

- Cada um dos itens da prova objetiva está vinculado ao comando que imediatamente o antecede. De acordo com o comando a que cada um deles esteja vinculado, marque, na **Folha de Respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **Folha de Respostas**, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.
- No(s) item(ns) eventualmente constituído(s) pela estrutura **Situação hipotética**: ... seguida de **Assertiva**: ..., os dados apresentados como situação hipotética deverão ser considerados premissa(s) para o julgamento da assertiva proposta.
- Eventuais espaços livres — identificados ou não pela expressão “Espaço livre” — que constarem deste caderno de prova poderão ser utilizados para rascunhos.

## PROVA OBJETIVA

### GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Acerca da síndrome dos ovários policísticos (SOP), julgue os itens a seguir.

- 1 Embora os valores de dosagem de prolactina sejam normais na maioria dos casos de SOP, em aproximadamente 10% das pacientes com essa síndrome, os níveis de prolactina são elevados.
- 2 Na SOP, há um aumento na população de folículos antrais em crescimento, o que leva a uma alta concentração de inibina e à consequente elevação dos níveis do hormônio folículo estimulante (FSH) para além do limite superior da normalidade.
- 3 Na definição diagnóstica da SOP, os critérios ultrassonográficos utilizados atualmente, de acordo com as novas recomendações da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, são: presença de vinte ou mais folículos com diâmetro médio de 2 mm a 9 mm; e(ou) volume ovariano total maior ou igual a 10 cm<sup>3</sup> (exceto se houver cisto funcional) em um ou em ambos os ovários.
- 4 O diagnóstico da SOP é eminentemente clínico, em particular quando se considera que a maioria dos casos está associada a hiperandrogenismo e oligoamenorreia, que é definida como ausência de menstruação por até sessenta dias ou ocorrência de menos de seis ciclos menstruais no intervalo de um ano.
- 5 Na SOP, ocorre uma secreção atípica de hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) que resulta em hipersecreção de LH (hormônio luteinizante) e ciclos anovulatórios, com o recrutamento de múltiplos folículos que, porém, não atingem a maturação completa.
- 6 Os principais diagnósticos diferenciais da SOP incluem os tumores produtores de androgênios (ovariano e adrenal), a hiperprolactinemia, as disfunções tireoidianas e a hiperplasia adrenal congênita, mais especificamente a forma não clássica.

No que se refere a fatores predisponentes, deficiência na gravidez e complicações associadas à deficiência de vitamina D, julgue os itens que se seguem.

- 7 As populações que apresentam maior risco para hipovitaminose D e para as quais a dosagem de 25-OH-vitamina D de rotina é relevante incluem pacientes com quadro de raquitismo ou osteomalácia, portadoras de osteoporose, idosas com história de quedas e fraturas, obesas, grávidas e lactentes de risco para hipovitaminose D, e pacientes com síndromes de má-absorção (fibrose cística, doença inflamatória intestinal).
- 8 Uma paciente com vinte e dois anos de idade, G1P0, idade gestacional de vinte e uma semanas, com quadro clínico de hipovitaminose D sintomática e documentada laboratorialmente, pode receber reposição com dose diária de 4.000 UI, desde que não associada a preparações de cálcio, uma vez que essa combinação aumenta o risco da ocorrência de parto prematuro.
- 9 Pacientes de alto risco cardiovascular, como os portadores de síndrome metabólica ou portadores de doenças inflamatórias crônicas, com baixos níveis de vitamina D, diabetes e(ou) hipertensão arterial, tendem a apresentar maior gravidade de doença cardiovascular e maior mortalidade.

Tendo em vista que a abordagem terapêutica no sangramento uterino anormal (SUA) deve ser eficiente para evitar complicações clínicas, julgue os seguintes itens.

- 10 **Situação hipotética**: Uma paciente com trinta e dois anos de idade, com SUA agudo, não gestante, hemodinamicamente estável, sem lesões no colo uterino e com ultrassonografia pélvica que não mostra lesões estruturais, foi atendida em uma unidade hospitalar. **Assertiva**: Nessa situação, para coibir o sangramento, caso não haja contraindicações medicamentosas, a melhor linha de tratamento será o uso de estrogênio e progestagênio ou progestagênio isolado ou ácido tranexâmico.
- 11 **Situação hipotética**: Uma mulher com trinta e oito anos de idade procurou ginecologista com queixa de sangramento crônico. A paciente, não gestante e estável hemodinamicamente, não estava ovulando, e, na sua ultrassonografia pélvica, não foram identificadas lesões estruturais. A paciente relatou desejo reprodutivo. **Assertiva**: Nessa situação, para tentar coibir o sangramento, o médico deve prescrever ácido tranexâmico, citrato de clomifeno e anti-inflamatórios não esteroidais.
- 12 As dosagens de hormônios sexuais e tireoidianos, assim como as dosagens de ferritina e ferro sérico, estão indicadas para todas as mulheres com SUA como exames de rotina, especialmente quando houver irregularidade dos ciclos menstruais.

O termo saúde sexual é amplo, pois envolve reprodução humana e comportamento sexual, além de aspectos relacionados a doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos e disfunções sexuais. Acerca desse assunto, julgue os próximos itens.

