



SÍRIO-LIBANÊS

PROCESSO SELETIVO 2027 | RESIDÊNCIA MÉDICA SÍRIO-LIBANÊS

007. PROVA OBJETIVA

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

Especialidade: **Mastologia**
(OPÇÃO: 011)

- ▶ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 80 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 deste 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 4 horas e 30 minutos, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- ▶ Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 3 horas e 30 minutos 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 e assine o 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.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato

RG

Inscrição

Prédio

Sala

Carteira

FUNDAÇÃO

vunesp



QUESTÃO 01

Homem de 65 anos foi submetido a uma duodenopancreatotomia por adenocarcinoma de cabeça de pâncreas (lesão de 2,9 cm na cabeça do pâncreas, sem metástases à distância, sem invasão arterial do tronco celíaco, da artéria mesentérica superior ou da artéria hepática comum, e com contato inferior a 180° com a veia porta). No 5º dia pós-operatório ocorre aumento do débito do dreno, cujo líquido possui elevada concentração de amilase, mantendo estabilidade hemodinâmica e sem sinais de peritonite difusa.

Com relação ao quadro descrito, o diagnóstico do achado no pós-operatório é:

- (A) linforreia, pela lesão de vasos linfáticos peripancreáticos.
- (B) líquido peritoneal sem alterações patológicas.
- (C) fístula pancreática pós-operatória.
- (D) ascite residual.
- (E) coleperitônio.

QUESTÃO 02

Homem de 52 anos apresenta mal-estar, fadiga, anorexia, náuseas e icterícia iniciados há duas semanas, associados a discreto desconforto em hipocôndrio direito. Refere febre baixa; nega emagrecimento. Refere ter sido submetido a laparotomia exploradora há 5 meses por ferimento penetrante abdominal, tendo sido submetido a uma esplenectomia. Ao exame: icterícia evidente, Temperatura: 37,7 °C; estável hemodinamicamente, há presença de hepatomegalia e dor discreta à palpação do fígado. O médico solicitou exames laboratoriais, que detectaram bilirrubina total elevada, com predomínio da fração direta, AST e ALT superiores a dez vezes o limite da normalidade, fosfatase alcalina e GGT normais. Exames de imagem: ultrassom de abdome superior demonstrou hepatomegalia discreta, sem alterações da vesícula biliar e vias biliares normais.

Diante dos achados, o médico deverá solicitar na investigação diagnóstica do paciente:

- (A) investigação etiológica de hepatite aguda, pois o padrão laboratorial hepatocelular, associado à ausência de dilatação das vias biliares nos exames de imagem, torna improvável uma causa obstrutiva.
- (B) colangiopancreatografia retrógrada endoscópica para remoção de cálculo encravado em papila duodenal maior.
- (C) endoscopia digestiva alta com biópsia de tumor duodenal causando compressão extrínseca da via biliar principal.
- (D) videolaparoscopia com remoção cirúrgica de cálculos coleocianos, causadores do quadro de icterícia obstrutiva.
- (E) videolaparoscopia com biópsia hepática, tendo em vista que a hipótese de colangiocarcinoma deve ser considerada.

QUESTÃO 03

Um homem de 42 anos é admitido no pronto-socorro após politraumatismo decorrente de acidente automobilístico. Durante a internação, é diagnosticado com trombose venosa profunda extensa em membro inferior esquerdo. O paciente apresenta traumatismo cranioencefálico com hemorragia intracraniana em evolução, motivo pelo qual o uso de anticoagulantes está formalmente contraindicado. Diante desse quadro, a equipe assistente discute a profilaxia da embolia pulmonar.

Considerando o caso, assinale a alternativa correta.

- (A) O filtro de veia cava inferior substitui definitivamente a anticoagulação, que não deverá ser iniciada mesmo após a resolução da contraindicação.
- (B) A inserção de filtro de veia cava inferior está indicada, pois o paciente apresenta trombose venosa profunda e contraindicação absoluta à anticoagulação.
- (C) O filtro de veia cava inferior está indicado em todos os pacientes com trombose venosa profunda, independentemente da possibilidade de anticoagulação.
- (D) A presença de trombose venosa profunda deve ser tratada apenas com compressão elástica até a resolução espontânea da hemorragia intracraniana.
- (E) O filtro de veia cava inferior tem como principal finalidade prevenir a formação de novos trombos nos membros inferiores.

QUESTÃO 04

Um homem de 63 anos, hipertenso e tabagista, apresenta episódio súbito de fraqueza em membro superior direito e dificuldade para falar, com resolução completa dos sintomas após 20 minutos. A ultrassonografia com Doppler das artérias carótidas evidencia estenose de 80% da artéria carótida interna esquerda. Após avaliação clínica e neurológica, o paciente é considerado apto para tratamento cirúrgico.

Com relação ao caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) A presença de ataque isquêmico transitório não recomenda procedimento de revascularização carotídea.
- (B) A endarterectomia de carótida interna está indicada nas estenoses bilaterais, independentemente da presença de sintomas.
- (C) A angioplastia com implante de stent é o procedimento indicado nos pacientes com estenose carotídea importante.
- (D) O tratamento clínico isolado é obrigatório em todos os pacientes com estenose carotídea superior a 70%, independentemente da presença de sintomas.
- (E) A endarterectomia de carótida está indicada na situação apresentada, pois reduz o risco de acidente vascular cerebral em pacientes sintomáticos com estenose carotídea importante.

QUESTÃO 05

Um homem de 67 anos procura atendimento devido à alteração do hábito intestinal há quatro meses, associada à perda de peso e anemia ferropriva. A colonoscopia evidencia uma lesão estenosante de 5 cm no cólon ascendente, cuja biópsia confirma adenocarcinoma. A tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve demonstra doença restrita ao cólon direito, com linfonodos pericólicos suspeitos e ausência de metástases à distância. O paciente apresenta condições clínicas adequadas para cirurgia com intenção curativa.

Em relação aos princípios da ressecção oncológica desse tumor, assinale a alternativa correta.

- (A) A ressecção local apenas da lesão, sem retirada do mesocólon e dos linfonodos, é suficiente na maioria dos adenocarcinomas de cólon.
- (B) A ressecção oncológica do câncer de cólon deve incluir o segmento intestinal acometido com margens livres e linfadenectomia regional adequada.
- (C) A presença de anemia ferropriva contraindica o tratamento cirúrgico até sua completa correção.
- (D) A margem cirúrgica é considerada adequada apenas quando superior a 10 cm em todos os casos.
- (E) A colectomia deve ser realizada somente quando houver metástases hepáticas sincrônicas.

QUESTÃO 06

Um homem de 48 anos apresenta perda extensa de partes moles na região anterior da perna após trauma de alta energia. Após desbridamento adequado e controle da infecção, permanece um defeito de aproximadamente 8,0 cm, com exposição de tendão e segmento ósseo.

Considerando os princípios de reconstrução de partes moles, a necessidade de cobertura vascularizada e as características dos enxertos e retalhos musculocutâneos, assinale a alternativa correta.

- (A) O enxerto de pele parcial é a melhor opção para cobertura do defeito, pois apresenta vascularização própria e pode ser aplicado diretamente sobre tendão e osso expostos.
- (B) O enxerto de pele total é preferível ao retalho musculocutâneo, pois sua integração independe da vascularização do leito receptor.
- (C) O retalho musculocutâneo é uma opção adequada, pois transfere tecido com suprimento sanguíneo próprio e pode proporcionar cobertura de estruturas profundas expostas, especialmente quando é necessária a interposição de tecido vascularizado.
- (D) O enxerto de pele parcial deve ser utilizado como primeira escolha sempre que houver exposição óssea, pois sua vascularização é suficiente para manter a viabilidade do enxerto.
- (E) O retalho musculocutâneo deve ser evitado em defeitos com exposição de tendão ou osso, pois a inclusão do músculo aumenta obrigatoriamente a taxa de necrose em comparação aos enxertos cutâneos.

QUESTÃO 07

Uma mulher de 67 anos, obesa, diabética e tabagista, foi submetida à laparotomia exploradora há dois anos por perfuração diverticular complicada. Evolui atualmente com abaulamento progressivo em região mediana abdominal, associado a dor local aos esforços e limitação funcional importante. Ao exame físico, observa-se hérnia incisional mediana de aproximadamente 12 cm, parcialmente redutível, sem sinais flogísticos. A tomografia computadorizada evidencia defeito aponeurótico de 11 cm, com perda de domicílio inferior a 20% e diástase associada dos retos abdominais.

Considerando os princípios atuais da reconstrução da parede abdominal, assinale a alternativa correta.

- (A) O uso de tela sintética está contraindicado em hérnias incisionais de grande porte devido ao maior risco de infecção crônica e rejeição do material.
- (B) O fechamento do defeito herniário sem utilização de tela apresenta menores taxas de recorrência em comparação às técnicas com prótese.
- (C) A técnica de separação de componentes associada à colocação retromuscular de tela constitui opção adequada para reconstrução funcional da parede abdominal.
- (D) A abordagem laparoscópica intraperitoneal com tela em ponte, sem fechamento fascial, representa atualmente o padrão-ouro para hérnias incisionais complexas extensas.
- (E) A perda de domicílio descrita no caso apresentado contraindica uso de próteses devido ao risco elevado de aderências peritoneais e fistulização.

QUESTÃO 08

Um homem de 27 anos é levado ao pronto-socorro após colisão automobilística de alta energia. Na avaliação inicial, apresenta dispneia intensa, taquicardia, pressão arterial de 80 × 50 mmHg, frequência respiratória de 34 irpm, saturação de oxigênio de 84% em ar ambiente e distensão das veias jugulares. Ao exame físico, observa-se importante redução do murmúrio vesicular no hemitórax direito, hipertimpanismo à percussão e desvio da traqueia para a esquerda.

De acordo com os princípios do atendimento ao politraumatizado, assinale a alternativa correta.

- (A) A descompressão torácica imediata deve ser realizada, pois o quadro é compatível com pneumotórax hipertensivo.
- (B) Deve-se solicitar radiografia de tórax antes de qualquer intervenção para confirmação diagnóstica.
- (C) O tratamento inicial consiste apenas na administração de oxigênio suplementar e observação clínica.
- (D) A toracotomia exploradora é o tratamento inicial de escolha para esse quadro.
- (E) A presença de hipotensão contraindica a drenagem torácica até estabilização hemodinâmica.

QUESTÃO 09

Um homem de 52 anos, portador de cirrose hepática por etilismo, é admitido no pronto-socorro com hematêmese volumosa iniciada há duas horas. Ao exame físico, apresenta palidez cutaneomucosa, pressão arterial de 90 × 60 mmHg, frequência cardíaca de 112 bpm e estigmas de hepatopatia crônica. Após reposição volêmica inicial e coleta de exames laboratoriais, suspeita-se de hemorragia digestiva alta por ruptura de varizes esofágicas.

Em relação ao tratamento inicial desse paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) A utilização de terlipressina está indicada apenas após falha do tratamento endoscópico.
- (B) A terlipressina deve ser administrada somente após confirmação endoscópica do sangramento por varizes esofágicas.
- (C) A terlipressina substitui o tratamento endoscópico, tornando desnecessária a ligadura elástica das varizes.
- (D) A terlipressina deve ser iniciada o mais precocemente possível, ainda na suspeita de hemorragia varicosa, mesmo antes da realização da endoscopia digestiva alta.
- (E) A terlipressina é contraindicada em pacientes com cirrose hepática e sangramento digestivo alto.

