

009. PROVA OBJETIVA

PRÉ-REQUISITO EM **GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA** OU **CIRURGIA GERAL**
OU **ÁREA CIRÚRGICA BÁSICA**

Especialidade: **Mastologia**

- ◆ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 50 questões objetivas.
- ◆ Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- ◆ Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- ◆ Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- ◆ Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- ◆ A duração da prova é de 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- ◆ Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 2 horas do início da prova.
- ◆ Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova, assinando termo respectivo.
- ◆ Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- ◆ Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

Nome do candidato _____

RG _____

Inscrição _____

Prédio _____

Sala _____

Carteira _____

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

CIRURGIA GERAL

01. Homem de 29 anos procura atendimento por quadro de diarreia mucossanguinolenta associada a tenesmo retal e urgência evacuatória. Queixa-se ainda de dor abdominal esporádica leve e relata que o início dos sintomas foi há cerca de 4 semanas. Nega febre e perda ponderal. Refere que as evacuações se tornaram urgentes e frequentes, com sensação de evacuação incompleta. Ao exame físico, apresenta dor à palpação abdominal profunda, sem sinais de peritonite ou massas palpáveis. Ao toque retal, apresenta discreta quantidade de muco e sangue em dedo de luva. Região perianal sem alterações como mamilos hemorroidários ou fissuras.

O diagnóstico mais provável é

- (A) retocolite ulcerativa idiopática.
- (B) síndrome do intestino irritável.
- (C) doença de Crohn.
- (D) gastroenterocolite infecciosa.
- (E) giardíase.

02. Quais pólipos são relacionados à síndrome de Peutz-Jeghers?

- (A) Adenomas.
- (B) Adenomas serrilhados.
- (C) Hamartomas.
- (D) Hiperplásicos.
- (E) Inflamatórios.

03. Assinale a alternativa correta sobre as manifestações clínicas da infecção pelo *H. pylori*.

- (A) A maioria dos infectados tem sintomas gastrointestinais significativos já nos primeiros meses após a infecção.
- (B) A infecção pelo *H. pylori* isoladamente já é suficiente para o desenvolvimento do carcinoma gástrico, mesmo na ausência de outros fatores de risco.
- (C) As úlceras gástricas têm menos associação com a infecção pelo *H. pylori* do que as úlceras duodenais, sendo essas últimas mais frequentemente causadas por uso de anti-inflamatórios.
- (D) Pacientes que desenvolvem úlcera duodenal após a infecção têm menor risco de desenvolvimento de câncer gástrico.
- (E) O linfoma MALT ocorre apenas nas infecções pelo *H. pylori* associadas a úlceras gástricas.

04. Assinale a alternativa correta sobre a fisiopatologia e as manifestações clínicas da cirrose hepática.

- (A) Na cirrose avançada, observa-se tipicamente uma vasoconstrição esplâncnica característica.
- (B) A encefalopatia hepática ocorre pela ação da amônia sobre o sistema nervoso central, sem a participação de outros mediadores inflamatórios.
- (C) A disfunção imunológica da cirrose hepática é decorrente de uma resposta descontrolada a infecção bacteriana, levando à síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS).
- (D) O comprometimento renal relacionado à cirrose é decorrente da ação de citocinas inflamatórias sobre a microvasculatura renal, entre outros fatores.
- (E) Na inflamação sistêmica relacionada à cirrose, secundária à disfunção hepática, não se observa aumento da permeabilidade intestinal.

05. Um homem de 40 anos, previamente hígido, é admitido na sala de emergência após atropelamento por automóvel. Encontra-se consciente e orientado, porém pálido, sudorético e agitado. Relata dor abdominal intensa. Ao exame: PA: 80 × 60mmHg; FC: 124 bpm; FR: 24 irpm. Perfusão periférica alentecida (tempo de enchimento capilar > 4 segundos), abdome doloroso e tenso, com sinais de peritonite. Está sendo submetido a laparotomia exploradora para controle de danos. Foi realizada passagem de cateter vesical de demora, que permaneceu sem débito durante toda a abordagem, apesar da reposição volêmica recebida.

Assinale a alternativa correta sobre os mecanismos compensatórios de preservação da função dos órgãos vitais observados nesse paciente.

- (A) A ativação dos barorreceptores durante o estado de choque inibe a atividade simpática e aumenta o tônus parassimpático, com conseqüente redução da contratilidade miocárdica.
- (B) A angiotensina II atua na conversão da angiotensina I no endotélio pulmonar e não tem efeitos sobre a função renal.
- (C) A aldosterona participa de forma independente na ativação do sistema renina-angiotensina.
- (D) O hormônio antidiurético (ADH) conserva a água livre através da reabsorção da água nos túbulos coletores do córtex renal. Seu principal estímulo é mediado por barorreceptores e centros hipotalâmicos.
- (E) A vasoconstrição promovida pelas catecolaminas ocorre de forma homogênea em todos os territórios vasculares para assegurar uma perfusão tecidual global adequada.

06. Os mecanismos fisiopatológicos do choque, descritos por Blalock na década de 30, permanecem ainda relevantes nos dias de hoje. Com base nessa classificação, assinale a alternativa correta.

- (A) O choque vasogênico corresponde ao quadro de hipoperfusão tecidual causada pelo aumento abrupto da resistência vascular sistêmica.
- (B) O choque neurogênico tem como causa a perda de grandes volumes de fluidos corporais extracelulares.
- (C) O choque hematogênico é decorrente da perda do volume sanguíneo circulante, como nos casos de hemorragia aguda.
- (D) O choque cardiogênico é proveniente de uma vasodilatação exacerbada associada à redistribuição do fluxo, como nos casos de sepse grave.
- (E) A perda de grandes volumes de fluidos nos casos de diarreia, vômitos ou fistulas enterais explica a fisiopatologia do choque distributivo.