- 13 Situação hipotética:** Uma paciente com vinte e cinco anos de idade, G1P1, foi atendida por um ginecologista. Segundo seu relato, ela apresentava, havia doze meses, quadro clínico de ausência de fantasias e pensamentos sexuais, de desejo ou receptividade para a atividade sexual, e angústia pessoal. A paciente negou outras queixas e o exame ginecológico foi normal. **Assertiva:** Nessa situação, a hipótese diagnóstica mais provável é de desejo sexual hipotativo.
- 14** A dor genitopélvica de penetração, também conhecida como dispareunia ou vaginismo, é caracterizada pela demora em alcançar o orgasmo após uma fase de excitação sexual normal em consequência de dor vulvovaginal ou pélvica durante a relação pênis/vagina ou durante a tentativa de penetração vaginal.

Com relação ao vírus do papiloma humano (HPV) e à vacinação para combatê-lo, julgue os itens subsequentes.

- 15** O HPV, que afeta pele e mucosas, é um vírus DNA cujos genes expressam proteínas precoces e tardias, sendo os tipos HPV-16 e HPV-18 os mais frequentemente associados a câncer de colo de útero.
- 16** Para se obter eficácia máxima contra a primoinfecção, deve-se evitar a vacinação contra o HPV em mulheres e homens que já iniciaram a atividade sexual, pois seu uso na vigência de infecção ativa pode interferir negativamente na evolução da doença, aumentando a recorrência da lesão precursora de colo, vagina e vulva.
- 17** As vacinas anti-HPV são profiláticas e não devem ser usadas em tratamento de lesões ou infecção pelo HPV já existentes, pois a vacina, especialmente a quadrivalente, que contém fragmentos de DNA viral, acarreta risco teórico de reinfeção pelo HPV.
- 18** A vacina quadrivalente contra os HPVs 6, 11, 16 e 18, selecionada para o Programa Nacional de Imunização, está indicada para meninas de nove a quatorze anos de idade e para meninos de onze a quatorze anos de idade, em duas doses, com intervalo de seis a doze meses entre elas.

Julgue os itens a seguir, a respeito de ginecologia pediátrica.

- 19 Situação hipotética:** Uma menina com seis anos de idade foi atendida no consultório médico para exame ginecológico que evidenciou grandes lábios aparentemente normais e pequenos lábios unidos por uma rafe, sendo possível observar apenas um canal ventral pequeno entre os lábios, localizado imediatamente abaixo do clitóris. **Assertiva:** Nessa situação, para a primeira linha de tratamento, deve-se evitar o uso de creme de estrogênio, por levar a irritação local, pigmentação vulvar irreversível e desenvolvimento do broto mamário, e prescrever creme de betametasona 0,4%, duas vezes ao dia, por quatro a seis semanas.
- 20 Situação hipotética:** Uma criança de três anos de idade foi levada a um consultório médico pela mãe, que relatou estar a filha com inflamação da vulva, associada a prurido intenso. No exame clínico, constatou-se vulva com hipopigmentação, pele atrófica com aspecto de pergaminho, fissuras e algumas escoriações. **Assertiva:** Nessa situação, o diagnóstico síndrome mais provável é de dermatite exantemática por uso de fralda, e o tratamento inicial deve ser feito com cloridrato de hidroxizina 2 mg/kg/dia, associado à hidratação da pele no local.

- 21** A vulvite infecciosa da infância por estreptococos  $\beta$ -hemolíticos do grupo A pode associar-se a disúria, dor vulvar, prurido ou sangramento e hiperemia de cor viva e brilhante na vulva e no introito vaginal. O quadro clínico e a cultura vulvovaginal confirmam o diagnóstico na maioria dos casos, e o tratamento pode ser feito com penicilina ou cefalosporina de primeira geração por duas a quatro semanas.

Uma paciente de cinquenta e seis anos de idade compareceu a consulta ambulatorial com queixa de alteração em exame de imagem de mama. Ela trouxe consigo mamografia digital bilateral que mostrou nódulo espiculado na junção dos quadrantes inferiores da mama esquerda, de localização profunda, mas que não tocava a musculatura peitoral e média aproximadamente 15 mm, classificado na categoria 5 de BIRADS. No exame clínico, verificou-se que as mamas estavam simétricas, volumosas, pendulares, sem alterações na inspeção estática e dinâmica, sem achados palpatórios, com cavos axilares negativos e expressão mamilar negativa bilateralmente.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

- 22** A ultrassonografia mamária dirigida ao achado mamográfico deve ser também realizada para melhor caracterizar o nódulo e melhor programar a técnica de biópsia por agulha a ser empregada, pois, em caso de malignidade, o conhecimento do subtipo tumoral e do perfil imunoistoquímico poderá modificar o planejamento terapêutico.
- 23** Supondo que o nódulo em questão seja visto em ecografia, a opção pela mamotomia implicará a necessidade de posicionamento de clipe metálico no leito da área de biópsia, uma vez que o nódulo pode vir a ser totalmente retirado durante o procedimento, o que impedirá a posterior localização correta da área do nódulo em caso de confirmação da malignidade.
- 24** Considerando que seja elaborado um diagnóstico histológico de carcinoma invasivo, o fenótipo do tipo luminal A poderá ser caracterizado por um perfil imunoistoquímico mostrando receptores de estrogênio e progesterona positivos, HER-2 (+/+++), e índice KI-67 de 10%.
- 25** Caso o diagnóstico histológico seja de carcinoma lobular invasivo, deverão ser avaliados preferencialmente no processo de estadiamento os seguintes elementos: o sistema nervoso central, o fígado e os ossos.
- 26** Se o diagnóstico histológico da paciente for de carcinoma invasor, com a integração dos fatores biológicos à prática clínica para um mesmo estadiamento, será possível que o tumor evolua de formas variáveis em função da biologia tumoral.