QUESTÃO 10

Homem de 76 anos, hipertenso de longa data e em uso de ácido acetil salicílico (prevenção secundária), apresenta há cerca de 40 minutos antes da admissão na emergência quadro de eliminação súbita de grande volume de sangue vivo pelo reto (1º episódio). Sinais vitais: FC: 122 bpm; PA: 92/63 mmHg; FC: 24 mrpm; Sat. O₂: 93%. Hemoglobina aferida na entrada: 6,9 g/dL. Após as medidas iniciais realizadas pela equipe de plantonistas, o paciente permanece em choque hipovolêmico.

Qual a conduta diagnóstica/terapêutica mais apropriada no momento para localizar e controlar o sangramento ativo do paciente?

- (A) Ultrassonografia endoscópica contrastada abdomino-pélvica de rotina e observar se há extravasamento; tratar conservadoramente.
- (B) Realizar cintilografia com hemácias marcadas (SPECT) imediatamente, pois detecta sangramentos de baixo débito.
- (C) Iniciar terapia com vasopressores sistêmicos e indicar laparotomia exploradora para ressecção do seguimento hemorrágico.
- (D) Realizar colonoscopia após lavagem intestinal agressiva e preparo com polietilenoglicol; só intervir se fonte identificada.
- (E) Encaminhar para angiografia mesentérica seletiva para localizar a fonte de sangramento e abordá-la por embolização terapêutica.

QUESTÃO 11

Uma mulher de 78 anos, portadora de insuficiência cardíaca descompensada, diabetes mellitus e doença renal crônica, encontra-se internada em unidade de terapia intensiva por choque séptico. Apresenta dor em hipocôndrio direito, febre (38,9 °C), leucocitose (23.000), bilirrubina total de 2,2 mg/dL, creatinina de 2,8 mg/dL e necessidade de hemodiálise e nora-drenalina em baixa dose. A ultrassonografia evidencia sinais de colecistite aguda litiasica, ausência de dilatação da via biliar principal e ausência de coledocolitíase, como demonstrado na imagem a seguir:



(Disponível em: <https://www.primedicaleducation.com.br/>)

Com relação ao caso, assinale a alternativa correta.

- (A) A colecistectomia videolaparoscópica imediata é obrigatória em todos os pacientes com colecistite aguda Tokyo III, independentemente do risco cirúrgico, pois é o único manejo indicado.
- (B) A colecistostomia percutânea guiada por imagem é opção terapêutica recomendada em pacientes graves com alto risco cirúrgico e disfunção orgânica associada.
- (C) A antibioticoterapia sistêmica combinada é suficiente na maioria dos pacientes classificados como Tokyo III, sendo desnecessário procedimento de drenagem biliar, o que seria arriscado para a paciente.
- (D) A colecistostomia percutânea está formalmente contraindicada nos pacientes sépticos em uso de drogas vasoativas, pelo risco elevado de coleperitônio e hemorragia hepática.
- (E) Nessa situação está indicada a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), para remoção endoscópica dos cálculos císticos e inserção de endoprótese para drenagem da via biliar.

QUESTÃO 12

Homem, 32 anos perde o controle da motocicleta, colide contra um muro e é conduzido ao pronto-socorro. Exame físico: sangue abundante em cavidade oral; FR: 32 irpm; oximetria de pulso (ar ambiente): 88%; Tórax: HTD sem alterações; HTE: diminuição da expansibilidade, palpação: sem alterações; percussão: macicez em base e ausculta: murmúrio vesicular diminuído em base; PA: 130 x 80 mmHg; FC: 102 bpm; Abdome e Pelve: sem alteração, Exame neurológico: abertura ocular ao estímulo de pressão, resposta verbal com gemidos incompreensíveis; resposta motora com flexão normal; reatividade pupilar bilateral. Raio-X pelve sem alterações; e-FAST evidencia líquido pleural à esquerda.

O Raio-X do tórax está demonstrado a seguir:



(Vitaly Dianov | Dreamstime.com)

A sequência adequada das condutas na avaliação primária do paciente deverá ser:

- (A) inserir cânula de Guedel; fornecer O₂ por cateter nasal a 3 L/minuto; proteger coluna cervical; toracocentese de alívio hemitórax direito; 2 acessos venosos calibrosos para reposição volêmica com hemocomponentes.
- (B) colocar colar cervical; fazer aspiração da cavidade oral; instalar máscara laríngea; O₂ em alto fluxo; acesso venoso central para reposição volêmica com soluções cristaloides e hemocomponentes.
- (C) proceder com via aérea definitiva após aspiração da cavidade oral com restrição dos movimentos da coluna cervical; ventilação e oxigenação em alto fluxo; drenagem torácica em hemitórax esquerdo; infusão de cristaloides.
- (D) aspiração da cavidade oral; acessos venosos por via central; colar cervical; ventilação assistida com máscara Venturi; tomografia tórax e abdome para elucidação diagnóstica.
- (E) toracoscopia à esquerda para drenagem hemotórax seguida de máscara laríngea para ventilação e oxigenação; acessos venosos para reposição volêmica agressiva com cristaloides.

QUESTÃO 13

Homem de 87 anos, vítima de trauma craniofacial contuso por espancamento, chega inconsciente ao pronto-socorro, hemodinamicamente estável, com Escala de Coma de Glasgow igual a 8.

Considerando a avaliação primária do trauma pelo protocolo ABCDE, qual deve ser a prioridade da equipe?

- (A) Realizar intubação orotraqueal para proteção definitiva da via aérea, com manutenção da estabilização cervical.
- (B) Realizar intubação nasotraqueal como método preferencial para o estabelecimento da via aérea definitiva.
- (C) Realizar imediatamente uma via aérea cirúrgica de emergência como primeira opção para o controle da via aérea.
- (D) Administrar oxigênio a 15 L/min por máscara com reservatório e manter essa estratégia como tratamento definitivo da via aérea.
- (E) Inserir máscara laríngea, oxigenar e ventilar o paciente e encaminhá-lo imediatamente para tomografia de crânio e face.

QUESTÃO 14

Homem de 38 anos sofre ferimento de arma de fogo de grosso calibre no membro inferior direito em ambiente pré-hospitalar; a equipe de suporte avançado do SAMU 192 chega ao local rapidamente e constata que o paciente apresenta uma grande fratura exposta no fêmur direito e apresenta hemorragia arterial abundante, que persiste após compressão direta da ferida. Está consciente, orientado, e falando normalmente. PA: 97/64 mmHg; FC: 112 bpm; Sat. O₂: 95%; FC: 20 mrpm.

A prioridade inicial no atendimento desse paciente, no ambiente pré-hospitalar, deverá ser:

- (A) administrar analgésicos por via intravenosa e antibióticos para profilaxia de osteomielite.
- (B) administrar máscara de O₂ em alto fluxo, reposição volêmica agressiva e redução da fratura.
- (C) pinçamento provisório dos vasos sangrantes, seguido de imobilização da fratura com talas moldáveis.
- (D) controlar a hemorragia externa com compressas e uso do torniquete, caso a compressão direta seja ineficaz.
- (E) proceder controle do sangramento com drogas vasoativas por via intramuscular e realizar analgesia potente.

QUESTÃO 15

Homem de 47 anos, vítima de acidente automobilístico, é admitido em unidade de emergência (Centro de Trauma) consciente, porém confuso. PA: 86 × 54 mmHg, FC: 132 bpm, FR: 26 irpm, Sat.O₂: 92%. Apresenta dor abdominal difusa à palpação, sem sinais claros de irritação peritoneal. Exame do tórax, pelve e extremidades sem alterações. Não há hemorragia externa evidente. Após a realização da avaliação primária conforme o ATLS®, incluindo ressuscitação hemostática, apresenta resposta hemodinâmica transitória.

Nessa situação, a conduta deverá ser

- (A) administrar analgésicos e antibióticos para profilaxia de peritonite secundária por lesões de vísceras ocas.
- (B) realizar uma tomografia computadorizada do abdome com triplo contraste para localização das lesões abdominais.
- (C) administrar 2500 mL de fluidos cristaloides por acessos venosos periféricos + hemoderivados.
- (D) indicar lavado peritoneal diagnóstico para certificação de que há hemorragia retroperitoneal volumosa, o que indicaria exploração cirúrgica.
- (E) realizar uma ultrassonografia abdominal focada para exame de trauma (FAST) e indicar laparotomia exploradora se positivo.

QUESTÃO 16

Um homem de 38 anos, previamente hígido, é vítima de colisão automobilística de alta energia. Na admissão, encontra-se consciente, agitado, com frequência respiratória de 32 incursões por minuto, frequência cardíaca de 118 bpm, pressão arterial de 128 × 78 mmHg e saturação periférica de oxigênio de 88% em máscara com reservatório a 15 L/min. Ao exame físico, apresenta dor intensa à inspiração, redução da expansibilidade do hemitórax direito e movimento paradoxal de um segmento da parede torácica durante a respiração. A tomografia computadorizada demonstra fraturas segmentares de quatro arcos costais consecutivos à direita, com instabilidade do segmento anterior, associadas a contusão pulmonar ipsilateral, sem pneumotórax ou hemotórax significativo. Após analgesia multimodal inicial, o paciente permanece hipoxêmico, taquipneico e com aumento do trabalho respiratório, mas mantém nível de consciência adequado, tosse eficaz e capacidade de proteger a via aérea.

Considerando a fisiopatologia do tórax instável e as estratégias atuais para prevenção e tratamento das complicações respiratórias, a conduta mais adequada no momento é

- (A) realizar intubação orotraqueal imediata e ventilação mecânica invasiva com volume corrente elevado, visando à estabilização interna do segmento instável e à correção da hipoxemia.
- (B) realizar fixação externa rígida do segmento instável com curativo compressivo e manter oxigenoterapia suplementar, evitando pressão positiva devido ao risco de desenvolvimento de pneumotórax hipertensivo.
- (C) instituir suporte ventilatório não invasivo com pressão positiva e PEEP, associado a analgesia multimodal eficaz, fisioterapia respiratória e monitorização clínica estreita, reservando a ventilação invasiva para deterioração clínica ou falha do suporte não invasivo.
- (D) indicar imediatamente estabilização cirúrgica das fraturas costais, independentemente da resposta ao tratamento clínico, pois a presença de tórax instável constitui indicação absoluta de osteossíntese precoce.
- (E) manter apenas oxigenoterapia suplementar e analgesia sistêmica com opioide em altas doses, evitando pressão positiva e bloqueios regionais até a resolução espontânea da contusão pulmonar.

QUESTÃO 17

Uma mulher de 44 anos, vítima de queda de escada, dá entrada na emergência conduzida por familiares. Na admissão, apresenta cefaleia intensa, náuseas e vômitos, além de ferimento extenso em região frontotemporal direita. Encontra-se hemodinamicamente estável, com Escala de Coma de Glasgow de 10 (AO:3; RV:3; RM:4), pupila direita com 5,0 mm e hiporreativa à luz e pupila esquerda com 3,0 mm e fotorreagente. Após a abordagem inicial do trauma, é realizada tomografia computadorizada de crânio, demonstrada na imagem, que evidencia coleção extra-axial hiperdensa, biconvexa, frontotemporal direita, com espessura máxima de 18,0 mm e desvio da linha média de 7,0 mm.

