



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2020
Grupo C Pré-Requisito: Ginecologia e Obstetrícia ou Cirurgia Geral
Especialidade: MASTOLOGIA

NOME COMPLETO

BOLETIM DE QUESTÕES

Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--	--	--

LEIA, COM ATENÇÃO, AS SEGUINTES INSTRUÇÕES

- Este boletim de questões é constituído de:
- **50 questões objetivas.**
- Confira se, além desse boletim de questões, você recebeu o cartão-resposta destinado à marcação das respostas das 50 questões objetivas.
- No **CARTÃO-RESPOSTA**
 - Confira seu nome e número de inscrição e especialidade que você se inscreveu na parte superior do **CARTÃO-RESPOSTA** que você recebeu.
 - No caso de não coincidir seu nome e número de inscrição, devolva-o ao fiscal e peça-lhe o seu. Se o seu cartão não for encontrado, solicite um cartão virgem, o que não prejudicará a correção de sua prova.
 - Verifique se o Boletim de Questões, está legível e com o número de páginas correto. Em caso de divergência, comunique ao fiscal de sua sala para que este providencie a troca do Boletim de Questões. **Confira, também, na Capa do Boletim de Questões e no rodapé das páginas internas, o nome do pré-requisito para a especialidade pleiteada.**
 - Após a conferência, assinie seu nome no espaço correspondente do **CARTÃO-RESPOSTA**, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade, utilizando caneta esferográfica de tinta preta ou azul.
 - Para cada uma das questões existem 5 (cinco) alternativas, classificadas com as letras **a, b, c, d, e**. Só uma responde corretamente ao quesito proposto. Você deve marcar no Cartão-Resposta apenas uma letra. **Marcando mais de uma, você anulará a questão**, mesmo que uma das marcadas corresponda à alternativa correta.
 - O CARTÃO-RESPOSTA não pode ser dobrado, nem amassado, nem rasgado.**
- A duração desta prova é de **4 (quatro) horas**, iniciando às **8 (oito) horas** e terminando às **12 (doze) horas**.
- É terminantemente proibida a comunicação entre candidatos.

ATENÇÃO

- Quando for marcar o Cartão-Resposta, proceda da seguinte maneira:
 - Faça uma revisão das alternativas marcadas no Boletim de Questões.
 - Assinale, inicialmente, no Boletim de Questões, a alternativa que julgar correta, para depois marcála no Cartão-Resposta definitivamente.
 - Marque o Cartão-Resposta, usando caneta esferográfica com tinta azul ou preta, preenchendo completamente o círculo correspondente à alternativa escolhida para cada questão.
 - Ao marcar a alternativa do Cartão-Resposta, faça-o com cuidado, evitando rasgá-lo ou furá-lo, tendo atenção para não ultrapassar os limites do círculo.

Marque certo o seu cartão como indicado:
CERTO ●
 - Além de sua resposta e assinatura, nos locais indicados, não marque nem escreva mais nada no Cartão-Resposta.
 - 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.**
- Releia estas instruções antes de entregar a prova.
- Assine na lista de presença, na linha correspondente, o seu nome, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade.

