



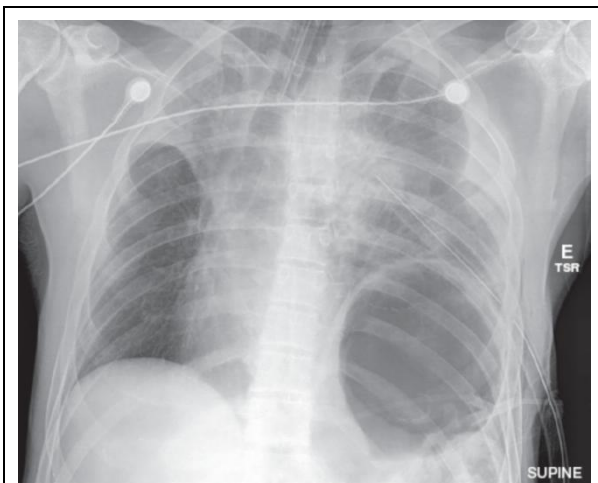
Leia o caso clínico abaixo para responder as questões 1 e 2:

Mulher, de 62 anos, apresentou uma lesão de pele em dorso de aproximadamente 10mm de diâmetro, com bordas irregulares, assimétrica e que no último ano aumentou de tamanho e relevo e mudou de cor, sem apresentar ulceração. Realizou procedimento de biópsia excisional da lesão com 1cm de margem e fechamento primário. O laudo histopatológico confirmou melanoma de disseminação superficial com 2.5mm de espessura de Breslow.

1. Sobre a Biópsia de Linfonodo Sentinela (BLS) neste caso, marque a alternativa correta.
  - a) A BLS é contraindicada, pois a espessura do melanoma é inferior a 3 mm.
  - b) A BLS deve ser realizada apenas se houver evidência clínica de metástase nodal.
  - c) A BLS é recomendada em melanomas com espessura superior a 1 mm.
  - d) A BLS não é útil em melanomas de espessura intermediária, exceto se apresentarem ulceração.
  - e) A realização da BLS é indicada quando a espessura de Breslow ultrapassa 4 mm.
  
2. Sobre a margem cirúrgica neste caso, é correto afirmar que:
  - a) 1 cm de margem é suficiente para este caso.
  - b) 2 cm de margem são recomendados para melanomas com espessura superior a 2 mm.
  - c) 3 cm de margem são necessários para evitar recidivas locais regionais.
  - d) margens de 1 a 2 cm podem ser usadas neste caso, dependendo da viabilidade anatômica.
  - e) margens mais amplas que 2 cm são necessárias para melanomas com mais de 2 mm de espessura.
  
3. Os quatro defeitos anatômicos característicos da Tetralogia de Fallot são:
  - a) comunicação interventricular, estenose mitral, dextroposição da aorta e sobrecarga atrial esquerda.
  - b) comunicação interatrial, obstrução da via de saída do ventrículo direito, coarctação da aorta e hipertrofia ventricular direita.
  - c) comunicação interventricular, obstrução da via de saída do ventrículo direito, dextroposição da aorta e hipertrofia ventricular direita.
  - d) comunicação interventricular, estenose tricúspide, transposição das grandes artérias e hipertrofia ventricular direita.
  - e) comunicação interatrial, obstrução da via de saída do ventrículo direito, dextroposição da aorta e hipertrofia ventricular esquerda.
  
4. Entre as alternativas abaixo, a que NÃO contempla uma opção cirúrgica descrita para o reparo da coarctação de aorta em crianças é:
  - a) Ressecção da área coarctada e reconstrução com anastomose terminoterminal.
  - b) Aortoplastia com retalho protético (pericárdio ou dacron).
  - c) Aortoplastia com retalho de artéria subclávia (operação de Waldhausen).
  - d) Ressecção da área coarctada e reconstrução com retalho de músculo diafragmático.
  - e) Ressecção ampliada da região coarctada e reconstrução com anastomose terminoterminal com avanço do arco aórtico.
  
5. A alternativa abaixo que constitui uma opção cirúrgica para a síndrome do coração esquerdo hipoplásico é:
  - a) cirurgia de Senning.
  - b) cirurgia de Norwood.
  - c) cirurgia de Warden.
  - d) operação de Jatene.
  - e) operação de Rastelli.
  
6. Em relação aos tipos de enxerto que podem ser utilizados em cirurgia de Revascularização do Miocárdio, o melhor em relação ao tempo de patência quando o alvo da revascularização é a artéria descendente anterior:
  - a) Artéria Torácica Interna (ATI).
  - b) Veia safena.
  - c) Artéria radial.
  - d) Artéria gastroepiplóica.
  - e) Artéria epigástrica inferior.
  
7. Dentre as alternativas abaixo, a que NÃO representa uma técnica utilizada para o reparo da valva mitral é:
  - a) ressecção triangular ou quadrangular de folheto prolapsado.
  - b) criação de neocordas.
  - c) anuloplastia com anel.
  - d) procedimento de David.
  - e) reparos subvalvares envolvendo músculos papilares.