A tomografia está demonstrada a seguir:



(Disponível em: <https://radiopaedia.org/>)

Considerando os achados clínicos e tomográficos, a conduta neurocirúrgica mais adequada no momento é:

- (A) manter tratamento conservador em unidade de terapia intensiva, com monitorização neurológica e tomografia computadorizada de controle em 6 horas.
- (B) realizar intubação orotraqueal, instituir ventilação mecânica e tratamento clínico da hipertensão intracraniana, mantendo observação do hematoma.
- (C) realizar craniotomia descompressiva primária, sem evacuação do hematoma epidural, como medida inicial para controle da hipertensão intracraniana.
- (D) realizar drenagem ventricular externa como tratamento inicial e definitivo da lesão, reservando a abordagem do hematoma para eventual deterioração clínica.
- (E) realizar craniotomia de urgência para evacuação do hematoma epidural, devido ao seu efeito de massa e aos sinais clínicos de hipertensão intracraniana.

QUESTÃO 18

Um homem de 41 anos procura o pronto-socorro com dor em região periumbilical iniciada há 72 horas, posteriormente localizada na fossa ilíaca direita, associada a febre de 38,4 °C e inapetência. Ao exame físico, apresenta frequência cardíaca de 104 bpm, dor localizada na fossa ilíaca direita, defesa muscular localizada e massa palpável dolorosa, sem sinais de peritonite difusa. Os exames laboratoriais mostram leucocitose de 17.800/mm³ com desvio à esquerda e proteína C-reativa elevada. A tomografia computadorizada de abdome com contraste evidencia apendicite perforada, associada a abscesso periapendicular de 5,5 cm, bem delimitado, sem pneumoperitônio difuso ou líquido livre em grande quantidade. O hospital dispõe de radiologia intervencionista e equipe cirúrgica experiente em laparoscopia. Considerando o exame físico, o papel da tomografia computadorizada e o algoritmo contemporâneo de decisão terapêutica para apendicite complicada, assinale a alternativa mais adequada.

- (A) O tratamento inicial com antibioticoterapia e drenagem percutânea do abscesso, quando tecnicamente factível, constitui uma estratégia apropriada em pacientes selecionados, especialmente na ausência de peritonite difusa ou instabilidade hemodinâmica.
- (B) A tomografia computadorizada apenas confirma o diagnóstico de apendicite, não influenciando a escolha entre tratamento cirúrgico e conservador.
- (C) A presença de massa palpável contraindica qualquer tratamento conservador, sendo mandatória a apendicectomia laparoscópica imediata.
- (D) A ausência de sinal de Blumberg exclui apendicite complicada, tornando desnecessária a realização de tomografia computadorizada.
- (E) Todo paciente com abscesso periapendicular deve ser submetido obrigatoriamente à apendicectomia laparoscópica de urgência, independentemente dos achados clínicos e tomográficos.

QUESTÃO 19

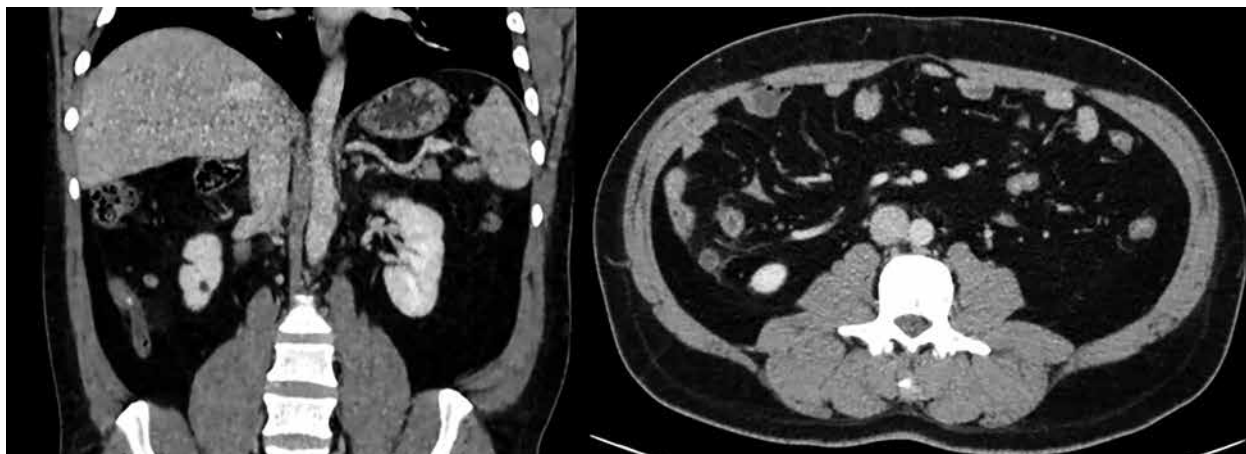
Um homem de 34 anos é admitido no departamento de emergência após colisão automobilística de alta energia. Apresenta extenso trauma maxilofacial, sangramento ativo em cavidade oral, múltiplas fraturas da face e importante edema facial. Durante a abordagem inicial, permanece consciente, porém com estridor inspiratório progressivo e queda da saturação de oxigênio, apesar da oferta de oxigênio suplementar. São realizadas duas tentativas de intubação orotraqueal por profissionais experientes, ambas sem sucesso, devido à impossibilidade de visualização da glote e ao sangramento intenso. A ventilação com máscara facial mostra-se ineficaz. Diante desse cenário de “não intuba, não ventila”, a equipe opta por estabelecer uma via aérea cirúrgica de emergência.

Considerando os princípios atuais do manejo da via aérea difícil, a anatomia cervical e as indicações dos diferentes acessos cirúrgicos, assinale a alternativa correta.

- (A) A traqueostomia convencional é o procedimento de escolha na situação descrita, pois proporciona via aérea definitiva com menor risco de complicações imediatas do que a cricotireoidostomia.
- (B) A cartilagem cricoide deve ser incisada longitudinalmente durante o procedimento de emergência, por representar a estrutura cartilaginosa mais superficial da região cervical anterior.
- (C) A membrana cricotireóidea localiza-se entre as cartilagens tireoide e cricoide, sendo o acesso cirúrgico recomendado para obtenção rápida da via aérea no cenário de falha de intubação associada à impossibilidade de ventilação.
- (D) A identificação anatômica da membrana cricotireóidea depende exclusivamente de exames de imagem, motivo pelo qual a via aérea cirúrgica deve ser postergada até a realização de ultrassonografia cervical.
- (E) Nos pacientes com trauma maxilofacial grave e sangramento difuso, novas tentativas repetidas de intubação orotraqueal devem ser priorizadas antes de qualquer abordagem cirúrgica da via aérea, independentemente da oxigenação do paciente.

QUESTÃO 20

Homem, 39 anos de idade, previamente hígido, deu entrada em pronto atendimento com queixa de dor abdominal em fossa ilíaca direita há dois dias, associada a inapetência, náuseas e vômitos. Nega migração da dor ou febre. Encontra-se em bom estado geral, afebril, FC: 98 bpm, PA: 128 × 73 mmHg, IMC: 32 kg/m². Abdome globoso, flácido, doloroso à palpação de fossa ilíaca direita, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais revelaram leucócitos em 21.500/mm³ sem desvio e PCR: 15,6 mg/dL (VR: < 5,0 mg/L), sem demais alterações. Tomografia abdominal demonstrada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

A conduta a ser tomada para com relação ao paciente deverá ser:

- (A) tratamento exclusivamente com antibióticos por 7–10 dias (conservador).
- (B) apendicectomia laparoscópica.
- (C) drenagem percutânea da coleção intracavitária.
- (D) observação domiciliar sem medicamentos.
- (E) laparotomia exploradora por incisão mediana ampla.

QUESTÃO 21

Uma mulher de 70 anos, paraplégica há oito anos após trauma raquimedular, encontra-se institucionalizada e é encaminhada ao ambulatório de cirurgia plástica reconstrutiva para avaliação de lesão sacral crônica. Refere episódios recorrentes de drenagem seropurulenta e dificuldade para permanecer sentada. Ao exame físico observa-se úlcera sobre a proeminência óssea sacral com perda total da espessura da pele, exposição óssea, tecido de granulação nas bordas e ausência de sinais sistêmicos de infecção. Após desbridamentos seriados, otimização nutricional e controle da colonização bacteriana, a equipe programa tratamento cirúrgico definitivo.

Considerando a classificação atual das lesões por pressão, os princípios da reconstrução cirúrgica e as medidas de prevenção de recorrência, assinale a alternativa correta.

- (A) A exposição de osso caracteriza lesão por pressão em estágio 3, sendo suficiente o fechamento primário da pele após desbridamento adequado.
- (B) O emprego de retalhos fasciocutâneos robustos está indicado após adequado preparo do leito da ferida, permitindo cobertura de estruturas profundas, preenchimento do espaço morto e redução da tensão sobre a sutura.
- (C) A presença de tecido de granulação contraindica definitivamente o tratamento cirúrgico reconstrutivo, devendo a lesão permanecer em cicatrização por segunda intenção.
- (D) Após o fechamento cirúrgico, não há necessidade de medidas específicas de prevenção, desde que a cobertura cutânea tenha sido realizada com retalho bem vascularizado.
- (E) A classificação das lesões por pressão baseia-se exclusivamente na área superficial da ferida, independentemente da profundidade do comprometimento tecidual.

QUESTÃO 22

Um homem de 72 anos, hipertenso, diabético e ex-tabagista, procura atendimento após episódio de fraqueza transitória em membro superior direito e dificuldade para articular palavras, com resolução completa em aproximadamente 20 minutos. A angiotomografia cervical evidencia estenose de 78% da artéria carótida interna esquerda, segundo os critérios do NASCET, com placa aterosclerótica ulcerada. A tomografia computadorizada de crânio não demonstra áreas de infarto estabelecido ou hemorragia intracraniana. O paciente encontra-se neurologicamente assintomático no momento da avaliação, apresenta expectativa de vida superior a cinco anos e não possui contraindicações anestésicas ou cirúrgicas relevantes.

Considerando as evidências atuais sobre prevenção do acidente vascular cerebral, as indicações de endarterectomia carotídea (CEA) e de angioplastia carotídea com implante de *stent* (CAS), assinale a alternativa correta.

- (A) A angioplastia carotídea com implante de *stent* deve ser preferida em todos os pacientes sintomáticos, independentemente da idade ou do risco cirúrgico, por apresentar menor incidência de acidente vascular cerebral perioperatório.
- (B) O uso rotineiro de *shunt* intraluminal durante a endarterectomia carotídea é obrigatório em todos os pacientes, independentemente da monitorização cerebral ou da perfusão durante o clampeamento.
- (C) O tratamento clínico isolado é obrigatório em todos os pacientes com estenose carotídea inferior a 80%, mesmo na presença de sintomas neurológicos recentes.
- (D) A endarterectomia carotídea constitui a estratégia de escolha para pacientes sintomáticos com estenose carotídea significativa e baixo risco cirúrgico, desde que realizada em tempo oportuno por equipe experiente.
- (E) O fechamento primário da arteriotomia apresenta menor risco de reestenose do que o fechamento com *patch*, motivo pelo qual este último deixou de ser recomendado nas diretrizes atuais.

QUESTÃO 23

Mulher, 51 anos, submetida à colecistectomia videolaparoscópica há uma semana, sem colangiografia intraoperatória, retorna ao pronto-socorro com dor abdominal e icterícia. Nega febre e não apresenta sinais de peritonite. Exames laboratoriais mostram elevação expressiva das bilirrubinas total e direta e da fosfatase alcalina. Ultrassonografia demonstra imagem hiperecogênica de aproximadamente 1,2 cm no interior do colédoco, com sombra acústica posterior e dilatação da via biliar a montante. A tomografia não evidencia extravasamento de bile ou bilioma.

