade de sangue na véspera da cirurgia.
- (C) Nutrição parenteral por 7 dias e sulfato ferroso com ácido fólico por via oral.
- (D) Nutrição enteral por 14 dias na meta proteica e calórica associado a sulfato ferroso e ácido fólico por via oral.
- (E) Suporte nutricional por via oral com 1,5 g/kg dia de proteína por 10-14 dias e ferro injetável e ácido fólico.

---

**QUESTÃO 09**

---

Quanto à diverticulite de cólon qual destes fatores não representa maior risco?

- (A) Primeiro surto
- (B) Coleção maior 5 centímetros
- (C) Tabagismo
- (D) PCR menor que 15
- (E) Peritonite

---

**QUESTÃO 10**

---

Qual destes sinais/sintomas pode ocorrer na hérnia de hiato mista que raramente se apresentam na hérnia de hiato por deslizamento?

- (A) Azia
- (B) Disfagia
- (C) Regurgitação
- (D) Anemia
- (E) Dor torácica

---

**QUESTÃO 11**

---

Paciente de 42 anos, portador de megaesôfago chagásico grau 3 de Rezende, foi submetido a cardiomiectomia por vídeo com funduplicatura parcial de 180 graus. Refere não ter tido melhora significativa da disfagia mesmo após 60 dias do procedimento. Assinale a alternativa correta em relação à provável causa.

- (A) Refluxo por falta da histoplastia.
- (B) Refluxo por válvula parcial ineficaz.
- (C) Estenose péptica do esôfago.
- (D) História natural de megaesôfago avançada.
- (E) Miotomia incompleta.

---

**QUESTÃO 12**

---

A neoplasia intraductal mucinosa de pâncreas (IPMN) tem, nos critérios de Fukuoka, as melhores diretrizes. Qual das alternativas a seguir representa a indicação cirúrgica mais incontestável?

- (A) Ducto pancreático principal com tamanho de 13 mm.
- (B) Nódulo de 3 mm em ducto pancreatite principal de 8 mm.
- (C) Nódulo de 6 mm sem realce vascular em cisto de ducto secundário de 25 mm.
- (D) Amilase e CA 19.9 elevado em líquido cístico.
- (E) Glicose menor de 40 mg/dl em líquido cístico.

**QUESTÃO 13**

Paciente de 52 anos, feminino, com pancreatite aguda não complicada BISAP 0. Fez ultrassom que mostrou colelitíase, colédoco de 5 mm sem cálculo. Bilirrubina de 3,8 às custas de direta, com gamaGT e fosfatase alcalina com elevação de 1x o valor normal. Assinale a alternativa correta quanto ao risco de colelitíase e conduta segundo Guide da Associação Americana de Gastroenterologia (AAG), 2022.

- (A) Risco baixo, só “colangio” intraoperatória.
- (B) Risco intermediário, “colangio” intraoperatório ou colangioproctografia.
- (C) Risco intermediário, “colangio” intraoperatória, colangioproctografia ou colangioproctografia endoscópica retrógrada (CPRE).
- (D) Risco alto, colangioproctografia endoscópica retrógrada (CPRE).
- (E) Risco baixo, colangioproctografia endoscópica retrógrada (CPRE).

**QUESTÃO 14**

Durante uma colecistectomia por videolaparoscopia complicada (colecistite aguda com 5 dias de história), após horas de dissecação conseguiu-se liberar todo o infundíbulo, sem lesão, e isolar a artéria cística. Não se consegue identificar com clareza a transição do ducto cístico com o colédoco. Nesta situação qual conduta não é apropriada?

- (A) Realização de colecistectomia parcial.
- (B) Colangiografia pela vesícula.
- (C) Conversão para a cirurgia aberta.
- (D) Continuação da dissecação na região do colédoco e possível ducto cístico.
- (E) Colecistotomia no fundo da vesícula.

**QUESTÃO 15**

Paciente de 32 anos retorna após apendicectomia realizada por videolaparoscopia (apendicite perfurado na ponta do órgão). Familiar encontra-se muito nervoso, tendo lido na biópsia que havia um câncer associado à apendicite, e teme que o paciente provavelmente seja reoperado. Em relação a esse cenário, analise a alternativa correta.

- (A) A reoperação só seria indicada se fosse um adenocarcinoma.
- (B) A reoperação seria indicada pois era uma apendicite perfurada e um tumor neuroendócrino bem diferenciado de 0,9 mm.
- (C) Não tem indicação pra colectomia complementar em neoplasia de apêndice.
- (D) O melhor cenário seria um tumor neuroendócrino bem diferenciado de 1,5 cm comparado com neoplasia mucinosa bem diferenciado.
- (E) Uma PET CT com FDG imediatamente seria a melhor conduta para qualquer tipo neoplasia de apêndice nesse caso.

**QUESTÃO 16**

Mulher de 42 anos procura o serviço de emergência com dor abdominal de forte intensidade iniciada há 3 horas, de caráter súbito, acompanhada de náuseas e defesa abdominal difusa. Nega traumatismo. A hipótese diagnóstica é de abdome agudo perfurativo. Identifique o exame de imagem mais adequado para confirmar o diagnóstico e localizar a perfuração:

- (A) Ultrassonografia de abdome total.
- (B) Radiografia simples de abdome em três incidências.
- (C) Ressonância magnética de abdome.
- (D) Tomografia computadorizada de abdome com contraste.
- (E) Endoscopia digestiva alta.

---

**QUESTÃO 17**

---

Pós-operatório imediato de neurólise periférica em hanseníase, com foco em controle inflamatório sistêmico, indique a conduta medicamentosa padrão na ausência de contraindicações:

- (A) Anti-inflamatório não esteroidal por 14 dias, sem desmame.
- (B) Talidomida em baixa dose contínua por 8 semanas.
- (C) Prednisona 1 mg/kg por 4 semanas, com redução semanal de 5 mg após esse período.
- (D) Corticoide em choque por 3 dias e suspensão imediata.
- (E) Gabapentinoide diário por 6 semanas como monoterapia.

---

**QUESTÃO 18**

---

Em um procedimento cirúrgico ambulatorial, o rigor no controle da temperatura e do ambiente acústico da sala é fundamental, não apenas para a equipe, mas também para o bem-estar e a cooperação do paciente, especialmente enquanto consciente:

- (A) Conversas colaterais e ruídos metálicos devem ser atenuados apenas após a indução anestésica, pois o paciente sedado não assimila estímulos externos.
- (B) A temperatura da sala deve ser mantida preferencialmente acima de 25 °C para garantir o conforto térmico do paciente e evitar hipotermia.
- (C) Rangidos de metais, comuns na lida com instrumentais, devem ser atenuados enquanto o paciente estiver consciente; porque podem ser interpretados como evento nocivo prestes a acontecer.
- (D) O silêncio absoluto não é necessário, desde que a temperatura da sala seja mantida rigorosamente entre 24 °C e 26 °C.
- (E) A cooperação e a confiança do paciente não são influenciadas pelos cuidados com o ambiente acústico da sala cirúrgica.

---

**QUESTÃO 19**

---

Durante a preparação para um procedimento cirúrgico, a escolha do agente antisséptico é crucial para a degermação. Diferentes substâncias possuem perfis de ação, eficácia e poder residual distintos. Considerando as características dos antissépticos mais utilizados na prática cirúrgica, selecione a afirmativa correta:

- (A) Os álcoois, como o etanol, possuem excelente atividade bacteriana e fungicida, destacando-se por um potente e duradouro poder residual.
- (B) Os iodóforos são conhecidos por sua rápida ação microbiana, sendo a primeira escolha em presença de matéria orgânica, como o sangue.
- (C) A eficácia dos álcoois alifáticos não é alterada caso as mãos estejam sujas ou contaminadas, devido à sua rápida ação por desnaturação proteica.
- (D) A clorexidina apresenta uma atividade microbiana mais lenta que a dos álcoois, porém com um potente poder residual e baixa interferência de matéria orgânica.
- (E) O gluconato de clorexidina em formulações acima de 5% é o ideal, pois apresenta a menor taxa de reações alérgicas ou tóxicas.

---

**QUESTÃO 20**

---

Em infecções da mão em pacientes com hanseníase, considere a antibioticoterapia e assinale a conduta inicial ideal quanto à coleta de material e início do antibiótico:

- (A) Iniciar antibiótico empírico e dispensar coleta para cultura.
- (B) Coletar material para antibiograma e aguardar o resultado sem cobertura.
- (C) Coletar material para antibiograma e iniciar antibioticoterapia após a coleta; se houver demora, iniciar de amplo espectro.
- (D) Prescrever antibiótico tópico exclusivamente após drenagem.
- (E) Realizar corticosteroide sistêmico e postergar antibiótico.

**QUESTÃO 21**

Um cirurgião, ao planejar o fechamento de uma ferida, deve considerar a configuração física do fio de sutura, pois isso impacta diretamente o risco infeccioso e o manuseio. Os fios podem ser monofilamentares ou multifilamentares, cada um com vantagens e desvantagens específicas:

- (A) Os fios multifilamentares são preferidos por apresentarem menor risco infeccioso e menor traumatismo tecidual.
- (B) Os fios monofilamentares, apesar de menos flexíveis, são vantajosos por não proporcionarem espaços para a formação de colônias bacterianas.
- (C) Os fios multifilamentares possuem menor força tênsil, embora sejam mais fáceis de manusear que os monofilamentares.
- (D) A Poliglactina 910 (Vicryl) é um exemplo clássico de fio monofilamentar sintético utilizado para fechar aponeuroses.
- (E) A Poliamida (Nylon) é um fio sintético disponível exclusivamente na configuração multifilamentar.

**QUESTÃO 22**

Na prática cirúrgica, diferentes técnicas de sutura com pontos separados são empregadas para garantir a correta coaptação das bordas da ferida, variando em tensão, resultado estético e indicação. Os pontos em U são frequentemente utilizados em situações específicas:

- (A) O ponto em U horizontal (Colchoeiro) é primariamente utilizado para promover a invaginação das bordas da ferida.
- (B) O ponto em U vertical (Donatti) não é recomendado para suturas sob tensão, pois possui um resultado estético superior ao ponto simples.
- (C) O ponto em U vertical (Donatti) consiste em duas transfixações no mesmo nível de profundidade, visando apenas a sustentação da pele.
- (D) O ponto em U horizontal (Donatti) e o ponto em U vertical (Colchoeiro) são sinônimos e usados para o fechamento da pele sem tensão.
- (E) O ponto em U horizontal (Colchoeiro) é considerado um bom ponto para hemostasia e suturas com tensão, como em aponeuroses.

**QUESTÃO 23**

Durante a realização de uma laparotomia exploradora, o cirurgião opta por antissepsia da pele utilizando solução alcoólica. Sobre a escolha e uso de antissépticos em cirurgias do trato digestivo, selecione a alternativa correta:

- (A) O gluconato de clorexidina é contraindicado em todos os procedimentos abdominais devido risco de toxicidade sistêmica.
- (B) O álcool a 70% é mais indicado que a povidona-iodo para procedimentos envolvendo mucosas extensas.
- (C) A clorexidina apresenta vantagem sobre outros agentes por manter efeito residual sobre a pele após a aplicação.
- (D) A povidona-iodo não possui ação contra bactérias gram-negativas e, por isso, deve ser evitada em cirurgias intestinais.
- (E) O ácido peracético é recomendado para preparo de pele em cirurgias com tempo prolongado de duração.