A respeito de infecções de transmissão sexual e(ou) de vaginites infecciosas, julgue os seguintes itens.

- 27 **Situação hipotética:** Uma paciente com trinta e um anos de idade, não gestante, compareceu ao pronto-socorro com quadro de pápulas eritematosas de 2 mm, associadas a vesículas agrupadas de conteúdo citrino e algumas ulcerações, localizadas nos pequenos lábios, no clitóris, nos grandes lábios e na fúrcula vaginal. Associa-se ao quadro linfadenopatia inguinal dolorosa bilateral. **Assertiva:** Nessa situação, deve-se iniciar tratamento com penicilina benzatina 2.400.000 UI em dose única, associada a corticoterapia tópica a 2% para alívio da sintomatologia.
- 28 **Situação hipotética:** Uma paciente com vinte e seis anos de idade, não gestante e alérgica a penicilina, compareceu a consulta ambulatorial encaminhada por unidade básica de saúde. Ela apresentou resultado de exame de citologia em meio de Tzanck de material colhido de úlcera genital múltipla, com fundo raso e brilhante. Nesse exame, foram visualizadas multinucleação e balonização celular em lâmina fixada a álcool 70%. **Assertiva:** Nessa situação, o médico assistente deve prescrever tratamento com doxiciclina 100 mg por via oral, a cada 12 h, por quatorze dias.
- 29 **Situação hipotética:** Uma mulher de quarenta e dois anos de idade, não gestante, compareceu ao ambulatório com quadro de corrimento transvaginal. No exame ginecológico, notou-se corrimento de odor fétido, acinzentado, pouco bolhoso, aderido às paredes vaginais, porém fino, com teste de Whiff positivo, PH vaginal > 4,5 e com *clue cells* na avaliação microscópica. **Assertiva:** Nessa situação, o diagnóstico mais provável é de tricomoníase vaginal, e o tratamento, obrigatório também para o parceiro, deve ser feito com metronidazol 500 mg por via oral, a cada 12 h, por sete dias.
- 30 **Situação hipotética:** Uma jovem com dezenove anos de idade, não gestante, sem alergias, compareceu a consulta ambulatorial e referiu que, há sessenta dias, havia apresentado lesão ulcerada genital, dolorosa, com bordos endurecidos e fundo limpo, mas que depois havia desaparecido sem deixar cicatriz. O resultado de FTA-ABS (*fluorescente treponemal antibody absorbed*), realizado há dez dias, foi positivo. No exame físico, a paciente apresentava lesões papulosas palmoplantares, placas mucosas, linfadenopatia generalizada e condilomas planos. **Assertiva:** Nessa situação, deve-se instituir tratamento com penicilina G benzatina 7.200.000 UI, por via intramuscular, em três doses de 2.400.000 UI.

A diferenciação sexual humana inicia-se na sétima semana de desenvolvimento embriológico e depende, entre outros fatores, da influência dos hormônios gonadais testosterona e hormônio antimülleriano (AMH). Os ductos paramesonéfricos — ductos de Müller — e os mesonéfricos — ductos de Wolf — estão diretamente envolvidos na diferenciação do fenótipo sexual.

Considerando essas informações e aspectos a elas relacionados, julgue os itens a seguir.

- 31 Nos indivíduos que não produzem AMH, os ductos de Müller dão origem às tubas uterinas, ao útero e aos dois terços superiores da vagina.
- 32 A ausência de útero associada à agenesia da vagina, na presença de ovários normais em jovem amenorreica, caracteriza a síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, também conhecida como síndrome da insensibilidade androgênica.

- 33 A ausência de útero e a presença de vagina, de genótipo XY, de androgênio aumentado, de mamas pequenas e de poucos pelos axilares e pubianos sugerem quadro clínico compatível com a síndrome de Morris. Nesse caso, devido ao risco aumentado de malignização, a indicação é a retirada das gônadas.

Uma mulher de 40 anos de idade, nuligesta, apresenta dor hipogástrica, contínua e insidiosa há 7 meses; atualmente, a dor é de intensidade moderada. Ela deseja engravidar; contudo, apesar de ter relações sexuais frequentes há 3 anos e de não usar método contraceptivo, ainda não teve êxito.

Com relação a esse caso clínico e a aspectos a ele relacionados, julgue os itens que se seguem.

- 34 Uma possível causa da dificuldade da paciente de engravidar é a presença de *Chlamydia trachomatis*, agente etiológico comum da doença inflamatória pélvica crônica. Uma das indicações de tratamento para essa doença é doxiciclina em dosagem de 100 mg de 12 em 12 horas por 14 dias, via oral, e, caso o PCR de urina da paciente acuse a presença da bactéria *Neisseria gonorrhoeae*, convém associar ceftriaxona 500 mg, via intramuscular.
- 35 Na busca de solução para a infertilidade da referida mulher, o profissional poderá avaliar a permeabilidade tubária pela histerossalpingografia ou histerossonografia; entretanto, o padrão-ouro é a videolaparoscopia com cromotubagem, exame que permite diagnosticar e tratar aderências, focos de endometriose e outros problemas.
- 36 Na pesquisa de causas para o problema apresentado pela paciente, pode ser avaliada a sua reserva folicular por ultrassonografia pélvica transvaginal entre o terceiro e o quinto dia da menstruação. A contagem de 5 folículos antrais é tranquilizadora, pois representa alta reserva folicular.