BOA PROVA

PROGRAD – Pró-Reitoria de Graduação
DAA – Diretoria de Acesso e Avaliação

Belém – Pará
Novembro de 2019

1. Homem de 62 anos portador de dor lombar crônica e usuário frequente de Diclofenaco de Sódio, chegou ao Pronto Atendimento queixando dor epigástrica intensa e contínua de início súbito há cerca de 12 horas. Ao exame físico apresentava face de dor, dor abdominal a palpação superficial e profunda com sinais sugestivos de irritação peritoneal, com abdome em "tábua" taquicardia (FC=120 bpm), taquipneico (FR = 20 irpm) e sudorese fria. Para confirmar o diagnóstico mais provável são necessários os seguintes exames de imagem:
 - a) Raio X simples de abdome e/ou TC de abdome total.
 - b) Tomografia por emissão de pósitrons (PET-TC) e/ou RM de abdome total.
 - c) Cintilografia de corpo inteiro e/ou Densitometria óssea.
 - d) USG da parede abdominal com probe linear e/ou RX simples de abdome.
 - e) RX simples de abdome e/ou PET - TC com PSAMA.
2. Algumas etiologias de hemorragia digestiva alta estão associadas a altas taxas de recorrência e mortalidade relativamente alta. Diversos fatores clínicos, laboratoriais e da forma da apresentação do sangramento são utilizados como preditores de risco para sangramento recorrente ou persistente. A alternativa que contém **APENAS** preditores utilizados é:
 - a) idade maior que 62 anos, sexo masculino e déficit cognitivo.
 - b) hipotensão arterial (PA sistólica <100 mmHg), coagulograma alterado (TTPA prolongado) e hematêmese.
 - c) idade maior que 65 anos, hipocalemia refratária, Escala de Coma de Glasgow abaixo de 13.
 - d) taquipnéia (FR>18 irpm), Hipomagnesemia, Hemoglobina inicial <10 g/dL.
 - e) idade maior que 70 anos, melena, contagem de plaquetas entre 120 mil e 180 mil.
3. Homem de 23 anos sofreu acidente de motocicleta, colisão com poste. Encaminhado ao pronto socorro pelo SAMU foi tratado de trauma tóraco-abdominal contuso e recebeu alta hospitalar melhorado após 1 mês de internação hospitalar e múltiplos tratamentos. Durante consulta ambulatorial de rotina no seguimento pós alta, foi diagnosticado com HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) de difícil controle, doença que não apresentava antes do acidente de motocicleta. Dentre as causas listadas abaixo, a mais provável de HAS secundária neste caso é:
 - a) Tumor adrenal secretor de aldosterona.
 - b) Estenose de artéria renal ou de algum de seus ramos decorrente de lesão vascular renal traumática.
 - c) Uretero-hidronefrose acentuada devido fibrose retroperitoneal primária.
 - d) Fibrose pulmonar decorrente de múltiplas toracostomias.
 - e) Feocromocitoma extra-adrenal em paciente jovem.
4. Hemorragia digestiva baixa (HDB) é causa frequente de procura ao pronto atendimento com indicação de internação hospitalar e tratamento, muitas vezes cirúrgico, em caráter de urgência. Sobre a HDB é correto afirmar que:
 - a) é definida como sangramento intraluminal distal ao ligamento de HERTZ (ponto onde termina o duodeno e inicia o jejuno).
 - b) divertículo de Meckel é frequente causa de HDB em idosos acima de 75 anos.
 - c) sangue vivo ao toque retal é PATOGNOMÔNICO de HDB.
 - d) colonoscopia é o método ideal para avaliação inicial do paciente com HDB estável hemodinamicamente.
 - e) cintilografia de hemácias com tecnécio tem alta sensibilidade para evidenciar sangramento ativo e mais de 95% de acerto na localização exata do sangramento.
5. Com relação ao tratamento das hérnias inguinais a técnica cirúrgica que dispensa o uso de tela com menor taxa de recidiva, é:
 - a) Lichtenstein
 - b) Bassini
 - c) Stoppa
 - d) MacVay
 - e) Shouldice
6. O sinal radiológico de "alvo" é referente a patologia:
 - a) Volvo de sigmóide
 - b) Megaesôfago
 - c) Diverticulite
 - d) Intussuscepção entero-enterica
 - e) Pancreatite aguda
7. Paciente de 16 anos de idade, sexo masculino, foi admitido no pronto atendimento de um centro de trauma, vítima de trauma abdominal fechado por queda de açazeiro. O rapaz encontra-se com queixa de dor abdominal, com vias aéreas sem sinais de obstrução; com FC: 82bpm; PA: 110 x 60mmhg; FR: 14ipm; MV sem alterações. Glasgow 15. O passo seguinte mais adequado na condução deste caso, é:
 - a) FAST
 - b) Lavado peritoneal
 - c) Tomografia de abdômen
 - d) Laparotomia exploradora
 - e) Internar e observar
8. A complicação mais frequente de uma papilotomia endoscópica é:
 - a) Pancreatite aguda
 - b) "Síndrome da janela posterior"
 - c) Hemorragia
 - d) Colangite
 - e) Hepatite