- 8.** Paciente masculino, 68 anos, hipertenso e diabético, apresenta dor torácica súbita e intensa há 12h, descrita como "em facada", sem irradiação para as costas. Ao exame físico, observa-se hipertensão arterial (PA 180/110 mmHg) e ausência de assimetria nos pulsos. Não há sinais de isquemia periférica. Foi descartado infarto agudo do miocárdio e ao ecocardiograma sugeriu-se haver uma lâmina de dissecação de aorta ascendente, ausência de derrame pericárdico e sem alterações valvares. Foi realizada angiotomografia de aorta, que revelou: dissecação limitada à aorta ascendente; falsa luz preenchida por contraste; ausência de envolvimento do arco aórtico ou aorta descendente; ausência de acometimento das artérias coronárias ou da valva aórtica. Neste caso, o melhor tratamento indicado para este paciente é:
- a) controle clínico rigoroso do duplo produto e internação para observação em UTI.
  - b) implante endovascular de endoprótese na aorta descendente.
  - c) cirurgia para a ressecção de aorta ascendente e reconstrução com enxerto de Dacron.
  - d) anticoagulação plena para evitar trombose na falsa luz e tromboembolismo sistêmico.
  - e) observação clínica com reavaliações periódicas por imagem a nível ambulatorial.
- 9.** Paciente masculino, 35 anos, apresenta ferimento penetrante por arma branca na região cervical anterior, zona 2. O paciente chega ao pronto-socorro consciente, com dispneia e hematoma expansivo na região do pescoço, associado a estridor respiratório. Sinais vitais revelam: FC 120 bpm; PA 89x62mmHg; FR 32 irpm; e saturação de oxigênio de 83% em ar ambiente. A prioridade na conduta inicial no atendimento desse paciente é:
- a) realizar compressão direta do ferimento e posterior transferência para sala cirúrgica.
  - b) solicitar angiotomografia de urgência para avaliação da extensão das lesões.
  - c) assegurar a via aérea por meio de intubação orotraqueal ou cricotireoidostomia.
  - d) realizar exploração cirúrgica imediata da lesão cervical para controle de danos.
  - e) administrar fluidos intravenosos e analgesia, além de acionar o protocolo de transfusão maciça.
- 10.** Paciente masculino, 30 anos, vítima de ferimento penetrante por arma branca no hemitórax esquerdo, chega ao pronto-socorro apresentando hipotensão (PA 80/50 mmHg) e taquicardia (FC 130 bpm). Na avaliação inicial, foi identificada ausência de murmúrio vesicular no lado esquerdo. Realizou-se drenagem torácica com dreno 32F com saída imediata de 1.200 mL de conteúdo hemático e nas últimas 2 horas houve débito de 600ml pelo dreno. Após 1000ml de Ringer lactato o paciente mantém os mesmos parâmetros citados acima. A conduta prioritária para o tratamento deste paciente é:
- a) aumentar a reposição volêmica com mais 1000ml de Ringer Lactato e reavaliar.
  - b) solicitar tomografia computadorizada de tórax para definição diagnóstica e terapêutica.
  - c) substituir o dreno torácico por um de maior calibre.
  - d) iniciar protocolo transfusão maciça e seriar hematimetria em UTI.
  - e) realizar toracotomia exploradora em sala de cirurgia.
- 11.** Paciente masculino, 40 anos, vítima de colisão veicular em alta velocidade, é admitido hemodinamicamente estável. A radiografia inicial de tórax evidenciou mediastino alargado. Foi realizada angiotomografia de tórax, que revelou: pseudoaneurisma na aorta descendente, localizado após o istmo aórtico, sem sinais de ruptura completa ou hemorragia significativa. De acordo com a classificação de Lesões Traumáticas da Aorta (LTCA), o grau correspondente à lesão apresentada é:
- a) Lesão não classificável com base na tomografia.
  - b) Grau I.
  - c) Grau II.
  - d) Grau III.
  - e) Grau IV.

**12.** Paciente masculino, 35 anos, vítima de politraumatismo após acidente automobilístico, é admitido no pronto-socorro. Ao exame inicial, apresenta-se intubado e com dreno torácico inserido no hemitórax esquerdo devido a suspeita de pneumotórax. Os sinais vitais incluem pressão arterial de 90/60 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm, frequência respiratória de 30 irpm e saturação de oxigênio de 88% em ventilação mecânica. Foi realizada a seguinte radiografia de tórax:



Fonte: Sabiston Tratado de Cirurgia / Courtney M. Townsend et al. 20ª edição - Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

Com base no caso clínico acima e nos achados da imagem, o diagnóstico mais provável é:

- a) Intubação seletiva do brônquio-fonte direito.
- b) Pneumomediastino superior extenso.
- c) Hérnia diafragmática esquerda traumática.
- d) Hemotórax moderado à direita.
- e) Pneumotórax hipertensivo não resolvido.