07. Homem de 60 anos, em regime de internação hospitalar há duas semanas por sepse de foco abdominal por diverticulite operada, apresenta fístula entérica de alto débito (> 500 mL/24horas), impossibilitando a alimentação por via entérica. Iniciou nutrição parenteral total (NPT) há 10 dias. Nos últimos dias, iniciou quadro de febre persistente com secreção purulenta ao redor do sítio de inserção do cateter venoso central, bem como icterícia leve e elevação das enzimas hepáticas. Apresenta ainda dificuldade no desmame da ventilação mecânica.

Considerando o quadro clínico, assinale a alternativa mais adequada.

- (A) A NPT apresenta baixo risco infeccioso por ser uma solução estéril. A febre possivelmente deve estar relacionada à fístula entérica ou a coleções intra-abdominais.
- (B) Carboidratos em excesso na formulação da NPT podem levar a um aumento do CO₂ e consequente refratariedade ao desmame da ventilação mecânica.
- (C) A translocação bacteriana não é uma hipótese para este caso por ser mais comum em pacientes críticos recebendo nutrição enteral do que naqueles em NPT.
- (D) A toxicidade hepática induzida pela NPT é decorrente da hiperglicemia persistente, sem outros fatores relacionados à formulação.
- (E) Formulações parenterais com alto teor de proteínas não são associadas a complicações clínicas relevantes, devendo ser preferidas em pacientes com grande consumo metabólico.

08. Um paciente etilista crônico de 45 anos apresenta dor abdominal epigástrica súbita e intensa com irradiação em faixa para o dorso. Apresentou múltiplos episódios de vômitos intensos e náuseas. Foi admitido no pronto atendimento com hipotensão (PA: 90 × 60 mmHg), taquicardia (FC: 120 bpm) e febre (38,7 °C). Ao exame, apresenta regular estado geral, abdome doloroso difusamente, mas sem sinais de peritonite. Exames laboratoriais: amilase sérica: 1.240 mg/dL; lipase: 1.700 mg/dL; leucócitos: 16.000/mm³; proteína C reativa: 21 mg/dL e creatinina: 1,9 md/dL. A tomografia abdominal descreve edema pancreático difuso com áreas de necrose. O paciente foi internado em terapia intensiva e iniciou período de reposição volêmica vigorosa com solução cristalóide, analgesia e antibioterapia, devido à suspeita de evolução infecciosa da necrose pancreática. A equipe titular discute agora a melhor estratégia nutricional.

Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Manter o paciente em jejum absoluto até a completa resolução do quadro agudo. Estímulos enterais neste momento aumentam o risco de infecção.
- (B) A nutrição parenteral total precoce está indicada neste momento como estratégia de prevenção da desnutrição e profilaxia da translocação bacteriana.
- (C) Iniciar nutrição enteral com sonda pós-pilórica nas primeiras 24 horas de internação reduz o risco de complicações infecciosas, o tempo de internação e a mortalidade relacionada à pancreatite.
- (D) Iniciar uso diário de procinéticos associados à nutrição enteral, pois há indícios robustos de benefícios na redução de complicações infecciosas da pancreatite aguda grave.
- (E) Aguardar a normalização dos níveis de amilase sérica previamente ao início da dieta oral, que deve ser pobre em gorduras.

09. Uma mulher de 55 anos, com histórico de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* do tipo 2, é admitida para cirurgia eletiva videolaparoscópica (colecistectomia). Ela apresenta IMC de 42,9 kg/m². Na avaliação pré-anestésica, houve a discussão sobre os cuidados perioperatórios com essa paciente, principalmente devido a seu estado nutricional.

A esse respeito, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de paciente com obesidade grau II. Neste cenário, o excesso de peso não representa um fator de risco relevante para complicações cirúrgicas.
- (B) Há maior risco de complicações perioperatórias devido ao acúmulo de gordura abdominal. Do ponto de vista metabólico, no entanto, não são observadas diferenças significativas em comparação a pacientes eutróficos.
- (C) Há pouca comprovação de que o IMC tenha relação com morbidade e mortalidade perioperatórias. Este índice, apesar de amplamente utilizado, tem utilidade limitada na avaliação pré-operatória.
- (D) Há necessidade de ajuste do IMC de acordo com a idade e o sexo, pois, na classificação tradicional, só há validação para crianças e adultos jovens.
- (E) A associação de fatores de risco oferece significativa chance de complicações e distúrbios endócrinos, cardiovasculares e imunológicos.

10. Mulher de 30 anos, hígida, foi submetida a cirurgia para ressecção de cisto dermoide na região esternal. O procedimento transcorreu sem complicações. A paciente manifestou sua preocupação com o risco de formação de cicatrizes inestéticas, pois já apresentou uma cicatriz hipertrófica no local de uma queimadura, no membro superior, ocorrida na infância. Ao exame, a ferida cirúrgica se encontra em bom aspecto. O fechamento foi feito com pontos simples.

Quais orientações podem ser dadas à paciente como medidas de profilaxia para a cicatrização anormal?

- (A) O uso de roupas de pressão deveria ser iniciado imediatamente após o fechamento da pele, mesmo na ocorrência de uma deiscência parcial.
- (B) A aplicação de curativos à base de gel de silicone, após a cicatrização inicial, colabora com a manutenção da hidratação da ferida e ajuda na redução da espessura, do prurido e do desconforto local.
- (C) O risco de formação de cicatriz hipertrófica ou de quelóide não está relacionado com a tensão no fechamento cirúrgico da ferida, tampouco com a localização anatômica.
- (D) Uso de protetor solar sobre a ferida operatória é contraindicado devido ao risco de impregnação da ferida por agentes emulsionantes presentes nas formulações.
- (E) Loções hidratantes e curativos oclusivos devem ser evitados, pois aumentam o risco de infecção local e deiscência de ferida.