9. O tumor estromal gastrointestinal, ou GIST, é um tipo raro de tumor do trato gastrointestinal. Corresponde a 1% de todos os tumores do trato gastrointestinal. Podem ocorrer em qualquer idade, porém são raros antes dos 40 anos e mais comuns após os 60 anos de idade. O sítio primário mais comum desse tumor é:
- Estômago
 - Intestino grosso
 - Peritônio
 - Apêndice
 - Duodeno
10. São todas complicações imediatas da cirurgia bariátrica, **EXCETO**:
- Síndrome de Wernick - Korsakoff
 - Fístula do pouth gástrico
 - Atelectasia pulmonar
 - Tromboembolismo pulmonar (TEP)
 - Hemorragia digestiva por sangramento na linha de grampeamento
11. O tratamento mais adequado para a hérnia Richter é:
- Lichtensteini
 - Stoppa
 - MacVay
 - Laparotomia exploradora
 - Frenoplicatura
12. Paciente de 28 anos, do sexo masculino, no 3º ano de pós operatório de Sleeve gastrectomy. Há 1 ano é dependente de inibidores de bomba de próton (IBP) com endoscopia recente evidenciando esôfago de Barret limitado a 3 cm da transição esôfago gástrica. A conduta mais adequada para esse paciente, é:
- esofagectomia trans hiatal e esofagogastroplicatura cervical
 - manter uso de IBP com dose plena e reavaliação endoscópica pelo menos uma vez por ano
 - transformar o sleeve num By pass gástrico
 - mucosectomia endoscópica
 - hiatoplastia
13. O mais frequente tumor endócrino do pâncreas é o:
- Gastrinoma
 - Insulinoma
 - Vipoma
 - Glucagonoma
 - Somatostatina
14. Todos os exames de sangue a seguir são importantes para o diagnóstico de câncer de tireoide, **EXCETO**:
- TSH
 - T3 e T4
 - Ca125
 - Tireoglobulina
 - Calcitonina
15. Idosa de 70 anos procura o serviço de cirurgia geral com queixas de disfagia para alimentos sólidos e pastosos, acompanhado de azia e queimação retroesternal. Leva consigo uma endoscopia digestiva alta com o seguinte laudo: esofagite grau 2, dificuldade de transpor o aparelho pelo esfíncter esofágico inferior. A melhor conduta para este caso, é:
- solicitar pré operatório para cirurgia anti refluxo tipo fundoplicatura à nissen.
 - solicitar o pré-operatório para cirurgia de esofagectomia.
 - solicitar nova endoscopia com biópsia da estenose.
 - complementar o estudo do caso com phmetria e manometria para definir o diagnóstico.
 - trata-se de disfagia funcional e deve ser feita aplicação de toxina botulínica no esôfago.
16. Durante o acompanhamento oncológico de tratamento cirúrgico de adenocarcinoma gástrico, gastrectomia total há 4 anos, o paciente leva seus exames de controle ao oncologista e se queixa de cansaço, fadiga, formigamento de mãos e pés, episódios de esquecimento, tristeza, alterações no equilíbrio. Levou apenas um hemograma, que demonstrou hemoglobina 8,0 g/dl, hematócrito 24%, vcm 100 micra, leucócitos 5.100. Sobre esse caso é correto afirmar que:
- a primeira conduta é rastrear recidiva tumoral.
 - a principal hipótese diagnóstica é déficit de vitamina b12.
 - trata-se de deficiência de albumina.
 - o paciente deve iniciar tratamento com antidepressivos.
 - trata-se de hipotireoidismo.
17. Quanto aos principais fatores de crescimento envolvidos no processo de cicatrização de feridas cirúrgicas, afirma-se que:
- TNF-alfa tem origem nas plaquetas e tem a função de formar tecido de granulação.
 - TGF beta é produzido nos macrófagos e estimula a angiogênese.
 - PDGF é produzido nos neutrófilos e estimula a proliferação de fibroblastos.
 - VEGF é produzido pelas plaquetas e estimula a proliferação de matriz extra celular.
 - interleucina 1 tem origem nos mononucleares e é responsável pela proliferação de fibroblastos.

