

RESIDÊNCIA MÉDICA



10/11/09

MASTOLOGIA

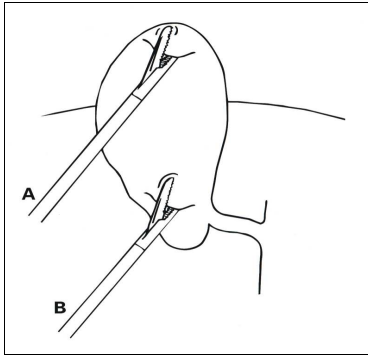
SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas, assim distribuídas: Cirurgia Geral e Obstetrícia e Ginecologia.
2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se houver algum defeito dessa natureza, peça ao aplicador de prova para entregar-lhe outro exemplar.
3. Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apostilas, a qualquer outro material ou a pessoas.
4. Cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.
5. Transfira as respostas para o cartão, observando atentamente a numeração das questões.
6. No cartão, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta PRETA, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.
7. Esta prova tem a duração de 4 horas, incluindo o tempo para as instruções e o preenchimento do cartão-resposta.

— QUESTÃO 01 —

Observe a figura, a seguir, sobre a técnica operatória da colecistectomia vídeolaparoscópica.

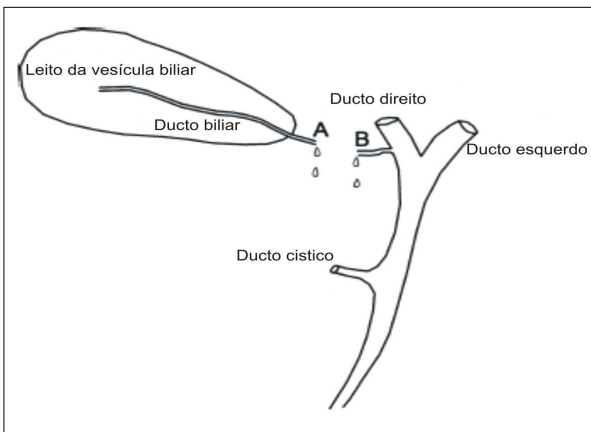


O movimento de apresentação da vesícula biliar, com vistas à exposição do Triângulo de Calot executado pelas pinças **A** e **B**, na figura, consiste, respectivamente, de

- (A) tração cranial em direção ao ombro direito e tração lateral em relação ao hilo hepático.
- (B) tração lateral em relação ao hilo hepático e tração inferior do infundíbulo da vesícula biliar.
- (C) tração inferior do fundo da vesícula biliar e tração medial em relação ao hilo hepático.
- (D) tração cranial em direção à via biliar e tração lateral em relação ao hilo hepático.

— QUESTÃO 02 —

A ilustração a seguir representa a fístula biliar decorrente da secção inadvertida dos ductos biliares (*Luschka*) sob o leito da vesícula.

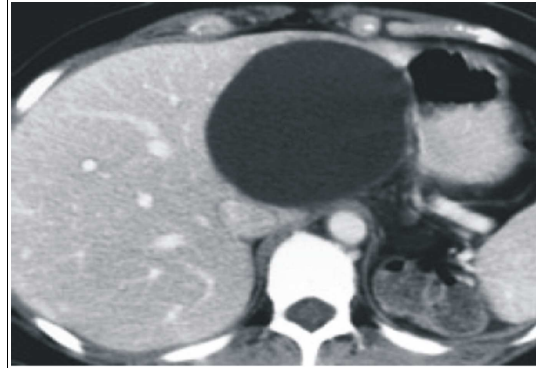


A complicação resultante dessa secção

- (A) é facilmente identificada no intraoperatório e não requer tratamento específico.
- (B) é identificada na primeira semana de pós-operatório, requerendo procedimentos de drenagem da cavidade peritoneal para tratamento.
- (C) é passível de prevenção pelo uso rotineiro da colangiografia intraoperatória, e requer drenagem da cavidade peritoneal para tratamento.
- (D) é de difícil diagnóstico intraoperatório e requer papilotomia endoscópica pós-operatória para tratamento.

— QUESTÃO 03 —

Um paciente de 54 anos apresenta, há duas semanas, quadro compatível com cólica nefrética. Não há antecedentes pessoais relevantes. Recebeu tratamento sintomático e submeteu-se a exame tomográfico, que, além da nefrolitíase, evidenciou a condição apresentada na figura a seguir.