11. Homem de 30 anos e 70 kg, hígido, foi vítima de ferimento por arma branca. É admitido na sala de emergência e apresenta PA: 90 × 60 mmHg; FC: 130 bpm; FR: 30 irpm; pele fria e pálida. Exames laboratoriais: hemoglobina de 11,2 g/dL; hematócrito de 34%; gasometria arterial evidencia acidose metabólica leve. A estimativa de sangramento é de 1.600 ml. Após um período de estabilização inicial com reposição de cristaloides, a equipe médica está discutindo a necessidade de transfusão de sangue.

Com base nos critérios de decisão frente ao grau de anemia aguda, assinale a alternativa correta.

- (A) Não há necessidade de transfusão, pois a hemoglobina está acima de 11 g/dL.
- (B) O paciente apresenta choque hemorrágico de classe II, portanto a transfusão de hemácias é obrigatória.
- (C) A perda estimada classifica a hemorragia como classe III. Nesses casos, a transfusão de hemácias provavelmente será necessária e deve-se proceder com tipagem e reserva de sangue.
- (D) A perda sanguínea classifica o choque como classe IV, portanto está indicada hemotransfusão maciça com sangue do tipo O negativo.
- (E) A decisão de transfundir, neste caso, dependerá da dosagem laboratorial das plaquetas e do coagulograma.

12. Um homem de 65 anos está sendo admitido na sala cirúrgica para um procedimento de urgência. Apresentou dor abdominal em fossa ilíaca esquerda associada a náuseas e distensão abdominal com início há 12 horas. Ao exame físico, apresenta massa dolorosa, irreductível e endurecida na região da fossa ilíaca esquerda, além de ruídos hidroaéreos difusamente aumentados. A radiografia de abdome realizada na sala de emergência evidenciou níveis hidroaéreos de distensão de alças de intestino delgado na região. O paciente não apresenta comorbidades ou alergias conhecidas. O cirurgião solicita que seja realizada a profilaxia antimicrobiana perioperatória adequada, caso seja indicada para o quadro. Nesse caso,

- (A) não é necessária profilaxia antimicrobiana.
- (B) deve ser administrada cefazolina, 2 g, em dose única, previamente à incisão da pele.
- (C) deve ser administrada cefazolina, 2 g, antes da incisão da pele, e mantida por ao menos 48 horas após o procedimento.
- (D) deve ser administrada cefazolina, 2 g, antes da incisão da pele, com possível associação de metronidazol.
- (E) deve ser administrada vancomicina, 2 g, associada à clindamicina, 600 mg, em dose única, antes da incisão da pele.

13. Durante a colecistectomia videolaparoscópica eletiva de um paciente jovem, o médico residente opta pelo fechamento da parede abdominal com fio absorvível para a aproximação da aponeurose. O preceptor questiona a escolha do fio, lembrando que o fechamento dessa estrutura deve garantir uma maior e mais prolongada força tênsil, minimizando o risco de hernias e, ao mesmo tempo, tendo baixa reação tecidual, evitando a formação de granulomas.

Com base nas características dos materiais de sutura, qual dos seguintes fios absorvíveis seria o mais adequado para o fechamento da bainha anterior do músculo reto abdominal?

- (A) CatGut simples.
- (B) Monocryl (poliglecarpone 25).
- (C) Vicryl (poliglactina 910).
- (D) PDS II (polidioxanona).
- (E) Seda cirúrgica.

14. Uma mulher de 55 anos, previamente hígida, é submetida à retossigmoidectomia eletiva por doença diverticular recorrente. A cirurgia foi realizada com preparo de cólon prévio e adequado e transcorreu sem intercorrências, sendo realizada anastomose primária. No pós-operatório, evoluiu satisfatoriamente nos primeiros dias, recebendo dieta progressiva com aceitação adequada. No sexto dia do pós-operatório, iniciou quadro de febre persistente com temperaturas de até 39,3 °C. Ao exame, a ferida operatória se encontra limpa e seca, sem sinais de infecção ou coleções. A ausculta pulmonar é limpa, e o abdome é flácido, sem sinais de peritonite. Não há sintomas urinários ou secreções em cateteres.

Com base na conduta mais adequada para o caso, assinale a alternativa correta.

- (A) A febre após mais de 72 horas de pós-operatório provavelmente está relacionada à atelectasia, devendo-se aguardar melhora espontânea e administrar a febre com antitérmicos.
- (B) O uso empírico de antibióticos deve ser iniciado imediatamente, mesmo antes da coleta de exames laboratoriais devido ao risco iminente de sepse.
- (C) Hemoculturas somente devem ser coletadas se houver sinais de infecção em órgãos alvo como na suspeita de pneumonia ou infecção urinária.
- (D) A persistência de febre sem foco definido após o quinto dia de pós-operatório exige a realização de tomografia computadorizada para avaliação de focos abdominais de infecção oculta.
- (E) Uroculturas com mais de 103 UFC/mL são definidoras de infecção do trato urinário mesmo em pacientes assintomáticos.

15. Homem de 37 anos é submetido a hemorroidectomia eletiva com raquianestesia e sedação. A cirurgia não teve intercorrências, e o paciente recebeu hidratação venosa vigorosa durante o intraoperatório e no período de 2 horas em que permaneceu na sala de recuperação anestésica. Seis horas após a cirurgia, queixou-se de dor abdominal na região hipogástrica, sem vômitos, náuseas ou diarreia. Ao exame, apresenta dor à palpação suprapúbica e maciez a punho-percussão da região.

Com base no quadro clínico, assinale a alternativa mais adequada.

- (A) A retenção urinária aguda é incomum após cirurgias anorretais, especialmente em pacientes idosos.
- (B) O manejo inicial é a hidratação venosa rigorosa para estímulo ao reflexo miccional.
- (C) O uso de antiespasmódicos deve ser realizado previamente às tentativas de cateterização vesical para restauo do tônus vesical e auxílio no esvaziamento.
- (D) A cateterização vesical de alívio é preferida à sondagem prolongada, especialmente em pacientes jovens e com baixo risco de novas retenções.
- (E) A cateterização vesical de alívio deve ser realizada apenas nos pacientes com dor intensa e sinais de infecção urinária. Os demais casos devem ser estimulados à deambulação e tentativa de esvaziamento vesical espontâneo.