**13.** Paciente masculino, 28 anos, vítima de acidente automobilístico em colisão frontal, é admitido no pronto-socorro hemodinamicamente estável. Na avaliação inicial, apresenta dor abdominal difusa, sem sinais de irritação peritoneal. A Tomografia Computadorizada (TC) de abdome revelou lesão esplênica grau III com pequeno hematoma subcapsular, sem extravasamento de contraste e mínimo líquido livre na cavidade peritoneal. Foi iniciado Tratamento Não Operatório (TNO), com monitorização rigorosa em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Após 12 horas, o paciente evolui com aumento da dor abdominal, taquicardia (FC 120 bpm), hipotensão (PA 85/55 mmHg) e queda de 3 pontos nos níveis de hemoglobina. A reavaliação por ultrassonografia FAST evidenciou líquido livre na cavidade peritoneal nas três janelas abdominais. A conduta indicada neste caso é:

- a) manter o tratamento não operatório com reposição volêmica e transfusão sanguínea.
- b) solicitar nova tomografia computadorizada de abdome para reavaliação detalhada.
- c) iniciar protocolo de transfusão maciça e observar clinicamente o paciente.
- d) indicar laparotomia exploradora imediata associada a hemotransfusão.
- e) inserir dreno peritoneal para monitorar a evolução da quantidade e do aspecto do líquido livre.

**14.** A cirurgia robótica tem se tornado uma alternativa cada vez mais utilizada em procedimentos minimamente invasivos. Com base nas vantagens tecnológicas oferecidas pela plataforma robótica em comparação à videolaparoscopia convencional, a característica abaixo que NÃO representa um benefício exclusivo da cirurgia robótica é:

- a) visão operatória aprimorada para o cirurgião.
- b) controle simultâneo de quatro braços robóticos.
- c) instrumentos articulados com maior precisão de movimentos.
- d) redução absoluta do tempo cirúrgico em todos os procedimentos.
- e) possibilidade de realizar suturas e grampeamento com maior sofisticação.

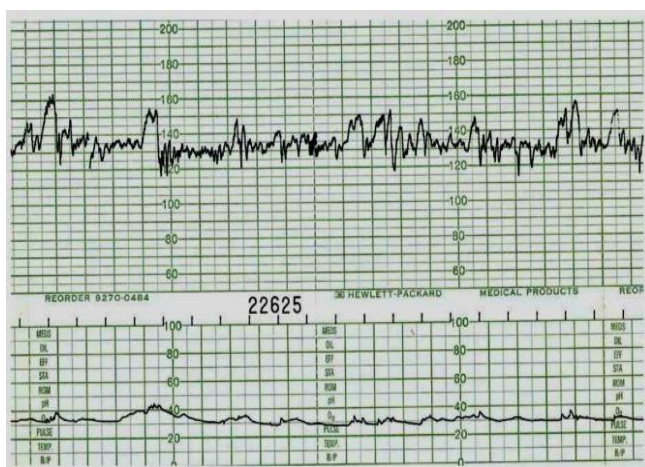
- 15.** Um paciente será submetido a uma colecistectomia videolaparoscópica sob anestesia geral. Durante a verificação de cirurgia segura, ele informa que ingeriu os seguintes alimentos: suco de maçã 2 horas antes do horário previsto para a cirurgia e uma refeição leve 5 horas antes. Com base nos tempos mínimos de jejum recomendados, a conduta mais apropriada para esse paciente é:
- a) proceder com a cirurgia, pois os tempos de jejum para líquidos claros e refeição leve foram adequados.
  - b) adiar a cirurgia, pois o paciente não cumpriu o tempo mínimo de jejum para a refeição leve.
  - c) proceder com a cirurgia, pois o jejum de 2 horas para qualquer alimento é suficiente antes de anestesia geral.
  - d) adiar a cirurgia, pois o suco de maçã não se enquadra como líquido claro e exige 6 horas de jejum.
  - e) proceder com a cirurgia, desde que o paciente seja monitorado em sala por tempo prolongado.
- 16.** O protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) é uma abordagem multimodal baseada em evidências que busca melhorar os resultados cirúrgicos, reduzindo o tempo de internação hospitalar e acelerando a recuperação do paciente. Entre os pilares que compõem o protocolo ERAS, assinale a alternativa correta.
- a) Jejum de líquidos claros por no mínimo 6 horas antes da cirurgia para prevenir aspiração pulmonar.
  - b) Mobilização precoce apenas após a estabilização completa do quadro clínico, geralmente após 48 horas de pós-operatório.
  - c) Uso de sondas nasogástricas em todos os pacientes durante as primeiras 24 horas para evitar íleo paralítico.
  - d) Restrição moderada de líquidos no período pós-operatório imediato para otimizar a recuperação.
  - e) Administração de carboidratos pré-operatórios até 2 horas antes da cirurgia em pacientes selecionados.
- 17.** O rastreamento para detecção precoce de câncer de pulmão utilizando Tomografia Computadorizada (TC) helicoidal de baixa dose é recomendado para populações específicas com base no risco relacionado ao tabagismo e outros fatores. A alternativa que representa um paciente que preenche os critérios para o rastreamento segundo as recomendações da National Comprehensive Cancer Network (NCCN) é:
- a) homem, 60 anos, ex-fumante, histórico de 25 maços-ano, parou de fumar há 20 anos.
  - b) mulher, 55 anos, fumante atual, histórico de 30 maços-ano.
  - c) homem, 48 anos, fumante atual, histórico de 25 maços-ano, com risco de câncer de pulmão estimado em 1,0%.
  - d) mulher, 50 anos, ex-fumante, histórico de 18 maços-ano, parou de fumar há 10 anos.
  - e) homem, 70 anos, ex-fumante, histórico de 15 maços-ano, parou de fumar há 12 anos.
- 18.** A cirurgia é uma opção terapêutica reservada para casos específicos de abscesso pulmonar. A situação clínica abaixo que indica a necessidade de tratamento cirúrgico é:
- a) cavitação persistente com diâmetro de 2,2 cm e paredes espessas após 8 semanas de terapia medicamentosa, associada a sepse.
  - b) abscesso pulmonar com ruptura para a cavidade pleural e drenagem espontânea, após 6 semanas de antibioticoterapia e drenagem pleural.
  - c) abscesso pulmonar com cavitação persistente de 1,8 cm e paredes espessas, após 8 semanas de terapia medicamentosa, apesar de melhora clínica.
  - d) persistência de febre baixa e cavitação residual de 1,5 cm com paredes finas após 10 semanas de antibioticoterapia.
  - e) paciente com abscesso pulmonar associado a escarros hemoptóicos, com melhora clínica e radiológica após 8 semanas de manejo clínico.