- 18.** Um homem de 50 anos, com história de alcoolismo de longa data dá entrada na emergência de um hospital particular com quadro de dor abdominal difusa e vômitos incoercíveis com raios de sangue. Sobre este caso, marque a alternativa correta.
- o melhor exame para elucidação diagnóstica é o ultrassom de abdome, pois é o melhor exame pra graduar uma provável pancreatite.
 - 80% das pancreatites alcoólicas também tem associado a colelitíase.
 - a primeira opção de suporte nutricional neste paciente é nutrição parenteral precoce.
 - iniciar precocemente antibioticoterapia.
 - é importante solicitar endoscopia digestiva alta de urgência para descartar síndrome de boerhaave ou ruptura de varizes esofágicas.
- 19.** Na sala de emergência de um hospital de trauma, você recebe um paciente de 18 anos vítima de múltiplos ferimentos por arma de fogo. Uma entrada em região cervical zona 1 à direita, uma entrada em mamilo esquerdo, uma entrada logo acima do rebordo costal à esquerda também. Quanto às localizações dos ferimentos, é correto afirmar que:
- a zona 1 cervical compreende da cartilagem cricóide à fossa supra clavicular.
 - a zona 1 cervical compreende da base do crânio até a mandíbula.
 - o ferimento do mamilo esquerdo está na zona de ziedler que se localiza entre os limites do rebordo costal esquerdo, linha axilar posterior esquerda, fossa supraclavicular esquerda e linha paraesternal direita.
 - o limite superior da transição tóraco abdominal, posteriormente é o sexto espaço intercostal.
 - o limite superior da transição tóraco abdominal, anteriormente é o quinto espaço intercostal, por isso é aí que drenamos o tórax do paciente.
- 20.** O Colégio Americano de Cirurgiões, em 1998, adotou uma Declaração sobre Princípios para Orientação da assistência terminal, que inclui:
- respeitar somente o direito do médico na recusa de tratamento.
 - reconhecer, avaliar e tratar apenas os problemas físicos do paciente.
 - empregar as medidas mais apropriadas e compatíveis com as escolhas do paciente, ou seu representante legal.
 - nunca desistir do tratamento, mesmo que sejam fúteis.
 - não proporcionar acesso à assistência paliativa apropriada e a assistência domiciliar.
- 21.** Sobre a irrigação do Duodeno, assinale a alternativa correta.
- Tronco celíaco e A. mesentérica inferior, do tronco celíaco através das AA. Gástrica direita e gastroduodenal e da A. mesentérica superior por meio da A. pancreaticoduodenal inferior.
 - Tronco celíaco e A. mesentérica inferior, do tronco celíaco das AA. Gástrica esquerda e gastroduodenal e da A. mesentérica superior por meio da A. pancreaticoduodenal inferior.
 - Tronco celíaco e A. mesentérica superior, do tronco celíaco através das AA. Gástrica direita e gastroduodenal e da A. mesentérica superior por meio da A. pancreaticoduodenal inferior.
 - Tronco celíaco e A. mesentérica superior, do tronco celíaco através das AA. Gástrica direita e gastroduodenal e da A. pancreática.
 - A. mesentérica superior e inferior, através das AA. gástrica direita e esquerda e da A. mesentérica superior.
- 22.** Os critérios de indicação de conduta cirúrgica de urgência nos doentes portadores de Úlcera Gastroduodenal (UGD) hemorrágica são:
- persistência do sangramento, apesar das medidas clínicas conservadoras, ou hemorragia refratária ou inacessível ao tratamento endoscópico; doentes em choque hipovolêmico, responsivo ou não a medidas clínicas de reposição volumétrica; doentes com tipo sanguíneo raro; doentes com mais de 50 anos; doentes com sangramento recente por UGD; doentes por sangramento intenso por úlcera gástrica.
 - persistência do sangramento, apesar das medidas clínicas conservadoras, ou hemorragia refratária ou inacessível ao tratamento endoscópico; doentes em choque hipovolêmico, não responsivo a medidas clínicas de reposição volumétrica; doentes com tipo sanguíneo B negativo; doentes com mais de 70 anos; doentes com sangramento recente por UGD; doentes por sangramento intenso por úlcera gástrica.
 - persistência do sangramento, apesar das medidas clínicas agressivas, ou hemorragia refratária ou inacessível ao tratamento endoscópico; doentes em choque hipovolêmico, não a medidas clínicas de reposição volumétrica; doentes com tipo sanguíneo AB negativo; doentes com mais de 70 anos; doentes com sangramento recente por UGD; doentes por sangramento intenso por úlcera gástrica.
 - doentes com sangramento intenso, não responsivo ao tratamento clínico; doentes com mais de 70 anos; UGD maior de 3 cm; doentes com tipo sanguíneo raro.
 - persistência do sangramento, apesar das medidas clínicas conservadoras, ou hemorragia refratária ou inacessível ao tratamento endoscópico; doentes em choque hipovolêmico, não a medidas clínicas de reposição volumétrica; doentes com tipo sanguíneo B negativo; doentes com mais de 50 anos; doentes com sangramento recorrente por UGD; doentes por sangramento de mais de 50 ml por úlcera gástrica.

23. O preparo e a avaliação pré-operatória de um paciente é fundamental para um resultado cirúrgico adequado. Em relação aos princípios de pré-operatório, analise as afirmativas abaixo.

- A- O objetivo da avaliação pré-operatória é identificar e quantificar uma comorbidade que possa causar complicações no resultado operatório e deve ser feita através de exames laboratoriais e de imagem solicitados rotineiramente.
- B- Dentre as estratégias peri operatórias que podem diminuir as complicações pulmonares podemos citar o uso de anestesia do neuro eixo e uso de profilaxia de TEP e TVP.
- C- O nível pré-operatório de creatinina igual ou maior de 2,0mg/dl é um fator de risco independente de complicações cardíacas.
- D- A plaquetopenia é a anormalidade laboratorial mais encontrada em pacientes de pré-operatório.

A alternativa que contém somente afirmativas corretas é:

- a) A e C
- b) B e C
- c) B e D
- d) A, B e C
- e) A, B, C e D

24. Paciente no primeiro pós-operatório de cardioplastia videolaparoscópica com quadro de mal estar geral e febre de 38,9^o C, sem outros sintomas aparentes. Aceita dieta prescrita. O diagnóstico mais provável e sua fisiopatologia, nesse caso são:

- a) pneumonia, acúmulo de secreções que podem se infectar com bactérias.
- b) infecção do trato urinário, colonização bacteriana do trato urinário.
- c) íleo paralítico, distúrbio hidro eletrolítico.
- d) atelectasia, colapso dos alvéolos pulmonares.
- e) peritonite, perfuração da válvula gástrica.

25. O consentimento informado é a permissão concedida pelo paciente ao cirurgião, quando for ser submetido a um tratamento cirúrgico diagnóstico ou terapêutico de interesse do paciente. Sobre este assunto, analise as afirmativas abaixo.

