



Edital N° 02/2018

CADERNO DE QUESTÕES

Data: 04 de novembro de 2018.

PROGRAMA PRÉ-REQUISITO: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

ESPECIALIDADE: Mastologia

INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados** antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 40 (quarenta) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **4 (quatro) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **2 (duas) horas**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data estabelecida no Anexo III, conforme subitem 8.4.14 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os dois últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Inscrição

Sala

PSU-RESMED/CE - 2019

- 01.** Gestante, em acompanhamento pré-natal na Unidade Básica de Saúde, comparece a consulta com exames laboratoriais de 2º trimestre que evidenciaram hemoglobina de 9,2 g/dL, bem como hemácias hipocrômicas e microcíticas. Defina o diagnóstico e a melhor conduta.
- A) Anemia grave. Tratar com ferro endovenoso.
 - B) Anemia grave. Tratar com ferro elementar 120 a 240mg/dia.
 - C) Anemia leve a moderada. Tratar com ferro elementar 40 a 80mg/dia.
 - D) Anemia leve a moderada. Tratar com ferro elementar 120 a 240mg/dia.
- 02.** Gestante comparece à sua primeira consulta de pré-natal com idade gestacional de 12 semanas. Durante anamnese identifica-se que a mesma apresenta histórico de síndrome dos ovários policísticos prévio à gestação, bem como encontra-se com sobrepeso e acantose nigricans ao exame físico. Qual exame você solicitaria para o rastreamento de diabetes nesta gestante?
- A) Glicemia de jejum, imediatamente.
 - B) Teste oral de tolerância a glicose com 75g, imediatamente.
 - C) Teste oral de tolerância a glicose com 75g, entre 24 e 28 semanas.
 - D) Glicemia pós-prandial e hemoglobina glicada, entre 24-28 semanas.
- 03.** Gestante admitida na emergência de uma maternidade terciária, no curso de 36 semanas de idade gestacional, apresentando níveis pressóricos elevados mantidos, com valores variando entre 160 - 170 mmHg a sistólica e 110 - 120 mmHg a diastólica, sem qualquer outro sinal ou sintoma associados. Exames laboratoriais: Plaquetas=140.000, TGO=55, LDH=530, Relação Proteína-Creatinina na urina=0,5. Qual a hipótese diagnóstica?
- A) Pré-eclâmpsia leve.
 - B) Pré-eclâmpsia grave.
 - C) Hipertensão gestacional.
 - D) Doença hipertensiva específica da gestação.
- 04.** Paciente secundípara evolui com trabalho de parto eutócico, a termo, sem intercorrências. Refere antecedente obstétrico de sangramento transvaginal importante durante o quarto período do parto anterior. Qual o fator mais importante para reduzir as perdas sanguíneas no pós-parto?
- A) Massagem uterina após delivramento da placenta.
 - B) Tração controlada do cordão durante expulsão da placenta.
 - C) Clampeamento precoce do cordão umbilical do recém-nascido.
 - D) Administração de uterotônicos após o desprendimento da cintura escapular.
- 05.** Gestante 29 anos, G2P1(C1)A0, 18 semanas de idade gestacional, chega à consulta de pré-natal buscando orientações sobre a amamentação. Teve uma experiência ruim na gestação anterior e amamentou apenas por 15 dias. Que orientações devem ser feitas durante o pré-natal?
- A) Os mamilos já estão preparados, devido à gestação anterior.
 - B) O uso de sutiãs na gestação deve ser evitado para fortalecer a pele dos mamilos.
 - C) Banhos de sol nas mamas por 15 minutos, antes das 10 horas ou após as 16 horas.
 - D) Expressão de mamilos a partir de 28 semanas para estimular a produção de colostro.
- 06.** Mulher de 36 anos, G1P0, sem comorbidades, com atraso menstrual de 2 meses, comparece à consulta de emergência referindo sangramento transvaginal discreto e leve dor em baixo ventre. Exame físico evidencia colo amolecido ao toque vaginal, sem mais anormalidades. Fez exame quantitativo de beta-HCG no serviço que mostrou valor de 3500 mUI/ml e ultrassom transvaginal que mostrou útero sem anormalidades e massa complexa em anexo esquerdo de 3,0cm. Frente ao diagnóstico mais provável, qual seria a conduta mais apropriada?
- A) Indicar laparotomia.
 - B) Indicar metotrexato.
 - C) Indicar videolaparoscopia.
 - D) Indicar conduta expectante.