- 19.** Pacientes com metástases pulmonares isoladas podem apresentar melhores taxas de sobrevida após ressecção cirúrgica, desde que atendam a critérios prognósticos específicos. Dos fatores abaixo, o que está mais associado a um prognóstico favorável após ressecção de metástases pulmonares é:
- a) presença de metástases bilaterais com nódulos múltiplos detectados na tomografia.
  - b) intervalo livre de doença relacionada ao sítio tumoral primário superior a 3 anos.
  - c) controle parcial do tumor primário após tratamento combinado com quimioterapia e radioterapia, mas com lesão residual estável.
  - d) histologia de células germinativas com intervalo livre de doença superior a 1 ano e resposta favorável à quimioterapia.
  - e) indicação de quimioterapia neoadjuvante para reduzir o tamanho das metástases antes da ressecção.
- 20.** O *Pectus Excavatum* é uma deformidade congênita da parede torácica caracterizada pelo afundamento do esterno. O índice de Haller, calculado pela relação entre o diâmetro transversal do tórax e a distância entre o esterno e a coluna vertebral, é utilizado para avaliar a gravidade da deformidade. A alternativa abaixo que indica a necessidade de correção cirúrgica, considerando o índice de Haller é:
- a) Índice de Haller igual a 2,0 em paciente com desconforto relacionado a estética.
  - b) Índice de Haller de 3,5 em paciente com dor torácica e dispneia aos esforços.
  - c) Índice de Haller de 2,8 em paciente com histórico de infecções respiratórias recorrentes.
  - d) Índice de Haller de 4,0 em paciente assintomático.
  - e) Índice de Haller de 2,2 em paciente com leve dor torácica.
- 21.** Assinale a alternativa que contém o tipo de fistula ano-retal mais frequente segundo a classificação de Parks.
- a) Tipo I
  - b) Tipo II
  - c) Tipo III
  - d) Tipo IV
  - e) Tipo V
- 22.** Assinale a alternativa que contém uma contraindicação absoluta à confecção de uma jejunostomia alimentar.
- a) Edema da parede intestinal.
  - b) Enterite por radiação.
  - c) Doença inflamatória intestinal.
  - d) Isquemia intestinal.
  - e) Obstrução intestinal distal.
- 23.** Em relação ao trauma torácico, assinale a alternativa correta.
- a) O pneumotórax hipertensivo é causa de choque obstrutivo.
  - b) O pneumotórax aberto é caracterizado por uma abertura na parede torácica de aproximadamente três quartos do diâmetro da traquéia.
  - c) O hemotórax maciço é caracterizado por um volume de sangue igual ou maior que 2000 mL em um hemitórax.
  - d) O tamponamento cardíaco é resultante mais comumente de traumas contusos.
  - e) A contusão pulmonar é geralmente diagnosticada no exame primário.
- 24.** Em relação aos exames complementares que podem ser utilizados no trauma abdominal, assinale a alternativa correta.
- a) O lavado peritoneal não pode detectar lesão intestinal.
  - b) A acurácia do FAST independe de quem o realiza.
  - c) A tomografia computadorizada é um método diagnóstico não invasivo.
  - d) O lavado peritoneal não pode ser realizado em pacientes hemodinamicamente instáveis.
  - e) A tomografia computadorizada não pode ser repetida para fins de comparação.
- 25.** Em relação às alterações da motilidade esofagiana, assinale a alternativa correta.
- a) Na acalasia há aumento de peristalse no corpo esofágico.
  - b) No esôfago em quebra nozes a duração média das contrações é maior que 10 segundos.
  - c) Na acalasia a pressão do esfíncter esofagiano inferior é menor ou igual a 26 mmHg.
  - d) No espasmo difuso do esôfago há contrações não peristálticas em mais de 10% das deglutições úmidas.
  - e) O esfíncter esofagiano inferior hipertenso é caracterizado por um relaxamento anormal do mesmo.

