

1. Ao realizar as anastomoses no cólon o conhecimento da vascularização das alças é fundamental para diminuir o risco de deiscências e fístulas; por isso, deve-se evitar realizar anastomoses:
 - a no ângulo esplênico do cólon, área conhecida como ponto de Sudeck.
 - b na flexura reto-sigmóidea, área conhecida como ponto de Sudeck.
 - c na flexura reto-sigmóidea, área conhecida como ponto de Griffiths.
 - d no ponto médio do cólon transverso, área conhecida como arcada de Riolan.
 - e no ponto médio do cólon transverso, área conhecida como ponto de Griffiths.
2. Você está realizando uma toracotomia esquerda em um paciente que apresentou hemotórax maciço após ferimento por arma de fogo quando se depara com sangramento profuso e escape aéreo por uma lesão transfixante no lobo pulmonar inferior. A melhor conduta nesta situação é:
 - a pneumorragia das lesões de entrada e saída no parênquima pulmonar.
 - b posicionamento de um balão através do trajeto da lesão pulmonar e insuflação do mesmo para hemostasia por tamponamento.
 - c acionar a cirurgia vascular para realizar angioembolização.
 - d clampeamento de hilo pulmonar, tratotomia e sutura dos vasos e brônquios lesados.
 - e pneumonectomia.
3. A síndrome compartimental dos membros inferiores pode se desenvolver após fraturas, queimaduras e isquemias prolongadas. Dentre as alternativas abaixo, a que apresenta o compartimento mais frequentemente acometido da perna, a artéria e o nervo que se encontram no referido compartimento e a possível sequela neurológica de uma síndrome compartimental que afete este compartimento é:
 - a compartimento anterior; artéria tibial anterior; nervo fibular; pé caído.
 - b compartimento lateral; artéria fibular; nervo fibular; pé caído.
 - c compartimento anterior; artéria tibial anterior; nervo tibial; pé caído.
 - d compartimento anterior; artéria tibial anterior; nervo tibial; pé pronado.
 - e compartimento lateral; artéria fibular; nervo fibular; pé supino.
4. Um paciente chegou ao hospital 2 horas após ter sido vítima de um ferimento por arma de fogo no mesogastro, a PA era 70x30mmHg e a frequência cardíaca 130 bpm. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora e se detecta um volumoso hematoma pulsátil ocupando toda a zona 1 do retroperitônio. Antes de proceder a exploração da lesão o cirurgião deve realizar:
 - a clampeamento da aorta entre as artérias renais e a artéria mesentérica superior.
 - b manobra de Cattell-Braasch.
 - c clampeamento da aorta na crura diafragmática esquerda.
 - d manobra de Mattox.
 - e clampeamento da veia cava pela manobra de Kocher.
5. Você indicou realizar uma exploração cirúrgica em um paciente com hemotórax maciço (1.600 ml drenados) após ter sido vítima de um ferimento por arma de fogo na topografia do mamilo direito. O posicionamento do paciente e o acesso cirúrgico a ser realizado, correto neste caso é:
 - a decúbito dorsal horizontal; esternotomia.
 - b decúbito lateral esquerdo; toracotomia póstero-lateral direita.
 - c decúbito dorsal horizontal; bitoracotomia (clam shell).
 - d decúbito dorsal horizontal; toracotomia em alçapão.
 - e decúbito dorsal horizontal; toracotomia anterolateral direita.
6. As cervicotomias exploradoras por traumatismos cervicais exigem que o cirurgião domine a anatomia e aspectos técnicos relevantes. Sobre esse contexto é correto afirmar que:
 - a dissecação ampla das paredes laterais da traqueia são importantes para expor adequadamente as lesões traqueais.
 - b quando há lesões carotídeas e esofágicas concomitantes a interposição de um retalho muscular após correção das mesmas deve ser realizada.
 - c lesões que ocasionem fratura da lâmina direita da cartilagem tireoide podem resultar em lesão do nervo laríngeo recorrente.
 - d quando há suspeita de lesões esofágicas cervicais está contraindicada a passagem de sonda nasogástrica.
 - e entre os segmentos anatômicos da artéria vertebral o V2 é o mais acessível para a ligadura.

7. A primeira prioridade ao atender um paciente traumatizado é assegurar a perviedade da via aérea e proteger a coluna cervical. Sobre esse assunto, é correto afirmar que:
- a) traumatismos raquimedulares ao nível de C6 podem causar insuficiência respiratória por paralisia diafragmática.