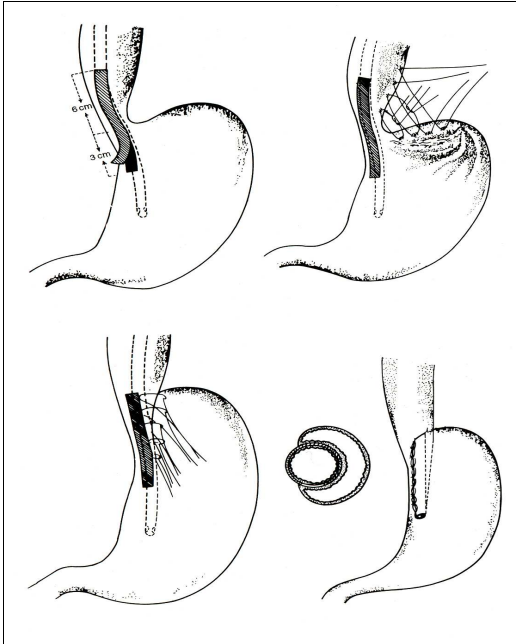
Esse paciente deve

- (A) ser submetido a exame de imagem por ressonância magnética, com vistas à adequada distinção entre um tumor sólido e um tumor cístico do fígado.
- (B) ser submetido a tratamento operatório tendo em vista as dimensões do cisto hepático e do risco iminente de complicações.
- (C) ser mantido em observação clínica e esclarecido quanto ao caráter benigno de sua doença.
- (D) ser submetido à dosagem sérica do CA 125 e à colangiorressonância magnética para elucidação diagnóstica.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 04 —

A figura a seguir representa, de forma esquemática, princípios técnicos aplicáveis ao tratamento operatório do megaesôfago chagásico.

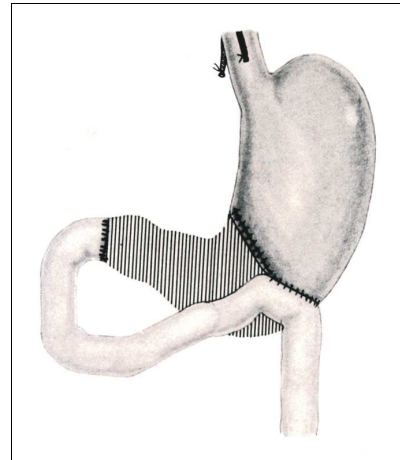


Essa alternativa de tratamento, conforme ilustra a figura, está indicada no megaesôfago de grupos

- (A) II e III, sendo a cardiomiectomia complementada pela esofagofundogastroplicatura à Nissen, que previne a reaproximação das bordas musculares e bloqueia pequenas perfurações mucosas.
- (B) III e IV, sendo a cardiomiectomia complementada pela esofagofundogastroplicatura à Nissen que previne o refluxo gastroesofágico pós-operatório, mas não a reaproximação das bordas musculares.
- (C) I e II, sendo a cardiomiectomia complementada pela esofagofundogastroplicatura que previne a reaproximação das bordas musculares e a ocorrência de refluxo gastroesofágico pós-operatório.
- (D) II e III, sendo a cardiomiectomia complementada pela esofagofundogastroplicatura que previne a reaproximação das bordas musculares e bloqueia pequenas perfurações mucosas.

— QUESTÃO 05 —

Um paciente do sexo masculino, 45 anos, foi submetido a tratamento emergencial por uma úlcera duodenal perfurada. A ilustração a seguir representa a técnica operatória utilizada na ocasião.



A análise crítica do tratamento instituído permite afirmar que

- (A) o sucesso da opção terapêutica adotada depende da condição hemodinâmica do paciente e do grau limitado de contaminação peritoneal no momento da operação.
- (B) a sutura direta da perfuração associada à lavagem da cavidade peritoneal é a técnica de melhores resultados, podendo ser executada por via videolaparoscópica.
- (C) a técnica operatória empregada resultará em retardo no esvaziamento gástrico de líquidos e partículas sólidas não digeridas.
- (D) a ressecção antral acarreta redução no reservatório gástrico com consequente prejuízo à ingestão de uma refeição normal.

— QUESTÃO 06 —

O adenocarcinoma gástrico representa 95% das neoplasias malignas do órgão. Em relação à sua etiopatogenia, são considerados fatores pré-neoplásicos relevantes:

- (A) úlcera gástrica, infecção pelo *Helicobacter pylori*, hipocloridria.
- (B) úlcera duodenal, adenoma gástrico, infecção pelo *Helicobacter pylori*.
- (C) anemia perniciosa, dieta rica em vitamina C, gastrectomia com reconstrução à BII.
- (D) acloridria, doença de Ménétrier e infecção pelo *Helicobacter pylori*.