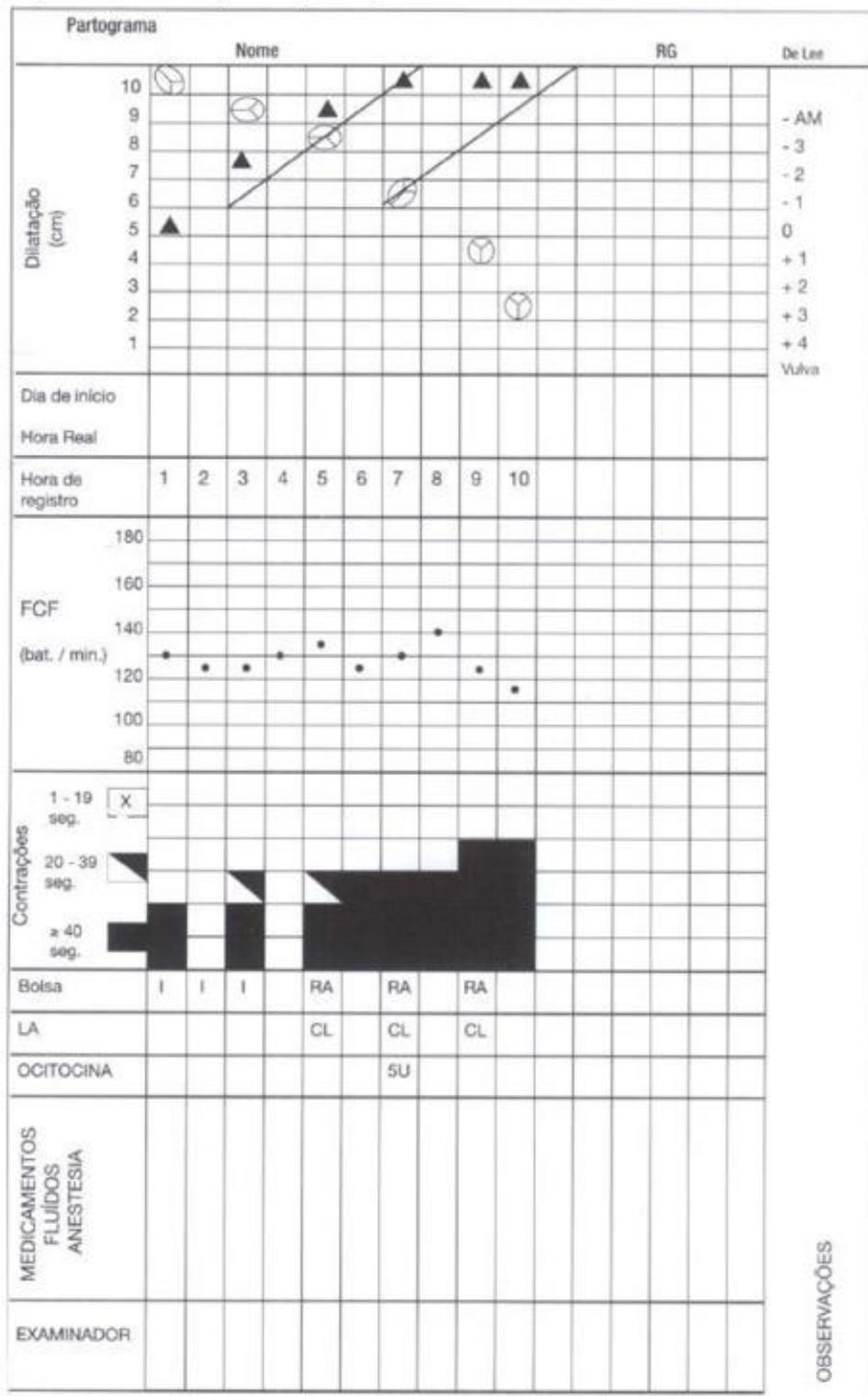
07. Equipe de Saúde da Família realiza visita domiciliar de pacientes puérperas da área de atenção. Visita a jovem KMSN, 16 anos, G1P1A0 no 2º dia de puerpério de parto normal, domiciliar. Encontra-se apresentando falta de apetite, insônia, irritabilidade, episódios de choro "sem motivos", dificuldades para amamentar, solicita auxílio para amamentação. Exame físico: Bom estado geral, orientada, eupnéica, hidratada, afebril, acianótica, anictérica. PA: 110 X 80 mmHg, Pulso: 89 bpm, Abdome: plano, flácido, indolor, útero contraído, 2 cm abaixo da cicatriz umbilical. Aparelho genito-urinário: Diurese espontânea, loquiação fisiológica. Extremidades: aquecidas, perfundidas, com edema de +/4+. Após visita, o médico da unidade de saúde em conjunto com a enfermeira decidiram que a melhor condução para essa paciente será:
- Prescrever fluoxetina 20 mg uma vez ao dia; orientar amamentação, reavaliar com 14 dias no domicílio.
 - Orientar amamentação. Orientar quanto às alterações fisiológicas do puerpério; reavaliar alterações de humor com dez dias em nova visita domiciliar.
 - Orientar amamentação. Orientar quanto às alterações fisiológicas do puerpério, reavaliar alterações de humor com 48 horas em nova visita domiciliar.
 - Prescrever fluoxetina 20 mg uma vez ao dia; furosemida 40 mg uma vez ao dia; orientar amamentação; reavaliar com 14 dias da visita atual no domicílio.
08. Paciente gestante, com quadro de hipertensão, realizou avaliação ultrassonográfica do feto, onde constatou-se peso fetal no percentil 7 e doppler com sonograma apresentado na figura abaixo.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