**QUESTÃO 24**

Paciente diabético é submetido à cirurgia vascular periférica. Durante o seguimento pós-operatório, observa-se atraso no processo de cicatrização. Qual fator está associado especificamente à cicatrização prejudicada em pacientes com essa condição?

- (A) Deficiente angiogênese causada por hiperglicemia persistente.
- (B) Excessiva deposição de matriz extracelular pelo tecido conectivo.
- (C) Ativação exagerada da resposta inflamatória sistêmica.
- (D) Destruição acelerada de fibroblastos por ação de antibióticos tópicos.
- (E) Aumento da síntese de colágeno tipo III nas fases finais da reparação.

**QUESTÃO 25**

A eficácia de um nó cirúrgico depende da técnica empregada, do tipo de fio utilizado e da tensão nos tecidos. A escolha inadequada do nó pode resultar em deslizamento e falha da sutura. Considerando os tipos de nós cirúrgicos e suas propriedades, identifique a afirmativa correta:

- (A) O nó do cirurgião, ou duplo, é útil em tecidos sob tensão, pois a volta dupla inicial confere-lhe uma propriedade autoestática que evita o deslizamento.
- (B) O nó antideslizante, ou quadrado, é formado por dois seminós aplicados no mesmo sentido, sendo o mais suscetível a deslizamentos.
- (C) O nó deslizante comum, ou torto, é o mais utilizado em cirurgias, pois seus seminós em espelho garantem a maior segurança contra o afrouxamento.
- (D) O nó do cirurgião é preferido por possuir um volume menor em comparação aos demais, o que diminui a reação tecidual do tipo corpo estranho.
- (E) O nó em roseta é especificamente utilizado para a ligadura de grandes vasos, pois sua técnica por torção garante hemostasia eficaz.

**QUESTÃO 26**

O acesso venoso periférico, embora rotineiro, está sujeito a complicações locais que podem ocorrer tanto durante a inserção quanto na sua utilização. O reconhecimento preciso desses eventos adversos é essencial para o manejo adequado do paciente:

- (A) A flebite é definida como o derramamento de uma solução não vesicante do vaso para o tecido circunvizinho.
- (B) A infiltração é uma complicação grave caracterizada pela presença de trombose associada à inflamação da veia.
- (C) O extravasamento ocorre quando há o derramamento de uma solução não vesicante, causando apenas edema local.
- (D) A flebite, uma complicação comum, manifesta-se por dor, hiperemia, calor local e, por vezes, a presença de um cordão fibroso palpável no trajeto da veia.
- (E) Danos a nervos durante a punção são caracterizados por um hematoma local com interrupção do fluxo de infusão.

**QUESTÃO 27**

Paciente feminina, 73 anos, portadora de Alzheimer, é admitida para correção cirúrgica de fratura de fêmur. No pós-operatório, há indicação de sondagem vesical para controle de débito urinário. Qual medida minimiza o risco de infecção urinária nesse procedimento?

- (A) Utilizar sonda Foley sem rigor de técnica asséptica, trocando a sonda a cada dois dias.
- (B) Realizar antisepsia rigorosa do meato uretral antes da inserção da sonda, mantendo sistema fechado.
- (C) Priorizar sistema aberto para facilitar avaliação do débito, optando por troca diária da sonda.
- (D) Utilizar sonda rígida, introduzindo sem lubrificação a cada troca de plantão.
- (E) Manter irrigação vesical contínua durante todo o pós-operatório, independentemente de indicação clínica.

**QUESTÃO 28**

Ao selecionar o sítio de punção para um acesso venoso central, o profissional deve considerar a anatomia do paciente, a urgência do procedimento e os riscos associados a cada local. Com base nas características dos principais acessos, indique a afirmativa correta:

- (A) A punção da veia femoral comum é preferida em cenários de emergência por não apresentar risco de pneumotórax, sendo também o sítio com menor taxa de infecção.
- (B) A punção da veia subclávia é a via de menor risco para pneumotórax, sendo ideal para profissionais inexperientes.
- (C) A veia jugular interna esquerda é preferida à direita, pois se distancia do ducto torácico e possui um trajeto mais curto.
- (D) A veia jugular interna é o acesso de maior risco para pneumotórax, devendo ser evitada em pacientes submetidos à traqueostomia.
- (E) O acesso pela veia subclávia apresenta vantagens como menor tendência de colapamento venoso e é considerado o acesso com menor risco de infecção de sítio de punção.

---

**QUESTÃO 29**

---

A obtenção de um acesso venoso central pela técnica de Seldinger envolve uma sequência de passos precisos, desde a localização da veia até a passagem do cateter, exigindo preparação e antisepsia rigorosas. Sobre estas etapas, assinale a alternativa correta:

- (A) A técnica de Seldinger preconiza a punção venosa com agulha, a introdução do dilatador tecidual e, somente então, a passagem do fio-guia.
- (B) A antisepsia cutânea para o acesso venoso central deve ser feita preferencialmente com soluções aquosas, pois a clorexidina alcoólica a 0,5% está associada a maiores taxas de infecção.
- (C) A profilaxia antimicrobiana antes da colocação de um cateter venoso central percutâneo é uma prática padrão e obrigatória para reduzir infecções.
- (D) Após a punção venosa com agulha e a introdução do fio-guia, realiza-se a retirada da agulha, podendo-se fazer uma pequena incisão para facilitar a passagem do dilatador tecidual sobre o fio-guia.
- (E) O uso de ultrassom é indicado apenas para avaliar variações anatômicas antes do procedimento, não sendo útil para guiar a inserção da agulha dinamicamente.

---

**QUESTÃO 30**

---

Durante a realização de uma drenagem torácica no quinto espaço intercostal, a equipe cirúrgica deve ter conhecimento preciso da anatomia local para evitar lesões iatrogênicas. Considerando a técnica de dissecação e a relação com estruturas vasculonervosas, identifique o passo técnico descrito corretamente:

- (A) A incisão transversa de 2 cm a 3 cm deve ser seguida pela dissecação romba das partes moles junto à borda inferior do arco costal.
- (B) A perfuração da pleura parietal deve ser realizada com a ponta do bisturi para garantir uma abertura precisa e evitar lesões pulmonares.
- (C) O dreno, em casos de pneumotórax, deve ser direcionado inferiormente e anteriormente à parede interna da caixa torácica.
- (D) O local de eleição para a incisão é o quinto espaço intercostal, na linha axilar posterior, para melhor drenagem de hemotórax.
- (E) A dissecação romba das partes moles deve ser feita junto à borda superior do arco costal para evitar o feixe vasculonervoso.

**GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA****QUESTÃO 31**

Paciente de 58 anos, nuligesta, procura atendimento referindo aumento do volume abdominal há 3 meses, associado a desconforto pélvico e dispneia aos moderados esforços. Nega febre ou perda ponderal. Ao exame físico: massa pélvica palpável até cicatriz umbilical, macicez móvel em flancos e abdome distendido. Realizada ultrassonografia transvaginal que evidencia massa anexial direita complexa, multiloculada, com septos espessos e vegetações papilares, medindo 12 x 10 cm, associada a ascite moderada. CA-125: 680 U/mL. Tomografia de abdome e pelve demonstra implantes peritoneais < 2 cm em epíplon e ausência de doença extra-abdominal. CEA e AFP normais. Considerando o estadiamento e os critérios de ressecabilidade, qual a melhor conduta para esta paciente?

- (A) Quimioterapia neoadjuvante com carboplatina e paclitaxel por 3 ciclos seguida de cirurgia citorrredutora intervalar, reservando a linfadenectomia para casos com linfonodos clinicamente suspeitos.
- (B) Cirurgia citorrredutora primária com objetivo de ressecção completa (R0) incluindo histerectomia, salpingo-ooforectomia bilateral, omentectomia infracólica e linfadenectomia pélvica e para-aórtica sistemática.
- (C) Laparoscopia diagnóstica com cálculo do índice de carcinomatose peritoneal (PCI) seguida de quimioterapia neoadjuvante se  $PCI > 20$  ou cirurgia primária se  $PCI \leq 20$ .
- (D) Cirurgia citorrredutora primária visando ressecção macroscópica completa, porém sem linfadenectomia sistemática devido à ausência de linfonodos aumentados na tomografia.
- (E) Cirurgia citorrredutora primária com histerectomia, salpingo-ooforectomia bilateral e omentectomia, seguida de linfadenectomia seletiva guiada por linfonodo sentinela com tecnécio-99.

**QUESTÃO 32**

Paciente de 28 anos, IMC 34 kg/m<sup>2</sup>, comparece ao ambulatório com queixa de irregularidade menstrual desde a menarca (ciclos de 45-90 dias), hirsutismo moderado (escore de Ferriman-Gallwey: 14) e infertilidade primária há 2 anos. Nega galactorreia. Exame físico: acantose nigricans em região cervical e axilas, razão cintura/quadril: 0,89. Exames laboratoriais: testosterona total: 82 ng/dL (VR: 15-70), SDHEA: 180 mcg/dL (VR: 35-430), 17-OH-progesterona: 1,2 ng/mL, TSH: 2,4 mUI/L, prolactina: 18 ng/mL. ultrassonografia transvaginal: ovários com volume aumentado (direito: 14 cm<sup>3</sup>, esquerdo: 12 cm<sup>3</sup>) e > 12 folículos antrais de 2-9 mm em cada ovário, distribuídos periféricamente. Glicemia de jejum: 104 mg/dL, insulina de jejum: 28 mcUI/mL (VR: 2-25), HOMA-IR: 7,2. Além das orientações de mudança de estilo de vida, qual a melhor abordagem terapêutica inicial para esta paciente?

- (A) Metformina 2.000 mg/dia isoladamente, com reavaliação dos ciclos menstruais em 6 meses e introdução de anticoncepcional oral apenas se não houver regularização.
- (B) Metformina 2.000 mg/dia + anticoncepcional oral combinado (etinilestradiol 30 mcg + drospirenona 3 mg).
- (C) Anticoncepcional oral combinado (etinilestradiol 35 mcg + acetato de ciproterona 2 mg) isoladamente, reservando metformina para pacientes com diabetes estabelecido.
- (D) Citrato de clomifeno 50 mg do 5º ao 9º dia do ciclo associado a metformina 1.500 mg/dia para indução de ovulação imediata.
- (E) Espironolactona 100 mg/dia + metformina 2.000 mg/dia, sem anticoncepcional, priorizando o tratamento do hiperandrogenismo e resistência insulínica.

**QUESTÃO 33**

Paciente de 68 anos, 4 gestações e 4 partos vaginais, IMC 29 kg/m<sup>2</sup>, procura atendimento com queixa de "sensação de bola saindo pela vagina" há 18 meses, com piora progressiva. Refere necessidade de redução digital para evacuar, incontinência urinária aos esforços moderada e sensação de esvaziamento vesical incompleto. Nega cirurgias pélvicas prévias. Ao exame físico em posição de litotomia com manobra de Valsalva: prolapso da parede vaginal anterior com exteriorização de 4 cm além do hímen, associado a prolapso da cúpula vaginal (pós-histerectomia há 15 anos por miomatose) que atinge 2 cm além do hímen. Parede vaginal posterior sem alterações significativas. Teste do cotonete positivo (ângulo > 30°). Exame urodinâmico: incontinência urinária de esforço sem instabilidade detrusora, ausência de obstrução infravesical. Resíduo pós-miccional: 120 mL. Segundo a classificação POP-Q e considerando o melhor resultado anatômico a longo prazo, qual o procedimento cirúrgico mais adequado?