Diante do quadro, a hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) coledocolitíase residual.
- (B) fístula biliar.
- (C) hepatite medicamentosa.
- (D) clipagem inadvertida do colédoco.
- (E) pancreatite aguda.

QUESTÃO 24

Uma mulher de 46 anos é submetida à tireoidectomia total por carcinoma papilífero da tireoide. Durante a dissecação do polo superior, a equipe identifica e liga os vasos tireoidianos superiores próximos ao parênquima glandular. Na etapa seguinte, durante a dissecação do compartimento cervical central, o nervo laríngeo recorrente é identificado em seu trajeto habitual até a entrada na laringe, junto ao ligamento de Berry, sendo preservado macroscopicamente. No pós-operatório imediato, a paciente apresenta voz mais fraca, dificuldade para atingir notas agudas e fadiga vocal, porém a videolaringoscopia demonstra ambas as pregas vocais com mobilidade preservada.

Considerando a anatomia cirúrgica do compartimento cervical central, a função do nervo laríngeo recorrente e do ramo externo do nervo laríngeo superior, bem como as repercussões clínicas de suas lesões, assinale a alternativa correta.

- (A) O quadro clínico é mais compatível com lesão do nervo laríngeo recorrente, cuja principal manifestação é perda da capacidade de emitir sons agudos, mantendo-se a mobilidade normal das pregas vocais.
- (B) A preservação da mobilidade das pregas vocais praticamente exclui lesão neural relacionada à tireoidectomia, devendo a alteração vocal ser atribuída exclusivamente ao edema pós-intubação.
- (C) A lesão unilateral do nervo laríngeo recorrente determina invariavelmente obstrução respiratória grave, constituindo indicação obrigatória de traqueostomia de urgência.
- (D) O nervo laríngeo recorrente percorre habitualmente o polo superior da tireoide junto aos vasos tireoidianos superiores, razão pela qual sua principal área de risco cirúrgico corresponde à ligadura desse pedículo vascular.
- (E) A lesão do ramo externo do nervo laríngeo superior compromete a inervação do músculo cricótireoide, reduzindo a tensão da prega vocal e ocasionando dificuldade para emissão de sons agudos, apesar da mobilidade preservada das pregas vocais à videolaringoscopia.

QUESTÃO 25

Homem, 37 anos, previamente hígido, vítima de acidente automobilístico de alta energia, é admitido no pronto-socorro com múltiplas lesões traumáticas. Foi submetido à laparotomia exploradora devido a laceração hepática grau IV e lesão esplênica, evoluindo com necessidade de esplenectomia e empacotamento hepático. Após 24 horas em unidade de terapia intensiva, apresenta distensão abdominal progressiva, oligúria, aumento da pressão de vias aéreas, acidose metabólica e necessidade crescente de drogas vasoativas. Ao exame físico encontra-se sedado, intubado, com abdome tenso e pouco complacente. Os sinais vitais mostram pressão arterial média de 60 mmHg e saturação de oxigênio de 94% em ventilação mecânica. A pressão intra-abdominal aferida indiretamente por via vesical é de 25 mmHg.

Considerando o quadro clínico descrito e os conceitos atuais relacionados à síndrome compartimental abdominal, assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente apresenta hipertensão intra-abdominal grau II e pressão de perfusão abdominal de 38 mmHg, sendo indicada apenas observação clínica e otimização volêmica.
- (B) O paciente apresenta síndrome compartimental abdominal, com pressão de perfusão abdominal de 35 mmHg, sendo indicada descompressão abdominal cirúrgica diante de falência orgânica refratária às medidas clínicas iniciais.
- (C) O paciente apresenta hipertensão intra-abdominal grau III, com pressão de perfusão abdominal de 62 mmHg, devendo-se priorizar aumento da pressão positiva expiratória final para melhora da perfusão visceral.
- (D) O paciente apresenta síndrome compartimental abdominal, com pressão de perfusão abdominal de 24 mmHg, sendo contraindicado tratamento cirúrgico devido ao risco de fístulas enterocutâneas.
- (E) O paciente apresenta hipertensão intra-abdominal grau IV, com pressão de perfusão abdominal de 54 mmHg, sendo indicada monitorização seriada da pressão intra-abdominal.

QUESTÃO 26

Um homem de 58 anos, diabético, procura o pronto-socorro com história de pneumonia há sete dias, apresentando febre persistente, dor torácica ventilatório-dependente, dispneia e piora do estado geral, apesar do uso de antibioticoterapia adequada. A tomografia computadorizada de tórax evidencia derrame pleural loculado à direita, associado a espessamento pleural. A toracocentese diagnóstica demonstra líquido pleural purulento.

Considerando os achados clínicos e radiológicos, qual é a conduta mais apropriada para o controle da infecção pleural?

- (A) Manter a antibioticoterapia intravenosa e realizar acompanhamento clínico e radiológico, reservando a intervenção pleural para os casos de deterioração clínica.
- (B) Realizar toracocentese terapêutica para evacuação da coleção pleural, com repetição do procedimento conforme a evolução clínica e radiológica.
- (C) Realizar drenagem pleural com dreno torácico, associada à antibioticoterapia, com o objetivo de promover a evacuação da coleção infectada e o controle do foco infeccioso.
- (D) Indicar abordagem cirúrgica por videotoracoscopia como tratamento inicial, com desbridamento da cavidade pleural, independentemente da resposta à drenagem pleural.
- (E) Realizar drenagem pleural associada à administração intrapleural de agente fibrinolítico como estratégia inicial, sem necessidade de considerar outras intervenções conforme a resposta ao tratamento.

QUESTÃO 27

Um homem de 33 anos, vítima de colisão automobilística de alta energia, é admitido na sala de trauma 40 minutos após o acidente. Apresenta palidez cutaneomucosa, extremidades frias, frequência cardíaca de 132 bpm, pressão arterial de 78/46 mmHg, frequência respiratória de 28 irpm e escala de coma de Glasgow de 12. Ao exame, há dor e distensão abdominal, fratura fechada de fêmur e sinais clínicos de hemorragia ativa. O ultrassom abdominal focado no trauma (FAST) evidencia líquido livre intraperitoneal. Não há sinais clínicos de traumatismo cranioencefálico grave.

Considerando os princípios atuais de ressuscitação do trauma com hemorragia ativa, assinale a alternativa correta.

- (A) Administrar grandes volumes de cristaloides para normalizar rapidamente a pressão arterial e transfundir hemocomponentes apenas após queda da hemoglobina abaixo de 7 g/dL.
- (B) Transfundir inicialmente apenas concentrado de hemácias e aguardar os testes de coagulação para iniciar plasma e plaquetas.
- (C) Administrar ácido tranexâmico somente após confirmação de hiperfibrinólise por tromboelastografia ou tromboelastometria, devido ao risco de trombose.
- (D) Aplicar hipotensão permissiva, inclusive na presença de traumatismo cranioencefálico, mantendo pressão arterial sistólica entre 70 e 80 mmHg.
- (E) Ativar precocemente o protocolo de transfusão maciça, realizar ressuscitação hemostática, administrar ácido tranexâmico precocemente e evitar hipertensão antes do controle da hemorragia.

QUESTÃO 28

Mulher, 66 anos, bom estado geral, ECOG 1, KPS 100, queixou-se de sangramento retal. Foi realizada colonoscopia e biópsia, sendo diagnosticado adenocarcinoma do reto, distando 4,8 cm da margem anal e com 2,5 cm de extensão. Realizado estadiamento com tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve, além de ressonância nuclear magnética de pelve, detectando-se um tumor com invasão local até gordura mesorretal (T3), e presença de linfonodo suspeito no mesorreto (N1); ausência de envolvimento da fáscia mesorretal (CRM), invasão vascular extramural (EMVI) ou linfonodos laterais. Sem evidência de metástase à distância.

O melhor tratamento a ser proposto para esta paciente deverá ser

- (A) ressecção anterior baixa do reto com excisão total do mesorreto + preservação esfinteriana e quimioterapia adjuvante.
- (B) cirurgia de Miles, sem necessidade de tratamento adjuvante, pela ausência de metástases e linfonodos comprometidos à distância.
- (C) terapia Neoadjuvante Total e cirurgia com excisão total do mesorreto após 6 a 12 semanas.
- (D) radioterapia e quimioterapia terapêutica e repetir colonoscopia após 8 semanas para reavaliação da lesão.
- (E) cirurgia de Hartmann e reconstrução colorretal após 3 meses, sem necessidade de tratamento adjuvante.

QUESTÃO 29

Um homem de 34 anos é admitido após ferimento por arma branca na região precordial. Apresenta frequência cardíaca de 132 bpm, pressão arterial de 78 × 52 mmHg, turgência jugular e bulhas cardíacas hipofonéticas. O ultrassom à beira-leito evidencia grande quantidade de líquido no saco pericárdico, com sinais de compressão das câmaras direitas. Apesar da reposição volêmica e transfusão de hemocomponentes, mantém instabilidade hemodinâmica.

Nesse contexto, assinale a alternativa correta.

- (A) O tamponamento reduz o enchimento ventricular e o débito cardíaco; a descompressão cirúrgica está indicada no trauma penetrante instável.
- (B) O tamponamento aumenta o retorno venoso e o enchimento ventricular, sendo improvável diante de hipotensão e turgência jugular.
- (C) A ausência da tríade de Beck exclui o tamponamento cardíaco e dispensa a avaliação ultrassonográfica.
- (D) A pericardiocentese é o tratamento definitivo do hemo-pericárdio traumático, pois controla a fonte do sangramento cardíaco.
- (E) A ventilação com pressão positiva aumenta o retorno venoso e deve preceder a drenagem pericárdica no paciente instável.

QUESTÃO 30

Homem, 57 anos, foi submetido à hemicolectomia direita por adenocarcinoma de cólon, com anastomose ileocólica primária. No quinto dia de pós-operatório, evoluiu com distensão abdominal progressiva, dor abdominal difusa, febre (38,8 °C), taquicardia (118 bpm), ausência de eliminação de flatos há 48 horas e débito de 250 mL/24 horas de secreção entérica pelo dreno abdominal. Ao exame físico, apresenta dor à palpação difusa, sem sinais evidentes de irritação peritoneal. Os exames laboratoriais demonstram leucocitose de 19.800/mm³, PCR de 286 mg/L, creatinina de 1,8 mg/dL, sódio de 130 mEq/L e potássio de 3,1 mEq/L. A tomografia computadorizada evidencia coleção perianastomótica contendo pequenas bolhas gasosas, distensão de alças delgadas com ponto de transição adjacente à coleção e discreta quantidade de líquido livre.

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) O quadro é compatível com íleo adinâmico prolongado, devendo ser mantidas medidas conservadoras (reposição hidroeletrólítica e acidobásica), pois a presença de coleção perianastomótica não modifica a conduta inicial.
- (B) O principal diagnóstico é obstrução intestinal mecânica secundária a aderências pós-operatórias, sendo indicada laparotomia imediata para lise de aderências, preferencialmente por via laparoscópica.
- (C) A exteriorização de conteúdo entérico pelo dreno confirma que a deiscência está adequadamente drenada, tornando desnecessária antibioticoterapia ou investigação complementar. Deve-se aguardar até 72 horas; caso o débito permaneça, indica-se nutrição parenteral total.
- (D) O conjunto dos achados sugere deiscência da anastomose com formação de fístula intestinal e foco infeccioso intra-abdominal, sendo indicada abordagem clínica, controle do foco infeccioso por drenagem ou cirurgia e avaliação da viabilidade da anastomose.
- (E) A distensão das alças intestinais diferencia definitivamente obstrução mecânica de íleo prolongado, não havendo necessidade de correlação com os achados clínicos ou tomográficos.