- A partir deste exame de imagem, defina qual vaso avaliado e o diagnóstico da alteração de crescimento fetal corretos.
- Artéria umbilical e restrição de crescimento fetal estágio 1.
 - Artéria Cerebral Média e Restrição do Crescimento Fetal estágio 2.
 - Artéria Umbilical e Restrição do Crescimento Fetal estágio 3.
 - Ducto Venoso e Restrição do Crescimento Fetal estágio 4.
09. Paciente de 37 anos, G2P1CA0, com 35 semanas de idade gestacional confirmada pelo ultrassom obstétrico de primeiro trimestre, comparece à consulta assintomática, onde é verificada altura de fundo uterino de 26cm, com restante do exame físico sem anormalidades. Paciente nega perda de líquido transvaginal. Traz ultrassom obstétrico realizado no dia anterior que mostra maior bolsão vertical de líquido amniótico de 5mm. Qual a conduta ideal a ser tomada?
- Solicitar dopplerfluxometria obstétrica.
 - Fazer exame especular com cristalização.
 - Indicar resolução da gestação imediatamente.
 - Orientar ingestão adequada de líquido e repouso domiciliar até o termo.

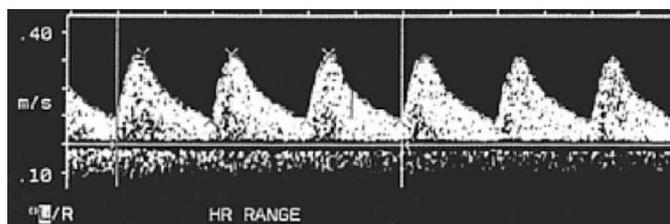
10. Você assume o plantão e se depara com o partograma abaixo. Defina a principal causa deste tipo de distócia.



- A) Assinclitismo.
- B) Macrossomia fetal.
- C) Hipocontratibilidade uterina.
- D) Desproporção cefalo-pélvica.