- (A) Colporrafia anterior com plicatura da fásia pubocervical associada a correção da cúpula vaginal por colpopenia sacroespinal unilateral.
- (B) Sacrocolpopenia laparoscópica com tela de polipropileno sem procedimento anti-incontinência concomitante, realizando sling apenas se IUE persistir no pós-operatório.
- (C) Sacrocolpopenia laparoscópica com tela de polipropileno e sling retropúbico sintético concomitante.
- (D) Colpopenia sacroespinal bilateral com colporrafia anterior e sling retropúbico em tempo único.
- (E) Sacrocolpopenia por laparotomia com tela biológica (derme porcina) e sling pubovaginal com fásia autóloga em dois tempos cirúrgicos.

**QUESTÃO 34**

Paciente de 62 anos, nuligestas, hipertensa e diabética tipo 2 em tratamento, IMC 36 kg/m<sup>2</sup>, apresenta sangramento vaginal irregular há 4 meses. Nega terapia hormonal. Ultrassonografia transvaginal: endométrio espessado medindo 18 mm, heterogêneo, útero com 280 cm<sup>3</sup>. Biópsia de endométrio: adenocarcinoma endometriode grau 2. Ressonância magnética de pelve: lesão restrita ao endométrio sem invasão miometrial visível, colo uterino livre, ovários sem alterações. CA-125: 28 U/mL. Tomografia de tórax e abdome sem evidências de doença metastática. Paciente é submetida a histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral e linfadenectomia pélvica. Anatomopatológico da peça cirúrgica: adenocarcinoma endometriode grau 2, invasão de 8 mm em miométrio com espessura total de 10 mm (80% de invasão), sem invasão linfovascular, sem comprometimento cervical. Foram ressecados 18 linfonodos pélvicos, todos negativos. Segundo os critérios de risco para metástases linfonodais e a classificação FIGO atual, qual o estadiamento e a conduta adjuvante mais adequada?

- (A) Estádio IB de risco intermediário-alto - Braquiterapia vaginal isolada (21 Gy em 3 frações).
- (B) Estádio IB de risco intermediário-alto - Radioterapia pélvica externa (45-50 Gy) sem braquiterapia devido à ausência de invasão linfovascular.
- (C) Estádio IB de alto risco - Radioterapia pélvica externa (45-50 Gy) + braquiterapia vaginal (boost de 10-15 Gy).
- (D) Estádio IB de risco intermediário - Observação clínica com seguimento trimestral, reservando radioterapia para recidivas.
- (E) Estádio IB de alto risco - Quimioterapia adjuvante com carboplatina e paclitaxel por 6 ciclos seguida de braquiterapia vaginal.

**QUESTÃO 35**

Paciente de 34 anos, nuligesta, com história de dismenorreia progressiva grave (EVA 9/10) refratária a anti-inflamatórios e anticoncepcionais combinados contínuos há 3 anos, dispareunia profunda e disquezia cíclica intensa. Refere dois episódios de hematoquezia durante menstruação. Ao exame físico: espessamento e nodulações dolorosas em fundo de saco posterior, útero retrovertido e fixo. Ressonância magnética de pelve: múltiplos implantes endometrióticos no septo retovaginal, ligamentos uterossacros espessados e retração do fundo de saco posterior, além de lesão nodular em parede anterior do retossigmoide (8 cm da borda anal) medindo 3,5 cm, com envolvimento da camada muscular própria e alcançando até camada submucosa, determinando estenose luminal de aproximadamente 60%. Endometriomas bilaterais (direito: 4 cm, esquerdo: 3 cm). Colonoscopia: compressão extrínseca em retossigmoide com mucosa íntegra. CA-125: 185 U/mL. Considerando a complexidade do quadro e as melhores evidências atuais, qual a conduta mais adequada?

(A) Análogo de GnRH por 6 meses para redução máxima das lesões seguido de reavaliação clínica e de imagem para planejamento cirúrgico.

(B) Ressecção segmentar do retossigmoide em bloco com a lesão endometriótica, cistectomia de endometriomas bilaterais e ressecção completa de implantes profundos, em equipe multidisciplinar.

(C) Shaving (raspagem) da lesão intestinal preservando a luz intestinal, cistectomia dos endometriomas e ressecção de focos peritoneais, seguida de terapia hormonal contínua em longo prazo.

(D) Ressecção discoide da lesão intestinal com sutura primária, cistectomia de endometriomas e neurectomia pré-sacral para controle da dor pélvica.

(E) Histerectomia total com anexectomia bilateral e ressecção da lesão intestinal por shaving, considerando a gravidade dos sintomas e idade da paciente.

**QUESTÃO 36**

Casal de 36 (mulher) e 38 anos (homem), com 3 anos de infertilidade primária, procura atendimento especializado. Paciente relata ciclos menstruais regulares (28-30 dias), nega cirurgias pélvicas prévias. Parceiro sem comorbidades. Exames da paciente: FSH no 3º dia do ciclo: 14,2 mUI/mL (VR: 3-10), hormônio antimülleriano (AMH): 0,8 ng/mL (VR: 1-4), estradiol no 3º dia: 65 pg/mL, ultrassonografia transvaginal: contagem de folículos antrais (CFA) = 4 (ambos os ovários). Histerossalpingografia: tubas pérvias bilateralmente. Espermiograma do parceiro: volume 3,2 mL, concentração 48 milhões/mL, motilidade progressiva 52%, morfologia 5% (critério de Kruger). Cariotipo do casal: 46,XX e 46,XY normais. Sorologias negativas para ambos. Considerando os marcadores de reserva ovariana e as diretrizes atuais de reprodução assistida, qual a melhor estratégia terapêutica para este casal?

(A) Inseminação intrauterina com estimulação ovariana controlada (gonadotrofinas) por até 4 ciclos, seguida de FIV se insucesso, mesmo em caso de resposta ovariana muito baixa.

(B) FIV com protocolo de antagonista de GnRH, priorizando vitrificação de oócitos em múltiplos ciclos para posterior fertilização.

(C) Fertilização in vitro (FIV) com protocolo de antagonista de GnRH e transferência embrionária após cada ciclo de estimulação.

(D) Coito programado com citrato de clomifeno 100 mg por 3 ciclos seguido de IIU com gonadotrofinas por 3 ciclos, reservando FIV como última opção.

(E) Ovorecepção (ovodoação) imediata considerando a reserva ovariana muito baixa (AMH < 1 ng/mL e FSH > 12 mUI/mL).

**QUESTÃO 37**

Paciente de 42 anos, nuligesta, com história de menorragia progressiva há 2 anos, anemia ferropriva crônica refratária a tratamento oral (Hb: 8,2 g/dL, ferritina: 8 ng/mL), apesar de uso de ácido tranexâmico e sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) há 18 meses. Refere fadiga intensa e limitação nas atividades diárias. Nega desejo de gravidez futura. Ao exame físico: útero aumentado de volume, equivalente a 14 semanas, móvel. Ultrassonografia transvaginal: útero com 480 cm<sup>3</sup>, mioma submucoso tipo 1 (FIGO) de 6 cm em parede anterior do corpo uterino, projetando-se 80% para cavidade, com pedículo de 2,5 cm de diâmetro. Outros 3 miomas intramurais entre 2-4 cm. Endométrio com 8 mm. Ressonância magnética confirma achados e não evidencia adeniose. Histeroscopia diagnóstica: mioma submucoso ocupando 60% da cavidade uterina. Considerando o desejo de preservação uterina e as características do mioma submucoso, qual a melhor abordagem terapêutica?

- (A) Embolização das artérias uterinas visando redução de todos os miomas, com reavaliação em 6 meses para decisão de abordagem complementar.
- (B) Tratamento obrigatório com análogo de GnRH por 3-6 meses para redução do mioma e melhora da anemia, seguido de miomectomia histeroscópica.
- (C) Miomectomia laparotômica com abertura de cavidade uterina e histeroscopia diagnóstica no segundo tempo.
- (D) Miomectomia laparoscópica do mioma submucoso e dos miomas intramurais sintomáticos em tempo único.
- (E) Miomectomia histeroscópica em tempo único com ressectoscópio bipolar, reservando segundo tempo apenas se ressecção incompleta.

**QUESTÃO 38**

Paciente de 29 anos, previamente hígida, deu entrada no pronto-socorro com quadro de dor pélvica intensa há 3 dias, febre (38,5 °C), náuseas e corrimento vaginal fétido há 1 semana. Relata novo parceiro sexual há 2 meses, não usa preservativo. Nega gestações prévias, usa anticoncepcional oral combinado. Ao exame físico: regular estado geral, descorada +/4, PA: 100/60 mmHg, FC: 110 bpm, Tax: 38,2 °C. Exame especular: corrimento mucopurulento em grande quantidade. Toque vaginal: colo uterino amolecido com dor à mobilização, útero doloroso, massa palpável e extremamente dolorosa em anexo direito de aproximadamente 8 cm. Exames laboratoriais: Leucócitos: 18.500/mm<sup>3</sup> (bastões 12%), PCR: 156 mg/L, VHS: 68 mm. Ultrassonografia transvaginal: imagem cística complexa em anexo direito medindo 7,5 x 6,2 cm, com debris internos e septações grosseiras, sugestiva de abscesso tubo-ovariano. Anexo esquerdo normal. Teste de gravidez negativo. Foi iniciado tratamento com ceftriaxona 2g IV/dia + doxiciclina 100 mg VO 12/12 h + metronidazol 500 mg IV 8/8 h. Após 72 horas de antibioticoterapia, paciente mantém febre (38 °C), dor pélvica intensa (EVA 8/10), sem melhora clínica. Nova ultrassonografia: abscesso com 8 cm, sem redução dimensional. Qual a conduta mais adequada neste momento?

- (A) Manter antibioticoterapia atual por mais 5-7 dias, associando anticoagulação profilática e suporte nutricional, com reavaliação diária.
- (B) Substituir esquema antibiótico por imipenem + vancomicina considerando possível resistência bacteriana, mantendo tratamento clínico.
- (C) Drenagem do abscesso guiada por ultrassonografia via transvaginal e manutenção da antibioticoterapia endovenosa.
- (D) Laparotomia exploradora com salpingo-ooforectomia direita unilateral.
- (E) Videolaparoscopia com drenagem do abscesso, lavagem exaustiva da cavidade e salpingectomia direita, preservando ovário se viável.

**QUESTÃO 39**

Paciente de 58 anos, menopausa aos 49 anos, procura atendimento após fratura vertebral por compressão (T12) ocorrida após queda da própria altura há 2 meses. Refere dorsalgia crônica persistente. História patológica pregressa: tabagista (20 anos-maço), etilismo social, sedentarismo. Mãe com fratura de fêmur aos 72 anos. IMC: 21 kg/m<sup>2</sup>. Nega uso prévio de terapia hormonal. Exame físico: cifose dorsal. Densitometria óssea (DXA): coluna lombar T-score: -3,2, colo do fêmur T-score: -2,8, diagnóstico de osteoporose estabelecida. Exames laboratoriais: cálcio total: 9,3 mg/dL, cálcio iônico: 4,8 mg/dL, fósforo: 3,5 mg/dL, FA: 82 U/L (VR: 40-150), 25-OH vitamina D: 18 ng/mL (insuficiência), PTH: 58 pg/mL (VR: 15-65), creatinina: 0,9 mg/dL, TSH: 2,1 mUI/L. Mamografia bilateral (BI-RADS 1) e ultrassonografia transvaginal (endométrio 3 mm, sem massas anexiais) sem alterações. Considerando a fratura prévia e a necessidade de redução rápida do risco de novas fraturas, qual a melhor estratégia terapêutica inicial?