— QUESTÃO 07 —

São fatores etiológicos da pancreatite aguda:

- (A) hipercalcemia, pancreatografia retrógrada e hiperlipoproteinemia.
- (B) tabaco, álcool e vírus da caxumba.
- (C) cocaína, fístula biliar e trauma abdominal.
- (D) periarterite nodosa, pâncreas *divisum* e colangiografia intraoperatória.

— QUESTÃO 08 —

As hérnias de escorregamento representam de 3% a 6% das hérnias inguinais, não havendo, entretanto, sinais patognômicos para o seu diagnóstico. Desta forma, a suspeita ao exame clínico recai sobre

- (A) pacientes jovens, de ambos os sexos, portadores de hérnias inguinais de colo estreito e sacos herniários dificilmente redutíveis.
- (B) crianças do sexo masculino, com hérnias inguinais facilmente redutíveis, e envolvidas por abundante coxim gorduroso na porção medial das coxas.
- (C) pacientes idosos, do sexo masculino, com hérnias de longa duração, inguinoescrotales e de conteúdo redutível.
- (D) pacientes adultos, do sexo masculino, com hérnias inguinais indiretas, e história progressiva de episódios frequentes de encarceramento.

— QUESTÃO 09 —

A fístula da anastomose pancreatojejunal é a complicação mais severa da duodenopancreatectomia, sendo observada em até 18% dos pacientes operados por neoplasias periampulares. Consideram-se fatores preditivos desta complicação:

- (A) a técnica de anastomose ductojejunal e o estado nutricional do paciente.
- (B) a técnica de anastomose pancreatojejunal por telescopagem e a proteção pelo uso de sonda no interior da anastomose.
- (C) a textura da glândula pancreática e o calibre do ducto de Wirsung.
- (D) o uso pré-operatório de octreotida e a anastomose pancreatogástrica.

— QUESTÃO 10 —

As neoplasias císticas são doenças pancreáticas incomuns, representando 1% dos tumores do órgão. Dessas neoplasias,

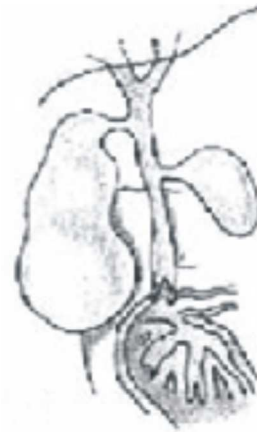
- (A) a neoplasia cística serosa é a mais prevalente, acometendo o corpo e a cauda da glândula em mulheres na quarta década de vida; apresenta bom prognóstico quando totalmente ressecada e não complicada pela ocorrência de cistoadenocarcinoma.
- (B) a neoplasia mucinosa papilar intraductal acomete predominantemente a região cefálica da glândula, sem preferência entre os sexos; o prognóstico é ruim em decorrência da biologia tumoral e da ocorrência precoce de metástases à distância.
- (C) a neoplasia mucinosa acomete o corpo e a cauda da glândula, preferencialmente de mulheres por volta da sexta década de vida; apresenta bom prognóstico quando totalmente ressecada, mesmo na vigência de cistoadenocarcinoma.
- (D) a neoplasia mucinosa acomete preferencialmente a cauda da glândula, em homens portadores da doença de Hippel Lindau; o prognóstico é favorável na doença completamente ressecada e na ausência de metástases.

— QUESTÃO 11 —

A gravidade do trauma abdominal é proporcional às complicações hemodinâmicas dele decorrentes. Em condições de extrema gravidade, pode não haver tempo disponível às correções volêmicas necessárias e ao tratamento adequado das lesões abdominais multiviscerais. Com o intuito de diminuir a mortalidade desses pacientes, a cirurgia de controle de danos preconiza uma rápida estabilização hemodinâmica mediante o controle primordial das seguintes variáveis:

- (A) hipotermia, coagulopatia e hipóxia tecidual.
- (B) hipovolemia, acidose respiratória e hipercalemia.
- (C) acidose metabólica, hiponatremia e choque.
- (D) arritmia cardíaca, alcalose respiratória e hipertermia.

A figura a seguir demonstra um cisto de colédoco. As questões 12 e 13 referem-se a ela.