No que tange a prevenção e diagnóstico de câncer de mama na população feminina, julgue os itens subsecutivos.

- 37 A mamografia tem maior sensibilidade diagnóstica em mamas lipossustituídas que em mamas de densidade aumentada.
- 38 Se o exame mamográfico apresentar resultado BI-RADS 0, isto é, se for inconclusivo, o resultado da ultrassonografia tenderá a resultado semelhante, sendo, portanto, o exame de ultrassom não indicado como complementar para a conclusão do diagnóstico.
- 39 **Situação hipotética:** Uma mulher de 51 anos de idade cuja irmã teve câncer de mama passou por exame ultrassonográfico de mama, que detectou nódulo de 2,1 cm, mais alto do que largo, angulado, localizado no quadrante superior lateral da mama esquerda, não visualizado na mamografia. **Assertiva:** Nessa situação, por ter sido detectado um nódulo suspeito, a conduta mais indicada é a *core-biopsy* ou a mamotomia guiada por ultrassonografia.

A hiperprolactinemia pode cursar associada a galactorreia, irregularidade menstrual, amenorreia e cefaleia. Além do adenoma de hipófise, há diversas causas de aumento de prolactina. A respeito desse assunto, julgue os itens subsequentes.

- 40 O uso de antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoaminoxidase, inibidores da recaptção de serotonina, antipsicóticos, opiáceos, metoclopramida e cimetidina constitui causa farmacológica de hiperprolactinemia.
- 41 Mulheres com hipotireoidismo primário ou com síndrome do ovário policístico apresentam níveis de prolactina acentuadamente diminuídos.

Julgue os próximos itens, acerca da incontinência urinária de esforço, de urgência e mista.

- 42 Confirmado o diagnóstico de incontinência urinária mista, deve-se realizar imediatamente a cirurgia de SLING para tratar o componente de incontinência de esforço e, em seguida, avaliar e tratar a incontinência urinária de urgência.
- 43 Por ser essencialmente clínico, o diagnóstico da incontinência urinária mista dispensa o estudo urodinâmico; o tratamento inicial de escolha deve ser realizado com cloridrato de oxibutina, via oral, 2,5 mg, três vezes ao dia, e um antimuscarínico com ação antiespasmódica.

Aproximadamente 30% das mulheres da América do Norte e da Europa que estão na pós-menopausa têm osteoporose. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu critérios para diagnóstico devido à alta prevalência mundial dessa doença e o risco aumentado de fratura nas pessoas por ela acometidas. A propósito desse assunto, julgue os itens a seguir.

- 44 Como abordagem para o tratamento de osteoporose no período da menopausa, a estrogênioterapia é considerada melhor terapêutica que a recomendação preventiva da prática de exercícios de resistência e do tratamento das deficiências de vitamina D e cálcio.
- 45 O DXA (*dual-energy X-ray absorptiometry*) é considerado exame padrão-ouro para o diagnóstico de osteoporose, sendo confirmado o diagnóstico por valor do escore T igual ou abaixo de -2,5. Quando associada a fratura por fragilidade, a osteoporose classifica-se, segundo a OMS, como osteoporose estabelecida.

Com referência a neoplasia trofoblástica gestacional e seu prognóstico de cura, julgue os itens que se seguem.

- 46 As primeiras manifestações clínicas do coriocarcinoma, cuja origem se deve, em cerca de 50% dos casos, à malignização da mola hidatiforme, podem ser as metástases pulmonares ou cerebrais.
- 47 No caso de mulheres submetidas ao esvaziamento molar da cavidade uterina, o melhor prognóstico de cura dessa neoplasia consiste em monitoramento semanal da subunidade beta da gonadotrofina coriônica humana (BHCG), até a normalização dos valores com três medidas consecutivas.

Uma gestante com 35 semanas de idade gestacional deu entrada na maternidade queixando-se de perda repentina de líquido vaginal, em grande quantidade, havia 2 horas. Durante trinta minutos de observação, não houve contração uterina; a frequência cardíaca fetal era de 140 bpm. No exame especular, observou-se saída de líquido claro pelo orifício externo do colo do útero.

No que se refere a esse caso clínico hipotético e aspectos a ele relacionados, julgue os itens subsequentes.

- 48 Nesse caso, é indicado o uso de corticoide, como uma aplicação de 12 mg de betametasona seguida de mais uma dose após 24 horas da primeira aplicação — ou seja, duas doses no total.
- 49 Os fatores de risco para rotura prematura de membranas incluem história de rotura prematura de membrana prévia, colo uterino curto (inferior a 25 mm), tabagismo, infecção do trato genital inferior, baixo nível socioeconômico e baixo índice de massa corporal.
- 50 No momento em que se decide pela indução do parto normal, o uso do misoprostol constitui ótima opção no caso de colo do útero com escore de *bishop* inferior a 6.