- (A) Alendronato sódico 70 mg/semana + carbonato de cálcio 1.200 mg/dia + colecalciferol 2.000 UI/dia, com reavaliação de DMO em 2 anos.
- (B) Denosumabe 60 mg subcutâneo a cada 6 meses + cálcio 1.200 mg/dia + colecalciferol dose de ataque seguida de manutenção.
- (C) Teriparatida 20 mcg subcutâneo/dia por 18-24 meses seguido de terapia antirreabsortiva, associado a cálcio e vitamina D.
- (D) Ácido zoledrônico 5 mg endovenoso anual + cálcio 1.200 mg/dia + colecalciferol 2.000 UI/dia.
- (E) Terapia hormonal (estrogênio transdérmico 50 mcg + progesterona micronizada 200 mg) + cálcio e vitamina D, reavaliando DMO em 1 ano.

**QUESTÃO 40**

Paciente de 29 anos, G2P2, com vida sexual ativa desde os 17 anos, procura unidade básica de saúde para consulta de rotina. Refere último exame preventivo há 5 anos com resultado "normal". Nega sintomas ginecológicos, corrimento ou sangramento anormal. Nega tabagismo. Parceiro fixo há 3 anos, nega outras parcerias. Ao exame especular: colo uterino de aspecto normal, sem lesões visíveis. Foi realizada coleta de citologia oncótica cujo resultado é: "Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL) não podendo excluir microinvasão. Células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASC-US) também presentes." Paciente retorna assintomática e preocupada com o resultado. Considerando as diretrizes atuais de rastreamento e manejo das lesões precursoras do câncer de colo uterino, qual a conduta mais adequada?

- (A) Repetir citologia oncótica em 6 meses, pois a presença concomitante de ASC-US sugere possível erro de coleta ou interpretação, devendo-se confirmar antes de prosseguir.
- (B) Encaminhar para colposcopia imediata com biópsia dirigida, e se confirmada lesão de alto grau, proceder à exérese da zona de transformação independentemente da junção escamocolunar.
- (C) Solicitar teste de HPV-DNA para tipagem viral e, se positivo para subtipos oncogênicos (16 ou 18), encaminhar para colposcopia; se outros subtipos, repetir citologia em 12 meses.
- (D) Realizar colposcopia imediata com biópsia dirigida das áreas acetobranças, e se a junção escamocolunar não for totalmente visível ou biópsia mostrar NIC 2-3, proceder à conização diagnóstica.
- (E) Encaminhar para conização tipo LEEP imediata (see and treat) sem colposcopia prévia, considerando que HSIL com suspeita de microinvasão já é indicação de exérese terapêutica.

**QUESTÃO 41**

Paciente de 38 anos, nuligesta, diagnosticada com carcinoma ductal invasor de mama esquerda. Ao exame físico inicial: tumor de 7 cm em QSL, com retração cutânea, linfonodo axilar palpável de 3 cm, fixo. Mamografia: massa espiculada de 7,5 cm, BI-RADS 6. Ultrassonografia axilar: linfonodo suspeito de 3,2 cm. Core biopsy do tumor: carcinoma ductal invasor grau 3, RE negativo, RP negativo, HER2 negativo (triplo negativo), Ki-67: 78%. PAAF do linfonodo axilar: positivo para metástase. Estadiamento complementar (TC tórax/abdome, cintilografia óssea): sem metástases à distância. Classificada como estágio IIIB (T3 N1 M0). Submetida a quimioterapia neoadjuvante com 6 ciclos de AC-T (adriamicina/ciclofosfamida seguido de paclitaxel). Após tratamento, apresenta regressão tumoral significativa: nódulo residual de 1,5 cm, sem fixação cutânea, linfonodo axilar não mais palpável. RM de mama pós-QT: área de realce irregular de 1,8 cm, sem outros focos. Considerando a resposta ao tratamento neoadjuvante e o objetivo de controle locorregional, qual a melhor conduta cirúrgica?

(A) Mastectomia radical modificada com reconstrução mamária imediata com prótese de silicone, considerando a boa resposta tumoral e possibilidade de radioterapia adjuvante.

(B) Cirurgia conservadora com ressecção do tumor residual com margens de 1 cm, linfonodo sentinela, reservando linfadenectomia axilar apenas se sentinela positivo.

(C) Mastectomia simples com linfonodo sentinela, reservando linfadenectomia axilar apenas se sentinela positivo, com reconstrução mamária tardia após radioterapia.

(D) Mastectomia radical modificada com linfadenectomia axilar completa (níveis I, II e III), sem reconstrução imediata devido à necessidade de radioterapia pós-mastectomia.

(E) Cirurgia conservadora com quadrantectomia ampliada e linfadenectomia axilar completa, sem necessidade de pesquisa de linfonodo sentinela por já ter tido linfonodo clinicamente positivo.

**QUESTÃO 42**

Puérpera de 28 anos, primípara, no 18º dia pós-parto, em aleitamento materno exclusivo, procura atendimento com queixa de dor intensa na mama direita há 2 dias, associada a hiperemia e febre de 38,5 °C iniciada há 24 horas. Refere fissuras mamilares bilaterais desde o início da amamentação. Nega episódios prévios semelhantes. Ao exame físico: estado geral regular, Tax: 38,2 °C. Mama direita: eritema difuso em QSL, calor local, edema e dor intensa à palpação, sem flutuação. Não há áreas de necrose cutânea. Mama esquerda sem alterações. Mantém amamentação bilateral, porém com dor importante à pega na mama direita. Nega saída de secreção purulenta pelo mamilo. Considerando o quadro clínico e as recomendações atuais sobre manejo de intercorrências da lactação, qual a conduta mais adequada?

- (A) Suspender imediatamente a amamentação na mama afetada, iniciar antibioticoterapia oral com cefalexina 500 mg 6/6 h por 10 dias e orientar ordenha manual regular da mama para evitar abscesso.
- (B) Suspender a amamentação bilateral, prescrever inibidor da lactação (cabergolina 0,5 mg 12/12 h por 2 dias) e antibioticoterapia venosa com oxacilina, considerando possível evolução para abscesso.
- (C) Manter aleitamento materno em ambas as mamas, prescrever antibioticoterapia oral com cefalexina 500 mg 6/6 h ou amoxicilina-clavulanato por 10-14 dias, analgesia, compressas frias e orientar técnica de amamentação adequada.
- (D) Solicitar ultrassonografia mamária para excluir abscesso, suspender amamentação na mama direita até resultado do exame, iniciar antibiótico venoso e reavaliar em 48 horas.
- (E) Realizar punção aspirativa da área eritematosa para cultura, iniciar antibioticoterapia empírica venosa com vancomicina considerando possível MRSA e manter amamentação apenas na mama contralateral.

**QUESTÃO 43**

Paciente de 52 anos, pós-menopausa, submetida a mamografia de rastreamento que evidenciou microcalcificações agrupadas em mama esquerda com 4,5 cm de extensão, BI-RADS 4C. Realizada biópsia percutânea guiada por estereotaxia, com retirada de 12 fragmentos. Resultado anatomopatológico: carcinoma ductal in situ (CDIS) grau nuclear alto, comedocarcinoma. Ausência de componente invasor. Imuno-histoquímica: RE positivo 90%, RP positivo 70%, HER2 negativo, Ki-67 35%. Ressonância magnética de mamas: área de realce não-massa segmentar de 4,0 cm em QSL de mama esquerda, sem outras lesões. Mama contralateral sem alterações. Paciente ansiosa, questiona sobre risco de recidiva e necessidade de retirada total da mama. Considerando o diagnóstico, extensão da lesão e fatores prognósticos, qual a melhor conduta terapêutica?

(A) Quadrantectomia com margem de segurança de 2 mm, pesquisa de linfonodo sentinela (devido ao alto grau e tamanho da lesão), seguida de radioterapia adjuvante em toda mama e tamoxifeno por 5 anos.

(B) Setorectomia ampla com margem de segurança de 1 cm, sem abordagem axilar, seguida de radioterapia em toda mama (50 Gy) com boost no leito tumoral (10-16 Gy) e hormonioterapia adjuvante.

(C) Mastectomia simples sem abordagem axilar, com possibilidade de reconstrução imediata, seguida de hormonioterapia adjuvante, sem necessidade de radioterapia.

(D) Mastectomia simples com pesquisa de linfonodo sentinela (pelo alto grau e extensa área de CDIS), com reconstrução imediata e hormonioterapia adjuvante.

(E) Cirurgia conservadora com margens livres de 5 mm, sem radioterapia adjuvante considerando que se trata de doença in situ de baixo risco, seguida apenas de hormonioterapia por 5 anos.

**QUESTÃO 44**

Paciente de 45 anos, sem comorbidades, procura atendimento referindo descarga papilar sanguinolenta unilateral em mama direita há 3 meses, espontânea, por orifício único. Nega nódulo palpável, dor ou alterações cutâneas. História familiar negativa para câncer de mama. Ao exame físico: expressão de secreção sanguinolenta em papila direita, oriunda de ducto único às 2 horas, sem massa palpável. Mama esquerda sem alterações. Mamografia bilateral: mamas heterogeneamente densas (ACR tipo C), sem nódulos ou microcalcificações suspeitas, BI-RADS 2. Ultrassonografia mamária: mama direita com área hipoeoica intraductal de 8 mm em região retroareolar, sem fluxo ao Doppler, distante 12 mm da papila. Mama esquerda sem alterações. Realizada biópsia percutânea (core biopsy) guiada por ultrassom da lesão intraductal. Resultado anatomopatológico: papiloma intraductal com áreas de hiperplasia ductal atípica focal. Considerando o resultado da biópsia percutânea e o risco de subestimação diagnóstica (upgrade), qual a conduta mais adequada?

(A) Acompanhamento clínico e ultrassonográfico semestral por 2 anos, seguido de anual, uma vez que papiloma com atipia focal tem baixo risco de malignidade quando a core biopsy é representativa.

(B) Ressecção cirúrgica da lesão (ductectomia) com exame anatomopatológico intraoperatório (congelamento), prosseguindo para setorectomia ampla se carcinoma confirmado.

(C) Exérese cirúrgica completa da lesão intraductal setor pela ponte da gatilho ou setor agulhado da lesão residual, com exame anatomopatológico definitivo em parafina e posterior conduta conforme resultado.

(D) Ressonância magnética de mamas para melhor caracterização da lesão e investigação de multifocalidade, seguida de decisão terapêutica conforme achados.

(E) Repetir core biopsy com maior número de fragmentos (pelo menos 12) e realizar imuno-histoquímica para p63 e citoqueratinas de alto peso molecular antes de definir conduta cirúrgica.

**QUESTÃO 45**

Paciente de 35 anos, G2P2, em aleitamento materno exclusivo há 6 meses, comparece ao consultório com queixa de nódulo palpável em mama direita há 2 meses, que aumentou discretamente de tamanho. Nega dor, hiperemia, febre ou descarga papilar. História obstétrica: último parto há 6 meses (cesariana sem intercorrências). História familiar: mãe com câncer de mama aos 58 anos (receptor hormonal positivo). Ao exame físico: mama direita com nódulo palpável de aproximadamente 3 cm em QSL móvel, consistência elástica, indolor, sem alterações cutâneas ou axilares. Mama esquerda sem alterações. Ultrassonografia mamária: nódulo sólido, ovalado, bem delimitado, hipoeoico, homogêneo, com eixo paralelo à pele, sem sombra acústica posterior, medindo 28 x 18 x 22 mm em mama direita. Ausência de vascularização significativa ao Doppler. Linfonodos axilares de aspecto habitual bilateralmente. Considerando o contexto clínico de lactação e as características da lesão, qual a conduta mais adequada?