11. Tercigesta de 35 anos, idade gestacional de 38 semanas, procura a emergência da Maternidade Escola apresentando sangramento transvaginal escuro associado a dor abdominal contínua e endurecimento da barriga após trauma abdominal. Nega qualquer outra sintomatologia. Ao exame: PA 130x100mmHg, pulso 120bpm, abdome gravídico hipertônico, fundo uterino de 32 cm, BCF 110bpm, colo uterino apagado e dilatado para 9cm com bolsa íntegra e protusa, apresentação cefálica em +3 de De Lee. Exames complementares: Hb 9,2g/dl, TGO 38, LDH 350, plaquetas 160.000, fibrinogênio 95mg% e labstix 2+ de proteína. Com base na sua hipótese para esta hemorragia anteparto e nos achados clínicos e laboratoriais, classifique o grau da patologia.
- A) Grau I
 - B) Grau II
 - C) Grau IIIa
 - D) Grau IIIb
12. Mulher de 24 anos encontra-se internada por uma gravidez viável de 10 semanas decorrente de violência sexual. Está em indução de aborto com misoprostol e começa a sangrar. Como o médico plantonista pode proceder em relação à objeção de consciência?
- A) O procedimento deve ser adiado até que haja um plantonista sem objeção de consciência.
 - B) O médico deve realizar o procedimento após autorização judicial por tratar-se de uma gestação viável.
 - C) O médico pode recusar-se a realizar o procedimento, desde que haja outro plantonista que possa realizá-lo.
 - D) O médico não tem o direito de alegar objeção de consciência por tratar-se de um procedimento previsto em lei.
13. Multípara de 40 anos, hipertensa, pós-parto vaginal imediato de feto macrossômico, evoluiu com sangramento transvaginal volumoso e palidez. Ao exame físico, evidencia-se pressão arterial de 100x50mmHg e pulso de 100bpm, além de fundo uterino amolecido 2 polpas digitais acima da cicatriz umbilical. Qual a conduta imediata a ser tomada, além das medidas iniciais de suporte como hidratação, oxigênio, monitorização e massagem uterina bimanual?
- A) Revisar canal de parto e instalar 2 concentrados de hemácias.
 - B) Instalar ácido tranexâmico e 2 concentrados de hemácias.
 - C) Revisar canal de parto e instalar ocitocina.
 - D) Prescrever ocitocina e ácido tranexâmico.
14. Mulher de 25 anos, procura aconselhamento pré-concepcional em virtude de ter apresentado em gestação anterior quadro de pré-eclâmpsia grave com restrição de crescimento intrauterino. Relata ingesta adequada de leite e derivados e uso de anticoncepcional nos últimos seis meses. Diante do quadro, qual a principal recomendação no que diz respeito a redução de risco materno e fetal?
- A) Cálcio na dose de 1g/dia durante toda a gestação.
 - B) Ácido fólico na dose de 4mg/dia nos três primeiros meses da gestação.
 - C) Ácido acetilsalicílico na dose de 150mg iniciando antes da 16ª semana.
 - D) Heparina de baixo peso molecular na dose de 40mg/dia durante toda a gestação.
15. Secundigesta, 1 cesárea anterior há 3 anos, com idade gestacional de 35 semanas, procura serviço de emergência obstétrica com queixa de perda de líquido transvaginal. O exame especular evidenciou saída de líquido pelo orifício externo do colo uterino. Restante do exame físico sem anormalidades. Qual a conduta ideal?
- A) Internar para monitorização da gestação; encaminhar ao centro cirúrgico para cesariana pelo diagnóstico de rotura anteparto de membranas amnióticas.
 - B) Internar para monitorização da gestação; prescrever corticoide para maturação pulmonar do feto pelo diagnóstico de rotura anteparto de membranas amnióticas.
 - C) Internar, se teste de cristalização ou ultrassom obstétrico sugerirem rotura anteparto de membranas amnióticas; encaminhar ao centro cirúrgico para cesariana.
 - D) Internar, se teste de cristalização ou ultrassom obstétrico sugerirem rotura anteparto de membranas amnióticas; prescrever corticoide para maturação pulmonar fetal.

16. Paciente trazida à emergência obstétrica de hospital terciário, apresentando quadro de febre, taquicardia, hipotensão, dispneia, oligúria e confusão mental. Acompanhante refere abortamento provocado em ambiente não hospitalar com manipulação uterina. Qual a conduta inicial correta?
- Coleta de lactato sérico e hemocultura, antibióticos de largo espectro, reposição volêmica agressiva e curetagem uterina.
 - Vasopressores, antibioticoterapia, reavaliação da volemia e perfusão tecidual, coleta de lactato sérico e curetagem uterina.
 - Misoprostol 800mcg via vaginal, antibioticoterapia, curetagem uterina e confirmar esvaziamento uterino por ultrassom.
 - Acesso venoso, solicitar: ABO/Rh, VDRL, anti-HIV, hemograma completo e curetagem uterina 6h após misoprostol 400mcg.
17. Paciente com quadro de gestação gemelar monocoriônica/diamniótica, apresenta Ultrassom Obstétrico evidenciando idade gestacional de 30 semanas, maior bolsão de líquido amniótico em cada cavidade medindo 3 e 4 cm, discordância de pesos fetais de 25% e doppler obstétrico das artérias umbilicais dos fetos 1 e 2 conforme a figura abaixo.