**26.** Paciente gestante, 38 anos de idade, primigesta, com 17 semanas de gestação, vem a consulta com queixa de tumoração palpável em mama direita observada há 20 dias durante autoexame. Nega antecedentes familiares de câncer de mama. A conduta para o caso é:

- a) Core biopsy, caso a lesão seja suspeita ao exame físico, exame de imagem ou ambos.
- b) ressonância magnética com gadolínio, que confere maior segurança durante a gestação.
- c) realizar punção aspirativa por agulha fina, por ser o método mais indicado na gestação.
- d) ultrassonografia de mamas, que é o método mais indicado para identificar microcalcificações.
- e) indicar mamografia no período pós-parto, pois não pode ser utilizada com segurança na gravidez.

**27.** Uma gestante, 3G 1Pc 1Pn (último parto foi há 3 anos), deu entrada no pronto socorro da Fundação Santa Casa de misericórdia do Pará com 41 semanas de gestação, referindo cólicas leves. Ao exame físico: feto cefálico em -3 de De Lee, colo uterino posterior, de consistência firme, esvaecimento de 30%, dilatação de 1 cm.



Fonte: FEBRASGO 2021.

A cardiotocografia segue em anexo. Diante do exposto, a conduta adequada é:

- a) internação para cesariana devido a alteração de cardiotocografia.
- b) internação para indução do trabalho de parto com ocitocina.
- c) internação para indução do trabalho de parto com misoprostol.
- d) internação para cesariana devido a cesárea anterior.
- e) internação para indução com balão cervical.

**28.** Gestante, G1P0, com 35 semanas e 2 dias de gestação, deu entrada no pronto-socorro apresentando pressão arterial de 162x115 MmHg, com turvação visual, cefaleia e dor epigástrica. Ao exame: dinâmica uterina ausente, colo uterino grosso, posterior e impérvio; cardiotocografia com linha de base 130 bpm, variabilidade 15 bpm, sem desacelerações recorrentes. Diante do caso, a melhor conduta é:

- a) prescrever metildopa 250mg 8/8 horas para o controle pressórico.
- b) prescrever sulfato de magnésio e monitorizar diurese, frequência respiratória e reflexo patelar.
- c) o caso é de eclâmpsia, logo deve ser prescrito sulfato de magnésio.
- d) prescrever nitroprussiato de sódio devido a pré eclâmpsia com alteração de vitalidade fetal.
- e) iniciar tocólise com nifedipino via oral e solicitar ultrassonografia com doppler.

**29.** Gestante, 33 anos de idade, G1P0, refere que realizou apenas um exame citopatológico para detecção de câncer de colo do útero há 2 anos. Atualmente está com 13 semanas de gestação e questiona sobre a necessidade de realizar o exame. A conduta adequada, neste caso, é:

- a) o rastreamento citológico deve ser realizado no puerpério, pois durante a gestação a Junção Escamo Colunar (JEC) está exteriorizada.
- b) gestantes tem maior risco de apresentar câncer do colo do útero, logo o rastreamento citológico deve ser indicado de rotina.
- c) a coleta ectocervical deve ser evitada, pois aumenta o risco de trabalho de parto prematuro.
- d) a paciente deve ser submetida ao rastreamento citológico, pois tem o mesmo risco de não gestantes de apresentar câncer do colo do útero ou lesões precursoras.
- e) o rastreamento citológico deve ser realizado, apesar de haver maior dificuldade de obter células endocervicais.