 - b) em adultos a cânula de orofaríngea é inserida com a parte curva voltada para baixo e após tocar o palato faz-se uma rotação de 180 graus.
 - c) em crianças a cânula de orofaríngea é inserida com a parte curva voltada para cima e após tocar o palato faz-se uma rotação de 180 graus.
 - d) em crianças menores de 12 anos está contra indicada a cricotireoidostomia cirúrgica.
 - e) a cricotireoidostomia por punção fornece oxigenação eficaz por até 60 minutos.
8. Em qual das situações abaixo está indicado implante de filtro de veia cava?
- a) paciente com AVC hemorrágico há 4 dias que evoluiu com trombose de veia poplítea direita.
 - b) paciente com fratura de bacia e lesão hepática grau 2, estável há 4 dias na UTI, com alto risco para desenvolver trombose profunda.
 - c) paciente com trombose parcial de veia cava infra-renal.
 - d) paciente com trombose de veia ilíaca e portador de mutação do fator V de Leiden.
 - e) paciente na 10^o semana de idade gestacional que desenvolveu trombose de veias soleares.
9. Algumas lesões vasculares traumáticas são possíveis de serem tratadas por técnicas relativamente simples: a ligadura vascular. O cirurgião geral precisa saber quais vasos podem ou não ser ligados. Sobre esse tema é correto afirmar que:
- a) a ligadura da artéria vertebral direita está associada a alto risco de acidente vascular encefálico isquêmico.
 - b) a ligadura da artéria mesentérica inferior frequentemente provoca isquemia do cólon sigmoide.
 - c) a ligadura da veia renal direita requer a realização de nefrectomia, o que pode não ser necessário na ligadura da veia renal esquerda.
 - d) ligadura da artéria hepática está associada a graves complicações por isquemia hepática.
 - e) entre as artérias viscerais tronculares, a ligadura da mesentérica superior é a melhor compensada pela circulação colateral.
10. Sobre as vias de acesso para tratamento cirúrgico das afecções agudas da cavidade abdominal, assinale a alternativa correta.
- a) A incisão de Rockey-Davis, transversa na fossa ilíaca direita, é utilizada para apendicentomias.
 - b) A incisão de Jalaguier, para-retal interna, é utilizada para colecistectomias.
 - c) A incisão de Lenander, para-retal externa, é utilizada para apendicectomias.
 - d) A incisão de Kocher é transversa no hipocôndrio direito, é utilizada para colecistectomias.
 - e) A incisão de Pfannestiel, mediana supra-umbilical, é utilizada para gastrectomias.
11. Mulher, 45 anos, com IMC de 36, fazendo tratamento para emagrecimento há 2 anos sem sucesso, tem como comorbidade diabetes mellitus, fazendo uso de metformina e glibenclamida, quanto a indicação de bariátrica, neste caso é correto afirmar que:
- a) não tem indicação de cirurgia bariátrica pois só tem uma comorbidade.
 - b) por ser obesidade grau 2 com comorbidade, teria indicação de bariátrica, porém apenas pela técnica Sleeve gástrico.
 - c) contraindica-se a cirurgia bariátrica, pois paciente tem IMC inferior a 40.
 - d) Indica-se a cirurgia bariátrica por qualquer técnica, pois a paciente tem obesidade grau 2 com uma comorbidade.
 - e) por ter obesidade grau 3, já teria indicação de cirurgia bariátrica, independente de apresentar comorbidade.
12. Mulher, 62 anos, tabagista, com quadro clínico de lombalgia há 4 anos, o exame físico é sem alterações, na tomografia de abdome total foi identificado aneurisma de aorta infra-renal de 4,0 cm de diâmetro. Neste caso a melhor conduta é:
- a) cirurgia por via laparatômica para colocação de prótese de aorta abdominal.
 - b) cirurgia endovascular para colocação de prótese endovascular de aorta abdominal.
 - c) seguimento e realizar tratamento cirúrgico quando o aneurisma de aorta abdominal infra-renal for maior que 5,0 cm de diâmetro.
 - d) seguimento e realizar tratamento cirúrgico quando o aneurisma de aorta abdominal infra-renal for maior que 6,0 cm de diâmetro.