Considerando os achados atuais, defina o diagnóstico e conduta adequada.

- Síndrome de Transfusão feto-fetal e resolução com 37 a 38 semanas.
 - Restrição do Crescimento Fetal Seletiva tipo I e resolução com 34 a 36 semanas.
 - Restrição do Crescimento Fetal Seletiva tipo II e resolução com 32 a 34 semanas.
 - Restrição do Crescimento Fetal Seletiva tipo III e resolução com 26 a 30 semanas.
18. Mulher de 18 anos, procura a emergência da Maternidade Escola com quadro de atraso menstrual de 7 semanas associado a sangramento vaginal de pequena intensidade e cólicas leves. Ao toque, o colo uterino encontra-se fechado. A dosagem de beta HCG quantitativo foi 42.000UI. Realizou ultrassonografia transvaginal que mostra útero aumentado de volume com imagem heterogênea com múltiplas pequenas áreas císticas em permeio. Após esvaziamento uterino, qual o seguimento inicial de beta HCG é recomendado?
- Semanal até 3 valores negativos consecutivos.
 - Semanal até 6 valores negativos consecutivos.
 - Mensal por 12 meses com beta HCG negativo.
 - Mensal por 3 meses após o primeiro valor negativo.
19. Primigesta de 16 anos encontra-se internada no centro obstétrico com atividade uterina regular (3 contrações de 50 segundos em 10 minutos), colo dilatado para 2cm, em apagamento, bolsa íntegra, altura da apresentação cefálica em -1 de De Lee. A parturiente grita desesperadamente de dor apesar do emprego de medidas não farmacológicas de alívio da dor. Qual a melhor conduta?
- Aplicar meperidina endovenosa.
 - Indicar parto cesárea imediatamente.
 - Indicar analgesia peridural imediatamente.
 - Indicar peridural a partir de 6cm de dilatação.
20. Multípara, encontra-se na 10ª semana de gestação pela última menstruação. Passou a apresentar sangramento transvaginal ativo, de pequena intensidade, associado a cólicas leves. O colo uterino é impérvio e a ultrassonografia identifica óbito embrionário em torno de 7 semanas. Assinale a melhor conduta?
- Aspiração manual intrauterina sem preparo do colo.
 - Aspiração manual intrauterina após 6h do uso do misoprostol.
 - Misoprostol 25mcg de 6/6h até eliminação do produto conceptual.
 - Curetagem convencional após dilatação do colo com velas de Hegar.