**— QUESTÃO 12 —**

De acordo com a classificação de Todani, esse cisto é do tipo:

- (A) I
- (B) II
- (C) III
- (D) IV

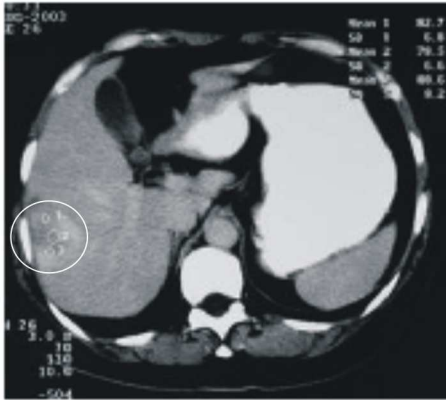
— QUESTÃO 13 —

A importância da classificação de Todani para cistos de colédoco deve-se a sua correlação com a indicação cirúrgica. Assim, no cisto demonstrado, a opção cirúrgica será

- (A) cistectomia.
- (B) derivação cistojejunal.
- (C) derivação cistoduodenal.
- (D) exereses de colédoco e cisto com derivação hepatojejunal.

— QUESTÃO 14 —

Observe a tomografia apresentada a seguir.



A alteração mostrada nessa tomografia computadorizada de abdômen está localizada no segmento

- (A) II
- (B) IV
- (C) VI
- (D) VIII

— QUESTÃO 15 —

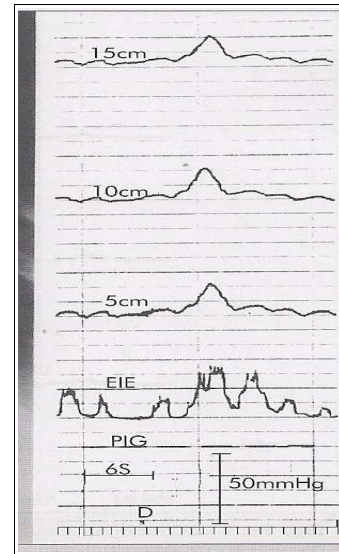
Dentre as anomalias genéticas, a que está ligada ao câncer gástrico é a mutação do gene

- (A) p53
- (B) a21
- (C) b33
- (D) e62

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 16 —

Analise a manometria esofágica apresentada a seguir.



Com base nessa manometria, a que tratamento cirúrgico o paciente deverá ser submetido?

- (A) Cirurgia de Nissen
- (B) Cirurgia de Lind
- (C) Cirurgia de Toupet
- (D) Cirurgia de Heller

— QUESTÃO 17 —

Na metástase hepática do câncer colorretal,

- (A) a ressecção cirúrgica não interfere no tempo de sobrevivência dos pacientes, porém melhora a sua qualidade de vida.
- (B) a taxa de mortalidade operatória nas cirurgias de ressecção é de cerca de 30%.
- (C) a volumetria hepática é exame essencial nas trissegmentectomias.
- (D) a ressonância magnética tem sensibilidade maior na caracterização de nódulos hepáticos que a tomografia computadorizada.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 18 —

Um paciente do sexo masculino, de 54 anos, natural de Barreiras- BA., refere queixas de que há cerca de dois anos vem apresentando sintomas vagos de dispepsia. Há uma semana apresentou episódio de hemorragia digestiva alta vultuosa, quando foi submetido à endoscopia digestiva alta que demonstrou varizes esofágicas de grosso calibre com sangramento ativo, que foi controlado com ligadura elástica. Há dois dias apresentou novo episódio de sangramento das varizes também controlado pela endoscopia. No momento, está estável hemodinamicamente. Nega alcoolismo e apresenta provas de função hepática normais, bem como sorologia para vírus da hepatite negativa. Qual deve ser a indicação de tratamento cirúrgico para este paciente?

- (A) Shunt porto-cava calibrado
- (B) TIPS
- (C) Derivação esplenorenal
- (D) Desconexão ázigo-portal

— QUESTÃO 19 —

Em uma gastrectomia parcial com dissecação a DII, por adenocarcinoma em antrogastrico, seguindo os critérios da Sociedade Japonesa de Pesquisa do Câncer Gástrico, que cadeia ganglionar deverá ser ressecada?

- (A) 1
- (B) 2
- (C) 5
- (D) 10

— QUESTÃO 20 —

No aparelho digestório, o glucagon tem como ação:

- (A) inibir a secreção ácida gástrica.
- (B) estimular a secreção ácida gástrica.
- (C) estimular a contração da vesícula biliar.
- (D) inibir a contração da vesícula biliar.

— QUESTÃO 21 —

Que fator favorece o fechamento de uma fístula do aparelho digestório?

- (A) Localização em delgado distal
- (B) Débito em torno de 700 ml por dia
- (C) Epitelização do trajeto
- (D) Trajeto longo

— QUESTÃO 22 —

Nas cirurgias laparoscópicas, a embolia gasosa

- (A) aproxima-se de 1 em 100 casos de cirurgia laparoscópica.
- (B) está associada a hipertensão e bradicardia.