(A) Tranquilizar a paciente quanto à benignidade provável (galactocele ou fibroadenoma lactacional), orientar seguimento clínico trimestral durante lactação e reavaliar com exames de imagem após desmame completo.

(B) Realizar punção aspirativa com agulha fina (PAAF) imediatamente para diferenciar lesão cística (galactocele) de sólida, e definir conduta conforme resultado citológico.

(C) Solicitar ressonância magnética de mamas com contraste para melhor caracterização da lesão, considerando a limitação da mamografia em mamas densas e lactantes.

(D) Realizar biópsia percutânea com agulha grossa (core biopsy) guiada por ultrassom para diagnóstico histológico, pois características ultrassonográficas não excluem malignidade e paciente tem história familiar de câncer de mama.

(E) Aguardar término da lactação (pelo menos 3 meses após desmame completo) para realização de mamografia e ultrassonografia de controle, uma vez que a lactação interfere significativamente na acurácia dos exames.

**QUESTÃO 46**

Puérpera de 26 anos, primípara, no 5º dia pós-parto, em aleitamento materno exclusivo, procura atendimento referindo que as mamas estão "muito cheias, duras e doloridas" desde o dia anterior. Refere dificuldade para o bebê pegar a mama devido à tensão areolar. Nega febre, calafrios ou sinais inflamatórios focais. Parto vaginal sem intercorrências, alta hospitalar no 2º dia pós-parto. Ao exame físico: Tax: 36,8 °C, estado geral bom. Ambas as mamas aumentadas de volume, difusamente endurecidas, quentes, brilhantes, tensas, com dor à palpação. Aréolas distendidas e aplanadas. Mamilos sem fissuras. Sem áreas de eritema localizado ou flutuação. Expressão láctea difícil devido à tensão mamária. Observação da mamada: bebê apresenta dificuldade na pega devido ao aplanamento areolar, sucção fraca e curta, choro após tentativas. Considerando o quadro clínico e o diagnóstico mais provável, qual a conduta inicial mais adequada?

(A) Iniciar antibioticoterapia profilática (cefalexina 500 mg 6/6 h) para prevenir evolução para mastite, manter amamentação e orientar compressas mornas antes das mamadas.

(B) Suspender temporariamente a amamentação por 24-48 horas para repouso mamário, prescrever inibidor da prolactina (cabergolina 0,5 mg dose única) e analgesia.

(C) Orientar ordenha manual suave para amolecer aréola antes da mamada, compressas frias após mamadas, amamentação em livre demanda, massagem suave e drenagem linfática das mamas.

(D) Encaminhar para drenagem das mamas por ordenha mecânica (bomba elétrica) vigorosa para esvaziamento completo, seguida de uso de sutiã compressivo para conter produção láctea.

(E) Solicitar ultrassonografia mamária bilateral para afastar bloqueio ductal ou abscesso em formação, mantendo amamentação e aguardando resultado para definir tratamento.

**QUESTÃO 47**

Paciente de 48 anos, procura consultório para avaliação de risco de câncer de mama. Relata que a irmã foi recentemente diagnosticada com câncer de mama aos 52 anos (triplo negativo). Mãe falecida aos 65 anos por câncer de ovário. Tia materna teve câncer de mama bilateral aos 45 anos. Paciente está preocupada com seu risco. História pessoal: menarca aos 12 anos, G2P2 (primeiro parto aos 28 anos), amamentou por 1 ano cada filho, não usa terapia hormonal. Nega tabagismo. IMC: 24 kg/m<sup>2</sup>. Exame físico das mamas: sem nódulos ou alterações. Mamografia de rastreamento realizada há 6 meses: mamas heterogeneamente densas (ACR tipo C), sem nódulos ou microcalcificações, BI-RADS 1. Paciente questiona sobre teste genético para mutações BRCA e possibilidade de mastectomia profilática. Considerando a história familiar e as opções de rastreamento e prevenção, qual a melhor orientação inicial para esta paciente?

- (A) Solicitar teste genético para mutações BRCA1 e BRCA2 imediatamente, pois a história familiar (3 casos em parentes de 1º e 2º grau) já justifica o teste sem necessidade de avaliação adicional.
- (B) Calcular escore de risco (Gail, Tyrer-Cuzick ou BRCAPRO), encaminhar para aconselhamento genético se critérios preenchidos, e orientar rastreamento intensificado enquanto aguarda avaliação.
- (C) Orientar mastectomia profilática bilateral imediata com reconstrução, uma vez que a história familiar de câncer triplo negativo e ovário sugere alta probabilidade de mutação BRCA deletéria.
- (D) Prescrever tamoxifeno 20 mg/dia por 5 anos como quimioprevenção, independente do status de mutação BRCA, devido ao risco familiar elevado e idade adequada.
- (E) Tranquilizar a paciente informando que, como sua mamografia está normal e ela teve filhos jovens com amamentação (fatores protetores), não há necessidade de rastreamento diferenciado ou testes genéticos.

**QUESTÃO 48**

Paciente de 42 anos, nuligesta, procura atendimento referindo nódulo palpável em mama direita há 4 meses, com crescimento progressivo. Nega dor, descarga papilar ou alterações cutâneas. História familiar negativa para câncer de mama. Ao exame físico: nódulo de aproximadamente 5 cm em QSL de mama direita, móvel, bem delimitado, consistência fibroelástica, indolor. Linfonodo axilar palpável de 1 cm, móvel. Mamografia: nódulo ovalado, circunscrito, de alta densidade, medindo 52 mm, sem microcalcificações, BI-RADS 3. Ultrassonografia: nódulo sólido, ovalado, hipocóico, heterogêneo, com algumas fendas internas, bem delimitado, medindo 54 x 38 x 42 mm, sem sombra acústica. Vascularização periférica e central ao Doppler. Linfonodo axilar reacional. Core biopsy guiada por ultrassom: neoplasia fibroepitelial de baixo grau, estroma hiperplásico, mitoses 3/10 CGA, sem atipias epiteliais, margens não avaliáveis. Imuno-histoquímica: Ki-67 15%. Considerando o diagnóstico anatomopatológico e as características clínicas, qual a conduta mais adequada?

- (A) Seguimento clínico e ultrassonográfico trimestral por 2 anos, pois tumor filodes de baixo grau tem comportamento benigno e baixo risco de recidiva se completamente ressecado.
- (B) Exérese cirúrgica ampla da lesão com margem de segurança de pelo menos 1 cm, sem abordagem axilar, seguida de acompanhamento clínico e radiológico semestral.
- (C) Mastectomia simples sem linfadenectomia axilar, considerando o tamanho tumoral (> 5 cm) e o risco de recidiva local mesmo em tumores de baixo grau.
- (D) Exérese da lesão com margem mínima de 2-3 mm (similar ao fibroadenoma), sem necessidade de margens amplas, seguida de radioterapia adjuvante na mama.
- (E) Quimioterapia neoadjuvante com esquema tipo sarcoma (ifosfamida + doxorubicina) para redução tumoral antes da cirurgia, considerando o tamanho e componente estromal hiperplásico.

---

**QUESTÃO 49**

---

Paciente de 38 anos, nuligesta, procura consultório com queixa de dor bilateral nas mamas há 8 meses, com piora progressiva. Refere dor intensa que irradia para axilas e braços, principalmente na segunda fase do ciclo menstrual (10 dias antes da menstruação), com melhora parcial após menstruação. Dor interfere em atividades diárias e sono. Nega nódulos palpáveis, descarga papilar ou alterações cutâneas. Ciclos menstruais regulares (28 dias). Usa anticoncepcional oral combinado (etinilestradiol 30 mcg + levonorgestrel 150 mcg) há 5 anos. Nega história familiar de câncer de mama. IMC: 29 kg/m<sup>2</sup>. Consome 4-5 xícaras de café/dia. Ao exame físico: mamas simétricas, difusamente nodulares (aspecto fibrocístico), sem nódulos dominantes, sem alterações cutâneas ou axilares. Dor bilateral à palpação, mais intensa em quadrantes superiores externos. Mamografia (realizada há 3 meses): mamas heterogeneamente densas (ACR tipo C), múltiplos cistos bilaterais, sem nódulos sólidos ou microcalcificações, BI-RADS 2. Ultrassonografia: múltiplos cistos simples bilaterais, sem massas sólidas. Considerando o diagnóstico de mastalgia cíclica intensa e as opções terapêuticas disponíveis, qual a melhor sequência de conduta?

- (A) Iniciar imediatamente tamoxifeno 10 mg/dia como tratamento de primeira linha para mastalgia cíclica intensa, considerando sua eficácia comprovada em reduzir dor mamária.
- (B) Orientar medidas comportamentais (redução de cafeína, uso de sutiã adequado, analgesia simples), considerar suspensão/troca do anticoncepcional oral, e reavaliar em 3 meses antes de tratamentos farmacológicos específicos.
- (C) Prescrever vitamina E (400 UI/dia) associada a óleo de prímula (3 g/dia) por 6 meses como primeira linha de tratamento, pois estudos demonstram eficácia superior às medidas comportamentais no controle da mastalgia cíclica.
- (D) Prescrever danazol 200 mg/dia por 6 meses como tratamento de primeira escolha, por ser o medicamento mais eficaz para mastalgia cíclica segundo evidências científicas.
- (E) Indicar punção aspirativa dos cistos mamários guiada por ultrassom, pois o esvaziamento cístico é o tratamento definitivo da mastalgia em pacientes com doença fibrocística.

---

**QUESTÃO 50**

---

Paciente de 53 anos, menopausa há 2 anos, procura consultório com queixa de fogachos intensos (12-15 episódios/dia), sudorese noturna, insônia, irritabilidade e dispareunia. Sintomas interferem significativamente em sua qualidade de vida e trabalho. Refere também secura vaginal importante. Nega sangramento vaginal. História ginecológica: G3P3, último parto aos 32 anos, não amamentou (opção pessoal). Histerectomia total aos 46 anos por miomatose uterina (benigna), ovários preservados. História familiar: mãe diagnosticada com câncer de mama aos 58 anos (RE positivo, tratada com cirurgia e hormonioterapia, atualmente com 78 anos, sem recidiva). Irmã saudável, 55 anos. Tia paterna com câncer de ovário aos 65 anos. História pessoal: hipertensão arterial controlada (losartana 50 mg/dia), sem diabetes. Nega tabagismo. IMC: 27 kg/m<sup>2</sup>. Exame físico: PA: 128/82 mmHg. Exame ginecológico: atrofia vulvovaginal acentuada. Mamas sem nódulos ou alterações. Mamografia realizada há 6 meses: mamas heterogeneamente densas (ACR tipo C), sem nódulos ou microcalcificações, BI-RADS 1. Considerando os sintomas climatéricos intensos e a história familiar de câncer de mama, qual a melhor orientação sobre terapia hormonal?