21. Mulher, 66 anos, G0P0A0 assintomática. Trouxe uma ultrassonografia pélvica compatível com diagnóstico de massa anexial complexa. Pelo Sistema internacional de escore de Análise do Tumor Ovariano (IOTA) para prever malignidade ovariana no pré-operatório, que critérios estão associados a maior risco de neoplasia ovariana maligna?
- A) Achado de quatro estruturas papilares.
 - B) Presença de sombra acústica posterior.
 - C) Presença de componente sólido menor que 7 mm.
 - D) Tumor multilocular regular com diâmetro menor que 100 mm.
22. Mulher de 23 anos nuligesta deu entrada à emergência com história de atraso menstrual e dor em fossa ilíaca direita. Realizou um beta-HCG quantitativo cujo resultado foi 6.000 mUI/mL. À ultrassonografia transvaginal observa-se imagem anexial cística de 6,0 cm no maior diâmetro, de duplo halo, ausência de saco gestacional na cavidade uterina, ovários de aspecto normal. Ao exame, encontra-se estável hemodinamicamente. Diante do quadro clínico-laboratorial, qual das condutas seria mais adequada?
- A) Laparoscopia.
 - B) Metotrexato, dose única de 50 mg/m² por via intramuscular.
 - C) Conduta expectante com internação e seguimento ultrassonográfico e dos títulos de beta-HCG quantitativo a cada 48h.
 - D) Metotrexato intramuscular 1 mg/kg (nos dias 1, 3, 5 e 7) alternando com leucovorin (ácido folínico) na dose de 0,1 mg/kg (nos dias 2, 4, 6 e 8).
23. Mulher, 30 anos, G2P2A0, sem comorbidades, realizou citologia oncótica compatível com o diagnóstico de HSIL. Foi orientada a realizar colposcopia. Qual a conduta neste caso?
- A) Na colposcopia com JEC não visível ou parcialmente visível e achados anormais maiores, deverá ser realizada excisão tipo 3.
 - B) Na colposcopia com JEC visível, realizar biópsia. Se resultado for negativo ou apresentar diagnóstico de NIC I, deve-se realizar excisão tipo 3.
 - C) Na colposcopia com JEC visível, realizar biópsia. Se resultado for NIC II/III, deve-se somente repetir a citologia e a colposcopia em seis meses.
 - D) Na colposcopia com JEC não visível ou parcialmente visível e achados anormais maiores, deve-se somente repetir a citologia e a colposcopia em seis meses.
24. Mulher de 38 anos, G2P1A1, em consulta ginecológica de rotina. É hipertensa de difícil controle e tabagista de, pelo menos, 20 cigarros por dia há cerca de 15 anos. Usa pílula anticoncepcional combinada de etinilestradiol 30 mcg e levonorgestrel 100 mcg por drágea há alguns anos, bem adaptada e sem nenhum efeito adverso. Exame físico e ginecológico, sem anormalidades. Procurou assistência médica porque viu na TV que o uso de anticoncepcionais trazia riscos à saúde. Qual orientação sobre métodos contraceptivos seria adequada?
- A) Trocar por desogestrel oral.
 - B) Trocar por Contracepção injetável combinada.
 - C) Manter o uso atual sem alterações devido estar bem adaptada e sem queixas.
 - D) Manter o uso atual reduzindo dose do etinil estradiol para 20 mcg e levonorgestrel 60 mcg.
25. Mulher, 75 anos, com queixa de perda de urina aos mínimos esforços, episódios de urgência urinária, aumento da frequência, noctúria, sem incontinência urinária de urgência. Ao exame, observa-se atrofia genital e ausência de prolapso genital. Realizou estudo urodinâmico que evidenciou pressão de perda de urina após valsava de 90 cm de H₂O sem contrações não inibidas, capacidade vesical de 400ml e complacência normal. Qual o tratamento mais efetivo para a queixa urinária?
- A) Terapia hormonal tópica com estriol.
 - B) Anticolinérgicos seletivos M3.
 - C) Toxina botulínica intravesical.
 - D) Sling transobturatório.

26. Mulher, 28 anos, G3 P3 A0, dá entrada no pronto atendimento queixando-se de fluxo menstrual abundante, com coágulos, há 15 dias. Ao exame físico, apresenta instabilidade hemodinâmica, exame especular normal, abdome flácido e indolor, teste de gravidez negativo. Em se tratando de controle do sangramento uterino anormal agudo qual a terapêutica mais efetiva após estabilização hemodinâmica da paciente?
- A) Antinflamatórios não esteroidais.
 - B) Ácido tranexâmico.
 - C) Progestagênios.
 - D) Estrogênios.
27. Mulher, 88 anos, com queixa de bola na vagina. Hipertensa de difícil controle, diabética e com 3 AVC'S prévios. Ao exame: POP-Q: Aa +3, Ba +6, C +6, HG 5, CP 4, CVT 8, Ap +3, Bp +4, D +4. Ultrassonografia evidenciou hidronefrose moderada bilateralmente. Qual a melhor conduta?
- A) Expectante.
 - B) Pessário vaginal.
 - C) Histerectomia total vaginal.
 - D) Fisioterapia do assoalho pélvico.
28. Mulher, 28 anos, refere dispareunia de profundidade há 2 anos e dismenorreia com Escala Visual Analógica para a Dor de 8/10, que por vezes a levou ao atendimento de emergência para alívio dos sintomas. Nega desejo de gestar no momento e nunca tentou engravidar. Ao exame físico, útero com mobilidade reduzida, dor à mobilização do colo e à palpação de uterossacos. Qual o diagnóstico mais provável e qual tratamento inicial para este caso?
- A) Endometriose pélvica e o tratamento seria análogo do GnRH por 1 ano.
 - B) Síndrome miofascial e o tratamento seria AINE e relaxante muscular por 30 dias.
 - C) Endometriose pélvica e o tratamento seria anticoncepcional oral combinado contínuo.
 - D) Doença inflamatória pélvica e o tratamento seria Ceftriaxona 250mg e Doxiciclina 200mg/dia por 14 dias.
29. Mulher, 30 anos, G0P0A0, com queixa de ciclos menstruais irregulares com longos períodos de amenorreia seguidos de fluxo menstrual intenso. Refere ter tido diagnóstico de síndrome de ovários micropolicísticos e está em uso de anticoncepcional oral devido acne intenso por orientação do médico generalista. Está preocupada com possíveis complicações relacionadas e veio à consulta pedir orientações. Que complicações estão mais associadas a riscos relacionados ao seu diagnóstico? Infertilidade, dislipidemia, doença coronariana.
- A) Câncer de Endométrio, Câncer de tireoide, infertilidade.
 - B) Câncer de Endométrio, Câncer de ovário, Câncer de cólon.
 - C) Intolerância à glicose, Endometriose, Hipertensão arterial sistêmica.
30. Mulher, G0P0A0, 25 anos, casada, ciclos menstruais regulares, vem à consulta com companheiro de 28 anos. Referem tentativa de engravidar há cerca de dois anos, quando ela suspendeu o uso de contraceptivos orais e passou a ter relações sexuais frequentes, no período fértil. Ambos negam comorbidades, cirurgias anteriores ou uso de medicações. Qual a conduta mais adequada pensando no primeiro passo para avaliação inicial de infertilidade conjugal?
- A) Solicitar teste pós-coito e dosagem de FSH e LH da mulher.
 - B) Solicitar histerossalpingografia da mulher e Espermograma do homem.
 - C) Solicitar histeroscopia com biópsia de endométrio da mulher e espermograma do homem.
 - D) Solicitar ultrassonografia testicular com doppler do homem e dosagem de TSH e Prolactina da mulher.
31. Mulher, 55 anos, traz ao ginecologista uma ultrassonografia transvaginal que evidenciou imagem de massa anexial à esquerda de 6 cm de diâmetro multisseptado com componente sólido de 4cm e septo de 9mm com vascularização aumentada no componente sólido. Qual conduta mais adequada?
- A) Orientar realização de Ooforoplastia esquerda laparoscópica.
 - B) Orientar encaminhamento ao Cirurgião Oncológico pelo alto risco de malignidade.
 - C) Orientar dosagens séricas de CEA, Ca 125 e Ca 19-9, manter conduta expectante, se estes forem normais.
 - D) Orientar a realização de Salpingooforectomia bilateral independente do resultado da biópsia de congelação.