- I. Para que o consentimento seja válido precisa ser informado pelo profissional e o mais livre de coerção possível.
- II. O consentimento informado é obrigatório e tornou-se a linha de base da melhor prática ética, mas insuficiente para a assistência eticamente saudável do paciente.
- III. O propósito ético do cirurgião é garantir ao paciente informações suficientes para ele decidir sobre a conduta a ser seguida.
- IV. O cirurgião deve decidir qual é a melhor conduta ao paciente, e este e seus familiares, não poderão opinar sobre esta decisão.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a) I e III
- b) II e IV
- c) I, II e III
- d) II, III e IV
- e) I, II, III e IV

26. Ana, 52 anos, foi submetida a mastectomia com esvaziamento axilar para tratamento de câncer de mama. Apresenta queixa de dor, fraqueza, desconforto e diminuição da mobilidade ativa do ombro. Ao exame, pode-se observar a borda medial da escápula proeminente e deslocada para trás ("escápula alada"). Essa alteração se deve ao acometimento das estruturas:

- a) Nervo torácico longo e músculo serrátil anterior
- b) Artéria subescapular e músculo subescapular
- c) Nervo toracodorsal e músculo trapézio
- d) Artéria basilar e músculo peitoral menor
- e) Nervo de Bell e músculo peitoral maior

27. Mulher, 37 anos, em tratamento para hipotireoidismo, tabagista de longa data (20 cigarros/dia), etilista social, em uso de desogestrel, relata que há cerca de 4 meses convive com a presença de lesão ulcerada medial ao mamilo esquerdo, fistulizada, com secreção purulenta, amarelada, associada a dor local. Refere quadro semelhante e recorrente em mama direita há dois anos, que foi tratado com antibiótico. Mamografia recente com laudo BI-RADS categoria 1. A recomendação para este caso é:

- a) cessar o etilismo e solicitar ressonância de mamas.
- b) suspender o uso de desogestrel e fazer citologia da descarga purulenta.
- c) compensar o hipotireoidismo e sintomáticos.
- d) cessar o tabagismo e avaliar posteriormente a exérese de ductos acometidos.
- e) mamografia com compressão de mama esquerda e antibioticoterapia.

28. Uma paciente de 32 anos comparece a consulta com queixa de corrimento de odor fétido. O exame ginecológico evidencia colo em framboesa e corrimento bolhoso verde amarelado. Pensando em tricomoníase, espera-se que o PH vaginal e a bacterioscopia revelem as características:

- a) PH vaginal > 4,5 e hifas à bacterioscopia
- b) PH vaginal < 4,5 e *Clue Cells*
- c) PH vaginal > 4,5 e protozoários flagelados à bacterioscopia
- d) PH vaginal < 4,5 e pseudo-hifas à bacterioscopia
- e) PH vaginal < 4,5 e *Lactobacillus* predominantes

29. Paciente de 68 anos, G4 P3N A1, menopausada aos 49 anos, com queixa de desconforto em vagina e dificuldade para manter relações sexuais. Ao exame ginecológico foi identificado ressecamento vaginal, com diminuição importante das rugosidades e elasticidade da vagina, paredes vaginais de coloração pálida. A quantificação de prolapso de órgão pélvico foi feita pelo sistema POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification System), descrito a seguir. De acordo com a queixa da paciente e com a avaliação do POP-Q, a conduta correta, nesse caso é:

Aa -2	Ba -2	C -6
HG 2	CP 3	CVT 8
Ap -3	Bp -3	D -7

- a) terapia estrogênica, via vaginal, em baixas doses
- b) colporrafia anterior, com plicatura da fáschia pubovesical
- c) colporrafia posterior, para correção de defeito posterior
- d) fixação sacroespinal, para correção de defeito apical
- e) colpocleise, para correção de defeito apical

30. G3P2A1, 19 semanas de gestação, sem patologias clínicas ou obstétricas nessa gestação, exceto pelo aparecimento de nódulo palpável, indolor, em mama esquerda. Foi realizada uma punção aspirativa por agulha fina (PAAF), com achado de atipias celulares. A conduta mais adequada nesse caso é:

- a) core biopsy guiada por ultrassonografia.
- b) expectante, pois em caso de câncer, o tratamento é diferente da não grávida.
- c) quimioterapia imediatamente.
- d) fazer ultrassonografia de mamas para avaliar lesão residual.
- e) expectante, reavaliar após o término da gestação.

31. Paciente primigesta, 26 anos, com glicemia de jejum = 90 mg/dL na 16ª semana da gestação. Segundo as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil de 2017, em situações de viabilidade financeira e/ou disponibilidade técnica parcial, o manejo dessa paciente, sabendo que não está disponível o teste oral de tolerância à glicose de 75g, deve ser:

- a) rastreio negativo, seguir pré-natal de baixo risco, sem repetir glicemia em jejum.
- b) glicemia inicial normal, fazer nova glicemia em jejum entre 24 e 28 semanas.
- c) diabetes Mellitus gestacional, seguimento específico em pré-natal de alto risco.
- d) resultado inicial duvidoso, fazer glicemia capilar pós-prandial 3 vezes ao dia.
- e) resultado inicial limítrofe, fazer nova glicemia em jejum entre 18 e 20 semanas.