- (A) Contraindicar formalmente terapia hormonal sistêmica devido à história familiar de câncer de mama materno, orientando apenas tratamento não-hormonal (ISRSs, gabapentina) para os fogachos.
- (B) Prescrever terapia hormonal sistêmica com estrogênio isolado (paciente histerectomizada), informando que história familiar de câncer de mama não é contraindicação absoluta, avaliar riscos-benefícios individualmente, e monitorar adequadamente.
- (C) Prescrever estrogênio transdérmico associado a progesterona micronizada oral, mesmo a paciente sendo histerectomizada, porque a combinação reduz risco de câncer de mama comparado a estrogênio isolado.
- (D) Solicitar teste genético para mutações BRCA antes de qualquer decisão sobre terapia hormonal, pois a história familiar (mãe com câncer de mama, tia com câncer de ovário) sugere síndrome hereditária.
- (E) Prescrever apenas estrogênio vaginal tópico para atrofia vulvovaginal, evitando qualquer terapia sistêmica, e orientar tratamento não hormonal para fogachos devido ao antecedente familiar.

---

**QUESTÃO 51**

---

Gestante de 34 anos, G2P1, com 35 semanas de gestação, é admitida no pronto-socorro com queixa de dor em hipocôndrio direito de forte intensidade há 6 horas, associada a náuseas e vômitos. Refere cefaleia occipital intensa e "visão embaçada" há 2 dias. Nega contrações uterinas ou perda de líquido. Pré-natal irregular, última consulta há 1 mês quando foi diagnosticada hipertensão arterial (PA: 150/100 mmHg) e iniciado metildopa 500 mg 8/8h. Ao exame físico: PA: 170/110 mmHg, FC: 98 bpm, Tax: 37,2 °C. Consciente, orientada, hiperreflexia patelar 3+/4+ com clônus aquileu. Dor intensa à palpação de hipocôndrio direito. AU: 32 cm, BCF: 152 bpm, tônus uterino normal. Exames laboratoriais: Hemoglobina: 9,2 g/dL (prévia: 12,1 g/dL há 1 mês), plaquetas: 68.000/mm<sup>3</sup>, TGO: 198 U/L, TGP: 176 U/L, DHL: 890 U/L, bilirrubina total: 2,8 mg/dL (indireta: 2,1 mg/dL), creatinina: 1,4 mg/dL, proteinúria 24h: 4,2 g. Esfregaço de sangue periférico: esquizócitos presentes. Ultrassonografia obstétrica: feto único, cefálico, peso estimado 2.100 g (percentil 15), líquido amniótico normal, placenta grau II de localização fúndica. Considerando o quadro clínico e laboratorial, qual a melhor conduta?

- (A) Interrupção imediata da gestação por via mais rápida (cesariana se colo desfavorável), administração de sulfato de magnésio para prevenção de convulsões, corticoterapia para maturação pulmonar fetal se cesariana não for possível nas próximas 24 horas.
- (B) Estabilização materna com anti-hipertensivos (hidralazina EV ou nifedipina oral), sulfato de magnésio, corticoterapia para maturação pulmonar fetal, aguardar 48 horas para término do ciclo de corticoide e então interromper gestação.
- (C) Transferência imediata para UTI, tratamento conservador com anti-hipertensivos, sulfato de magnésio profilático, transfusão de plaquetas até atingir > 100.000/mm<sup>3</sup>, postergar parto até 37 semanas se estabilização clínico-laboratorial.
- (D) Indução do parto com misoprostol independente das condições cervicais, pois via vaginal é preferível para reduzir risco de hematoma de ferida operatória em paciente com plaquetopenia.
- (E) Plasmaférese de urgência para reversão da hemólise e plaquetopenia, seguida de tratamento conservador e vigilância fetal rigorosa até atingir maturidade pulmonar fetal (36-37 semanas).



---

**QUESTÃO 52**

---

Primigesta de 22 anos, 39 semanas de gestação, em trabalho de parto espontâneo, admitida na maternidade com queixa de contrações uterinas regulares há 4 horas. Pré-natal sem intercorrências, sorologias negativas, grupo sanguíneo A positivo. Ao exame de admissão (hora 1 do gráfico): colo com 3 cm de dilatação, apagamento 70%, consistência média, posição central, apresentação cefálica em plano -3 de De Lee (alto), bolsa íntegra. Frequência cardíaca fetal: 142 bpm, reativa. Dinâmica uterina: 3 contrações em 10 minutos, duração 40 segundos, boa intensidade. Foi realizada amniotomia com saída de líquido claro. A evolução da dilatação cervical e descida da apresentação foram registradas no partograma mostrado na imagem da página anterior.

Paciente refere dor intensa, cansaço, solicita analgesia. Dinâmica uterina atual (hora 9): 2-3 contrações em 10 minutos, duração 30-35 segundos. BCF mantém-se reativo, 145 bpm. Considerando a evolução do trabalho de parto demonstrada no partograma, qual a conduta mais adequada?

- (A) Manter conduta expectante com reavaliação em 2 horas, pois a paciente ainda está em fase ativa do trabalho de parto e não atingiu a linha de ação, oferecendo analgesia de parto se disponível.
- (B) Administrar ocitocina endovenosa para correção da dinâmica uterina inadequada, que é a causa provável da parada secundária da dilatação, e reavaliar evolução em 2-4 horas.
- (C) Indicar cesariana imediatamente, pois o partograma demonstra distócia funcional grave com parada secundária da dilatação por mais de 4 horas e falha de progressão.
- (D) Realizar analgesia de condução (peridural ou raqui-peridural combinada), pois a dor e tensão materna estão causando hipertonia cervical e impedindo a progressão do trabalho de parto.
- (E) Transferir paciente para centro de referência terciário, pois o partograma indica trabalho de parto distócico que não pode ser resolvido em maternidade de baixo risco.

---

**QUESTÃO 53**

---

Gestante de 30 anos, G2P1, com 26 semanas de gestação, comparece à consulta de pré-natal de rotina. Primeira gestação sem intercorrências, parto vaginal há 3 anos, recém-nascido com 4.200 g. Nega diabetes mellitus prévia. História familiar: mãe com diabetes tipo 2 diagnosticado aos 55 anos. IMC pré-gestacional: 31 kg/m<sup>2</sup> (obesidade grau I). Ganho ponderal atual: 8 kg. Nega sintomas de hiperglicemia. Glicemia de jejum no primeiro trimestre: 88 mg/dL (normal). Exame físico: PA: 120/75 mmHg, AU: 26 cm, BCF: 145 bpm. Foi solicitado teste oral de tolerância à glicose com 75g (TOTG-75g) conforme protocolo de rastreamento. Paciente retorna com o resultado: **TOTG-75g realizado com 26 semanas**: Jejum: 88 mg/dL, 1 hora: 192 mg/dL, 2 horas: 163 mg/dL. Nega sintomas. Nega uso de corticoides ou outras medicações. Ultrassonografia obstétrica (26 semanas): feto único, biometria compatível com idade gestacional, percentil 60, líquido amniótico normal, placenta posterior grau 0. Considerando os resultados do TOTG-75g e as diretrizes atuais para diagnóstico e manejo do diabetes mellitus gestacional, qual a conduta mais adequada?

- (A) Repetir TOTG-75g em 2 semanas para confirmação diagnóstica, pois um único exame alterado não é suficiente para diagnóstico de diabetes gestacional, especialmente com glicemia de jejum normal.
- (B) Solicitar hemoglobina glicada (HbA1c) para confirmação diagnóstica e, se  $\geq 6,5\%$ , confirmar diabetes gestacional e iniciar insulino terapia imediatamente.
- (C) Confirmar diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, orientar dieta fracionada com restrição de carboidratos simples, iniciar automonitorização glicêmica com glicemia capilar 4-6 vezes ao dia, reavaliar em 1-2 semanas para decidir necessidade de insulina.
- (D) Confirmar diagnóstico de diabetes gestacional e iniciar insulino terapia imediatamente (NPH + regular ou análogos), considerando que dois valores do TOTG estão alterados e há macrossomia fetal ao ultrassom.
- (E) Orientar apenas restrição calórica rigorosa (dieta de 1.200-1.500 kcal/dia) sem necessidade de automonitorização glicêmica, pois diabetes gestacional com glicemia de jejum normal é de baixo risco e controlável apenas com dieta.

---

**QUESTÃO 54**

---

Gestante de 28 anos, G3P2, com 34 semanas de gestação, dá entrada no pronto-socorro obstétrico trazida pelo SAMU com queixa de dor abdominal intensa de início súbito há 1 hora, associada a sangramento vaginal moderado de cor vermelho-escuro. Refere que estava em repouso quando iniciou dor "em pontada" no abdome, contínua, que não alivia. Nega trauma abdominal. Nega perda de líquido amniótico. Movimentação fetal presente mas diminuída segundo a paciente. Pré-natal irregular (4 consultas), hipertensão arterial crônica em uso irregular de metildopa. Tabagista (10 cigarros/dia). Gestações anteriores: 2 partos vaginais, último há 2 anos. Nega uso de cocaína ou outras drogas ilícitas. Ao exame físico: paciente agitada, queixando-se de dor intensa. PA: 160/105 mmHg, FC: 108 bpm, Tax: 37,1 °C. Palidez cutâneo-mucosa 2+/4+. Abdome gravídico: útero hipertônico ("em tábua"), doloroso à palpação difusamente, altura uterina: 31 cm. Não é possível palpar partes fetais. Genitália externa: sangramento vaginal moderado, vermelho-escuro com coágulos. Ao toque vaginal: colo posterior, 2 cm de dilatação, 50% de apagamento. BCF detectado ao Sonar: 165 bpm, sem variabilidade. Não foi possível realizar cardiotocografia por agitação materna. Ultrassonografia à beira do leito: feto único, cefálico, BCF presente 168 bpm, diminuição do líquido amniótico, imagem sugestiva de hematoma retroplacentário. Considerando o quadro clínico e a hipótese diagnóstica mais provável, qual a conduta imediata mais adequada?

- (A) Solicitar ultrassonografia Doppler colorido para confirmação diagnóstica de descolamento prematuro de placenta antes de definir conduta, transferir para leito de observação com monitorização contínua.
- (B) Realizar cardiotocografia para melhor avaliação da vitalidade fetal, colher exames laboratoriais (hemograma, coagulograma, função renal), internar para vigilância e conduta conforme resultados.
- (C) Administrar corticoterapia para maturação pulmonar fetal (betametasona 12 mg IM), sulfato de magnésio para neuroproteção, tocolise com nifedipina e reavaliar em 48 horas para interrupção após término do corticoide.
- (D) Estabilização materna imediata (2 acessos venosos calibrosos, reposição volêmica, tipagem sanguínea e prova cruzada, exames laboratoriais), interrupção imediata da gestação por cesariana de urgência sob anestesia geral.
- (E) Amniotomia para alívio da hipertonia uterina e drenagem de sangue intra-amniótico, indução do parto com ocitocina, antibioticoterapia profilática, analgesia e parto vaginal assistido.