QUESTÃO 31

Mulher de 69 anos (não obesa e sem alterações da coagulação), apresenta dor recorrente em flanco esquerdo há 3 meses. A tomografia sem contraste (protocolo para litíase urinária) evidencia cálculo de 7,0 mm localizado em cálice inferior esquerdo, densidade de 400 UH, distância pele-cálculo de 8,0 cm, infundíbulo curto (1,0 cm) e ângulo infundíbulo-piéllico de 95°. Ausência de malformações do trato urinário.

Considerando as características anatômicas apresentadas e as recomendações atuais da *European Association of Urology* (EAU), qual modalidade terapêutica inicial apresenta a melhor relação entre eficácia e menor invasividade para essa paciente?

- (A) Litotripsia Extracorpórea.
- (B) Passagem de cateter duplo J.
- (C) Passagem de cateter duplo J e terapia expulsiva.
- (D) Ureterorenoscopia flexível com litotripsia a laser (RIRS).
- (E) Nefrolitotomia percutânea (PCNL).

QUESTÃO 32

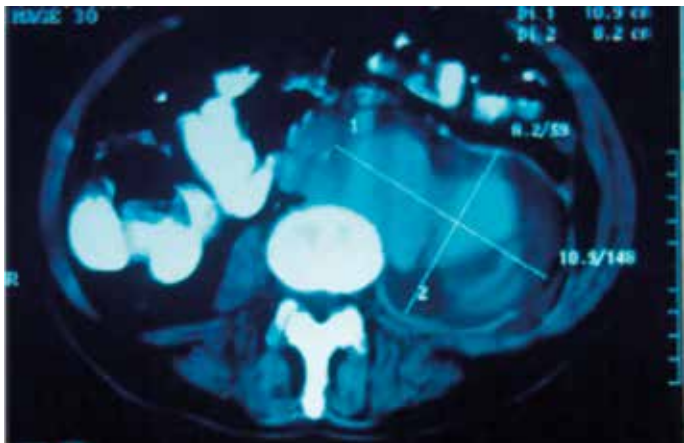
Homem de 72 anos, assintomático, é encaminhado ao urologista após exame periódico de rotina. Ao toque retal, identifica-se nódulo endurecido, irregular e indolor no lobo prostático esquerdo. O PSA total é de 0,5 ng/mL, a densidade do PSA é de 0,02 ng/mL/cm³ e não há história familiar de câncer de próstata.

Considerando as recomendações atuais da *European Association of Urology* (EAU) para o diagnóstico precoce do câncer de próstata, assinale a alternativa que apresenta a conduta correta.

- (A) Repetir o toque retal e o PSA total após seis meses, pois o PSA encontra-se dentro da normalidade.
- (B) Solicitar ressonância magnética multiparamétrica da próstata e, caso seja identificada lesão suspeita (PI-RADS ≥ 3), realizar biópsia prostática dirigida, associada à biópsia sistemática, quando indicada.
- (C) Solicitar ultrassonografia transretal e, caso confirme o nódulo, indicar prostatectomia radical com linfadenectomia pélvica.
- (D) Indicar prostatectomia radical imediatamente, pois o toque retal é suficiente para estabelecer o diagnóstico de câncer de próstata clinicamente significativo.
- (E) Realizar apenas acompanhamento anual com PSA e toque retal, pois valores baixos de PSA praticamente excluem neoplasia prostática.

QUESTÃO 33

Homem de 67 anos, hipertenso, dislipidêmico, tabagista (50 maços/ano) e obeso procura o pronto-socorro com dor abdominal súbita e intensa em flanco esquerdo, irradia-da para a região lombar, acompanhada de sudorese, pali-dez e síncope. Ao exame, apresenta PA: 70 x 40 mmHg, FC: 124 bpm, dor profunda em flanco esquerdo e dor à extensão passiva da coxa esquerda, sem sinais de irrita-ção peritoneal. Após reposição volêmica limitada, permane-ce hipotenso. A tomografia computadorizada é apresentada a seguir:



(Yogesh Kumar et al, Annals of Translational Medicine, 2017)

Assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, o diagnóstico e o tratamento.

- (A) Aneurisma sintomático não roto; tratamento clínico e reparo eletivo.
- (B) Dissecção aguda tipo B não complicada; tratamento clínico e observação em UTI.
- (C) Aneurisma de artéria renal roto; embolização seletiva como tratamento de escolha.
- (D) Hematoma espontâneo de iliopsoas; analgesia e obser-vação clínica.
- (E) Rotura de aneurisma da aorta abdominal infrarrenal; ressuscitação permissiva e reparo urgente, aberto ou endovascular.

QUESTÃO 34

Mulher de 64 anos é submetida à excisão cirúrgica de um carcinoma basocelular ulcerado, gerando um defeito, com 2,5 cm x 3,0 cm, abrangendo toda a espessura do dorso nasal. Devido ao grau de infiltração da lesão neoplásica, foi necessário ressecar o periósteo do osso nasal que, por sua vez, ficou exposto.

Qual o método de escolha recomendado para a reconstrução do defeito nesse caso clínico?

- (A) Curativos com pomadas a base de hidrogel + corticoides para promover cicatrização por 1ª intenção.
- (B) Curativos seriados, permitindo a cicatrização da ferida cirúrgica por segunda intenção.
- (C) Retalho cutâneo local ou à distância, por constituir o método de escolha na presença de osso nasal exposto sem periósteo.
- (D) Enxerto de pele de espessura parcial que, por ser mais fino, apresenta maior chance de integração sobre o osso.
- (E) Enxerto de pele de espessura total, a fim de garantir uma cobertura e proteção mais adequada para o osso nasal.

QUESTÃO 35

Homem, 55 anos, apresenta diagnóstico de cirrose alcoólica descompensada *Child-Pugh B*. No seguimento ambulatorial foi solicitada uma endoscopia de controle para avaliação de varizes de esôfago. A endoscopia evidencia varizes esofá-gicas de grosso calibre em terço médio e distal.

Assinale a alternativa que contempla as características que definem varizes de alto risco para primeiro episódio de hemorragia (que indicam profilaxia primária) e abordagem do paciente.

- (A) *Child-Pugh B*, calibre das varizes, presença de *red spots* (pontilhados vermelhos) – indicar profilaxia primária com betabloqueador não seletivo (preferencialmente carvedilol) ou ligadura elástica endoscópica.
- (B) Doença péptica associada, *Child-Pugh B* e presença de varizes duodenais – indicar escleroterapia das varizes esofágicas como terapia de 1ª escolha.
- (C) Etiologia alcoólica, *Child-Pugh B* e calibre das varizes – indicar terapia para cessação do etilismo, laserterapia para *red spots* e varizes esofágicas e cirurgia caso haja falha do tratamento endoscópico.
- (D) Sexo masculino, calibre das varizes e presença de *red spots* (pontilhados vermelhos) – indicar tamponamento com balão esofágico e drogas betabloqueadoras.
- (E) Idade de 55 anos, doença péptica associada e ingesta etílica – tratar a doença ulcerosa péptica pelo risco de perfuração e sangramento concomitante ao das varizes esofágicas.

QUESTÃO 36

Homem, 42 anos, com antecedente de doença ulcerosa péptica, há 18 dias passa a apresentar quadro de vômitos tardios em relação às refeições, ocorrendo 3 a 6 horas após a alimentação, cujo conteúdo é de restos alimentares e líquido, sem bile. Foi atendido em unidade de urgência com desidratação acentuada, oligúrico, pulso elevado e hipotenso. Qual o distúrbio ácido-base e hidroeletrólítico mais provável?

- (A) Acidose metabólica, normoclorêmica, normonatrêmica, hipocalêmica e urina com pH dentro dos valores normais.
- (B) Alcalose metabólica, hipoclorêmica, hiponatrêmica, hipocalêmica e alcalúria.
- (C) Acidose metabólica, hipoclorêmica, hiponatrêmica, hipocalêmica e acidúria.
- (D) Alcalose metabólica hipoclorêmica associada à hipocalcemia e acidúria paradoxal.
- (E) Acidose respiratória e metabólica, normocloremia, normocalcemia e alcalúria.

QUESTÃO 37

Um homem de 73 anos, hipertenso, tabagista e com adenocarcinoma de reto alto foi submetido a retossigmoidectomia videolaparoscópica com anastomose colorretal primária. No sexto dia pós-operatório, evolui com febre de 38,8 °C, taquicardia de 118 bpm, dor hipogástrica e elevação progressiva da proteína C-reativa. Encontra-se hemodinamicamente estável, sem sinais de peritonite difusa. A tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste evidencia coleção pélvica de 7,5 cm, contendo gás e contraste extraluminal, adjacente à anastomose colorretal, próxima à parede abdominal.

Considerando o quadro clínico e os achados de imagem, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Iniciar antibioticoterapia de amplo espectro e realizar drenagem percutânea da coleção, com acompanhamento clínico da evolução.
- (B) Indicar laparotomia exploradora imediata, com desmontagem da anastomose e confecção obrigatória de colostomia terminal.
- (C) Realizar antibioticoterapia exclusiva, pois a ausência de instabilidade hemodinâmica e de peritonite difusa indica que procedimentos invasivos devem ser evitados.
- (D) Realizar colonoscopia imediata para identificar e fechar o defeito anastomótico, independentemente do tamanho e da localização da coleção.
- (E) Realizar apenas drenagem percutânea da coleção, sem antibioticoterapia sistêmica, pois o controle mecânico do foco infeccioso é suficiente.

QUESTÃO 38

Homem de 28 anos é admitido no pronto-socorro após ferimento por arma branca em hemitórax esquerdo, na região paraesternal, ocorrido há aproximadamente 40 minutos. Encontra-se agitado, pálido, sudorético e com extremidades frias. Ao exame físico apresenta pressão arterial de 80/50 mmHg, frequência cardíaca de 128 bpm, turgência jugular, bulhas cardíacas hipofonéticas e redução da amplitude do pulso arterial durante a inspiração. A ausculta pulmonar evidencia murmúrio vesicular bilateralmente preservado. O exame ultrassonográfico à beira do leito pelo protocolo FAST demonstra presença de líquido anecoico no saco pericárdico. Após reposição inicial limitada com cristalóide, permanece hipotenso e com sinais de hipoperfusão.

Considerando o diagnóstico mais provável, sua fisiopatologia e o tratamento indicado, assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente apresenta choque hemorrágico por lesão vascular intratorácica, sendo a toracostomia com dreno de tórax o tratamento inicial de escolha, pois o líquido pericárdico representa achado secundário frequente no trauma penetrante.
- (B) O paciente apresenta tamponamento cardíaco traumático, caracterizado pelo aumento da pressão intrapericárdica com restrição do enchimento ventricular, devendo ser realizada descompressão imediata por pericardiocentese, considerada o tratamento definitivo preferencial do tamponamento cardíaco traumático decorrente de lesão cardíaca penetrante.
- (C) O paciente apresenta tamponamento cardíaco traumático, caracterizado pela elevação da pressão intrapericárdica e redução do retorno venoso e débito cardíaco, sendo indicado tratamento definitivo por toracotomia de emergência em paciente instável com trauma penetrante e sinais de vida.
- (D) O paciente apresenta tamponamento cardíaco decorrente de contusão miocárdica, devendo ser tratado inicialmente com betabloqueadores e observação clínica, pois a drenagem pericárdica aumenta o risco de sangramento.
- (E) O paciente apresenta tamponamento cardíaco compensado, pois a presença de taquicardia e hipotensão ocorre apenas em fases avançadas, sendo indicada apenas monitorização e repetição do ecocardiograma após estabilização.