- 30.** Paciente de 27 anos, nuligesta, menarca aos 15 anos, com ausência de menstruação há 6 meses, perda de 6 kg nos últimos 4 meses, refere aumento de estresse no trabalho após aumento excessivo de carga horária e treinos físicos extenuantes. Nega contracepção hormonal e outras medicações. Ao exame físico: IMC de 16,8 kg/m<sup>2</sup>, ausência de hiperandrogenismo clínico e caracteres sexuais secundários são normais. As dosagens de FSH, LH e estradiol reduzidos, com prolactina e TSH normais. O diagnóstico mais provável e a conduta terapêutica para a paciente são:
- a** Amenorreia hipotalâmica funcional – Aconselhamento nutricional, redução da atividade física e suporte psicológico.
  - b** Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) – Tratamento com contraceptivo oral combinado e antiandrogênicos.
  - c** Amenorreia primária por insensibilidade aos androgênios – Reposição hormonal.
  - d** Falência Ovariana Prematura (FOP) – Início de terapia de reposição hormonal com estrogênio e progestagênio.
  - e** Hiperprolactinemia – Tratamento com agonistas dopaminérgicos, como cabergolina.
- 31.** Paciente 42 anos de idade, hipotireoidea, tabagista, etilista e diabética, refere formação de pequeno abscesso em mama esquerda, localizado na junção dos quadrantes inferiores que drenou espontaneamente, com secreção piossanguinolenta e que cicatrizou sem necessidade de tratamento. Relata que vem apresentando o quadro de forma recorrente nos últimos 3 anos, com intervalos de cerca de 3 meses, sempre na mesma topografia. Nega antecedentes pessoais e familiares de doenças infectocontagiosas. O provável diagnóstico e tratamento indicado são:
- a** Sarcoidose mamária, o tratamento é a ressecção total da lesão mamária.
  - b** Mastite tuberculosa, porém o tratamento não é realizado com tuberculostáticos.
  - c** Mastite granulomatosa idiopática, o melhor tratamento é a excisão ampla de toda a massa inflamatória.
  - d** Abscesso subareolar crônico recidivante, quando ocorre formação de fístula, o tratamento cirúrgico com ressecção do sistema ductal envolvido pode ser realizado.
  - e** Síndrome de Mondor, tratamento realizado com antibióticos e anticoagulantes.
- 32.** Paciente de 26 anos de idade, com 28 semanas de gestação, vem a primeira consulta de pré natal onde foi solicitado o Teste Oral de Tolerância à Glicose com 75 gramas de glicose anidra (TOTG), com os seguintes resultados: Jejum: 82mg/Dl, 1h:185mg/dL, 2h: 150mg/dL. Sobre este caso é correto afirmar que:
- a** a paciente tem diagnóstico de diabetes gestacional, porém não há maior risco de Diabetes Mellitus tipo 2 após parto.
  - b** a paciente tem diagnóstico de Diabetes Mellitus diagnosticado na gestação (overt diabetes), logo apresenta maior risco de macrosomia fetal.
  - c** a paciente tem diagnóstico de pré diabetes, logo é necessário solicitar o exame laboratorial de hemoglobina glicada.
  - d** a paciente tem diabetes gestacional, logo o feto apresenta maior risco de hiperbilirrubinemia no período neonatal.
  - e** a paciente tem diagnóstico de Diabetes Mellitus diagnosticado na gestação (overt diabetes), logo existe a necessidade de instituir tratamento com insulina.
- 33.** Paciente de 22 anos de idade, vem a consulta com exame citopatológico do colo do útero com resultado de Lesão Intraepitelial Escamosa de baixo grau (LSIL). De acordo com as Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. A conduta adequada é:
- a** seguir rastreamento semestral.
  - b** solicitar colposcopia.
  - c** realizar conização.
  - d** seguir em rastreamento anual.
  - e** repetir a citologia em três anos.
- 34.** Paciente de 37 anos de idade, com queixa de sangramento uterino aumentado de fluxo e duração durante as menstruações há 1 ano, vem a consulta com exame de ultrassonografia transvaginal evidenciando útero antevertido, com presença de lesão nodular característica de leiomioma do útero de 4 cm no seu maior diâmetro, com mais de 65% de seu tamanho em posição intramural e o restante adentrando a cavidade uterina. A paciente apresenta desejo de uma gestação futura. A melhor conduta para o caso é:
- a** Miomectomia laparoscópica, pois se trata de um mioma classificado como FIGO 6.
  - b** Miomectomia histeroscópica, pois se trata de um mioma submucoso.
  - c** Histerectomia, pois se trata de um mioma transmural.
  - d** Miomectomia seletiva laparoscópica, pois se trata de um mioma FIGO 2.
  - e** Embolização das artérias uterinas, pois se trata de um mioma FIGO 2-5.