16. Paciente vítima de trauma é socorrido por populares e levado à unidade de saúde mais próxima devido a atropelamento por veículo em alta velocidade, que ocorreu no centro da cidade. Apresenta-se inconsciente (Glasgow 7), pupilas assimétricas e com frequência respiratória de 25 irpm. A unidade de saúde não dispõe de neurocirurgião de plantão, mas há suporte de imagem e equipe treinada em suporte avançado de vida (ACLS e PHTLS).

Após a estabilização inicial do trauma, qual deve ser a conduta?

- (A) Realizar tomografia de crânio sem contraste, hidratação venosa e observação clínica.
- (B) Realizar tomografia e, após, administrar manitol e dexametasona se indicado.
- (C) Transferência imediata para o centro de trauma mais próximo.
- (D) Intubação orotraqueal em sequência rápida e transferência para o centro de referência mais próximo.
- (E) Intubação orotraqueal em sequência rápida, tomografia de crânio assim que possível e transferência para o centro de referência a depender dos achados.

17. Um paciente de 56 anos foi vítima de colisão automobilística. Foi atendido ainda na rodovia pela equipe de resgate, que evidenciou sinais de instabilidade hemodinâmica. Durante a avaliação inicial, foram identificados sinais de fratura do anel pélvico, com dor intensa e crepitação à palpação.

Considerando o mecanismo de trauma descrito e o tipo de fratura mais comum do anel pélvico, quais são o diagnóstico mais provável e a conduta imediata antes do transporte para o hospital de referência?

- (A) Fratura por compressão lateral – imobilização imediata com cinta pélvica externa e tração dos membros inferiores.
- (B) Fratura em livro aberto – imobilização imediata com cinta pélvica externa com rotação externa dos membros inferiores.
- (C) Fratura por cisalhamento vertical – estabilização externa imediata do anel pélvico.
- (D) Fratura por compressão lateral – estabilização externa imediata do anel pélvico.
- (E) Fratura em livro aberto – imobilização imediata com cinta pélvica externa com rotação interna dos membros inferiores.

18. Durante uma laparotomia exploradora por trauma penetrante do andar superior do abdome, o preceptor pede ao residente que avalie adequadamente a terceira e quarta porções do duodeno em busca de possíveis lesões.

Qual manobra cirúrgica o residente deve realizar?

- (A) Manobra de Pringle.
- (B) Manobra de Rutherford-Morrison.
- (C) Manobra de Cattell-Braasch.
- (D) Manobra de Mattox.
- (E) Manobra de Lortat-Jacob.

19. Uma mulher de 32 anos dá entrada na sala de emergência após agressão física por arma branca. Apresenta ferida penetrante na região lombar à esquerda, posteriormente a linha axilar anterior. Ao exame, apresenta pressão arterial de 120 × 70 mmHg, FC de 98 bpm e saturação de 97% em ar ambiente. O abdome é indolor à palpação. A ferida apresenta-se limpa e sem sangramento ativo no momento. Optou-se pela observação clínica do caso. Após 24 horas de internação, a paciente manteve-se afebril e sem sinais de peritonite, porém com dor discreta no local do ferimento que foi submetido a sutura. Os exames laboratoriais não apresentam alterações e a conduta expectante foi mantida.

Sobre o manejo dessa paciente, assinale a alternativa mais adequada.

- (A) O manejo é inadequado, pois nos ferimentos penetrantes da região posterior do flanco, mesmo em pacientes estáveis, indica-se exploração cirúrgica.
- (B) O manejo é inadequado. A tomografia computadorizada com contraste oral, retal e endovenoso é o método preferencial de avaliação de todos os pacientes com lesão penetrante no dorso, mesmo assintomáticos.
- (C) O manejo é adequado, pois exames físicos seriados têm elevada eficácia na detecção de lesões retroperitoneais e intraperitoneais.
- (D) O manejo é inadequado, pois, na ausência de sinais de irritação peritoneal nas primeiras 6 horas de observação hospitalar, o paciente pode ser receber alta com segurança.
- (E) O manejo foi inadequado, pois, para pacientes estáveis com traumas penetrantes do flanco, o ultrassom FAST teria acurácia mais elevada.