- (C) apresenta murmúrio tipo “roda de moinho” em precórdio.
- (D) mostra, à retinoscopia, imagem característica de áreas de micro-hemorragia.

— QUESTÃO 23 —

Um paciente do sexo masculino iniciou, há cerca de três meses, quadro de icterícia progressiva e desconforto em andar superior do abdômen. É tabagista (1 carteira de cigarro ao dia) e relata colúria e acolia fecal. Nega emagrecimento ou febre. Ao exame físico apresenta vesícula palpável. Qual o provável diagnóstico, nesse caso?

- (A) Tumor de Klatskin
- (B) Adenocarcinoma de cabeça de pâncreas
- (C) Coledocolitíase
- (D) Colangite esclerosante

— QUESTÃO 24 —

Um paciente de 54 anos, do sexo masculino, apresenta enterorragia e quadros intermitentes de semioclusão intestinal, além de anemia. Ao exame físico, constata-se bordo hepático irregular, com massa palpável em epigastro. Nesse caso, que marcador tumoral deverá estar aumentado?

- (A) Ca 19.9
- (B) CEA
- (C) P 53
- (D) Ca 72.4

— QUESTÃO 25 —

A síndrome da artéria mesentérica superior ou síndrome de Wilkie é decorrente de

- (A) compressão vascular da terceira porção duodenal.
- (B) trombose da artéria mesentérica secundária à dilatação aneurismática da mesma.
- (C) isquemia mesentérica transitória devido a fenômeno tromboembólico.
- (D) compressão vascular da quarta porção duodenal.

— QUESTÃO 26 —

A endometriose costuma se manifestar durante o período reprodutivo, quando as lesões são estimuladas pelos hormônios ovarianos. Os sintomas tendem a ser mais intensos no período perimenstrual e

- (A) a dor pélvica é o sintoma mais comum acompanhada de dor lombar, dispareunia, dor à evacuação, disúria e hematúria.
- (B) o diagnóstico definitivo é a inspeção visual da pelve na laparoscopia, a não ser que a doença seja perceptível no exame ginecológico.
- (C) o diagnóstico é excluído quando, na biópsia, a histologia é negativa.
- (D) a ultrassonografia é padrão ouro para o diagnóstico.

— QUESTÃO 27 —

A dor pélvica crônica (DPC) representa um grande desafio para o ginecologista devido a sua etiologia indefinida, história natural complexa e baixa resposta terapêutica. Em caso de dor pélvica crônica, qual a abordagem adequada?

- (A) Investigação e detecção do agente etiológico único.
- (B) Seguimento no serviço primário de saúde, com apoio psicossocial, após afastar a possibilidade de causas orgânicas.
- (C) Solicitação do exame de ressonância nuclear magnética (RMN), para detectar pequenos focos de endometriose.
- (D) Solicitação da laparoscopia.

— QUESTÃO 28 —

Qual vacina pode ser indicada durante a gravidez?

- (A) Influenza
- (B) Rubéola
- (C) Sarampo
- (D) Hepatite B

— QUESTÃO 29 —

O diagnóstico de vaginite por cândida é sugerido clinicamente pela presença de prurido vulvar, dor, edema, vermelhidão e disúria. Nesta infecção,

- (A) são encontradas fissuras na mucosa vaginal, escoriações, secreção vaginal amarelada e fluida.
- (B) desenvolvem-se quadros recorrentes e o uso de fluconazol e ácido bórico são indicados por períodos prolongados.
- (C) é indicada a eritromicina para o tratamento de candidíase recorrente de causa não albicans.
- (D) é contraindicada a droga azólica no tratamento da candidíase recorrente.

— QUESTÃO 30 —

As úlceras genitais são frequentes em jovens sexualmente ativos. Nesse caso,

- (A) o teste para HIV deve ser realizado em pacientes com úlceras genitais causadas por *Treponema pallidum* ou *Haemophilus ducrei*.
- (B) a cultura ou o teste para pesquisa do antígeno para herpes-vírus simples é ineficaz e, por isso, não deve ser solicitada.
- (C) a úlcera genital e a adenopatia inguinal supurativa (gânglios de consistência amolecida) são causadas pelo *Haemophilus ducrei*.
- (D) o granuloma inguinal (donovanose) tem como agente etiológico a clamídia.