- 35.** Paciente de 30 anos de idade, com desejo gestacional, apresentando ciclos menstruais irregulares, com presença de acne em dorso e rosto, índice de massa corpórea  $30 \text{ Kg/m}^2$ , ao exame físico foi observado um escore de 14 na escala de Ferriman-Gallwey, a ultrassonografia transvaginal evidencia ovários de volume igual a 8ml a direita e 5 ml a esquerda, com contagem de 6 folículos. Foram realizados exames que descartam hiperandrogenismo laboratorial, o FSH dosado em primeira fase do ciclo foi de 6,5 mUI/mL, teste de gravidez negativo e função tireoidiana normal. Diante do caso, o diagnóstico e risco futuro para essa paciente são:
- a) Síndrome dos ovários policísticos, com risco de atrofia endometrial.
  - b) Hiperplasia adrenal de manifestação tardia, com risco de insuficiência adrenocortical.
  - c) Síndrome de Cushing, com risco de hipopituitarismo.
  - d) Síndrome de Stein-Leventhal, com risco aumentado de disfunção ovulatória.
  - e) Síndrome de insensibilidade androgênica completa, com risco de câncer de ovário.
- 36.** O câncer de mama é o tipo que mais acomete as mulheres no Brasil. Foram estimados 73.610 casos novos de câncer de mama em 2024 no território brasileiro. Quanto às tecnologias ou ações avaliadas para a detecção precoce do câncer de mama o Ministério da Saúde do Brasil recomenda:
- a) a favor do rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos.
  - b) a favor da identificação de sinais e sintomas suspeitos como nódulos anecoicos com reforço acústico posterior na ultrassonografia.
  - c) contra o ensino do autoexame das mamas como método de rastreamento do câncer de mama.
  - d) a favor do rastreamento do câncer de mama com ressonância magnética das mamas.
  - e) a favor da identificação de sinais e sintomas suspeitos como descarga papilar láctea.
- 37.** Paciente de 28 anos de idade fez implante de Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre 380-A há 9 anos. Vem a consulta referindo ciclos menstruais a cada 32 dias, com duração de 6 dias e fluxo normal. Há uma semana apresenta corrimento vaginal. Nega disúria e refere discreta dispareunia de profundidade há 7 dias. Ao exame especular: colo sem lesões aparentes, ausência de hiperemia de paredes vaginais, fio do DIU visualizado com comprimento de cerca de 3 cm, corrimento branco acinzentado, com odor volatilizado ao adicionar hidróxido de potássio e PH de 5,5 verificado em fita. O diagnóstico e conduta para o caso são:
- a) retirar o DIU de cobre e prescrever metronidazol via oral, pois se trata de vaginose bacteriana.
  - b) manter o DIU de cobre e prescrever miconazol via vaginal, pois se trata de candidíase vulvovaginal.
  - c) retirar o DIU de cobre e prescrever metronidazol via vaginal, pois se trata de tricomoníase.
  - d) manter o DIU de cobre e prescrever clindamicina via oral, pois se trata de vaginose bacteriana.
  - e) manter o DIU de cobre e prescrever metronidazol via oral para a paciente e o parceiro sexual, pois se trata de vaginose bacteriana com dispareunia.
- 38.** Paciente de 31 anos de idade, menarca aos 15 anos de idade, com queixa de descarga papilar branca espontânea bilateral há 3 meses, acompanhada de atraso menstrual, com função tireoidiana normal, teste de gravidez sérico negativo, FSH dosado em primeira fase do ciclo de 4,75 mUI/mL. A condição provavelmente associada ao caso é:
- a) Adenoma hipofisário
  - b) Falência ovariana precoce
  - c) Síndrome de Cushing
  - d) Síndrome de Mayer Rokitansky Kuster Hauser
  - e) Endometriose
- 39.** A conduta ativa no terceiro período do parto é essencial para assegurar o bem materno e fetal, bem como importante para redução de mortalidade materna. É recomendação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto normal:
- a) evitar tração controlada do cordão após sinais de separação placentária.
  - b) uso rotineiro de substâncias uterotônicas.
  - c) realizar o clampeamento e secção do cordão de forma precoce rotineiramente.
  - d) usar injeção de ocitocina na veia umbilical.
  - e) uso rotineiro de misoprostol de forma rotineira.