 - e) seguimento e realizar tratamento cirúrgico quando o aneurisma de aorta abdominal infra-renal for maior que 7,0 cm de diâmetro.

- 13.** Homem, 54 anos, vítima de acidente automobilístico, acidente carro x moto, era o motoqueiro e estava em baixa velocidade e com capacete, estando eupneico, falando hemodinamicamente estável, pressão arterial 120 x 80 mmHg, frequência cardíaca 80 bpm, Glasgow 15 e referindo muita dor em pelve e apresentando uretrorragia volumosa e retenção urinária com bexigoma intenso associado. No raio x de pelve foi identificado fratura de púbis a direita. A provável localização da lesão associada e conduta, é:
- a) lesão de próstata. Realizar sondagem uretral com sonda foley e se tiver insucesso realizar cistostomia por punção.
 - b) lesão de uretra membranosa. Realizar Cistostomia por punção supra púbica imediatamente e depois encaminhar paciente para realizar uretrocistografia.
 - c) lesão de uretra bulbar. Aguardar o tempo que for necessário para realizar a uretrocistografia e só realizar cistostomia por punção se confirmar lesão uretral na uretrocistografia.
 - d) lesão de uretra membranosa. Aguardar o tempo que for necessário para realizar a uretrocistografia e só realizar cistostomia por punção se confirmar lesão uretral na uretrocistografia.
 - e) lesão de uretra bulbar. Realizar Cistostomia por punção supra púbica imediatamente e depois encaminhar paciente para realizar uretrocistografia.
- 14.** Homem, 26 anos, teve uma queda de árvore com trauma raquimedular e hemissecação da medula a esquerda no segmento medular T10. O quadro clínico esperado para esta lesão é:
- a) ipsilateralmente e correspondente ao nível da lesão se terá flacidez, arreflexia, perda da propriocepção consciente, e perda da sensibilidade dolorosa e térmica.
 - b) contralateralmente e correspondente ao nível da lesão se terá flacidez, arreflexia, perda da propriocepção consciente, e perda da sensibilidade dolorosa e térmica.
 - c) ipsilateralmente e correspondente ao nível da lesão se terá flacidez, arreflexia, perda da propriocepção consciente, e contralateralmente terá perda da sensibilidade dolorosa e térmica.
 - d) contralateralmente e correspondente ao nível da lesão se terá flacidez, arreflexia, perda da propriocepção consciente, e ipsilateralmente terá perda da sensibilidade dolorosa e térmica.
 - e) ipsilateralmente e correspondente ao nível da lesão se terá flacidez, arreflexia e contralateralmente terá perda da propriocepção consciente da sensibilidade dolorosa e térmica.
- 15.** Menino de 11 anos, apresenta de forma súbita durante a madrugada dor em bolsa testicular a esquerda, dando entrada no pronto socorro com 6 horas de história e com diagnóstico sindrômico de escroto agudo e a principal hipótese diagnóstica de torção de testículo, neste caso, é:
- a) está indicado a escrototomia exploradora imediatamente.
 - b) deve-se fazer USG doppler de bolsa escrotal obrigatoriamente, devido o diagnóstico diferencial de orquitepididimite ou torção de Hidátide de Morgani.
 - c) tipicamente na torção de testículo, o testículo acometido não encontra-se horizontalizado.
 - d) tipicamente na torção de testículo, o testículo acometido apresenta melhora da dor com a elevação manual durante o exame físico.
 - e) durante o ato cirúrgico, se o testículo acometido estiver desvitalizado e for realizado orquiectomia, no testículo contralateral não deve ser realizado orquidopexia.
- 16.** Mulher de 55 anos, evolui com hematêmese, sendo submetida a endoscopia digestiva alta, sendo identificado grande abaulamento em grande curvatura gástrica associado com lesão ulcerativa, foi realizado biópsia que identificou ser um tumor Estromal Gastro-Intestinal (GIST). Realizou TC de abdome total e tórax que identificou lesão de 7 cm em grande curvatura gástrica, sem invasão de estruturas adjacentes, sem implantes peritoneais, sem metástase hepática ou pulmonar. Neste caso a melhor conduta, é:
- a) Radioterapia neoadjuvante.
 - b) Quimioterapia neoadjuvante.
 - c) Radioterapia + Quimioterapia neoadjuvante.
 - d) Gastrectomia sem linfadenectomia.
 - e) Gastrectomia com linfadenectomia.