— QUESTÃO 31 —

A amenorréia primária é caracterizada pela ausência de menstruação aos 14 anos, sem desenvolvimento sexual secundário. Nesta etiologia,

- (A) a presença de FSH e LH elevados indica disgenesia gonadal ou falência ovariana.
- (B) a síndrome de Turner (45X0) entra como diagnóstico diferencial.
- (C) o hipogonadismo hipogonadotrófico é definido quando o FSH < 20 UI /L e LH < 40 UI /L .
- (D) a dosagem de 17- hidroxiprogesterona na amenorréia normogonadotrófica é ineficaz para o tratamento clínico.

— QUESTÃO 32 —

Na síndrome dos ovários policísticos (SOP)

- (A) o hiperandrogenismo e a anovulação excluem esse diagnóstico.
- (B) a resistência à insulina age sinergicamente com LH, inibindo a produção ovariana dos androgênios nas células da teca.
- (C) a hipersecreção de LH no início da fase folicular leva a distúrbios menstruais e à redução da fertilidade.
- (D) o aumento primário do FSH inicia a cascata de mudanças que resultam em hiperandrogenismo e hiperplasia do estroma ovariano.

— QUESTÃO 33 —

Com a melhoria do sistema de prevenção, o Brasil tem reduzido a incidência do câncer do colo uterino. Nessa doença,

- (A) o HPV (16 -18), a história sexual (início precoce, promiscuidade, parceiro sexual com câncer de pênis) e alteração gênica da p53 constituem fatores de risco.
- (B) o adenocarcinoma é responsável por 10 a 15 % desse câncer e subdivide-se em: verrucoso, papilífero e linfóepitelioma.
- (C) a conduta quanto ao carcinoma microinvasor depende do desejo de manter a fertilidade ou não: histerectomia total abdominal, histerectomia total vaginal ou conização.
- (D) o seguimento com citologia oncótica após tratamento de doença pré-invasiva deverá ser anual.

— QUESTÃO 34 —

No atendimento à vítima de violência sexual,

- (A) a anticoncepção de emergência é utilizada nos casos de estupro até 72 horas da ocorrência do fato.
- (B) o início da quimioprofilaxia para HIV deve ser imediato e independe do tipo de exposição da vítima.
- (C) a dose de reforço ou o uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B deve ser indicada também a indivíduos com esquema vacinal completo para esse tipo de hepatite.
- (D) o metronidazol 2 g via oral, de 8 em 8 horas, durante uma semana, está indicado para a gestante.

— QUESTÃO 35 —

A vaginose bacteriana é síndrome clínica resultante da flora vaginal normal, rica em *Lactobacillus sp* por bactérias anaeróbias (*Prevotella sp*, e *Mobiluncus sp*) além da *Gardinerella vaginalis* e, eventualmente, *Mycoplasma hominis*. Essa doença

- (A) tem o diagnóstico definido após a confirmação laboratorial por meio de cultura.
- (B) promove corrimento branco grumoso sem bolhas e PH menor que 4.5 e teste KOH 10 % negativo.
- (C) promove prurido, apresenta colo em framboesa e disporeunia.
- (D) apresenta células indicadoras no exame a fresco com o predomínio de flora cocobacilar e ausência de leucócitos.

— QUESTÃO 36 —

Mastites ocorrem principalmente de um a três meses após o parto, mas podem ocorrer em mulheres que não estejam no período puerperal. Quanto às mastites,

- (A) a principal via de disseminação é hematogênica levando a repercussões sistêmicas importantes, com septicemia.
- (B) a puerperal epidêmica está associada a infecções por *Staphylococcus aureus penicilinase* resistente.
- (C) o tratamento da puerperal deve incluir compressas mornas com ordenha manual delicada, continuidade da amamentação restrita à mama não infeccionada, uso de sutiã, analgésicos, antitérmicos e antibióticos.
- (D) a luética é infecção pouco comum, a sua forma primária (cancro mole) ocorre geralmente no complexo mamilar pela inoculação do treponema da boca do lactente com sífilis congênita.

— QUESTÃO 37 —

Uma mulher de 28 anos, G3P2A1 (aborto espontâneo), com 34 semanas de gestação está na maternidade do Hospital das Clínicas de Goiânia com diagnóstico de pielonefrite aguda. Iniciou-se o tratamento com cefalosporina e gentamicina há 5 dias. A cultura de urina mostra *Escherichia coli*, sensível à cefalosporina. Houve piora do quadro clínico, evoluindo para dispnéia, PA = 120/70 mmHg, frequência cardíaca 120 bpm, frequência respiratória 45/minuto, frequência cardíaca fetal 150 bpm.