32. Primigesta, 37 semanas e 2 dias, confirmou sorologia positiva para HIV no pré-natal, em uso de terapia antirretroviral. Apresenta CD4 de 340 células/mm³ (exame realizado há 1 mês). Chegou ao pronto atendimento com queixa de dor em baixo ventre, com esvaecimento do colo uterino em 60%, colo amolecido, pêrvio para 2 cm, bolsa íntegra. Refere que ainda não conseguiu resultado da carga viral. A conduta nesse caso é:

- a) realizar cesariana imediatamente.
- b) acompanhar o trabalho de parto.
- c) iniciar AZT endovenoso e realizar cesariana após 3h.
- d) iniciar AZT endovenoso e acompanhar trabalho de parto.
- e) iniciar tocólise e introduzir AZT endovenoso.

33. G3P1A1, 15 semanas de gestação, chega ao pronto atendimento após violência sexual, com coito desprotegido, afirmando que houve ejaculação intravaginal. Pensando na profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis, as medicações que devem ser prescritas nesse caso, respectivamente, para prevenir sífilis, gonorréia, clamídia e tricomoníase, são:

- a) Penicilina G Benzatina, Ciprofloxacina, Azitromicina e Metronidazol
- b) Ampicilina, Ceftriaxona, Azitromicina e Itraconazol
- c) Penicilina G Benzatina, Ceftriaxona, Azitromicina e Metronidazol
- d) Penicilina G Benzatina, Ciprofloxacina, Azitromicina e Fluconazol
- e) Ampicilina, Ceftriaxona, Azitromicina e Metronidazol

- 34.** Secundigesta, com um parto normal há 6 anos, apresenta queixa de parestesia nos dedos da mão esquerda, principalmente ao anoitecer. Pensando em síndrome do túnel do carpo, a orientação para essa gestante é:
- a) quando diagnosticado na gestação, o tratamento deve ser cirúrgico.
 - b) suplementação de potássio ou aumento na ingestão alimentar.
 - c) tratamento conservador com uso de órteses.
 - d) prescrever tiamina e anti-inflamatórios.
 - e) enfaixamento compressivo no membro afetado.
- 35.** Primigesta, hipertensa, 14 semanas e 3 dias de gestação, chega ao pronto atendimento após ter sido atacada por cão desconhecido (que fugiu), sofrendo ferimento grave em panturrilha direita. A conduta correta a ser realizada é:
- a) lavar com água corrente e sabão e reavaliar em uma semana.
 - b) administrar somente soro antirrábico, pois a vacina antirrábica é contraindicada na gestação.
 - c) o tipo de lesão requer apenas a vacinação antirrábica.
 - d) nesse caso está indicado vacina antirrábica e soro antirrábico.
 - e) internação hospitalar e antibiótico venoso, pois soro e vacina antirrábica estão contraindicados.
- 36.** Paciente de 45 anos, nuligesta, IMC= 22 kg/m² ciclos menstruais regulares, queixa-se que levanta cerca de 8 vezes a noite para urinar e que na maioria das vezes precisa ir às pressas ao banheiro, com medo de se urinar. Nega diabetes, hipertensão e infecção do trato urinário. Ao exame físico: ausência de perdas urinárias na manobra de Valsalva e ausência de distopias genitais. Dentre as opções abaixo, a principal hipótese diagnóstica e seu respectivo tratamento é:
- a) incontinência urinária de esforço, tratar com cirurgia de *slings*.
 - b) bexiga hiperativa, tratar com anticolinérgicos.
 - c) bexiga hiperativa, tratar com cirurgia de Kelly Kennedy.
 - d) incontinência urinária de esforço, tratar com tolterodina.
 - e) bexiga hiperativa, tratar com cirurgia de sacrocolpopexia.
- 37.** Paciente com 47 anos, menopausada há 2 anos, hipertensa controlada em uso de captopril, histerectomizada, refere queixa de fogachos e nega demais patologias ginecológicas. Foi indicada terapia hormonal para controle de sintomas vasomotores. A prescrição correta para a paciente é:
- a) Progesterona gel ou adesivo
 - b) Estradiol + acetato de noretisterona
 - c) Valerato de Estradiol
 - d) Levonorgestrel + acetato de noretisterona
 - e) Drospirenona
- 38.** Uma jovem de 23 anos procura o pronto-atendimento de Ginecologia com queixa de lesões vulvares dolorosas, que surgiram 5 dias após um contato sexual desprotegido. Ao exame, observam-se úlceras dolorosas e múltiplas em pequenos e grandes lábios, com contornos eritemato-edematosos e fundo com exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido, que quando removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil. O agente etiológico mais provável e o tratamento são:
- a) *Haemophilus ducreyi*, azitromicina
 - b) *Neisseria gonorrhoeae*, metronidazol
 - c) *Treponema pallidum*, penicilina benzatina
 - d) *Klebsiella granulomatis*, itraconazol
 - e) Herpes-simples do tipo 2 (HSV-2), aciclovir
- 39.** Paciente de 53 anos, menopausada há 5 anos, sem reposição hormonal, retorna em consulta com resultado de mamografia evidenciando microcalcificações pleomórficas (BI-RADS IVc). Ao exame físico, ausência de lesões palpáveis e axilas livres. A conduta adequada para o caso é:
- a) repetir mamografia em 6 meses.
 - b) quimioterapia neoadjuvante.
 - c) mastectomia radical.
 - d) core Biopsy guiada pelo exame físico.
 - e) mamotomia Guiada por estereotaxia.
- 40.** Paciente de 34 anos, nuligesta, sem comorbidades, vem à consulta médica com resultado de citopatológico do colo do útero. O laudo é Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL). Diante desse laudo, a conduta correta de acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero é:
- a) encaminhar para colposcopia.
 - b) exérese da zona de transformação.
 - c) repetir o citopatológico em 6 meses.
 - d) cirurgia de Conização.
 - e) rastreamento citológico trienal.