QUESTÃO 39

Homem de 65 anos é submetido à colectomia direita por neoplasia de cólon. No quinto dia de pós-operatório, evolui com febre de 39 °C, taquicardia (FC 122 bpm), leucocitose de 19.000/mm³ e aumento dos níveis de proteína C reativa. Está em uso de cateter venoso central desde o procedimento cirúrgico e recebeu antibioticoterapia profilática perioperatória. Ao exame físico apresenta dor abdominal discreta, sem sinais de peritonite, ausculta pulmonar com redução do murmúrio vesicular em base direita e refere aumento do número de evacuações líquidas nas últimas 48 horas (seis episódios ao dia). A radiografia de tórax demonstra infiltrado pulmonar em base direita. Hemoculturas foram coletadas e o cateter apresenta hiperemia e secreção purulenta no sítio de inserção.

Considerando o diagnóstico diferencial de febre no paciente cirúrgico e a abordagem inicial mais adequada, assinale a alternativa correta.

- (A) A febre no quinto dia pós-operatório é provavelmente decorrente de resposta inflamatória sistêmica estéril ao trauma cirúrgico, devendo-se manter conduta expectante, pois infecções nesse período são incomuns.
- (B) O achado de infiltrado pulmonar confirma pneumonia hospitalar como única causa da febre, não sendo necessária investigação de cateter ou trato gastrointestinal.
- (C) O diagnóstico mais provável é colite pseudomembranosa isolada, sendo indicada colonoscopia imediata com biópsia antes da introdução de antibioticoterapia.
- (D) A principal hipótese é infecção relacionada ao cateter venoso central, devendo-se remover o cateter, coletar culturas e iniciar antibioticoterapia empírica adequada, além de investigar outras fontes infecciosas presentes.
- (E) A febre pós-operatória associada à leucocitose e aumento de proteína C reativa indica obrigatoriamente síndrome inflamatória sistêmica não infecciosa, pois marcadores inflamatórios não diferenciam infecção.

QUESTÃO 40

Homem de 69 anos, tabagista de longa data, hipertenso e diabético, procura atendimento por dor em panturrilha direita desencadeada pela caminhada há aproximadamente 18 meses. A dor surge após percorrer cerca de 100 metros e desaparece após alguns minutos de repouso. Nega dor em repouso ou lesões cutâneas. Ao exame físico apresenta pulsos femorais palpáveis bilateralmente, porém pulsos poplíteo e tibial posterior direitos diminuídos. O índice tornozelo-braquial (ITB) é de 0,55 à direita e 0,95 à esquerda. O ecodoppler arterial evidencia estenose significativa da artéria femoral superficial direita. Após seis meses de tratamento clínico com cessação do tabagismo, controle rigoroso dos fatores de risco cardiovascular, uso de estatina, antiagregante plaquetário e programa estruturado de exercício supervisionado, o paciente permanece com limitação importante para suas atividades diárias devido à claudicação.

Considerando o diagnóstico e a abordagem terapêutica da doença arterial periférica, assinale a alternativa correta.

- (A) O tratamento deve permanecer exclusivamente conservador, pois pacientes com doença arterial periférica nunca apresentam benefício de procedimentos de revascularização, independentemente da limitação funcional.
- (B) O tratamento inicial deve ser anticoagulação plena com heparina e trombólise arterial, pois a doença aterosclerótica crônica apresenta alto risco de embolização aguda.
- (C) A presença de ITB reduzido indica obrigatoriamente isquemia crítica do membro, sendo indicada amputação primária antes de qualquer tentativa de revascularização.
- (D) O paciente apresenta doença arterial periférica com claudicação intermitente incapacitante refratária ao tratamento clínico, podendo ser indicada revascularização endovascular ou cirúrgica após avaliação anatômica da lesão.
- (E) A única opção para pacientes com doença femoropoplítea é a cirurgia aberta com enxerto venoso, pois procedimentos endovasculares apresentam resultados inferiores em todos os cenários.

QUESTÃO 41

A prematuridade é um grave problema de saúde pública, especialmente nos países em desenvolvimento.

Dentre os fatores de risco, o que mais influencia a ocorrência de prematuridade na gestação atual é:

- (A) obesidade.
- (B) malformações mullerianas.
- (C) histórico de parto pré-termo na gestação anterior.
- (D) tabagismo.
- (E) diabetes gestacional.

QUESTÃO 42

F.R.L., 30 anos, primigesta, com idade gestacional de 13 semanas, vem em segunda consulta de pré-natal com resultado de glicemia de jejum de 92 mg/dL. Paciente com IMC de 26 kg/m², sem outras comorbidades.

Assinale a alternativa que apresenta a informação/condução corretos.

- (A) Trata-se de diabetes gestacional e deve-se, a princípio, fazer controle de dieta e automonitorização da glicemia capilar.
- (B) Deve-se solicitar hemoglobina glicada para complementação diagnóstica.
- (C) Deve-se solicitar insulina de jejum para complementação diagnóstica.
- (D) Deve-se solicitar TOTG (teste oral de tolerância à glicose) com idade gestacional de 24-28 semanas.
- (E) Trata-se de diabetes pré-gestacional, devendo-se entrar com insulina NPH.

Para responder às questões 43 e 44, leia o caso a seguir:

T.V.D., 30 anos, GIII PI 1N (há 2 anos) A1, idade gestacional de 11 semanas, residente na grande São Paulo capital, vem em consulta de pré-natal e pergunta ao obstetra sobre quais vacinas deve tomar, uma vez que ainda não foi submetida a nenhuma vacinação nesta gestação. Trouxe sorologias: HbsAg não reagente, anti-HBs não reagente, HIV e VDRL não reagentes, toxoplasmose IgG não reagente e IgM reagente, rubéola IgG e IgM não reagentes. Refere não ter tomado a vacina de febre amarela previamente.

QUESTÃO 43

Em relação ao Calendário Nacional de Vacinação da Gestante do Ministério da Saúde, assinale a alternativa correta.

- (A) A vacina contra influenza deve ser administrada após as 20 semanas de idade gestacional.
- (B) Não há indicação de nova dose da DTPa (tríplice bacteriana acelular), uma vez que a paciente a recebeu há menos de 5 anos, na gestação anterior.
- (C) A vacina de febre amarela tem contraindicação absoluta na gestação.
- (D) A paciente deverá receber a vacina contra o VSR (vírus sincicial respiratório) após as 36 semanas de idade gestacional.
- (E) A vacina tríplice viral deverá ser aplicada no puerpério.

QUESTÃO 44

A paciente apresentou os seguintes resultados sorológicos para hepatite B e toxoplasmose: HbsAg não reagente, anti-HBs não reagente, toxoplasmose IgG reagente e IgM reagente. Submetida a teste de avididade de IgG para toxoplasmose: 20%.

Em relação às sorologias de toxoplasmose e hepatite B, assinale a alternativa correta.

- (A) Há de se introduzir a terapia tríplice com sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico, via oral, imediatamente.
- (B) Há de se introduzir a espiramicina via oral após as 16 semanas de idade gestacional.
- (C) Trata-se de uma infecção antiga de toxoplasmose.
- (D) Deve-se iniciar espiramicina e avaliar a necessidade de teste invasivo para pesquisa de infecção fetal.
- (E) Como paciente apresenta-se com testes não reagentes para hepatite B, não há necessidade de vacinação contra a doença.

QUESTÃO 45

G.N.B., 27 anos, GIII PII 1N 3C A0, idade gestacional de 36 semanas, sem comorbidades. O rastreio para EGB (estreptococo beta hemolítico do grupo B), colhido com 35 semanas, resultou negativo. A paciente deu entrada no PS obstétrico com queixas de perda de líquido vaginal há cerca de 4 horas. Ao exame físico: especular: saída de líquido claro com grumos pelo orifício externo do colo uterino. AU: 35 cm, DU ausente. TV: colo impérvio, grosso e posterior. Cardiotocografia: padrão fetal normal.

Diante do caso clínico apresentado, assinale a alternativa que representa a conduta mais adequada.

- (A) Indução imediata do trabalho de parto com ocitocina EV contínua.
- (B) Corticoterapia antenatal e indução do trabalho de parto com misoprostol VV.
- (C) Ampicilina EV e passagem do balão de Krause para dilatação mecânica do colo uterino.
- (D) Amnioinfusão transvaginal para restauração do volume amniótico e conduta expectante.
- (E) Parto cesariano.

QUESTÃO 46

E.B.L., 31 anos, idade gestacional de 36 semanas, primigesta, EGB desconhecido, HIV positivo, em uso de TARV, com resultados recentes de CD4: 500 células/mm³ e carga viral 200 cópias/mL, deu entrada no PSO em trabalho de parto franco e perda de líquido há cerca de 30 minutos. Ao exame obstétrico: colo uterino 8 cm, 80% esvaecido e posição intermediária. Especular: saída de líquido claro com grumos pelo orifício externo do colo uterino.

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

- (A) AZT EV e condução do trabalho de parto com ocitocina EV.
- (B) AZT dose de ataque e manutenção e indicação de parto cesariano.
- (C) AZT dose de ataque e manutenção, ampicilina dose de ataque e parto cesariano.
- (D) Ampicilina dose de ataque e manutenção e condução do trabalho de parto.
- (E) Ampicilina dose de ataque e manutenção, AZT dose de ataque e manutenção e condução do trabalho de parto.

Para responder às questões de 47 a 50, leia o caso a seguir:

T.R.B., 35 anos, GIV PIII (2N 1C há 3 anos) A0, idade gestacional 34 semanas, assintomática, elevação de PA desde 11 semanas de gestação, em uso de anlodipino 10 mg/dia, veio encaminhada para o PSO, da medicina fetal, por ultrassom obstétrico com doppler apresentar: feto único e vivo, em apresentação cefálica, BCF 136 bpm, MBV (maior bolsão vertical: 2,5 cm), peso fetal no percentil 6, doppler: artéria umbilical com diástole zero, IP ACM: 0,8; IP ducto venoso: 0,6; placenta anterior, GII. Movimentos fetais e tônus identificados durante o estudo. Movimentos respiratórios não visualizados. Exame físico: PA 130 x 90 mmHg. DU ausente, AU: 29 cm, cardiotocografia normal. Submetida a exames laboratoriais: relação proteína/creatinina na urina: 0,3.

QUESTÃO 47

Com relação ao diagnóstico fetal e materno, respectivamente, assinale a alternativa correta.

- (A) Feto pequeno para a idade gestacional (PIG); hipertensão arterial crônica.
- (B) Feto PIG; pré-eclâmpsia.
- (C) Restrição de crescimento fetal (RCF) precoce; hipertensão arterial crônica.
- (D) RCF precoce; pré-eclâmpsia.
- (E) RCF tardia; pré-eclâmpsia superajuntada.

QUESTÃO 48

Assinale a alternativa que apresenta a avaliação correta do perfil biofísico fetal.

- (A) 2.
- (B) 4.
- (C) 6.
- (D) 8.
- (E) 10.

QUESTÃO 49

Com relação à interpretação do estudo doppler do caso, assinale a alternativa correta.