- 17.** Mulher, 55 anos, apresentou alteração do hábito intestinal, com enterorragia associado, realizou colonoscopia que identificou lesão vegetante em reto baixo de 2,5 cm, há 3 cm da borda anal e que no histopatológico corresponde a um adenocarcinoma moderadamente diferenciado. TC de tórax, sem metástase pulmonar. TC de abdome sem metástase hepática e com linfonodomegalia pélvica. Neste caso a conduta mais indicada, é:
- a) realizar esquema Nigro, com radioterapia associado a quimioterapia.
 - b) realizar amputação abdominoperineal do reto.
 - c) realizar neoadjuvância com quimioterapia.
 - d) realizar neoadjuvância com radioterapia.
 - e) realizar neoadjuvância com radioterapia e quimioterapia.

- 18.** Homem, vítima de acidente automobilístico entre dois carros, chega ao PS, em prancha longa e com colar cervical, com tubo orotraqueal, em ventilação com Ambú, SaO₂ 84%, com murmúrios vesiculares abolido a direita, Hipertimpanismo à percussão do hemitórax a direita, turgescência de jugular bilateralmente e desvio de traqueia para a esquerda, PA 80 x 40 mmHg, Fc 135 bpm, ausculta cardíaca norfofonética, com ritmo regular em dois tempos Glasgow 3, Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Apresenta deformidade em tornozelo a direita. A conduta a ser realizada de imediato, neste caso, é:
- a) solicitar Rx de tórax.
 - b) toracocentese e drenagem de tórax a direita.
 - c) reposição volêmica com cristalóide.
 - d) reposição volêmica com concentrado de hemácias.
 - e) pericardiocentese.
- 19.** Mulher, 45 anos, após cair de um muro, teve fratura exclusiva de fêmur a direita, e ficou internada na enfermaria ortopédica aguardando cirurgia, quando subitamente evoluiu com dispneia súbita e hipoxemia, que culminou com insuficiência respiratória que necessitou de intubação oro-traqueal. A hipótese diagnóstica mais provável, é:
- a) Tromboembolismo pulmonar.
 - b) Sepsis com foco na área da fratura.
 - c) Sangramento volumoso proveniente da fratura de fêmur.
 - d) AVC isquêmico por tromboembolismo.
 - e) Embolia gordurosa.
- 20.** Mulher, 76 anos, com dor e abaulamento em região lombar superior a direita, logo abaixo da 12^o costela. Feito USG que identificou saco herniário. O tipo de hérnia, neste caso, é:
- a) Hérnia de Grynfelt.
 - b) Hérnia de Amiand
 - c) Hérnia de Petit
 - d) Hérnia de Spiguel
 - e) Hérnia de Garegeot
- 21.** Paciente, sexo feminino, 35 anos, IMC 24,8; foi submetida à lipoaspiração com enxerto de gordura no plano intramuscular dos glúteos. Cirurgia foi sem intercorrências. Após 18 horas do procedimento, paciente apresentou petéquias no corpo (tórax anterior e pescoço), alterações neurológicas e hipoxemia. PA 90 x 60 mmHg FC 112 bpm SatO₂ 89%. Caso foi comunicado ao cirurgião responsável. O médico da paciente suspeitou de Embolia Gordurosa e foi ao hospital avaliar a paciente. Sobre este quadro e a doença Embolia Gordurosa, é correto afirmar que:
- a) o médico assistente aventou uma hipótese erradamente, visto a paciente não ter sofrido um trauma com fratura de osso longo, situação em que é mais frequente a embolia gordurosa.
 - b) injetar gordura no plano intramuscular é conduta correta e não tem relação com risco de embolia gordurosa.
 - c) embolia gordurosa é diagnosticada pelos critérios de Wells.
 - d) os critérios de Gurd e Wilson são sinais e sintomas clínicos que ajudam no diagnóstico de embolia gordurosa.
 - e) o tratamento específico para Embolia Gordurosa é anticoagulação plena e corticoide intravenoso.