32. Durante uma histerectomia, é importante atentar-se às relações anatômicas entre ureter e órgão e vasos pélvicos. Qual a técnica cirúrgica mais adequada durante a histerectomia?
- A) Após a histerectomia laparoscópica é passo obrigatório ao final realizar a cistoscopia, devido o risco elevado de lesão ureteral na ligadura de artéria uterina.
 - B) Dissecção da bexiga na histerectomia abdominal medianizando os ureteres é importante para evitar secção destes em nível de secção de uterossacos durante a colpectomia.
 - C) Para ligadura de artérias uterinas na histerectomia vaginal não se faz necessário a abertura do peritônio dos fundos de saco anterior e posterior, pois o risco de lesão de ureter é mínimo nessa altura.
 - D) A abertura do ligamento largo após secção de ligamentos redondos é passo importante para dissecção da bexiga, ligadura de pedículo ovariano e esqueletização e ligadura da artéria uterina em istmo.
33. Mulher, 28 anos, G1P1A0, com queixa de sangramento uterino anormal com aumento de duração e quantidade. Realizou Ultrassonografia transvaginal que evidenciou útero aumentado de volume com 280 cm³ contendo imagens sugestivas de leiomioma tipo 1 (FIGO) de 3,0 cm no maior diâmetro, outro tipo 4 (FIGO) de 4,0 cm no maior diâmetro; além de apresentar um mioma tipo 5 (FIGO) de 6.0 cm no maior diâmetro. Paciente desejosa de manter o útero para próximas gestações. Qual a melhor indicação para miomectomia, tendo em vista a intenção de fertilidade desta paciente?
- A) Miomectomia laparoscópica.
 - B) Embolização de artérias uterinas.
 - C) Miomectomia Histeroscópica com ressectoscópio.
 - D) Miomectomia Histeroscópica com ressectoscópio + Miomectomia laparoscópica.
34. Mulher de 76 anos, G4P4A0, diabetes e hipertensão controlados, procura o ginecologista por apresentar queixas de urgência, urgeincontinência, noctúria (4 episódios) e aumento da frequência urinária. Usa forro vaginal devido perda e se queixa de importante impacto na vida social. Ao exame físico, não se observa distopias genitais, teste do esforço é negativo, presença de atrofia genital. Qual conduta seria mais adequada como alternativa de intervenção terapêutica primária?
- A) Orientar cloridrato de oxibutinina.
 - B) Orientar inserção de neuromodulador sacral.
 - C) Orientar injeção de toxina botulínica intravesical.
 - D) Orientar estimulação do nervo tibial posterior.
35. Exames de rastreamento em um mulher de 50 anos evidenciaram nódulo de mama direita, menor de 1 cm, e biópsia de fragmento com diagnóstico de carcinoma intraductal. Que conduta é considerada adequada no tratamento do Carcinoma mamário intraductal?
- A) Tamoxifeno, se receptores hormonais positivos para aumento da sobrevida global.
 - B) Excisão ampla da lesão e radioterapia pós-operatória para reduzir o risco de recidiva local.
 - C) Quadrantectomia sem adjuvância por tratar-se de carcinoma restrito à membrana basal do ducto.
 - D) O estadiamento axilar / biópsia de linfonodo sentinela não é indicado por tratar-se de carcinoma in situ.
36. Mulher de 35 anos, nuligesta, história familiar fortemente positiva para câncer de mama e teste genético com mutação BCRA1. Diante das estratégias de prevenção para mulheres com alto risco para câncer de mama, qual assertiva não tem sua fundamentação adequada?
- A) Ooforectomia profilática.
 - B) Mastectomia bilateral profilática.
 - C) Quimioprevenção com tamoxifeno.
 - D) Acompanhamento assíduo, com exame clínico a cada 6 meses, alternando mamografia com ressonância das mamas.
37. Adolescente de 17 anos com amenorreia primária e caracteres sexuais secundários femininos desenvolvidos. Ao exame: Mamas: M4, ausência de pêlos axilares e pubianos, vagina com 2 cm de comprimento, em fundo cego. Ultrassonografia pélvica não visualizou corpo uterino. Qual diagnóstico mais provável?
- A) Disgenesia gonadal.
 - B) Hiperplasia suprarrenal congênita.
 - C) Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser.
 - D) Síndrome de insensibilidade total aos androgênios.