- 20.** Um homem de 45 anos sofreu uma queda de bicicleta enquanto participava de um evento esportivo. Foi trazido para a sala de emergência pelos organizadores do evento. Apresenta múltiplas escoriações em membros superiores e inferiores, bem como equimose na região epigástrica, local de impacto contra o guidão da bicicleta. Apresenta defesa à palpação do andar superior do abdome e dor importante no local do hematoma. Ao exame, apresenta PA: 100 × 70 mmHg; FC: 105 bpm e saturação de 95% em ar ambiente. Foi submetido a tomografia de abdome, sendo evidenciada presença de líquido livre no andar superior do abdome, ausência de sinais de trauma esplênico, hepático ou pneumoperitônio e um importante hematoma na parede abdominal. Qual é a conduta mais adequada?
- (A) Laparotomia exploradora. Na ausência de lesão hepática ou esplênica, a presença de líquido livre indica provável lesão do trato gastrointestinal.
- (B) Repetir a tomografia e solicitar revisão do laudo por um segundo médico radiologista.
- (C) Realizar ultrassom FAST na sala de trauma para quantificação do volume do líquido e melhor orientação terapêutica.
- (D) Observação clínica. O trauma contuso da parede abdominal desencadeia reação inflamatória peritoneal, resultando em exsudação estéril.
- (E) Realização de lavado peritoneal diagnóstico (LPD) para análise do aspirado. Na presença de fibras alimentares ou sangue, está indicada laparotomia exploradora.
- 21.** Assinale a alternativa correta sobre a utilidade das radiografias na sala de trauma.
- (A) No trauma abdominal penetrante em paciente instável, a radiografia abdominal não é necessária.
- (B) A radiografia de pelve deve ser realizada em todo paciente vítima de trauma abdominal, independentemente da queixa ou da condição hemodinâmica.
- (C) A radiografia de tórax em decúbito dorsal só tem utilidade nos pacientes com trauma torácico não penetrante.
- (D) Nos pacientes com ferimentos por arma de fogo, as radiografias, mesmo com diferentes incidências, não permitem um estudo adequado do projétil, sendo preferida a tomografia assim que as condições clínicas permitirem.
- (E) A radiografia de pelve não é necessária nos pacientes com dor ou sensibilidade à palpação devido à alta incidência de iatrogenias na mobilização para o exame.
- 22.** Na sala de emergência, é admitido um paciente de 34 anos, vítima de queda de motocicleta em alta velocidade. Apresenta-se consciente e lembra-se de todo o ocorrido. Os sinais vitais estão estáveis, sem sinais de choque ou instabilidade. Queixa-se de intensa dor pélvica. Ao exame, mostra escoriações na região glútea, um hematoma perineal extenso e sangue no meato uretral. A palpação retal revela que o tônus do esfíncter é preservado e não se percebe sangue em dedo de luva. A conduta mais apropriada é
- (A) hidratação vigorosa com solução coloidal, seguida de sondagem vesical de demora para quantificação de débito urinário.
- (B) tomografia pélvica com sondagem vesical para exame contrastado da bexiga.
- (C) sondagem vesical com irrigação com soro gelado para prevenção de retenção urinária por coágulo vesical.
- (D) tomografia (abdome e pelve) e uretrografia retrógrada.
- (E) antibioticoterapia empírica e observação clínica.
- 23.** Um homem de 50 anos, vítima de acidente automobilístico, é admitido na sala de trauma consciente, com queixa de dor abdominal difusa e escoriações na parede anterior do abdome e tórax. Apresenta pressão arterial de 90 × 60 mmHg; FC: 130 bpm; FR: 28 irpm e saturação de 96% em ar ambiente. Ao exame, mostra sensibilidade abdominal difusa à palpação, mas sem sinais de peritonite: sem dor à descompressão brusca ou punho-percussão. Há nítida distensão abdominal, e a pelve está estável à palpação e mobilização. O paciente tem hálito etílico e encontra-se agitado e agressivo. Assinale a alternativa mais adequada.
- (A) A ausência de crepitações à palpação e mobilização da pelve descarta a possibilidade de fraturas nessa região.
- (B) O exame físico neste caso é suficiente para afirmar que não há lesões abdominais, sendo possível a realização de tomografia para complementação diagnóstica.
- (C) É necessário adiar o exame físico até que o paciente esteja sóbrio e colaborativo.
- (D) A ausência de sinais de irritação peritoneal no exame físico, apesar da distensão abdominal, permite concluir que a fonte de sangramento oculta deve ser o tórax, sendo necessária radiografia na sala de trauma para confirmação.
- (E) A possibilidade de hemorragia intra-abdominal ou pélvica é alta devido à instabilidade hemodinâmica sem causa aparente, sendo necessária avaliação complementar com ultrassom FAST ou lavado peritoneal diagnóstico.

24. Um jovem de 25 anos foi vítima de ferimento por arma branca na região torácica após um desentendimento no trânsito. Foi trazido por populares para a Unidade Básica de Saúde mais próxima. Encontra-se consciente e agitado, taquipneico, taquicárdico e saturando 85% em ar ambiente. O médico de plantão avalia a lesão, que apresenta 3,0 cm de diâmetro e localiza-se na linha axilar média à esquerda. Percebe que há ruídos e borbulhamento pela ferida com entrada e saída de ar. A unidade de saúde não conta com cirurgião de plantão ou sala de trauma.

Com base no caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Tamponamento da ferida com curativo oclusivo de gaze estéril e transferência imediata.
- (B) Exploração digital da ferida para avaliação de acometimento da pleura visceral e sutura caso esteja íntegra.
- (C) Drenagem de tórax em selo d'água com tubo improvisado (equipo de soro e frasco de soro) e transferência imediata.
- (D) Punção de alívio em linha hemiclavicular à esquerda e transferência imediata.
- (E) Curativo oclusivo impermeável de três pontas e transferência imediata.

25. Homem de 35 anos dá entrada na sala de trauma devido a atropelamento por automóvel. Encontra-se consciente, PA: 110 × 80 bpm; FC: 98 bpm e FR: 25 irpm. Queixa-se de dor torácica à direita associada a dispnéia leve. Ao exame: murmúrio vesicular diminuído e macicez à percussão do hemitórax direito. A radiografia de tórax revela opacificação homogênea na base direita na posição supina. Foi indicada drenagem torácica em selo d'água, sendo observada saída de 1.600 mL de sangue de forma imediata.

Assinale a alternativa correta quanto ao manejo do hemotórax.

- (A) Drenagem contínua em selo d'água e observação da evolução clínica em leito de enfermaria.
- (B) Estudo tomográfico do tórax para avaliação posterior e melhor decisão terapêutica.
- (C) Retirar o dreno na sala do trauma e proceder com toracotomia de emergência.
- (D) Avaliação cirúrgica para toracotomia.
- (E) Toracocentese diagnóstica para estudo do líquido pleural e confirmação da presença de sangue.

26. A gestação ectópica ainda é um desafio para a saúde pública, pois responde por 6 a 13% das mortes relacionadas ao período gestacional. O conhecimento dos fatores de risco é importante para o cuidado adequado da paciente na atenção básica de saúde.

Sobre essa morbidade, assinale a alternativa correta.