- 22.** Paciente de 31 anos, sexo masculino, saiu do escritório e foi dirigindo para um *happy hour*. Após ingestão de bebida alcoólica, o paciente resolveu pegar o carro e voltar para casa. Durante a volta, paciente colidiu com um poste numa Avenida de alto fluxo, estava a 80 Km/h, usando cinto de segurança. Foi atendido pelo SAMU e levado ao hospital. Por sorte, durante o primeiro atendimento e avaliação secundária, foram vistas apenas lesões na face (equimoses na maxila e escoriações no centro médio da face) e um pouco afundamento na região maxilar. Foi realizada uma TC de face com reconstrução 3D, onde foi visto traço de fratura transversa, atravessando a união dos ossos maxilar e nasal com osso frontal. Sobre este caso, é correto afirmar que:
- a) foi uma fratura de Markowitz tipo III.
 - b) foi uma fratura nasal Stranc I.
 - c) é uma fratura LeFort tipo II.
 - d) foi uma fratura cominutiva da face.
 - e) trata-se de uma fratura Lefort tipo III.

- 23.** Paciente 50 anos, sexo masculino, estava dirigindo na BR 316, em direção à Salinópolis. Estava a 130 Km/h quando colidiu com uma carreta ao fazer uma ultrapassagem perigosa. Estava sem cinto de segurança e o volante atingiu o abdome, o carro não tinha airbag. Foi atendido pelo SAMU que o levou para o Hospital Metropolitano em Ananindeua. Foi realizado ABCDE e avaliação secundária. Ao exame físico foram detectadas dor lombar e em flancos, com irradiação para região de bolsa escrotal e crepitação ao toque retal. Foi realizada TC de abdome e pelve com contraste que detectou retroperitonismo e laceração de 50-75% na 2ª porção do duodeno. Sobre este trauma duodenal, é correto afirmar que:
- a) trata-se de um trauma grau IV, com indicação de tratamento conservador.
 - b) é um trauma duodenal grau II, uma vez que há apenas laceração com 50% da circunferência.
 - c) é um trauma grau III, com indicação cirúrgica de urgência, realizando-se a cirurgia de Merendino.
 - d) é um trauma grau V, com indicação cirúrgica de urgência, deve-se realizar uma duodenopancreatectomia
 - e) é um trauma grau III, com indicação cirúrgica, deve-se realizar a cirurgia de Vaughan.
- 24.** Mulher, 74 anos, foi vítima de queimadura com álcool na perna há 15 anos. Desde então passou por múltiplos procedimentos de enxerto de pele. É hipertensa e diabética controlada. Apresenta uma úlcera na perna direita que vem tratando há anos, sem melhora efetiva. Apresenta piora nos últimos meses. Ao exame físico: Membros inferiores com pulsos presentes Femoral +4 / Popliteo +4/ Tibiais anteriores e posteriores +4 bilateralmente. Úlcera em região tibial de perna direita, medindo 7x7 cm, de odor fétido e bordos mal definidos, com leve hiperemia, sem saída de secreção. Diante desse quadro, a principal hipótese diagnóstica e conduta mais adequada são:
- a) paciente apresenta Oclusão arterial crônica. A úlcera é devido à descompensação das doenças de base, como hipertensão e diabetes.
 - b) paciente está com um quadro de Oclusão arterial aguda. Necessita de internação e passagem de Fogarty
 - c) úlcera de Marjolin, raio - x para descartar osteomielite (região tibial com pele fina, pode acometer o osso), antibioticoterapia e curativo
 - d) úlcera de Marjolin, biópsia incisional por estar associado a Carcinoma Espinocelular.
 - e) úlcera de Martorell, frequente em pacientes hipertensos. Deve-se otimizar o tratamento da hipertensão e fazer curativo diário no ambulatório.
- 25.** O câncer de mama acomete 1 em cada 8 mulheres. A cirurgia de mastectomia acaba com uns dos principais aspectos de feminilidade da paciente, as mamas. A cirurgia plástica reconstrutora ajuda no resgate da autoestima dessas pacientes. Um dos principais retalhos utilizados na reconstrução mamária após câncer é o do músculo grande dorsal, o qual segundo a classificação de Mathes e Nahai e a sua principal irrigação são:
- a) Tipo I – artéria toracodorsal
 - b) Tipo II – artérias lombares
 - c) Tipo III– artéria toracodorsal
 - d) Tipo IV– artéria subclávia
 - e) Tipo V– artéria toracodorsal
- 26.** Feminino, 33 anos, nuligesta com desejo de gestar, portadora de lúpus eritematoso sistêmico, recebeu o resultado da Colpocitologia oncótica colhida em outubro de 2022: lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL). Segundo as Diretrizes para o Câncer de Colo do Ministério da Saúde (2016), a conduta mais indicada neste momento para o caso é:
- a) traquelectomia imediata.