38. Mulher 20 anos realizou coleta de citologia oncótica em unidade básica de saúde cujo laudo foi compatível com presença de coilócitos e achados compatíveis com infecção por HPV/NIC I/LSIL. Nega queixas clínicas, não apresenta comorbidades, procurou assistência médica para orientações sobre conduta. Qual a conduta adequada segundo protocolo do Ministério da Saúde 2016?
- A) Encaminhar para colposcopia.
 - B) Repetir a citologia em 6 meses.
 - C) Repetir a citologia em até 3 anos.
 - D) Proceder com exérese de Zona de transformação anormal.
39. Mulher 52 anos refere menopausa aos 49 anos e sem fluxo menstrual desde então. Encontra-se ansiosa e preocupada pois realizou ultrassonografia pélvica transvaginal solicitada por profissional da unidade básica tendo sido encaminhada pelo resultado a seguir: Eco endometrial homogêneo de 4 mm de espessura. Diante de tal achado da ultrassonografia e dos dados clínicos qual seria a conduta adequada?
- A) Histeroscopia Diagnóstica.
 - B) Curetagem uterina semiótica.
 - C) Progesterona micronizada oral.
 - D) Nada a fazer, conduta expectante.
40. Mulher, 35 anos, com dismenorreia intensa e infertilidade. Já realizou duas Fertilizações in vitro (FIV) sem sucesso. Realizou ultrassonografia pélvica com preparo intestinal onde se observou lesão em Fórnice vaginal de 2 cm, uterossacos espessados bilateralmente, lesão única de menos de 2 cm em parede de reto com invasão de camada muscular à 12 cm da borda anal. Histerossalpingografia e espermogramas normais e contagem de folículo antral de 3 folículos em cada ovário. Qual tratamento adequado para este caso?
- A) Laparoscopia Diagnóstica + Bloqueio com Análogo de GnRH por 1 ano + nova FIV em seguida.
 - B) Laparoscopia com biópsia e cauterização de focos + liberar para gravidez espontânea em seguida.
 - C) Laparoscopia com exérese de focos de endometriose + ressecção por "shaving" de lesão intestinal + FIV em seguida.
 - D) Laparoscopia com exérese de focos de endometriose + Retossigmoidectomia segmentar + inseminação intrauterina em seguida.