- (A) Há um aumento do índice de resistência da artéria umbilical.
- (B) A relação cérebro/placentária encontra-se normal.
- (C) A onda A do ducto venoso encontra-se reversa.
- (D) Há um aumento do índice de pulsatilidade da artéria cerebral média.
- (E) O resultado do IP do ducto venoso indica insuficiência placentária.

QUESTÃO 50

Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada que deve ser tomada nesse momento.

- (A) Indução do trabalho de parto com misoprostol.
- (B) Preparo do colo uterino com sonda de Foley.
- (C) Sulfato de magnésio e parto cesariano.
- (D) Parto cesariano.
- (E) Acompanhamento diário do ducto venoso.

QUESTÃO 51

I.T.C., 33 anos, GII P0 A1, idade gestacional cronológica de 7 semanas e 2 dias, sem comorbidades, dá entrada no PSO com queixa de dor em hipogástrio de início súbito, além de sangramento vaginal escuro há cerca de 2 dias. Ao exame físico: FC: 80 bpm, PA: 110 x 70 mmHg, corada e hidratada. Ao exame especular: mínima quantidade de sangue coletado em fórnice posterior, sem sangramento ativo. Ao toque vaginal bimanual: colo impérvio, sem dor à mobilização de colo uterino. Ao ultrassom transvaginal: identificada imagem em anel, ecogênica em região de tuba uterina esquerda, de 2,7 cm, com foco embrionário de 5 mm e batimentos cardioembrionários presentes. Ausência de líquido livre em cavidade pélvica. Beta HCG quantitativo: 2.000 mUI/mL, enzimas hepáticas normais.

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

- (A) Salpingectomia à esquerda por videolaparoscopia.
- (B) Metotrexato em esquema de dose única.
- (C) Metotrexato em esquema de múltiplas doses.
- (D) Conduta expectante com controle de beta HCG.
- (E) Novo ultrassom em 3 dias para reavaliação da atividade embrionária.

QUESTÃO 52

A incidência de mola hidatiforme no mundo é de cerca de 1 caso para cada 1.000 gestações.

Sobre essa doença, assinale a alternativa correta.

- (A) A recorrência da mola hidatiforme não evolui para coriocarcinoma metastático.
- (B) A mola hidatiforme completa é uma placenta molar que ocorre junto com um feto.
- (C) Após o esvaziamento do útero de uma mola completa, todas as pacientes devem ser monitorizadas seriadamente em relação aos níveis de hGC.
- (D) Na mola hidatiforme há diminuição ovariana e níveis elevados de hCG.
- (E) O aumento de pressão arterial diante uma gestação molar descarta pré-eclâmpsia.

QUESTÃO 53

Gestações gemelares representam de 1 a 2,5% de todas as gestações.

A respeito dessas gestações, assinale a alternativa correta.

- (A) Toda gestação monozigótica é monocoriônica.
- (B) Nem toda gestação dizigótica é dicoriônica.
- (C) As gestações diamnióticas são representadas pelo sinal do lâmbda.
- (D) As gestações dicoriônicas são representadas pelo sinal do T.
- (E) Nem toda gestação diamniótica é dicoriônica.

QUESTÃO 54

E.B.J., 34 anos, GII PI 1N 0, idade gestacional de 21 semanas, submetida a ultrassom morfológico de segundo trimestre com medida do colo uterino que demonstrou: medida do colo 15 mm. Eco glandular endocervical não identificado. Paciente com história prévia de parto vaginal anterior com idade gestacional de 32 semanas, por trabalho de parto prematuro.

Com relação ao caso, assinale a propedêutica mais adequada, que deve ser oferecida à paciente.

- (A) Expectante.
- (B) Progesterona via vaginal.
- (C) Pessário vaginal.
- (D) Cerclagem uterina via transvaginal.
- (E) Cerclagem uterina via abdominal.

QUESTÃO 55

A.V.R., 30 anos, GIII PIII (1C 2N) A0, puérpera, em amamentação materna exclusiva, sem comorbidades, no terceiro dia de pós-parto vaginal, no momento da alta, solicita a indicação imediata de um método anticoncepcional.

De acordo com os Critérios de Elegibilidade dos Métodos Anticoncepcionais no pós-parto e pós-aborto, do Ministério da Saúde, assinale, a alternativa que apresenta, no momento, a melhor opção para essa paciente.

- (A) DIU (dispositivo intrauterino) de cobre.
- (B) DIU de levonorgestrel.
- (C) Implante hormonal com etonogestrel.
- (D) Anel vaginal.
- (E) Anticoncepcional hormonal combinado via oral.

QUESTÃO 56

Paciente GII PI (1C) A0, gestação de 39 semanas e 6 dias, iniciou contração fraca a cada 10 minutos há cerca de 4 horas. A apresentação está insinuada, o colo uterino está 50% apagado e com 2 cm de dilatação.

Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada para o caso.

- (A) Observar, pois é provável que se inicie o trabalho de parto ativo.
- (B) Realizar a amniotomia para regularizar as contrações.
- (C) Iniciar analgesia, pois o estresse retarda a evolução do parto.
- (D) Introduzir misoprostol via vaginal.
- (E) Fazer cesariana, pois ficou caracterizada a falta de dilatação.

QUESTÃO 57

Sabe-se que, dentre todos os períodos do ciclo vital feminino, o período pós-parto é a fase em que uma mulher apresenta mais chances de adoecer por um transtorno psiquiátrico. É precisamente nessa fase que muitas mulheres apresentam, pela primeira vez, uma doença psiquiátrica.

Sobre os distúrbios psiquiátricos do pós-parto, assinale a alternativa correta.

- (A) Todo e qualquer quadro psiquiátrico que ocorra dentro dos 2 primeiros anos após o parto deve ser considerado como um transtorno pós-parto.
- (B) O *blues* pós-parto é um quadro extremamente raro, de duração e prognóstico incertos.
- (C) O início da depressão pós-parto é precoce, ocorre nos primeiros dias após o parto, geralmente na primeira semana.
- (D) A depressão pós-parto (DPP) é caracterizada por quadros com muita irritabilidade, comportamento bastante desorganizado e alucinações.
- (E) A psicose puerperal (PP) é um evento de início abrupto, que surge nas primeiras 48 a 72 horas pós-parto.

QUESTÃO 58

O reconhecimento das alterações fisiológicas induzidas pela gravidez é essencial para a prática segura da medicina intensiva em obstetrícia, permitindo diferenciar entre mudanças fisiológicas esperadas e manifestações patológicas e orientar estratégias de acompanhamento, diagnóstico e tratamento da paciente obstétrica crítica.

Sobre as adaptações fisiológicas que ocorrem no sistema respiratório durante a gestação, assinale a alternativa que apresenta a alteração esperada na gasometria arterial de uma gestante saudável.

- (A) Acidose respiratória compensada com aumento da PaCO_2 .
- (B) Alcalose respiratória compensada com redução da PaCO_2 .
- (C) Acidose metabólica com redução do bicarbonato.
- (D) Alcalose metabólica com aumento do pH.
- (E) Acidose metabólica com hipercalcemia.

QUESTÃO 59

Gestante é admitida no pronto-socorro em PCR após acidente automobilístico. A IG é desconhecida, porém observa-se fundo uterino 4 cm acima da cicatriz umbilical. Inicia-se imediatamente RCP avançada. Após 4 minutos de manobras adequadas, não há retorno da circulação espontânea.

Diante do caso, assinale a conduta mais adequada.

- (A) Prosseguir com reanimação materna por pelo menos 10 minutos, antes de considerar qualquer intervenção obstétrica.
- (B) Realizar cesariana *perimortem* imediatamente, no próprio local da reanimação.
- (C) Aguardar confirmação do óbito materno antes de proceder à cesariana.
- (D) Transferir a paciente ao centro cirúrgico, antes de qualquer intervenção obstétrica.
- (E) Aguardar a confirmação de óbito fetal antes de iniciar a cesariana.

QUESTÃO 60

Puérpera, no primeiro dia pós-parto, submetida à cesariana indicada por pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, evolui com cefaleia intensa, náuseas, turvação visual e episódios de confusão mental. Apresenta PA de 190 × 115 mmHg, sem déficits focais ao exame neurológico.

Diante desse quadro, assinale a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta inicial correta.

- (A) AVC hemorrágico; realizar tomografia computadorizada (TC) antes de qualquer tratamento.
- (B) Síndrome HELLP; iniciar sulfato de magnésio e dexametasona.
- (C) Trombose venosa cerebral; iniciar anticoagulação plena imediata.
- (D) Encefalite; iniciar antibioticoterapia empírica.
- (E) Eclâmpsia iminente; iniciar sulfato de magnésio e controle pressórico.

QUESTÃO 61

R.E.B., 30 anos, vem ao consultório ginecológico queixando-se de secreção vaginal fluida, branco-amarelada em pequena quantidade. Na bacterioscopia, pelo método de Gram, identificados *clue cells*.

Assinale a alternativa que apresenta as mais prováveis características de complementação diagnóstica do caso clínico.

- (A) pH da secreção: 3,5; teste das aminas: positivo.
- (B) pH da secreção: 4,5; teste das aminas: negativo.
- (C) pH da secreção vaginal: 4,5; excesso de lactobacilos.
- (D) pH da secreção vaginal: 4,8; *Whiff test* negativo.
- (E) pH da secreção: 5; *Whiff test* positivo.

QUESTÃO 62

Mulher de 28 anos submetida ao teste DNA HPV oncogênico, em que foi identificado HPV subtipo 35. Nega alteração em exames de papanicolaou em anos anteriores.

Diante desse resultado, assinale a conduta correta, de acordo com as novas Diretrizes para Rastreamento de Câncer de colo uterino do Ministério da Saúde.

- (A) Citologia reflexa.
- (B) Colposcopia.
- (C) CAF (cauterização de alta frequência).
- (D) Conização.
- (E) Repetir teste em 1 ano, pois paciente jovem.

QUESTÃO 63

Mulher de 26 anos submetida ao teste DNA HPV oncogênico, em que foi identificado HPV subtipo 16. Nega alteração em exames de papanicolaou em anos anteriores.

Diante desse resultado, assinale a alternativa que apresenta a conduta correta, de acordo com as novas Diretrizes para Rastreamento de Câncer de colo uterino do Ministério da Saúde.

- (A) Citologia reflexa.
- (B) Colposcopia.
- (C) CAF (cauterização de alta frequência).
- (D) Conização.
- (E) Repetir teste em 1 ano, pois paciente jovem.

QUESTÃO 64

A amenorreia da mulher atleta ocorre devido ao excesso de atividade física. Esse excesso provoca alterações hormonais no organismo feminino.

Assinale a alternativa que apresenta a principal alteração hormonal ocorrida por exercício físico em grande quantidade.

- (A) Elevação do TSH.
- (B) Elevação do FSH.
- (C) Elevação do ACTH.
- (D) Diminuição da prolactina.
- (E) Diminuição do GH.

QUESTÃO 65

Mulher de 66 anos, GII PII 2C A0, sem terapia de reposição hormonal atual, IMC 23 kg/m², sem outras comorbidades, submetida à histeroscopia cirúrgica há cerca de 4 anos, por espessamento endometrial de 9 mm, e, à imagem, o endométrio apresentava-se heterogêneo, de aspecto cístico. O anatomopatológico demonstrou: glândulas endometriais dilatadas, com ausência de atipias. Paciente apresenta-se assintomática, sem história de sangramento vaginal pós-menopausa, mas apresenta, novamente, ao ultrassom, espessamento endometrial de 10 mm, de aspecto cístico. Submetida à histeroscopia diagnóstica, em que o anatomopatológico demonstrou benignidade.