- (A) A localização mais frequente da gestação ectópica é na porção intersticial da tuba.
- (B) Doença inflamatória pélvica, infecções prévias por clamídia e fertilização *in vitro* não aumentam o risco para gestação ectópica.
- (C) Tabaco não tem relação com o aumento de incidência de risco para gestação ectópica.
- (D) Gestação ectópica prévia não aumenta o risco recorrente, desde que o tratamento do episódio anterior não tenha sido conservador.
- (E) Pílula de progesterona é considerada fator de risco para gestação ectópica.

27. T.R., 33 anos, GIII PII 1N 1C (há 1,5 ano) A0, idade gestacional de 36 semanas, deu entrada no pronto-socorro ginecológico e obstétrico (PSGO) com queixa de perda de líquido em pequena quantidade há cerca de 3 horas. Refere pesquisa de *Streptococcus beta* hemolítico do grupo B negativa. Nega dor tipo contração uterina. Nega comorbidades. No exame físico: AU: 35 cm, DU ausente, BCF: 144 bpm; exame especular: colo uterino sem lesões. Colo impérvio, grosso e posterior. Saída de pequena quantidade de líquido claro com grumos pelo orifício externo do colo uterino.

Com relação ao caso clínico apresentado, assinale a alternativa que representa a conduta mais adequada.

- (A) Ampicilina dose de ataque e manutenção e indução do trabalho de parto com ocitocina.
- (B) Corticoide para maturação pulmonar fetal e indução do trabalho de parto após a segunda dose.
- (C) Indução do trabalho de parto com misoprostol.
- (D) Passagem de sonda de Foley para dilatação mecânica do colo uterino.
- (E) Parto cesariano.

28. B.C.G, 30 anos, primigesta, idade gestacional cronológica de 12 semanas, veio à medicina fetal para realização de ultrassom morfológico de primeiro trimestre. À imagem, identificados CCN 43 mm, BCF 158 bpm, translucência nucal (TN) 1,8.

Com base no conhecimento sobre o ultrassom morfológico de primeiro trimestre, assinale a alternativa correta.

- (A) Deve-se remarcar o exame da paciente para que seja realizado o cálculo de risco para trissomias.
- (B) O resultado do cálculo de risco de trissomias é alto devido à espessura da TN.
- (C) A avaliação da tricúspide é essencial para o cálculo de risco de trissomias.
- (D) O ducto venoso é um marcador ultrassonográfico que não tem importância no cálculo de risco de trissomias.
- (E) O doppler de artéria cerebral média é utilizado no cálculo de risco de pré-eclâmpsia.

29. G.M.A., 39 anos, primigesta, idade gestacional cronológica de 7 semanas, deu entrada no PSO com queixa de sangramento vaginal vermelho escuro em pequena quantidade, de início há 3 dias. Nega exame de imagem, previamente, nessa gestação. Submetida a ultrassom transvaginal que constatou: CCN 2 mm, BCE ausentes, VV 3 mm, diâmetro médio do saco gestacional de 25 mm. Ao exame físico: especular: sangue escuro coletado em pequena quantidade em fórnice posterior. Ao toque vaginal bimanual: colo impérvio, amolecido e posterior. Fundo uterino intrapélvico.

Sobre o caso, assinale o diagnóstico e a conduta corretos.

- (A) Aborto retido; curetagem uterina com cureta fenestrada.
- (B) Ameaça de aborto; repetir ultrassom em cerca de 7–10 dias.
- (C) Aborto retido; repetir ultrassom em 14 dias.
- (D) Aborto incompleto; aspiração manual intrauterina (AMIU).
- (E) Abortamento inevitável; AMIU.

Leia o caso a seguir para responder às questões de **30** a **32**:

V.B.C., 31 anos, idade gestacional de 33 semanas, com aumento de PA desde 11 semanas de IG, em uso de anlodipino 5 mg 1x por dia, deu entrada no PSO, encaminhada da medicina fetal por possuir feto em apresentação cefálica, MBV: 2,7 cm, BCF: 149 bpm, placenta anterior grau III, peso fetal no p2 e dopplervelocimetria: índice de pulsatilidade (IP) de artéria umbilical: diástole zero; ducto venoso IP: 0,5. Paciente assintomática. Exame físico: DU ausente, colo uterino impérvio, bolsa íntegra, cardiocografia: normal, PA: 130 x 80 mmHg.

30. De acordo com o caso clínico, assinale a alternativa correta.

- (A) Provavelmente, o IP da artéria cerebral média encontra-se aumentado.
- (B) A onda “A” do ducto venoso encontra-se negativa.
- (C) A relação cérebro-placentária encontra-se < 1.
- (D) O IP médio das artérias uterinas tem importância para a conduta nesse caso.
- (E) Trata-se de um caso de oligoâmnio.

31. De acordo com o caso clínico, assinale a alternativa que apresenta a conduta correta.

- (A) Avaliação do doppler de ACM (artéria cerebral média).
- (B) Acompanhamento diário do doppler de ducto venoso até IG 34 semanas.
- (C) Dilatação mecânica do colo uterino com sonda de Foley.
- (D) Indução do trabalho de parto com ocitocina EV.
- (E) Indução do trabalho de parto com misoprostol.

32. Paciente foi submetida à rotina pré-eclâmpsia, que identificou relação proteína na urina/creatinina na urina de 0,2. Assinale a alternativa que apresenta os diagnósticos corretos.

- (A) Hipertensão arterial crônica e RCIU tardio.
- (B) Hipertensão arterial crônica e RCIU precoce.
- (C) Pré-eclâmpsia superajuntada e RCIU tardio.
- (D) Pré-eclâmpsia e RCIU precoce.
- (E) Hipertensão gestacional e feto PIG.

33. A hipertensão arterial crônica (HAC) é um dos principais marcadores clínicos de risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia (PE).

Assinale a alternativa que apresenta a ação mais efetiva, de acordo com as evidências atuais, para a prevenção da pré-eclâmpsia isolada ou sobreposta à HAC.