**QUESTÃO 55**

Gestante de 32 anos, G1P0, com 31 semanas e 4 dias de gestação, é encaminhada do pré-natal de alto risco para avaliação em centro terciário devido à suspeita de restrição de crescimento intrauterino (CIUR). Relata pré-natal iniciado no primeiro trimestre, ultrassonografia inicial com idade gestacional confirmada. Nega comorbidades maternas. Não fuma, não usa drogas. História familiar: mãe hipertensa. Às 28 semanas, ultrassom morfológico evidenciou peso fetal estimado no percentil 8 (440 g abaixo do esperado) com relação céfalo-abdominal aumentada. Novo ultrassom com 30 semanas confirmou peso no percentil 5 com estagnação do crescimento. Paciente assintomática, nega sangramento, perda de líquido, contrações ou redução de movimentos fetais. Ao exame físico: PA: 125/78 mmHg, FC: 76 bpm, IMC: 21 kg/m<sup>2</sup>. Altura uterina: 26 cm (abaixo do percentil 10 para idade gestacional). BCF: 148 bpm. Movimentação fetal presente. Exames laboratoriais maternos: hemograma, função renal, função hepática, proteinúria 24 h: todos normais. Sorologias (TORCHS): IgG positivo para toxoplasmose e rubéola, IgM negativo. CMV e sífilis: negativos. **Ultrassonografia obstétrica (31 semanas e 4 dias):**

- Biometria fetal: DBP: 74 mm (percentil 20), CC: 274 mm (percentil 15), CA: 228 mm (percentil 3), CF: 53 mm (percentil 8)

- Peso fetal estimado: 1.280 g (**percentil 3** - abaixo de 2 desvios-padrão)

- Relação CC/CA: 1,20 (aumentada - normal < 1,0 após 32 semanas)

- Índice de líquido amniótico: 6,2 cm (reduzido - normal 8-24 cm)

- Placenta: grau II, localização fúndica

- Anatomia fetal: sem malformações detectadas

- Dopplervelocimetria:**

- Sístole:** Pico de velocidade normal (fluxo anterógrado)

- Diástole:** **AUSENTE** - o fluxo retorna completamente à linha de base (diástole zero)

- Índice de Pulsatilidade (IP):** 2,8 (muito elevado - normal < 1,2 no 3º trimestre)

- Índice de Resistência (IR):** 1,0 (muito elevado - normal < 0,6-0,7)

- Relação S/D:** Infinita (diástole = 0)

- Outros Dopplers realizados:**

- Artéria cerebral média: IP 1,2 (normal: 1,4-1,8) - **vasodilatação cerebral** (centralização)

- Relação cerebroplacentária: 0,43 (< 1,0 - anormal, confirma centralização fetal)

- Ducto venoso: onda "a" positiva (normal)

- Cardiotocografia: BCF basal 145 bpm, variabilidade moderada, 2 acelerações em 20 minutos, sem desacelerações (reativa).

Considerando o quadro de CIUR grave com os achados dopplervelocimétricos apresentados, qual a conduta mais adequada?

(A) Manter vigilância fetal rigorosa com Doppler de artéria umbilical 2x/semana, cardiotocografia diária, aguardar reversão espontânea do fluxo diastólico ou até 34 semanas para interrupção da gestação.

(B) Interromper imediatamente a gestação por cesariana, pois diástole zero em artéria umbilical indica insuficiência placentária terminal com alto risco iminente de óbito fetal.

(C) Administrar corticoterapia para maturação pulmonar fetal (betametasona 12 mg IM, 2 doses com 24h de intervalo), manter internação com monitorização intensiva (Doppler de ducto venoso diário, cardiotocografia 2x/dia, perfil biofísico fetal), interromper gestação se: diástole reversa em artéria umbilical, alteração do ducto venoso (onda "a" ausente/reversa) ou cardiotocografia não reativa.

(D) Indicar transfusão intrauterina de concentrado de hemácias para corrigir anemia fetal secundária à insuficiência placentária, seguida de tratamento expectante até 37 semanas.

(E) Realizar amniocentese para investigação de cariótipo fetal e infecções congênicas (PCR para CMV e toxoplasmose), pois CIUR grave precoce sugere etiologia cromossômica ou infecciosa que contraindicaria prolongamento da gestação.

---

**QUESTÃO 56**

---

Gestante de 25 anos, G2P1, com 32 semanas de gestação, comparece à consulta de pré-natal na Unidade Básica de Saúde. Pré-natal iniciado tardiamente no segundo trimestre (primeira consulta com 18 semanas). Realizou exames de rotina naquela ocasião, que incluíam VDRL não reagente. Gestação atual sem intercorrências até o momento. Nega comorbidades. Primeira gestação há 3 anos: parto vaginal a termo, recém-nascido saudável. Parceiro fixo há 2 anos, nega novos parceiros sexuais. Nega lesões genitais atuais ou prévias, corrimento ou sintomas urinários. Nega uso de drogas injetáveis. Ao exame físico: PA: 110/70 mmHg, AU: 30 cm, BCF: 145 bpm, apresentação cefálica. Ausência de lesões cutâneas ou em mucosas. Orofaringe sem alterações. Ausência de linfadenopatia. Resultado dos exames de rotina realizados na consulta atual (32 semanas): hemograma, glicemia, urina I, urocultura: normais **VDRL: 1:16** (reagente), teste **treponêmico rápido: REAGENTE**.

Ultrassonografia obstétrica (32 semanas): feto único, biometria compatível com idade gestacional, líquido amniótico normal, placenta grau I posterior. Sem sinais sugestivos de sífilis congênita (hepatoesplenomegalia, ascite, hidropsia, espessamento placentário).

A paciente nega tratamento prévio para sífilis. Relata que o parceiro não realizou exames recentemente e não tem acompanhamento médico regular. Questiona sobre o tratamento e possíveis riscos para o bebê. Considerando o diagnóstico de sífilis materna e as recomendações para prevenção da sífilis congênita, qual a conduta mais adequada?

(A) Iniciar tratamento materno com penicilina benzatina 2,4 milhões UI IM dose única, orientar tratamento simultâneo do parceiro sexual, considerar tratamento adequado se parceiro tratado e VDRL materno em queda nas próximas semanas.

(B) Iniciar tratamento materno com penicilina benzatina 7,2 milhões UI IM total (2,4 milhões UI/semana por 3 semanas), avaliar e tratar parceiro sexual simultaneamente, solicitar ultrassom fetal semanal e considerar tratamento adequado apenas se parceiro tratado adequadamente com a mesma dose no mesmo período.

(C) Iniciar tratamento com doxiciclina 100 mg VO 12/12h por 14 dias (alternativa à penicilina), orientar seguimento sorológico mensal, tratamento do parceiro não é obrigatório se paciente não tem sintomas ativos.

(D) Realizar punção de líquido amniótico para pesquisa de *Treponema pallidum* e VDRL no líquido amniótico antes de iniciar tratamento, pois apenas casos com acometimento fetal comprovado necessitam tratamento na gestação.

(E) Iniciar tratamento materno com ceftriaxona 1g EV/dia por 10-14 dias considerando alergia potencial à penicilina, não é necessário tratar parceiro se ele for assintomático, solicitar novo VDRL em 4 semanas.

---

**QUESTÃO 57**

---

Gestante de 27 anos, G1P0, com 31 semanas e 2 dias de gestação pela DUM (confirmada por ultrassonografia do primeiro trimestre), dá entrada no pronto-socorro obstétrico com queixa de contrações uterinas regulares e dolorosas há 3 horas, associadas a dor lombar baixa. Nega sangramento vaginal, perda de líquido amniótico ou trauma. Movimentação fetal preservada. Pré-natal sem intercorrências, sorologias negativas, grupo sanguíneo O positivo. Nega tabagismo, etilismo ou uso de drogas. Sem comorbidades. Nega gestações ou partos anteriores. Nega infecção urinária recente. Ao exame físico: paciente lúcida, orientada, corada, hidratada. PA: 115/72 mmHg, FC: 84 bpm, Tax: 36,8 °C. AU: 29 cm, feto único em situação longitudinal, apresentação cefálica. BCF: 142 bpm. Contrações uterinas palpáveis: 4 contrações em 10 minutos, duração 35-40 segundos, boa intensidade. Ao toque vaginal: colo centralizado, 3 cm de dilatação, 60% de apagamento, consistência amolecida, bolsa das águas íntegra, apresentação cefálica móvel, plano -3 de De Lee. Exame especular: colo sem dilatação visível externamente, sem sangramento ativo, secreção vaginal fisiológica (sem sinais de vaginose/corioamnionite).

**Cardiotocografia:** BCF basal 140-145 bpm, variabilidade moderada, 2 acelerações em 20 minutos, sem desacelerações. Contrações regulares a cada 2-3 minutos.

**Exames laboratoriais:** Hemograma: Hb 12,1 g/dL, leucócitos 9.800/mm<sup>3</sup> (sem desvio), plaquetas 245.000/mm<sup>3</sup>, PCR: 0,4 mg/dL (normal < 0,5 mg/dL), Urina I: normal, urocultura em andamento, Swab vaginal para Streptococcus agalactiae (GBS): resultado pendente.

**Ultrassonografia obstétrica:** Feto único, apresentação cefálica, biometria compatível com 31 semanas, peso estimado 1.650 g (percentil 45), líquido amniótico normal (ILA: 12 cm), placenta grau I anterior.

Considerando o diagnóstico de trabalho de parto prematuro e as recomendações atuais para manejo, qual a melhor conduta?

(A) Administrar indometacina 100 mg via retal seguida de 25 mg VO 6/6h por 48 horas como tocolítico de primeira linha, corticoterapia (betametasona 12 mg IM, 2 doses/24h), antibioticoprofilaxia para Streptococcus agalactiae.

(B) Administrar nifedipina 10 mg VO (dose de ataque), repetir 10 mg após 20 minutos se persistirem contrações, manter 20 mg VO 6/6h por 48 horas; betametasona 12 mg IM (2 doses com 24h de intervalo); sulfato de magnésio 4-6 g EV (ataque) seguido de 1-2 g/h por 12-24h para neuroproteção fetal; antibioticoprofilaxia intraparto se indicado.

(C) Hidratação venosa vigorosa (2.000 mL de SF 0,9% em 2 horas) como única medida tocolítica, repouso absoluto no leito, corticoterapia apenas se progressão para trabalho de parto ativo ( $\geq$  4 cm de dilatação).

(D) Administrar atosiban (antagonista de ocitocina) 6,75 mg EV em bolus, seguido de infusão contínua por 48 horas, corticoterapia, sulfato de magnésio para neuroproteção apenas se < 30 semanas de gestação.

(E) Não realizar tocólise considerando a idade gestacional (> 30 semanas), administrar apenas corticoterapia (betametasona 12 mg IM, 2 doses) e manter observação hospitalar até o parto espontâneo.

---

**QUESTÃO 58**

---

Gestante de 29 anos, G2P1, com 39 semanas e 3 dias de gestação pela DUM (confirmada por ultrassonografia do primeiro trimestre), procura o pronto-socorro obstétrico às 6 horas da manhã referindo perda súbita de líquido claro pela vagina há aproximadamente 8 horas (às 22 h da noite anterior), que ocorreu enquanto dormia. Relata que acordou com a cama molhada e o líquido continuou saindo em pequena quantidade ao longo da noite. Nega sangramento vaginal. Refere movimentação fetal preservada. Nega contrações uterinas regulares, apenas "endurecimento" abdominal esporádico e indolor. Pré-natal completo sem intercorrências, 9 consultas realizadas, todos os exames normais, sorologias negativas, grupo sanguíneo B positivo. Cultura para *Streptococcus agalactiae* (GBS) realizada com 36 semanas: **positiva**. Gestação anterior há 4 anos: parto vaginal a termo, RN 3.400g, sem complicações. Nega alergias medicamentosas. Ao exame físico: paciente em bom estado geral, afebril. PA: 118/74 mmHg, FC: 78 bpm, Tax: 36,7 °C. AU: 36 cm, feto único em situação longitudinal, apresentação cefálica, dorso à direita. BCF: 138 bpm. Útero normotônico, sem contrações palpáveis no momento do exame.

**Exame especular:** Perda de líquido claro pelo orifício cervical externo, que se acentua com manobra de Valsalva. pH vaginal (teste com papel de nitrazina): **positivo** (azul - pH alcalino > 6,0). Teste de cristalização (esfregaço de fundo de saco vaginal em lâmina): **positivo** (padrão em "samambaia" ou "folha de samambaia"). Colo fechado ao exame visual, sem sangramento.