Nesse caso,

- (A) o diagnóstico é lesão alveolar e endotelial, levando ao vazamento dos capilares pulmonares, à hipoxemia, ao gradiente alveolar arterial com perda de volume do pulmão.
- (B) o quadro severo de insuficiência respiratória é incompatível com o agente etiológico diagnosticado.
- (C) o tratamento com cefalosporina está inadequado, devendo ser suspenso e substituído por ampicilina.
- (D) o feto deverá ser submetido à corticoideterapia e, após o seu amadurecimento pulmonar, a gestante deverá ser submetida a parto cesariana.

— QUESTÃO 38 —

Um paciente com 32 anos, G4P4A0, 39 semanas de gestação, foi submetida à indução de trabalho de parto por bolsa rota com ocitocina. Houve dilatação de 6 cm que persiste por três horas. No toque, há bossa. As contrações estão eficazes. O peso do feto é de 3,8 kg e a pelve é ginecóide. Os batimentos cardíacos estão entre 145 e 150 bpm. O clínico obstétrico deve, nesse caso,

- (A) aguardar para verificar a possibilidade de parto normal.
- (B) forçar a dilatação do colo uterino com o toque até 10 cm e aguardar parto normal.
- (C) analisar a posição da cabeça fetal no toque para ver a causa do assinclitismo e colocar um cateter de pressão intrauterino, verificando o padrão das contrações.
- (D) definir como parada a fase ativa e indicar cesariana.

— QUESTÃO 39 —

Uma paciente com 42 anos, G1P1A0, 16 semanas de gestação pela DUM, submeteu-se a teste de Alfa Feto Proteína materna sérica com 2,8 múltiplos a mais da média. O pré-natalista, primeiramente, deve

- (A) solicitar biópsia de vilocorial para afastar má formação fetal.
- (B) aguardar 21 semanas para realizar USG morfológico.
- (C) solicitar USG obstétrico básico para investigar a data gestacional e gestações múltiplas.
- (D) afastar a possibilidade de defeito do tubo neural aberto e da síndrome de Down fetal.

— QUESTÃO 40 —

Uma paciente com 35 semanas de gestação, queixa-se de sangramento intenso, vermelho rutilante, indolor. Relata ser o quarto episódio de sangramento durante a gestação, sendo este o de maior intensidade. Ao exame: tono uterino normal, BCF = 146 bpm, regular, apresentação cefálica alta pela palpação abdominal. Metrossístoles ausentes. Exame especular: colo uterino fechado, epitelizado, intenso sangramento pelo orifício externo. Nesse caso, qual a conduta a ser tomada?

- (A) Indicar retorno com 15 dias no pré-natal.
- (B) Realizar internação com conduta conservadora orientada pela intensidade do sangramento e vitalidade fetal.
- (C) Realizar cesariana imediata.
- (D) Realizar indução do trabalho de parto.

— QUESTÃO 41 —

Uma paciente deu entrada no pronto socorro do HC com hipertonia uterina, feto morto com 33 semanas de gestação, colo uterino pérvio para 4 cm e centrado, taquicardia, PA = 80/50 mmHg. O quadro clínico descrito é indicativo de

- (A) ruptura do útero e deverá ser indicada cesariana imediatamente devido à possibilidade de hemorragia interna e choque hipovolêmico.
- (B) descolamento prematuro da placenta e deverá ser feito parto cesariana imediatamente porque a paciente poderá ter choque hipovolêmico.
- (C) placenta prévia e a conduta deverá ser cesariana devido à possibilidade de sangramento e choque hipovolêmico.
- (D) descolamento prematuro de placenta e a conduta deverá ser controle hemodinâmico, uso de ocitocina, rompimento da bolsa amniótica e parto normal.

— QUESTÃO 42 —

Uma paciente de 39 anos, G6P6A0, 38 semanas, peso fetal estimado de 3,2 kg, trabalho de parto há 10 horas, estava, no momento do primeiro toque, com quatro contrações em 10 minutos, bolsa rota, colo dilatado 10 cm, BCF de 140 bpm, apresentação + 2 DeLee. Após cinco minutos foi realizado novo toque e a apresentação havia subido para - 3 e houve queda do BCF para 80 bpm e parada de contrações uterinas. O diagnóstico provável, nesse caso, é

- (A) atonia uterina devido à exaustão do trabalho de parto.
- (B) ruptura parcial do útero.
- (C) atonia uterina e nó verdadeiro de cordão.
- (D) DPP com sangramento retroplacentário.

— QUESTÃO 43 —

Em uma paciente a termo com quadro de polissistolia deve-se

- (A) realizar amnioscopia para analisar o líquido amniótico.
- (B) aumentar o uso de uterolíticos.
- (C) considerar microcefalia fetal e observar se não há iatrogenia pelo uso de ocitócicos.
- (D) romper as membranas amnióticas.