- 40.** São consideradas intervenções e medidas de rotina no primeiro período do parto, de acordo com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto normal:
- a** contraindicar enema e tricotomia pubiana e perineal de forma rotineira, bem como realizar rotineiramente 10UI de ocitocina intramuscular para prevenir hemorragia pós-parto.
  - b** a amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto eutócico.
  - c** um partograma com linha de ação de 4 horas deve ser utilizado para o registro do progresso do parto.
  - d** as mulheres devem ser encorajadas a adotar apenas uma posição que lhes seja mais confortável e restringir movimentação no primeiro período.
  - e** o Exame de toque vaginal deve ser realizado a cada 2 horas independente do progresso do parto.
- 41.** A Hiperêmese Gravídica (HG) é uma forma grave de náuseas e vômitos na gravidez, que afeta até 3% das gestantes. Sobre esta patologia é correto afirmar que:
- a** o tratamento deve ser domiciliar.
  - b** o jejum está contra-indicado.
  - c** dados da anamnese ajudam a verificar a gravidade do caso, conforme o escore de PUQE (Pregnancy Unique Quantification of Emesis/ Quantificação única da êmese na gravidez).
  - d** a Ondansetrona está contra-indicada atualmente.
  - e** anti-histamínicos não devem ser usados.
- 42.** Secundigesta comparece a consulta assintomática, apresenta uma ultrassografia que evidencia feto de 13 semanas sem batimentos cardíacos. O diagnóstico correto neste caso é:
- a** ameaça de aborto
  - b** aborto completo
  - c** aborto inevitável
  - d** aborto incompleto
  - e** aborto retido
- 43.** Tercigesta, 29 semanas de gravidez, comparece a consulta referindo episódios de sangramento vaginal vermelho vivo, de início e cessar súbitos, indolor, imotivado, recorrente e progressivo. Traz ultrassonografia que descreve: "A borda placentária atinge a borda do orifício interno". Exame físico obstétrico sem alterações no momento. Neste contexto o diagnóstico correto consiste em:
- a** placenta centro-total
  - b** placenta centro-parcial
  - c** placenta marginal
  - d** placenta lateral
  - e** placenta prévia parcial
- 44.** Primigesta, com 25 semanas de gravidez, referindo perda de líquido via vaginal há 48 horas, foi diagnosticada com rotura prematura de membranas ovulares. O exame físico e exames complementares não evidenciam infecção. A melhor terapêutica consiste em:
- a** interrupção da gravidez.
  - b** prescrever tocolíticos para evitar prematuridade.
  - c** preferir hidratação endovenosa e realizar cesariana com 34 semanas.
  - d** internação, repouso relativo, hidratação oral, controle de vitalidade fetal e controle infeccioso.
  - e** tratamento domiciliar com repouso relativo e hidratação oral apenas.
- 45.** Gravidez prolongada é definida como gestação que atinge ou ultrapassa as 42 semanas, estando associada a risco aumentado de morbidade e mortalidade perinatal. É uma complicação esperada da gravidez prolongada:
- a** trabalho de parto prolongado.
  - b** baixo peso ao nascer.
  - c** polihidrânio.
  - d** alcalose neonatal.
  - e** alto índice de APGAR.
- 46.** Secundigesta, 10 semanas de gestação, comparece a consulta trazendo um exame de glicemia de jejum com resultado de 126 mg/dL. Exame físico e demais exames de pré-natal sem alterações. O diagnóstico correto é:
- a** Diabetes Mellitus gestacional.
  - b** o resultado de exame é inconclusivo.
  - c** euglicemia gestacional.
  - d** não é possível realizar diagnóstico sem outros exames complementares.
  - e** Diabetes Mellitus diagnosticado na gestação (diabetes prévio).
- 47.** Primigesta, 19 anos de idade, 28 semanas de gestação, iniciou quadro de hipertensão arterial sistêmica nesta gestação quando estava com 26 semanas. Em uso de metildopa, nifedipina e hidralazina em dose máxima. Comparece a urgência com cefaléia, turvação visual, fotofobia e epigastria. Ausculta pulmonar e cardíacas normais; pressão arterial= 150/100 mmHg. Nega outros sintomas. Neste contexto deve-se classificar a hipertensão como:
- a** Hipertensão arterial crônica.
  - b** Hipertensão gestacional.
  - c** Pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade.
  - d** Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade.
  - e** Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica.

- 48.** Primigesta vivendo com HIV, 36 semanas de gravidez, apresentando carga viral dosada há uma semana mostrando 300 cópias/mL. Realizou pré-natal sem outras intercorrências. Informa que deseja parto via vaginal. A melhor conduta neste caso é:
- a** orientar sobre riscos do parto vaginal e agendar cesariana para 37 semanas.
  - b** orientar sobre riscos do parto vaginal e agendar cesariana para 38 semanas.
  - c** orientar sobre riscos do parto vaginal e agendar cesariana para 39 semanas.
  - d** assistência oportuna ao trabalho de parto sem necessidade de zidovudina.
  - e** assistência oportuna ao trabalho de parto com necessidade de zidovudina endovenosa desde o início do trabalho de parto até o clameamento do cordão.
- 49.** Mulher com 40 anos de idade, sem antecedentes pessoais ou familiares de Câncer de mama deseja orientações sobre a frequência com que deve realizar a mamografia. Segundo o Ministério da saúde essa mulher deverá ser orientada a realizar mamografia com a seguinte periodicidade:
- a** bienal a partir dos 40 anos e até os 69 anos de idade.
  - b** bienal a partir dos 50 anos e até os 69 anos de idade.
  - c** anual a partir dos 50 anos e até os 69 anos de idade.
  - d** anual a partir dos 40 anos e até os 69 anos de idade.
  - e** anual a partir dos 40 anos e bienal a partir dos 50 anos até 69 anos.
- 50.** Mulher com 36 anos apresenta o seguinte resultado no exame de colpocitologia oncótica do colo de útero: " células escamosas de significado indeterminado possivelmente não neoplásica (ASC-US)". Segundo Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero a recomendação imediata para essa paciente deve ser:
- a** repetir o citopatológico em 12 meses.
  - b** repetir o citopatológico em 6 meses.
  - c** repetir o citopatológico em 3 meses.
  - d** submeter-se a colposcopia imediatamente.
  - e** submeter-se a biópsia imediatamente.





**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ**  
**PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2025**  
**Grupo C Pré-Requisito: Cirurgia Básica ou Ginecologia e Obstetrícia ou**  
**Cirurgia Geral**

Especialidade: MASTOLOGIA

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	