Espaço livre

A respeito dos cuidados na indicação de anti-hipertensivos para gestantes e de medidas preventivas contra pré-eclâmpsia, julgue os próximos itens.

- 51 Os antagonistas de receptores de angiotensina 2 e os bloqueadores da enzima conversora de angiotensina são promissores no manejo da hipertensão na gestação.
- 52 A nifedipina, pertencente ao grupo dos bloqueadores dos canais lentos de cálcio, tem potente efeito anti-hipertensivo e inibe a contratilidade do músculo liso uterino.
- 53 A suplementação de cálcio em 1 g/dia a partir da décima segunda semana de gestação e o uso de ácido acetilsalicílico em baixa dose (1 mg/kg/dia) iniciado antes da décima sexta semana de gravidez reduzem o risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia.

Uma jovem com 14 semanas de idade gestacional apresentou, na sua primeira consulta de pré-natal, teste de glicemia de jejum com o valor de 130 mg/dL e VDRL (*venereal disease research laboratory*) de 1/128.

No que concerne a esse caso e a aspectos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

- 54 A jovem está com diabetes gestacional, haja vista sua glicemia de jejum ter resultado superior a 126 mg/dL logo na primeira consulta durante o primeiro trimestre da gestação.
- 55 A metformina é um hipoglicemiante oral teratogênico, razão pela qual é contraindicada para a jovem, que está em período gestacional.
- 56 Na referida situação, caso seja positivo o VDRL, que é um teste treponêmico, será necessário, para confirmação de diagnóstico, realizar o teste FTA-ABS (*fluorescent treponemal antibody-absorption*).
- 57 Havendo diagnóstico de sífilis e dúvida acerca do período do contágio inicial, poderá ser ministrada à jovem dose de 2,4 milhões UI/semana de penicilina benzatina por três semanas, perfazendo-se um total de 7,2 milhões UI.

Tendo em vista a importância do aconselhamento genético pré-natal, julgue o seguinte item.

- 58 Translucência nual de 2,4 mm, osso nasal presente, ducto venoso anterógrado, sem malformações evidenciadas durante o exame de ultrassonografia transvaginal morfológica no primeiro trimestre de gravidez, indicam risco aumentado de cromossomopatia.

No que diz respeito à hemorragia puerperal e a medidas para preveni-la, julgue os itens subsequentes.

- 59 A ultrassonografia tem boa sensibilidade e especificidade para avaliação de acretismo placentário em pacientes com risco aumentado de hemorragia puerperal, como idade acima de 35 anos, vigência de placenta prévia e história de múltiplas cesarianas. A ressonância magnética pode ser reservada para situações em que houver indícios de acretismo placentário pela ultrassonografia, mas que não seja possível diagnosticá-lo.
- 60 O misoprostol é mais efetivo que a ocitocina como uterotônico na hemorragia pós-parto, devendo, portanto, ser a primeira escolha.

## CIRURGIA GERAL

Um homem com sessenta e dois anos de idade e 61 kg de peso foi submetido a gastrectomia subtotal por videocirurgia — uma gastrectomia subtotal a Billroth II —, ato sem intercorrências.

Julgue os próximos itens, a respeito do tratamento pós-operatório para o paciente objeto do quadro clínico antecedente.

- 61 Recomenda-se a prescrição de, no mínimo, 2.500 mL de solução fisiológica.
- 62 Para evitar a cetose de jejum, deve-se prescrever pelo menos 400 kcal, se mantida a dieta zero.
- 63 60 mEq de potássio são suficientes para manutenção, em dieta zero.
- 64 Deve-se administrar antibiótico profilático por 48 h.
- 65 A melhor maneira de evitar doença tromboembólica nesse paciente é administrar heparina de baixo peso molecular na dose de 2 mg/kg/dia.

De acordo com as recomendações vigentes sobre prevenção de infecção de sítio cirúrgico, julgue os itens que se seguem.

- 66 O banho antes da cirurgia é desnecessário.
- 67 A tricotomia deve ser feita na sala de cirurgia com aparelho elétrico.
- 68 O uso de *propés* é obrigatório para o controle do risco de infecção de sítio cirúrgico.
- 69 O uso de escova na antisepsia das mãos está contraindicado.
- 70 Tempo cirúrgico prolongado e técnica cirúrgica inadequada são fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico.

Paciente com quarenta e dois anos de idade procurou o serviço de endocrinologia por apresentar aumento da glândula tireoide e múltiplos nódulos, difusamente em ambos os lobos tireoidianos. A ausência de linfadenomegalia foi constatada pelo exame de ultrassom e verificado crescimento simétrico de ambos os lobos, tendo o maior dos nódulos 4 cm. A punção mostrou tratar-se de lesão classificada como Bethesda IV.

A respeito desse caso clínico e de aspectos diversos a ele relacionados, julgue os itens subsequentes.

- 71 A maioria dos pacientes como o do caso clínico em tela são hipotireoideos com TSH alto.
- 72 Se o nódulo fosse classificado como Bethesda V ou VI, haveria indicação formal de tireoidectomia total.
- 73 As duas complicações mais temidas na tireoidectomia total são a lesão do nervo laríngeo recorrente e o hipoparatiroidismo.
- 74 A probabilidade de se achar carcinoma papilar em bócio multinodular tóxico é de 20%.
- 75 **Situação hipotética:** O médico cirurgião retirou um nódulo de 4 cm e solicitou a biópsia de congelação para análise. O resultado foi positivo para neoplasia maligna. **Assertiva:** Nessa situação, é obrigatória a tireoidectomia total com esvaziamento linfonodal sistemático.