— QUESTÃO 44 —

Uma paciente com 28 semanas de gestação, PA160/120HG, proteinúria 300mg/24 horas, evolui para 2 g/24 horas, BCF de 140 bpm, diurese satisfatória e ganho de peso maior que a média nesta fase gestacional. Trata-se de um caso de

- (A) DEHG com piora do comprometimento renal.
- (B) DEHG com estabilidade do quadro renal.
- (C) DEHG inadequadamente diagnosticado devido à idade gestacional.
- (D) DEHG associado à diabetes gestacional.

— QUESTÃO 45 —

Em relação à diabetes gestacional, pode-se afirmar:

- (A) a intolerância a carboidratos de grau de variadas intensidades, com início durante a gestação e persistência após o parto define essa patologia.
- (B) a possibilidade de iniciar esse tipo de diabetes é excluída no terceiro trimestre, vez que as trocas hormonais já foram estabelecidas na gestante, nesse período.
- (C) o diagnóstico é feito quando a glicemia de jejum for > 126 mg/dl em duas ocasiões ou glicemia de jejum > 200 mg ou curva glicêmica com 75 mg de glicose > 200 mg/dl na segunda hora.
- (D) idade materna inferior a 35 anos e feto macrossômico são fatores de risco para diabetes tipo 1.

— QUESTÃO 46 —

Uma mulher com 30 anos, G0P0A0, lúpica, há cinco anos está tentando engravidar. Qual a droga mais adequada para o controle dessa paciente?

- (A) Ciclofosfamida.
- (B) Metotrexato.
- (C) Clorambusil.
- (D) Hidroxicloroquina.

— QUESTÃO 47 —

Na gravidez,

- (A) a *salmonella plasmodium* pode levar a infecções fetais.
- (B) a malária, na forma cerebral com convulsões e distúrbios focais de movimentos, é infrequente.
- (C) os vermes adultos, na ascaridíase, são responsáveis pelos sintomas pulmonares e infecções maciças.
- (D) a enterobiose pode causar hepatite.

— QUESTÃO 48 —

A eficácia do método contraceptivo é medida pela fórmula de Pearl que é a taxa de gravidezes por

- (A) 1000 usuárias no período de um ano de uso do método.
- (B) 100 usuárias no período de um ano de uso do método.
- (C) 100 usuárias no período de 10 meses de uso do método.
- (D) 100 usuárias no período de 60 meses de uso do método.

— QUESTÃO 49 —

Uma paciente de 45 anos, com lesão palpável de 2,2 cm na mama esquerda, consistência firme elástica, que, ao ultrassom, apresentava características sólido-císticas. À punção demonstrou grandes blocos coesos de células epiteliais, com grupamentos esboçando papilas. A lesão foi retirada integralmente e o exame anatomopatológico demonstrou uma lesão papilar intracística com poucas atipias. Isto gerou dificuldade diagnóstica entre um papiloma benigno e um carcinoma papilar muito bem diferenciado. Dentre os conjuntos de anticorpos usados na imuno-histoquímica, qual permite concluir pelo diagnóstico de benignidade?

- (A) Citoceratinas de alto peso molecular positivas (C5/C6, 34 β E12), HHF35 positiva em mioepitélio de toda a lesão e positividade para calponina.
- (B) Citoceratinas de baixo peso molecular positivas e negatividade para calponina.
- (C) Positividade para receptor de estrógeno e progesterona e negatividade para HER2/neu.
- (D) Negatividade para citoceratinas de alto peso molecular e negatividade para HHF35 e para a calponina.

— QUESTÃO 50 —

Uma paciente de 71 anos, apresenta lesão nodular palpável em mama direita, espiculada à mamografia. O *bioptycut* não demonstrou lesão. Foi realizada quadrantectomia. O exame anatomopatológico demonstrou lesão de 1,8 cm em seu maior diâmetro, com moderada formação de túbulos (entre 15-75%), atipias nucleares moderadas e duas mitoses por dez campos de grande aumento. A imuno-histoquímica foi positiva para receptores de estrógeno, progesterona e HER2/neu positividade fraca e irregular em raras células isoladas. Nesse caso, qual o diagnóstico da lesão?

- (A) Carcinoma ductal *in situ* grau I de Richardson e Bloom, tipo luminal B.
- (B) Carcinoma ductal invasor grau I de Richardson e Bloom, tipo luminal A.
- (C) Carcinoma ductal invasor grau II de Richardson e Bloom, tipo luminal A.
- (D) Carcinoma ductal invasor grau II de Richardson e Bloom, tipo luminal B.

— RASCUNHO —