- (A) Introdução de vitamina D antes de 12 semanas de idade gestacional.
- (B) Introdução de AAS antes das 16 semanas de idade gestacional se cálculo de risco para pré-eclâmpsia for alto.
- (C) Introdução de cálcio após as 16 semanas se paciente for hipertensa crônica.
- (D) Introdução de AAS após as 20 semanas de idade gestacional se o índice de pulsatilidade (IP) da artéria umbilical estiver no $p > 95$.
- (E) Introdução de ômega 3 no terceiro trimestre da gestação.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões **34** e **35**:

R.V.C., 28 anos, GII PI 1N A0, IG 16 semanas, sem ultrassonografia prévia, deu entrada no PSO com quadro de sangramento vaginal escuro, em moderada quantidade, além de vômitos incoercíveis, taquicardia e fraqueza muscular. Ao exame físico: AU: 21 cm, BCF inaudível, PA: 150 x 100 mmHg, TV bimanual: colo amolecido, impérvio. Abdome: DB negativo. Paciente nega comorbidades. Refere tipagem sanguínea O negativo. Esposo Rh negativo.

34. De acordo com o caso clínico, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

- (A) Aborto incompleto.
- (B) Aborto completo.
- (C) Mola hidatiforme completa.
- (D) Rotura uterina.
- (E) Cisto de corpo lúteo hemorrágico.

35. Para que seja prevenida uma futura doença hemolítica perinatal, assinale a alternativa que apresenta a abordagem correta.

- (A) Administrar imunoglobulina anti-D, imediatamente.
- (B) Administrar imunoglobulina anti-D com idade gestacional de 28 semanas.
- (C) Administrar imunoglobulina anti-D na próxima gestação.
- (D) Por parceiro ser Rh negativo, não há necessidade de imunoglobulina anti-D.
- (E) Imunoglobulina anti-D é necessária se paciente fosse Rh positivo.

36. Primigesta vem à segunda consulta de pré-natal com resultado de glicemia de jejum de 126 mg/dL, colhida com 9 semanas de idade gestacional.

De acordo com o caso, assinale a alternativa correta.

- (A) Deve-se colher o TOTG com idade gestacional entre 24–28 semanas.
- (B) Trata-se de diabetes gestacional.
- (C) Trata-se de *overt* diabetes.
- (D) Deve-se solicitar insulina de jejum para complementação diagnóstica.
- (E) Deve-se solicitar hemoglobina glicada para conduta.

37. R.T.G., 32 anos, GII PII 2N A0, encontra-se no quarto período do parto. Recém-nascido com peso de 3.800 g, apgar 9/10. Médico plantonista, ao reavaliar a paciente, identifica sangramento vaginal aumentado e persistente, com formação de coágulos ao redor. Ao exame, o útero encontra-se firmemente contraído e indolor à palpação.

Diante do quadro clínico, assinale a alternativa que representa o diagnóstico mais provável.

- (A) Laceração do canal de parto.
- (B) Retenção de restos placentários.
- (C) Endometrite.
- (D) Atonia uterina.
- (E) CIVD (coagulação intravascular disseminada).

38. A.B.C., GIII PI 1C (há 2 anos) AI, residente em São Paulo capital, idade gestacional de 22 semanas, vem à consulta de pré-natal com dúvidas em relação à vacinação. Refere estar preocupada por não ter tomado previamente as vacinas contra HPV e febre amarela. Sorologias: HBsAg negativo, anti-Hbs negativo, rubéola IgM negativo, IgG negativo. Tipagem sanguínea A positivo.

Com base no caso, assinale a alternativa correta.

- (A) Deve-se administrar a vacina contra febre amarela.
- (B) A vacina contra HPV pode ser administrada na gestação.
- (C) Não há necessidade de administração da tríplice bacteriana acelular, pois paciente a recebeu há menos de 5 anos, em gestação anterior.
- (D) Deve-se aguardar o período de terceiro trimestre para a administração da tríplice viral.
- (E) A vacina contra hepatite B pode ser realizada em qualquer idade gestacional.

39. Mulher de 57 anos, menopausada há cerca de 4 anos, em terapia de reposição hormonal com estrogênio mais progesterona, ambos transdérmicos, há cerca de 2 meses. Refere início de sangramento vaginal em moderada quantidade, associado à dor tipo cólica. Submetida a ultrassom transvaginal, identificada imagem hiperecogênica em colo uterino, com fluxo periférico ao doppler, medindo 2,7 cm, além de eco endometrial homogêneo de 23 mm. Volume uterino de 250 cc.

De acordo com o caso clínico, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Substituir a progesterona transdérmica por progesterona via oral e manter o estrogênio.
- (B) Substituir a progesterona transdérmica por DIU de levonorgestrel.
- (C) Retirar o estrogênio e repetir ultrassom em 2 semanas.
- (D) Histeroscopia cirúrgica.
- (E) Histerectomia total via vaginal.

40. Menina de 16 anos vem à consulta por amenorreia primária e ausência de caracteres sexuais secundários. A mãe menstruou aos 14 anos, e a irmã aos 15 anos.

Assinale a alternativa que apresenta a conduta adequada.

- (A) Solicitar cariótipo.
- (B) Solicitar teste de estímulo de GnRH.
- (C) Solicitar FSH e LH.
- (D) Solicitar progesterona.
- (E) Solicitar conduta expectante.

41. F.D.B., 51 anos, vem ao consultório ginecológico queixando-se de insônia, variação de humor, irritabilidade e calorões noturnos há cerca de 4 meses. Nega cirurgias prévias, exceto tireoidectomia por câncer de tireoide. História clínica de diabetes tipo II controlada. Obesidade, com IMC 32 kg/m². Mamografia sem alterações, FSH 60 mUI/mL. Nega outras comorbidades.

Assinale a alternativa que apresenta a melhor opção de tratamento para essa paciente.