Julgue os seguintes itens, a respeito do tratamento cirúrgico da hérnia inguinal.

- 76 Se a via anterior aberta for utilizada, a melhor técnica será a de Shouldice.
- 77 Pacientes jovens e assintomáticos podem ser manejados conservadoramente.
- 78 A tela deve ser colocada em ambos os tipos de cirurgia videoassistida, sistematicamente.
- 79 O uso da tela em cirurgia via anterior (Lichtenstein) tem menores taxas de recidiva e mais dor crônica pós-operatória.
- 80 A técnica de Lichtenstein deve ser utilizada para reparo da hérnia crural, com ou sem uso de tela.

Um paciente com vinte e três anos de idade, vítima de ferimento abdominal por arma branca, foi encaminhado ao pronto-socorro. Ele chegou consciente, sudoreico, com pele pálida e fria. Estava falando e recebeu oxigênio a 10 L/min via máscara. A ausculta torácica era normal, o pulso de 120 bpm, e a pressão arterial de 90 mmHg × 50 mmHg. Foram realizados dois acessos venosos nos membros superiores.

Com relação à conduta adequada para o atendimento do paciente objeto do caso clínico antecedente, julgue os itens que se seguem.

- 81 Deve-se infundir 1.000 mL lactato de Ringer.
- 82 Deve-se solicitar, imediatamente, sangue na proporção de 1:1:1 (plasma, hemácias e plaquetas).
- 83 O paciente deve ser levado para a realização da laparotomia exploratória, imediatamente.
- 84 É recomendado o uso de coloides na sala de cirurgia momentos antes da incisão cutânea.
- 85 O uso do tromboelastograma está fortemente indicado no transoperatório.

Com base no projeto Eras (europeu), criou-se, em 2005, o projeto Acerto, projeto nacional que visa a aceleração da recuperação pós-operatória.

Com relação às recomendações do projeto Acerto, julgue os itens subsequentes.

- 86 De acordo com as recomendações desse projeto, deve-se prescrever solução de maltodextrina clara entre 2 h e 6 h antes da operação.
- 87 O jejum pré-operatório aumenta a resistência à insulina antes e após o ato cirúrgico.
- 88 Para evitar infecção de sítio cirúrgico, deve-se realizar rotineiramente o preparo de cólon.
- 89 Deve-se evitar prescrever hidratação venosa no pós-operatório imediato de operações extraperitoneais não complicadas.
- 90 Quando for necessária a realização de hidratação venosa no pós-operatório, deve-se prescrever 45 mL/kg em 24 h.

Uma mulher com sessenta e seis anos de idade, hipertensa e com insuficiência cardíaca congestiva controlada, estava utilizando 75 mg de meloxicam de 12 h/12 h, havia cinco dias, para tratamento de lombalgia. Ela apresentou vários episódios de melena nas últimas 8 h, com lipotimia associada, antes de dar entrada no pronto-socorro. Ao ser atendida, a pressão arterial dela era de 75 mmHg × 60 mmHg; frequência cardíaca de 110 bpm em posição ortostática; pressão arterial 100 mmHg × 80 mmHg e frequência cardíaca de 90 bpm em posição supina. Os exames laboratoriais de urgência mostraram ureia = 120 mg/dL; creatinina = 1,0 mg/dL; hematócrito = 28% e hemoglobina = 9,2 g/dL. Após ressuscitação volêmica, a paciente foi encaminhada à unidade de endoscopia para a realização de videoendoscopia digestiva alta. Foi identificada uma úlcera no estômago, localizada na pequena curvatura, logo acima do piloro, de 14 mm de diâmetro, com presença de vaso visível e sangramento em porjeamento. Foram aplicados três cliques hemostáticos com interrupção do sangramento.

Em relação ao caso clínico apresentado anteriormente, julgue os itens a seguir.

- 91 A classificação da úlcera seria Forrest IIA, com estratificação de risco, conforme o escore de Glasgow-Blatchford, com risco aumentado de ressangramento.
- 92 O tratamento com injetoterapia com solução hipertônica de adrenalina 1:10.000 na úlcera, antes da aplicação dos cliques hemostáticos, não aumenta a taxa de efetividade do controle do sangramento da aplicação dos cliques endoscópicos.
- 93 A paciente apresenta fatores de risco para ressangramento em virtude do quadro clínico e da classificação de Forrest, sendo indicada a realização de *second-look* endoscópico de forma obrigatória.
- 94 Em caso de ressangramento, a opção pelo tratamento cirúrgico é a mais indicada, em virtude das comorbidades associadas.
- 95 A abordagem cirúrgica mais adequada, caso fosse realizada, seria a ligadura do vaso nutridor da úlcera e a ressecção da lesão com confecção de piloromiotomia associada e ligadura do nervo vago.