De acordo com as diretrizes de sociedades como a FEBRASGO e diretrizes internacionais (como ACOG e SOGC), assinale a alternativa que apresenta a conduta correta.

- (A) Histerectomia total abdominal.
- (B) Histeroscopia cirúrgica.
- (C) RNM de pelve.
- (D) Ultrassonografia a cada 6 meses.
- (E) Conduta expectante.

QUESTÃO 66

Mulher de 50 anos, IMC 32 kg/m², hipertensa crônica controlada, vem ao consultório ginecológico com queixa de irritabilidade, falha de memória, suores noturnos, esquecimento, além de sangramento irregular nos últimos 6 meses. Submetida a MMG: BI-RADS 2 e ultrassom transvaginal: EE 4 mm, homogêneo. FSH 80 mUI/mL. Paciente nega cirurgias anteriores. Sem história de amenorreia.

De acordo com o caso, assinale a alternativa que apresenta o tratamento mais adequado.

- (A) Estrogênio mais progesterona. Ambos via oral.
- (B) Estrogênio isolado transdérmico.
- (C) Estrogênio transdérmico mais progesterona via oral.
- (D) DIU de levonorgestrel mais estrogênio via oral.
- (E) Progesterona isolada via oral.

QUESTÃO 67

De acordo com os Critérios de Elegibilidade para os Métodos Contraceptivos, assinale a alternativa que apresenta a Classificação 4 para o uso do sistema intrauterino de levonorgestrel (LNG).

- (A) Antecedente pessoal de trombose venosa profunda.
- (B) Sangramento uterino anormal decorrente de leiomioma intramural.
- (C) Enxaqueca com aura.
- (D) Mulher > 35 anos, tabagista de mais de 15 cigarros por dia.
- (E) Câncer de mama recente (há menos de 5 anos).

QUESTÃO 68

T.F.N., 19 anos de idade, nuligesta, estudante, comparece à consulta ginecológica procurando um método contraceptivo. Vida sexual iniciada há cerca de 1 ano, sempre utilizando condon, com ciclos menstruais regulares, porém sente-se insegura por medo de uma eventual gravidez. Refere menarca aos 13 anos de idade, com ciclos regulares. Nega comorbidades, porém, paciente refere tabagismo de mais de 15 cigarros por dia. Paciente desejando método altamente eficaz. Após consulta e aconselhamento, optou-se pelo uso do DIU hormonal, inserido após exame ginecológico normal na mesma consulta.

Assinale a alternativa correta com relação à conduta adotada no caso clínico apresentado.

- (A) O contraceptivo indicado é inadequado, uma vez que a paciente é nulípara.
- (B) O contraceptivo é inadequado, uma vez que a paciente é tabagista de mais de 15 cigarros por dia.
- (C) O uso do DIU só pode ser inserido após o resultado normal de citologia oncológica ou teste negativo de papiloma vírus humano (HPV).
- (D) O DIU hormonal pode ser colocado imediatamente em nuligestas e em adolescentes.
- (E) O DIU hormonal deve ser colocado durante a menstruação em nuligestas e em adolescentes.

Para responder às questões de 69 a 71, leia o caso a seguir:

Mulher de 29 anos, nuligesta, deu entrada ao pronto-socorro ginecológico com queixa de dor abdominal de início súbito, além de corrimento vaginal de odor fétido e mínimo sangramento vaginal. Refere calafrios e pico febril de 39 graus Celsius. Nega comorbidades. Refere uso de desogestrel via oral de forma regular como método anticoncepcional. Relação sexual ativa, parceiro fixo. Ao exame físico: FC: 105 bpm, PA: 100 x 60 mmHg, TAX: 39 graus Celsius. Exame especular: secreção vaginal amarelada, de odor fétido. Colo uterino friável. Toque vaginal bimanual: dor à mobilização de colo uterino. Além de dor à palpação de fundo uterino. Fundo uterino intrapélvico, anexos não palpáveis. Abdome: dor à descompressão brusca: negativa.

QUESTÃO 69

Com relação ao caso clínico, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

- (A) Cisto de corpo lúteo hemorrágico.
- (B) Endometrioma roto.
- (C) Torção ovariana.
- (D) Gestação ectópica aparentemente íntegra.
- (E) DIPA.

QUESTÃO 70

Com relação ao caso clínico, assinale a alternativa que apresenta os exames complementares mais indicados, inicialmente.

- (A) Ultrassom transvaginal, leucograma, PCR e beta-HCG.
- (B) Tomografia de pelve, leucograma e PCR.
- (C) Tomografia de pelve, beta-HCG e VHS.
- (D) RNM de pelve, VHS e D-dímero.
- (E) RNM de pelve, VHS e leucograma.

QUESTÃO 71

Com relação ao caso clínico, e frente às informações dadas pelo enunciado, assinale a alternativa que apresenta o tratamento inicial mais adequado.

- (A) Laparoscopia exploradora.
- (B) Laparotomia exploradora.
- (C) Internação hospitalar e introdução de clindamicina e gentamicina via endovenosa.
- (D) Ceftriaxone 250 mg IM, doxicilina 100 mg 12/12 horas via oral por 14 dias mais metronidazol 500 mg VO 12/12 horas por 14 dias e reavaliação após 72h.
- (E) Azitromicina 500 mg via oral e metronidazol 2 g via oral, ambos em dose única e reavaliação em 7 dias.

QUESTÃO 72

O câncer de ovário é a oitava neoplasia maligna mais diagnosticada em mulheres no Brasil.

Em relação a essa doença, assinale a alternativa correta.

- (A) Os tumores epiteliais do tipo mucinoso são os de maior incidência.
- (B) A maioria das pacientes são diagnosticadas nos estádios III e IV.
- (C) Exames como a ultrassonografia transvaginal e a dosagem sérica do marcador tumoral antígeno associado ao câncer 125 (CA-125) se mostram com sensibilidade e especificidade suficientes para seu uso rotineiro.
- (D) Mulheres que se submeteram à laqueadura tubária parecem apresentar um risco mais alto de desenvolver a doença, embora esse mecanismo não seja claro.
- (E) O tumor de Krukenberg é um tumor primário do ovário, derivado de células epiteliais, apresentando, microscopicamente, células em anel de sinete.

QUESTÃO 73

R.A.C, 33 anos, nuligesta, com dor pélvica crônica e infertilidade primária há 1 ano, foi submetida à videolaparoscopia, com diagnóstico de endometriose severa, com endometrioma de 6 cm em ovário esquerdo e trompas uterinas pérvias bilateralmente. Espermiograma do parceiro: normal. Casal sem condições financeiras para reprodução assistida.

Com relação ao caso, assinale a alternativa correta.

- (A) A exérese da pseudocápsula do endometrioma é mais efetiva do que a drenagem e a eletrocauterização, em termos de melhora da fertilidade.
- (B) A drenagem do endometrioma impede a recorrência do cisto.
- (C) Após a abordagem do endometrioma, deve-se prescrever agonista do GnRH com a finalidade de melhorar a fertilidade da paciente.
- (D) Só se recomenda a abordagem do endometrioma em uma segunda necessidade cirúrgica.
- (E) Após a abordagem do endometrioma, deve-se optar pelo ACHO (anticoncepcional hormonal oral), uma vez que é a melhor opção no intuito de controle da dor.

QUESTÃO 74

Paciente de 44 anos de idade realizou MMG de rotina, que revelou, em quadrante infero-lateral de mama direita, nódulo irregular, espiculado, com distorção de arquitetura do tecido adjacente, associado a microcalcificações pleomórficas, medindo 1 cm. A ultrassonografia revelou nódulo predominantemente hipoeoico, verticalizado, com sombra acústica posterior.

Assinale a alternativa que apresenta, corretamente, a categoria de BI-RADS.

- (A) 0
- (B) 3
- (C) 4
- (D) 5
- (E) 6

QUESTÃO 75

Em 2021, o câncer de mama tornou-se o câncer mais frequentemente diagnosticado no mundo. E, em relação ao rastreamento do câncer de mama, de acordo com o Colégio Brasileiro de Radiologia, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, assinale a alternativa correta.

- (A) O rastreamento deve ser bianual, para mulheres entre 40-74 anos de idade, com risco populacional usual.
- (B) A ultrassonografia é recomendada como rastreamento complementar ou como método isolado para mulheres com risco populacional usual.
- (C) A tomossíntese, em combinação com mamografia não deve ser considerada no rastreamento, mesmo quando disponível.
- (D) Mulheres com parentes de primeiro grau portadoras de mutação patogênica do BRCA1 devem realizar a RNM anualmente, em alguns casos, a partir dos 30 anos.
- (E) A ultrassonografia anual não é necessária, junto à mamografia em mulheres com mamas densas.

QUESTÃO 76

Em relação aos exames citopatológico e histopatológico do colo uterino, assinale a alternativa correta.

- (A) Nas LIE-AG, deve-se repetir o exame após 6 meses.
- (B) A categoria ASC refere-se às células metaplásicas.
- (C) O NIC II deve ser classificada com LIE-AG.
- (D) A LIE-BG inclui células compatíveis com carcinoma *in situ*.
- (E) Diante LIE-BG em paciente com 25 anos ou mais deve-se repetir a citologia em 1 ano.

QUESTÃO 77

Menina de 18 anos apresenta amenorreia primária, sem desenvolvimento de caracteres sexuais secundários. Ao ultrassom de pelve, identificado o útero, mas não identificados os ovários. Os exames laboratoriais demonstraram um hipogonadismo hipergonadotrófico.

Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável do caso.

- (A) Disgenesia gonadal.
- (B) Disfunção hipotálamo-hipofisária.
- (C) SOMP (síndrome ovariana metabólica poliendócrina).
- (D) Hiperprolactinemia.
- (E) Hipotireoidismo.

QUESTÃO 78

Mulher de 52 anos, menopausada há 1 ano, hipertensa crônica controlada, em terapia de reposição hormonal, apresentando sangramento irregular, em pequena quantidade, o que vem incomodando a qualidade de vida da paciente. Ela vem em consultório ginecológico solicitando uma solução para o sangramento ou até mesmo a interrupção do uso hormonal. Submetida a ultrassom transvaginal que demonstrou eco endometrial de 3 mm, além de histeroscopia diagnóstica com anatomopatológico descartando atipias. Atualmente, paciente em uso de estrogênio e progesterona, ambos via transdérmica em uso contínuo.

Assinale a alternativa que apresenta a melhor possibilidade de terapia para essa paciente, visando à diminuição do sangramento.

- (A) Reajustar a dose do estrogênio transdérmico e mudar a progesterona para via oral.
- (B) Retirar o estrogênio e manter a progesterona transdérmica.
- (C) Aumentar a dose da progesterona transdérmica.
- (D) Diminuir a dose do estrogênio e aumentar a dose da progesterona.
- (E) Passar o estrogênio e a progesterona, ambos para a via oral.

QUESTÃO 79

Entre os medicamentos a seguir, aquele que reduz a conversão de androgênios em estrogênios nas células da granulosa é:

- (A) metformina.
- (B) dexametasona.
- (C) letrozol.
- (D) gonadotrofina.
- (E) SDHEA.

QUESTÃO 80

Em relação à classificação da PALM-COEIN, assinale a alternativa que apresenta uma anomalia estrutural.

- (A) Disfunção ovulatória.
- (B) Disfunção endometrial.
- (C) Coagulopatia.
- (D) Adenomiose.
- (E) Imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano.