- (A) Estrogênio isolado via transdérmica.
- (B) Estrogênio mais progesterona combinados via oral.
- (C) Estrogênio transdérmico mais progesterona via oral.
- (D) Progesterona isolada via oral.
- (E) Desvenlafaxina via oral.

Leia o caso a seguir para responder às questões **42** e **43**.

Paciente de 32 anos, GI PI 1N A0, com desejo gestacional, vem ao consultório ginecológico com queixa de sangramento vaginal em moderada quantidade. Ao exame especular: lesão de colo uterino, friável, vegetante, de aspecto em couve flor, medindo 1,6 cm. O anatomopatológico evidenciou carcinoma espinocelular de colo uterino causado por HPV.

42. Assinale a alternativa que apresenta o exame que deve ser solicitado na sequência, para avaliação e conduta adequadas.

- (A) Tomografia computadorizada de abdome e pelve.
- (B) Ultrassom de abdome total.
- (C) Ressonância nuclear magnética de abdome e pelve.
- (D) Histerossalpingografia.
- (E) Histeroscopia.

43. A paciente foi submetida ao exame complementar que evidenciou lesão de 1,5 x 1,7 cm, distando-se 2 cm do orifício interno do colo uterino, com ausência de linfonodomegalias.

Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta.

- (A) Histerectomia total e salpingectomia bilateral.
- (B) Histerectomia total e salpingooforectomia bilateral.
- (C) Histerectomia total, salpingectomia bilateral, parametrectomia bilateral, colpectomia do 1/3 superior da vagina e linfadenectomia pélvica sistemática bilateral (cirurgia de Wertheim- Meigs).
- (D) Linfonodo sentinela pélvico bilateral com técnica de indocianina verde e *ultrastaging* intraoperatório. Se negativo, prosseguir com traquelectomia radical vaginal e cerclagem uterina por via abdominal.
- (E) Radioterapia e quimioterapia sensibilizante.

44. O conhecimento sobre a farmacologia dos progestagênicos é elemento central na escolha do anticoncepcional hormonal combinado oral.

Assinale a alternativa que apresenta o progestagênio com a maior ação antiandrogênica.

- (A) Desogestrel.
- (B) Drospirenona.
- (C) Levonorgestrel.
- (D) Noretisterona.
- (E) Etonogestrel.

45. Mulher de 30 anos vem ao ambulatório ginecológico com queixa de secreção vaginal fétida. Ao exame especular: secreção amarelada e fétida em pequena quantidade. A microscopia da secreção demonstrou *clue cells*. O teste das aminas veio positivo, e o pH vaginal elevado.

Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico correto.

- (A) Tricomoníase.
- (B) Vaginose citolítica.
- (C) Vaginose bacteriana.
- (D) Infecção por clamídia.
- (E) Candidíase.

46. Assinale a alternativa que apresenta a medicação mais indicada para o tratamento da puberdade precoce verdadeira.

- (A) Análogos de GnRH.
- (B) Estrogenioterapia.
- (C) Terapia hormonal combinada (estrogênio + progesterona).
- (D) Progesterona isolada.
- (E) Cabergolina.

47. A Organização Mundial da Saúde define o climatério como a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da mulher.

A respeito da transição menopausal, assinale a alternativa correta.

- (A) Há queda da inibina B e do LH.
- (B) Há aumento do FSH e do hormônio antimülleriano.
- (C) Há diminuição do FSH e do LH.
- (D) Há diminuição do FSH e da inibina B.
- (E) Há aumento do FSH e queda da inibina B.

Para responder às questões **48** e **49**, leia o caso a seguir:

Mulher de 52 anos vem ao consultório ginecológico referindo aparecimento de nódulo em mama esquerda há cerca de 2 meses. Como antecedentes ginecológicos: menarca aos 15 anos, 1 parto anterior, nega uso de método anticoncepcional hormonal previamente. Menopausa há 1 ano. Nega antecedentes familiares de câncer de mama. Ao exame físico: mamas de grande volume, com nódulo irregular, indolor de cerca de 2 cm em QSL de mama esquerda. Linfonodos não palpáveis. Secreção papilar negativa. À mamografia: imagem nodular isodensa, de contornos espiculados, medindo 2 cm, classificação: BI-RADS 5.

48. Assinale a alternativa que apresenta a propedêutica adequada.

- (A) Punção percutânea com agulha fina (PAAF).
- (B) Biópsia percutânea vacuoassistida (mamotomia).
- (C) Biópsia percutânea com propulsor automático (*core biopsy*).
- (D) Ressonância nuclear magnética.
- (E) Tomossíntese.

49. Após a propedêutica, identificado nódulo com orientação não paralela à pele, com margens macrolobuladas, com halo ecogênico, fenômeno acústico posterior misto, localização às 11h de quadrante superolateral de mama E, medindo 2 x 1,1 cm, com classificação BI-RADS 4. O anatomopatológico revelou carcinoma ductal invasivo grau II, com área de necrose.

Assinale a alternativa que apresenta a conduta cirúrgica adequada.

- (A) Quadrantectomia mamária com linfonodectomia axilar.
- (B) Quadrantectomia mamária com biópsia de linfonodo sentinela.
- (C) Mastectomia total com biópsia de linfonodo sentinela.
- (D) Mastectomia radical modificada.
- (E) Rádio e quimioterapia.

50. Paciente de 30 anos foi submetida a rastreio de câncer de colo uterino com teste DNA-HPV. Identificado subtipo 35 (alto risco).

Assinale a alternativa que apresenta a conduta correta, de acordo com as novas diretrizes para o rastreamento do câncer do colo do útero, do Ministério da Saúde, aprovadas em agosto de 2025.

- (A) Colposcopia.
- (B) Papanicolaou.
- (C) CAF (cauterização de alta frequência).
- (D) Novo rastreio com DNA-HPV em 1 ano.
- (E) Novo rastreio com DNA-HPV em 5 anos.

RASCUNHO

RASCUNHO