Uma mulher com setenta anos de idade foi admitida no pronto-socorro, apresentando quadro de dor abdominal no flanco esquerdo, de início insidioso, nas últimas 24 h, associado a calafrios e febre que se intensificaram nas últimas 6 h. Foi realizada tomografia computadorizada de abdome com identificação de processo inflamatório no sigmoide, com estenose circunferencial parcial, vários divertículos, sendo que havia bloqueio associado do epíplon (flegmão), sem pneumoperitônio ou líquido livre na cavidade. A paciente nunca realizou colonoscopia.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 96 Trata-se de quadro de diverticulite aguda que, pela classificação de Hinchey, é de estágio I.
- 97 É recomendado tratamento inicial com administração de antibióticos: combinação de cefotriaxona 2,0 g/dia + metronidazol 500 mg de 8 h/8 h, durante dez a quatorze dias, de acordo com a evolução clínica.
- 98 Nova avaliação tomográfica deverá ser realizada precocemente, caso haja piora clínica, ou sete dias após o início do tratamento antibioticoterápico.
- 99 Em virtude do quadro parcial de estenose circunferencial parcial, a colonoscopia deve ser realizada precocemente em torno de trinta dias, após o fim do tratamento antibioticoterápico para exclusão de neoplasia colorretal associada.

**100** Há indicação de tratamento cirúrgico com realização de sigmoidectomia com anastomose colorretal, por videolaparoscopia, três meses após a resolução do quadro de diverticulite aguda.

Um homem com vinte e oito anos de idade, vítima de traumatismo abdominal por joelhada durante jogo de futebol, deu entrada no serviço de pronto-socorro com quadro de intensa dor abdominal, associado à rigidez abdominal. O exame físico do abdome mostrou descompressão brusca dolorosa. Os exames laboratoriais revelaram leucocitose com desvio à esquerda, com aumento da amilase cinco vezes o valor normal. Foi indicada a realização de tomografia computadorizada do abdome com contraste, que evidenciou a presença de hematoma em corpo do pâncreas, sinais de laceração parcial do corpo pancreático em sua superfície anterior, coleção de líquido no espaço subfêrnico esquerdo e junto ao pâncreas e ao polo inferior do baço. O paciente encontrava-se hemodinamicamente estável. Foi indicada a realização de laparotomia exploradora e, durante inventário da cavidade, foi identificada a secção parcial do corpo do pâncreas (25% do órgão) à esquerda, a 4 cm da formação da veia porta, em direção à cauda pancreática, sem exposição do ducto Wirsung, tendo-se identificado, ainda, hematoma superficial do polo superior do baço. Foi realizada rafia do pâncreas com pontos interrompidos, drenagem da cavidade com dreno tubo-laminar.

Com relação a esse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

**101** A abordagem cirúrgica mais adequada para esse caso clínico é a realização da exploração do hematoma, pancreatectomia corpo-caudal com sutura mecânica com grampeador linear vascular ou sutura contínua com prolene 3.0 e drenagem da cavidade com dreno tubo-laminar Jackson-Pradd, e conduta conservadora na abordagem da lesão esplênica, com sutura com pontos interrompidos, evitando-se, assim, a realização de esplenectomia.

**102** A conduta adequada para remoção do dreno abdominal inclui a observação do débito do dreno abdominal diário e a dosagem da amilase do líquido drenado. Se esse débito estiver entre 50 mL e 100 mL, e se o teor da amilase for de no máximo 5 vezes o valor sérico do sangue, o dreno poderá ser removido.

**103** A elevação contínua da amilase sérica e a leucocitose no pós-operatório, sem sinais de sepse, podem estar associadas ao desenvolvimento de pseudocisto pancreático, que deve ser tratado com laparotomia exploradora de forma precoce ou abordagem endoscópica, com a utilização de drenagem do pâncreas para o estômago por ecoendoscopia com colocação de *stent*.

**104** A remoção do parênquima pancreático com a realização de pancreatectomia corpo-caudal nesse paciente não estaria associada ao desenvolvimento de insuficiência pancreática no pós-operatório.

**105** Apesar de o paciente não ter apresentado instabilidade hemodinâmica durante a admissão, a indicação de laparotomia exploradora foi adequada, em virtude do grau da lesão pancreática.

Uma paciente com quarenta e seis anos de idade procurou consultório médico para receber orientações do cirurgião quanto à prevenção do câncer, exames periódicos e procedimentos cirúrgicos no aparelho digestório. Em relação aos antecedentes familiares, ela informou que sua irmã teve câncer de mama, sua prima materna teve câncer de tireoide e que sua mãe foi submetida a colectomia esquerda em virtude de adenocarcinoma colorretal aos sessenta e quatro anos de idade. A paciente apresentou os seguintes exames ao cirurgião:

- I endoscopia digestiva alta, revelando atrofia da mucosa do antro gástrico, com área de metaplasia intestinal incompleta sem displasia, um pólipio hiperplásico da parede posterior do antro de 8 mm de diâmetro, que foi removido, e *Helicobacter pylori* positivo;
- II ultrassonografia abdominal total com *doppler*, que evidenciou dois pólipos na parede posterior da vesícula biliar com fluxo ao *doppler*, sendo um de 11 mm e outro de 6 mm;
- III exames laboratoriais sem alteração nos valores dos marcadores tumorais (CEA, alfa-fetoproteína, CA19-9 e CA125).

Com base no caso clínico precedente, julgue os próximos itens.