- 41.** Mulher de 28 anos referindo dor pélvica, cíclica, com duração de aproximadamente 2 anos e intensidade progressiva. A dor é intensa a ponto de impossibilitar atividades diárias e exacerbada no período menstrual. Relata também dispareunia de profundidade somente durante a penetração, permanecendo assintomática após o coito. Nega febre ou outros sintomas. Ao exame físico ginecológico: útero com volume, consistência e superfície normais, presença de nódulo endurecido em região retro-cervical, muco cervical cristalino e conteúdo vaginal fisiológico. Com base no quadro clínico, dentre as opções abaixo, a principal hipótese diagnóstica e exame complementar que podem auxiliar no diagnóstico são:
- a) varizes pélvicas e cintilografia
 - b) varizes pélvicas e ultrassonografia endovaginal com doppler
 - c) doença inflamatória pélvica e hemograma
 - d) doença inflamatória pélvica e ultrassonografia endovaginal
 - e) endometriose e ressonância nuclear magnética
- 42.** Jovem de 14 anos queixa-se de úlcera genital recorrente, aftas orais dolorosas recorrentes. O quadro geralmente é precedido de um episódio recente de mal-estar geral e estado gripal. Nega coitarca. Ao exame físico: úlceras em cavidade oral e grandes lábios vulvares e lesões nodulares vermelhas dolorosas em membros inferiores. A reação de patergia é positiva. Com base no quadro clínico o diagnóstico mais provável dentre as opções abaixo é:
- a) donovanose
 - b) sífilis primária
 - c) herpes
 - d) cancro mole
 - e) doença de Behçet
- 43.** Mulher de 21 anos, com vida sexual ativa queixa-se de corrimento vaginal esbranquiçado e prurido vulvar. Ao exame físico ginecológico: conteúdo vaginal abundante, esbranquiçado e grumoso, com grumos aderidos à parede vaginal. Com base no exame físico e principal hipótese diagnóstica o melhor medicamento dentre as opções abaixo a ser administrado é:
- a) metronidazol
 - b) nitrofurantoína
 - c) isoconazol
 - d) ácido tricloroacético
 - e) fanciclovir
- 44.** Três mulheres apresentando muitos episódios de fogachos ao dia, com grande impacto na qualidade de vida apresentam os seguintes antecedentes:
- Clara, 48 anos: tratou há 15 anos, com sucesso, câncer cervico-uterino escamoso.
 - Bete, 51 anos: diabetes mellitus controlado e hepatite C.
 - Joana, 49 anos: hipertensão arterial controlada e doença arterial coronariana.
- Segundo o Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa – Associação Brasileira de Climatério (SOBRAC), aquela que apresenta real contra-indicação a terapia hormonal e o respectivo motivo é:
- a) Clara devido câncer cervico-uterino escamoso.
 - b) Bete devido hepatite C.
 - c) Bete devido diabetes mellitus, pois há risco de descompensação.
 - d) Joana devido a hipertensão arterial, pois há risco de descompensação.
 - e) Joana devido a doença arterial coronariana.
- 45.** Mulheres com manifestações compatíveis com a síndrome dos ovários policísticos devem, como parte dos critérios diagnósticos, ser investigadas com o propósito de excluir outras causas de hiperandrogenismo e/ou anovulação. A correta associação entre doença a ser excluída com seu respectivo exame complementar é:
- a) síndrome de Cushing, devendo-se realizar teste de supressão com 1 mg de dexametasona.
 - b) hiperprolactinemia, devendo-se solicitar inicialmente a tomografia computadorizada de crânio.
 - c) alteração na tireoide, devendo-se solicitar inicialmente a ultrassonografia com doppler de tireoide.
 - d) Hiperplasia adrenal congênita forma tardia, devendo-se confirmar diagnóstico com dosagem de aldosterona.
 - e) tumores secretores de androgênios, devendo-se dosar inicialmente o cortisol.