**Toque vaginal:** Colo posterior, 1 cm de dilatação, 30% de apagamento, consistência firme, apresentação cefálica móvel, plano -3 de De Lee. Confirma saída de líquido durante o exame.

**Cardiotocografia:** BCF basal 135-140 bpm, variabilidade moderada, 3 acelerações em 20 minutos, sem desacelerações. Sem contrações uterinas.

**Ultrassonografia obstétrica:** Feto único, apresentação cefálica, biometria compatível com 39 semanas, peso estimado 3.200g (percentil 50), **índice de líquido amniótico: 4,8 cm (oligoidrâmnio moderado - normal: 8-24 cm)**, placenta grau II posterior, sem alterações.

Considerando o diagnóstico de rotura prematura de membranas a termo e as recomendações atuais, qual a conduta mais adequada?

- (A) Conduta expectante ambulatorial, orientar repouso domiciliar, retornar se febre, sangramento ou contrações regulares, aguardar início espontâneo do trabalho de parto por até 7 dias, já que a maioria entra em trabalho de parto espontaneamente.
- (B) Internação hospitalar, antibioticoprofilaxia com ampicilina 2g EV 6/6h, tocólise com nifedipina para evitar trabalho de parto e reduzir risco de infecção ascendente, aguardar 48 horas para reavaliação.
- (C) Indução imediata do trabalho de parto com ocitocina endovenosa, antibioticoprofilaxia intraparto para *Streptococcus agalactiae* (penicilina cristalina ou ampicilina EV), monitorização contínua, considerando que a rotura de membranas ocorreu há 8 horas e o risco de infecção aumenta com o tempo.
- (D) Cesariana eletiva imediata, considerando que a rotura de membranas há 8 horas com colo desfavorável (Bishop baixo) contraindica indução do trabalho de parto pelo alto risco de corioamnionite e falha de indução.
- (E) Indução do trabalho de parto apenas se a paciente desenvolver febre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) ou leucocitose ( $> 15.000/\text{mm}^3$ ), caso contrário manter conduta expectante com monitorização ambulatorial diária por até 96 horas.

**QUESTÃO 59**

Mulher de 31 anos procura o pronto-socorro ginecológico com queixa de atraso menstrual de 6 semanas, associado a sangramento vaginal discreto de cor vermelho-escuro há 3 dias e dor em baixo ventre à esquerda de intensidade leve a moderada, tipo "fisgada", com piora nas últimas 12 horas. Nega tonturas, síncope ou sangramento volumoso. Refere teste de gravidez de farmácia positivo há 1 semana. Última menstruação há 45 dias (DUM confiável, ciclos regulares de 28-30 dias). G2P0A1: gestação anterior há 3 anos resultou em aborto espontâneo com 8 semanas, tratado com curetagem uterina sem intercorrências. Antecedente de salpingite tratada há 5 anos (internação hospitalar, antibioticoterapia EV por 7 dias). Nega DIU atual ou prévio. Parceiro fixo há 2 anos. Nega alergias medicamentosas conhecidas. Ao exame físico: paciente em regular estado geral, consciente, orientada, sem palidez significativa. PA: 115/70 mmHg, FC: 82 bpm, Tax: 36,5 °C. Abdome: plano, ruídos hidroaéreos presentes, levemente doloroso à palpação profunda em fossa ilíaca esquerda, sem sinais de irritação peritoneal (Blumberg negativo), sem massas palpáveis. Exame especular: sangramento vaginal discreto em pequena quantidade, vermelho-escuro, sem coágulos, colo fechado. Toque vaginal: útero de volume normal, amolecido, colo fechado, anexo esquerdo discretamente doloroso à mobilização, sem massas palpáveis definidas, fundo de saco posterior livre (sem abaulamento ou dor intensa).

**Exames laboratoriais:**  $\beta$ -hCG quantitativo: **2.850 mUI/mL** Hemograma: Hb 12,8 g/dL, Ht 38%, leucócitos 8.200/mm<sup>3</sup>, plaquetas 268.000/mm<sup>3</sup> Tipagem sanguínea: A negativo Progesterona sérica: 8,2 ng/mL

**Ultrassonografia transvaginal:** Útero: volume normal (60 cm<sup>3</sup>), endométrio espessado (12 mm, trilaminar), cavidade uterina vazia, **sem saco gestacional intrauterino visível** Anexo direito: ovário direito normal (8 cm<sup>3</sup>), sem massas. Anexo esquerdo: **imagem anecoica arredondada para-anexial esquerda medindo 2,8 x 2,2 cm, com halo hiperêmico ao Doppler colorido, sem embrião visível no interior** (compatível com saco gestacional extra-uterino). Líquido livre na cavidade pélvica: **ausente** Fundo de saco de Douglas: livre.

Considerando o diagnóstico de gravidez ectópica íntegra e as opções terapêuticas disponíveis, qual a melhor conduta?

- (A) Conduta expectante com seguimento ambulatorial semanal de  $\beta$ -hCG até negatificação, considerando que  $\beta$ -hCG < 5.000 mUI/mL, ausência de líquido livre e estabilidade hemodinâmica indicam alta probabilidade de resolução espontânea sem necessidade de intervenção.
- (B) Laparoscopia imediata com salpingectomia (ressecção completa da tuba uterina esquerda), considerando que é o tratamento definitivo com menor risco de persistência de trofoblasto e permite diagnóstico histopatológico confirmatório.
- (C) Tratamento clínico com metotrexato 50 mg/m<sup>2</sup> IM dose única (protocolo de dose única), administrar imunoglobulina anti-D (mãe Rh negativo), seguimento ambulatorial rigoroso com  $\beta$ -hCG seriado nos dias 4 e 7, e semanalmente até negatificação, orientar sinais de alerta.
- (D) Laparoscopia com salpingostomia linear (incisão na tuba e remoção do saco gestacional preservando a tuba), considerando que a paciente deseja preservar fertilidade e a massa ectópica é pequena (< 3 cm).
- (E) Tratamento expectante inicial por 48 horas com dosagens seriadas de  $\beta$ -hCG (0, 48h); se  $\beta$ -hCG em ascensão (aumento > 50%), indicar laparotomia exploradora de urgência; se  $\beta$ -hCG estável ou em queda, manter seguimento ambulatorial.

---

**QUESTÃO 60**

---

Primigesta de 24 anos, 40 semanas e 2 dias de gestação, em trabalho de parto há 14 horas, encontra-se em segundo período (período expulsivo) há 2 horas e 30 minutos. Pré-natal sem intercorrências, 10 consultas realizadas, todos os exames normais, sorologias negativas, grupo sanguíneo O positivo, cultura para Streptococcus agalactiae negativa. Nega comorbidades. Gestação espontânea, desejada. Peso pré-gestacional: 62 kg, peso atual: 78 kg (ganho de 16 kg). Admitida em trabalho de parto ativo (6 cm de dilatação) há 8 horas. Recebeu analgesia de parto (peridural) há 6 horas com boa analgesia. Bolsa rota há 10 horas (rotura espontânea), líquido claro. Ao exame obstétrico atual: paciente cansada, sonolenta entre as contrações, cooperativa mas com puxos ineficazes. PA: 125/78 mmHg, FC: 88 bpm, Tax: 37,1 °C. AU: 38 cm.

**Toque vaginal:**

- Dilatação: **completa (10 cm)**
- Apresentação: **cefálica**
- Variedade de posição: **occipito-púbica** (OP - occipício anterior)
- Plano de De Lee: **+3** (cabeça no assoalho pélvico)
- Bolsa rota (líquido claro)
- Não há circular de cordão palpável
- Bossa serossanguínea pequena (edema fisiológico do couro cabeludo)
- Pelve: sem estreitamentos evidentes, diâmetros adequados
- Dinâmica uterina:** Contrações irregulares, 2-3/10 minutos, intensidade variável. Paciente com puxos fracos e descoordenados, refere exaustão.

**Cardiotocografia:** BCF basal: 155-160 bpm (taquicardia leve). Variabilidade: mínima (< 5 bpm). Desacelerações tardias em 3 das últimas 5 contrações (nadir 110-120 bpm, recuperação lenta). **Padrão categoria II tendendo a III** (não tranquilizador).

Considerando o quadro clínico de período expulsivo prolongado com padrão de frequência cardíaca fetal não tranquilizador, qual a melhor conduta?

- (A) Cesariana de urgência imediata, considerando que período expulsivo > 2 horas em primigesta é indicação absoluta de cesariana e o padrão de BCF categoria II-III representa sofrimento fetal que contraindica parto instrumental.
- (B) Aplicação de vácuo-extrator para parto vaginal operatório: avaliar condições (dilatação completa, apresentação em plano +3, variedade de posição conhecida), realizar tração suave e coordenada com as contrações, máximo de 3 trações ou 15 minutos de aplicação, suspender se não houver progressão.
- (C) Aguardar mais 1-2 horas com monitorização contínua e estimular puxos mais efetivos, pois período expulsivo pode ser prolongado até 4 horas em primíparas com analgesia, e o BCF ainda está dentro de limites aceitáveis.
- (D) Aplicação de fórcepe de Kielland para rotação e extração fetal, considerando que é o instrumento mais adequado para variedade occipito-púbica e permite maior controle da tração comparado ao vácuo-extrator.
- (E) Suspender analgesia peridural para melhorar eficácia dos puxos maternos, administrar ocitocina para corrigir dinâmica uterina, reavaliar em 1 hora e indicar parto instrumental apenas se sem progressão.

Esta folha não possui validade para fins de avaliação, servindo apenas como rascunho e podendo ser destacada e levada pelo candidato para conferência.

### GABARITO – RASCUNHO

1	A	B	C	D	E
2	A	B	C	D	E
3	A	B	C	D	E
4	A	B	C	D	E
5	A	B	C	D	E
6	A	B	C	D	E
7	A	B	C	D	E
8	A	B	C	D	E
9	A	B	C	D	E
10	A	B	C	D	E
11	A	B	C	D	E
12	A	B	C	D	E
13	A	B	C	D	E
14	A	B	C	D	E
15	A	B	C	D	E
16	A	B	C	D	E
17	A	B	C	D	E
18	A	B	C	D	E
19	A	B	C	D	E
20	A	B	C	D	E

21	A	B	C	D	E
22	A	B	C	D	E
23	A	B	C	D	E
24	A	B	C	D	E
25	A	B	C	D	E
26	A	B	C	D	E
27	A	B	C	D	E
28	A	B	C	D	E
29	A	B	C	D	E
30	A	B	C	D	E
31	A	B	C	D	E
32	A	B	C	D	E
33	A	B	C	D	E
34	A	B	C	D	E
35	A	B	C	D	E
36	A	B	C	D	E
37	A	B	C	D	E
38	A	B	C	D	E
39	A	B	C	D	E
40	A	B	C	D	E

41	A	B	C	D	E
42	A	B	C	D	E
43	A	B	C	D	E
44	A	B	C	D	E
45	A	B	C	D	E
46	A	B	C	D	E
47	A	B	C	D	E
48	A	B	C	D	E
49	A	B	C	D	E
50	A	B	C	D	E
51	A	B	C	D	E
52	A	B	C	D	E
53	A	B	C	D	E
54	A	B	C	D	E
55	A	B	C	D	E
56	A	B	C	D	E
57	A	B	C	D	E
58	A	B	C	D	E
59	A	B	C	D	E
60	A	B	C	D	E