**106** As medidas de prevenção do câncer colorretal para essa paciente incluem a videocolonosopia, que deverá ser realizada aos cinquenta anos de idade.

**107** Em razão da localização e do tamanho dos pólipos da vesícula biliar e, para evitar o desenvolvimento de neoplasia na vesícula, deve-se indicar a colecistectomia videolaparoscópica.

**108** Deve-se indicar a realização de videoendoscopia digestiva alta a cada cinco anos, para acompanhamento da metaplasia intestinal no antro com biópsias seriadas.

**109** O pólipio hiperplásico de antro que foi removido é um achado não relacionado à atrofia da mucosa do antro e apresenta baixo risco de malignidade.

**110** A paciente deve ser submetida à erradicação de *H. pylori*, com esquema triplice de amoxicilina 2,0 g/dia, claritromicina 1,0 g/dia durante sete dias e esomeprazol magnésico 80 mg/dia na primeira semana, depois 40 mg/dia durante mais quatro semanas.

O projeto denominado Aceleração da Recuperação Total Pós-operatória (Acerto) é um programa fundamentado na medicina baseada em evidências, aplicada ao cuidado pré-operatório, que visa acelerar a recuperação pós-operatória de pacientes cirúrgicos. A respeito das recomendações desse projeto, julgue os próximos itens.

**111** A intervenção nutricional imediata (internuti) via oral ou enteral, com fórmula hiperproteica com ou sem imunonutriente, deve ser iniciada de três a cinco dias antes da operação, na quantidade mínima de 500 mL a 1.000 mL para os pacientes de risco nutricional e por até dez dias para os desnutridos graves em cirurgias de médio e grande portes.

**112** Para pacientes em estado hipermetabólico e(ou) desnutridos, com contra-indicação para nutrição enteral por período superior a cinco dias, deve-se indicar a total nutrição parenteral e, se esse período de contra-indicação for inferior a três dias, deve-se mantê-los sem nutrição parenteral e reavaliar as condições desses pacientes entre 24 h e 48 h, para início da nutrição enteral.

**113** A administração de líquidos deve seguir critérios no pré-operatório que incluem reposição de perda sanguínea — ocorrendo perdas de até 5 mL/kg — ou, se o hematócrito estiver entre 25% e 30%, a reposição deverá ser feita com coloides na proporção de 1:2. No entanto, se não houver disponibilidade de coloides, far-se-á a reposição com cristaloides na proporção de 3:1.

- 114 Entre as condutas relacionadas com diminuição da resistência insulínica no pós-operatório e que podem diminuir a taxa de infecção no pós-operatório, está a ingestão de líquidos claros, liberada até 3 h antes do procedimento anestésico.
- 115 Em relação ao jejum e à alimentação no período pré-operatório, é recomendado: não permitir jejum prolongado; manter jejum para sólidos entre 6 h e 8 h antes da operação; prescrever bebida com carboidrato (maltodextrina) a 12%, 200 mL entre 2 h e 6 h antes da operação; ou bebida com maltodextrina e proteínas 6 h antes e novamente entre 2 h e 3 h antes da operação.

Tendo em vista que o controle clínico do paciente cirúrgico no pré-operatório e no pós-operatório está relacionado com o sucesso do tratamento cirúrgico e a diminuição dos riscos de complicações nos pós-operatórios, julgue os itens a seguir.

- 116 **Situação hipotética:** Um paciente portador de *stent* na artéria coronária direita, colocado há cinco anos, fazendo uso de AAS 100 mg/dia, será submetido a prostatectomia transuretral para tratamento de hiperplasia prostática. **Assertiva:** Nessa situação, a conduta adequada deve ser a suspensão da medicação sete dias antes da realização do procedimento cirúrgico.
- 117 **Situação hipotética:** Uma paciente de oitenta e quatro anos de idade, portadora de disfagia orofaríngea grave, em virtude de seqüela decorrente de acidente vascular cerebral isquêmico três meses atrás, em uso de clopidogrel 75 mg/dia e AAS 100 mg/dia, será submetida a gastrostomia endoscópica. **Assertiva:** Nessa situação, o adequado manejo do uso dos antiagregantes plaquetários inclui a interrupção do clopidogrel cinco dias antes do procedimento e a manutenção do uso do AAS.
- 118 O uso adequado dos hipoglicemiantes orais no pré-operatório deve ser feito de forma parcimoniosa, para evitar que a interrupção dessa medicação sem orientação promova desequilíbrio do controle glicêmico. A metformina deve ser interrompida 72 h antes do procedimento e readministrada após 48 h, com o paciente alimentando-se normalmente por via oral.
- 119 A profilaxia cirúrgica mediante o uso de antimicrobiano está associada à diminuição da infecção do sítio cirúrgico e deve ser utilizada dentro de uma hora antes da incisão, exceto para o caso de vancomicina e fluorquinolonas, em que é permitida a utilização 2 h antes.
- 120 As doses do antimicrobiano devem ser repetidas de acordo com a sua meia-vida, em cirurgias prolongadas. Se a meia-vida do antibiótico for menor do que uma hora, como ocorre com a cefalotina e a cefuroxima, recomenda-se a administração a cada 2 h; se a meia-vida for maior que uma hora, como a cefazolina e a cefoxitina, deve-se repetir a dose a cada 4 h.

Espaço livre