- 46.** Primigesta, 40 semanas de gestação, em trabalho de parto, recebendo ocitocina na dose de 40 mUI/min, queixa-se de intensas dores em baixo ventre, demonstrando extrema angústia e ansiedade. Ao exame físico obstétrico: tônus uterino pouco aumentado, 6 contrações de 60 segundos em 10 minutos, 145 batimentos cardíacos fetais por minuto, ausência de sangramento vaginal, bolsa amniótica íntegra, amnioscopia revela líquido claro com grumos grossos, colo esvaecido pérvio para 6 cm, apresentação cefálica em +1 de De Lee; pressão arterial= 120/70 mmHg, pulso cheio e forte= 71 pulsações por minuto. Dentre as opções abaixo a melhor conduta para esta paciente, é:
- a) expectante e reavaliações a cada 2 horas.
 - b) cesárea imediatamente devido risco de sofrimento fetal agudo.
 - c) aumentar dose de ocitocina para acelerar o parto.
 - d) suspender ocitocina e hidratar a paciente.
 - e) Tramadol para aliviar a dor e levomepromazina para reduzir ansiedade.
- 47.** Primigesta, 35 semanas de gestação, com diagnóstico de pré-eclâmpsia, referindo cefaléia e redução dos movimentos fetais. Nega dor em baixo ventre, perdas vaginais, alterações visuais ou outras queixas. Ao exame físico obstétrico: orientada no tempo e espaço, pressão arterial= 150/ 100 mmHg, pulso cheio e forte= 87 pulsações por minuto, tônus uterino normal, dinâmica uterina ausente em 10 minutos, ausência de sangramento vaginal ou perda de líquido, 151 batimentos cardíacos fetais por minuto. Exames complementares: creatinina= 1,3 mg/dL plaquetas= 151.000/mm³, desidrogenase láctica (DHL) = 950 UI/L, bilirrubinas indiretas= 1,01, transaminases elevadas, porém menor que o dobro do valor de normalidade. São sinais de pré-eclâmpsia com deterioração clínica (ou sinais de gravidade):
- a) os valores de DHL e creatinina
 - b) os valores de plaqueta e creatinina
 - c) os valores de DHL e pressão arterial
 - d) os valores de bilirrubina indireta e pressão arterial
 - e) os valores de transaminases e bilirrubina indireta
- 48.** Primípara, 19 anos, apresentando sangramento uterino aumentado 10 minutos após a dequitação placentária de parto vaginal. Ao exame físico: perda sanguínea estimada em 1000 ml, paciente letárgica, com pele fria, pulso filiforme= 140 pulsações por minuto, pressão arterial= 70/40 mmHg. Diante deste quadro as medidas iniciais mais adequadas dentre as opções abaixo são:
- a) obter dois acessos venosos periféricos calibrosos, administrar cristalóides e hemocomponentes e realizar histerectomia.
 - b) realizar massagem uterina, obter dois acessos venosos periféricos calibrosos e administrar uterotônicos, ácido tranexâmico, cristalóides e hemocomponentes.
 - c) obter dois acessos venosos periféricos calibrosos, administrar cristalóides e hemocomponentes e realizar tratamento cirúrgico com pontos hemostáticos do tipo B-Lynch.
 - d) realizar revisão do canal de parto, obter dois acessos venosos periféricos calibrosos e administrar cristalóides. Se não forem encontradas lacerações no canal administrar uterotônicos.
 - e) realizar apenas massagem uterina inicialmente e, se não houver boa resposta realizar histerectomia.
- 49.** Mulher de 24 anos, casada, com atraso menstrual de 6 semanas, chega ao pronto atendimento com dor abdominal intensa e difusa. Ao exame físico: palidez cutânea acentuada, pulso moderadamente fino= 110 pulsações por minuto, pressão arterial= 90/ 50 mmHg, frequência respiratória= 24 inspirações por minuto, abdome tenso doloroso à palpação e à descompressão brusca, fundo de saco abaulado e muito doloroso ao toque, pequeno sangramento via vaginal e colo uterino fechado. Ultrassonografia mostra massa complexa em anexo direito com cerca de 3 cm de diâmetro, endométrio regular com 8 mm de espessura e cavidade uterina vazia. Beta-HCG= 4500 mUI/mL. Dentre as opções abaixo o diagnóstico e a respectiva conduta mais adequada são:
- a) gravidez ectópica íntegra, administrar metotrexate
 - b) gravidez ectópica rota, realizar laparotomia
 - c) abortamento completo e cisto de corpo lúteo, conduta expectante
 - d) cisto hemorrágico de ovário, realizar laparotomia
 - e) gravidez ectópica íntegra, conduta expectante

50. Primigesta com 18 semanas de idade gestacional vem ao pronto atendimento com queixa de dor intensa em baixo ventre e sangramento vaginal profuso iniciado há cerca de 1 hora. Nega febre. Ao exame físico: altura uterina= 18 cm, sangramento uterino intenso, colo uterino dilatado 2 cm com protrusão de membranas ovulares íntegras na vagina. Batimentos cardíacos fetais= 172 bpm. Com base no quadro clínico, o diagnóstico correto é:

- a) ameaça de abortamento
- b) abortamento inevitável
- c) abortamento retido
- d) abortamento incompleto
- e) abortamento completo



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2020

Grupo C Pré-Requisito: Ginecologia e Obstetrícia

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	