 - b) colposcopia com biópsia dirigida se necessário.
 - c) cauterização de colo (see and treat).
 - d) repetição do exame citológico em 6 meses.
 - e) exérese da Zona de Transformação.
- 27.** Feminino, 58 anos, refere perda urinária há 3 anos. Já realizou fisioterapia pélvica por 2 anos, mas refere persistência do quadro. Trouxe estudo urodinâmico que evidenciou fluxometria normal, perda urinária à Valsalva com Pressão de perda de 40 cm H2O e ausência de contrações não inibidas do detrusor. Segundo as Diretrizes para Incontinência Urinária (2012), a conduta correta para esta paciente é:
- a) sacrocolpofixação.
 - b) uso de beta-3-adrenérgico.
 - c) uso de anticolinérgico.
 - d) sling retropúbico.
 - e) toxina botulínica intravesical.
- 28.** Paciente 36 anos, nuligesta, assintomática, sem comorbidades, tenta engravidar há 1 ano sem sucesso. Ciclos menstruais ovulatórios, com intervalo de 28 dias, fluxo considerado normal, com duração de 4 dias. Exame físico ginecológico, Ultrassonografia transvaginal, Ressonância pélvica, Colpocitologia oncótica e perfil hormonal sem alterações. Marido apresenta espermograma sem alterações. Baseado no protocolo de Propedêutica Básica da Infertilidade Conjugal (Febrasgo, 2021), o exame mais indicado, neste momento, é:
- a) histerosalpingografia.
 - b) tomografia computadorizada de pelve.
 - c) colposcopia.
 - d) histeroscopia com ablação de endométrio.
 - e) ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal.

- 29.** Feminino, 19 anos, iniciou vida sexual há 1 ano e deseja método contraceptivo. Ciclo menstrual com intervalo de 30 dias, duração de 5 dias e considera volume normal. Refere enxaqueca com aura. Nega outras doenças, medicações em uso e cirurgias prévias. Realizou Ultrassonografia transvaginal há 6 meses: Útero septado, volume 50cc (normal 30-90cc), ovários sem alterações. A melhor escolha contraceptiva, neste caso, é:
- a) Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre e prata.
 - b) Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel.
 - c) contraceptivo oral combinado.
 - d) contraceptivo oral com progesterona isolada.
 - e) anel vaginal.
- 30.** Feminino, 27 anos, apresenta queixa de corrimento genital há 3 dias, com odor. Nega prurido e outros desconfortos genitais. Ao exame: conteúdo vaginal escasso, fluido, coloração branca, com pequenas bolhas, odor fétido. Colo epiteliado, orifício externo circular, paredes vaginais com pregueamento fisiológico. Fita de PH vaginal demonstra PH=5. Teste com hidróxido de potássio positivo. O diagnóstico clínico provável é:
- a) Vaginose Bacteriana
 - b) Candidíase
 - c) Tricomoníase
 - d) Doença inflamatória pélvica
 - e) Vaginose citolítica
- 31.** Feminino, 32 anos, primigesta, com história pregressa de conização por lesão de alto grau em colo aos 27 anos, apresenta-se com idade gestacional de 20 semanas e 4 dias, sem queixas, colo centralizado, dilatado 3 cm, apagado 70%. Bolsa íntegra, líquido claro sem grumos, batimento cardíaco fetal: 144 bpm, ausência de contrações uterinas. Realizou pré-natal de forma regular e sem intercorrências, com exames em dia. Medicações em uso: Polivitamínico do pré-natal. De acordo com o Manual da Gestaçã de Alto Risco(Ministério da Saúde,2022), a conduta obstétrica mais indicada é:
- a) aspiração manual intra-uterina.
 - b) cerclagem de colo.
 - c) repouso absoluto e reavaliação em 4 semanas.
 - d) misoprostol vaginal.
 - e) internação e uso de tocolíticos.
- 32.** Feminino, 25 anos, com idade gestacional de 8 semanas e 2 dias pela data da última menstruação, refere um sangramento vaginal há 10 dias, em pequena quantidade, intermitente, vermelho vivo, indolor. Refere não ter iniciado o pré-natal. Exame físico: bom estado geral, corada, eupneica, PA: 110x70mmHg, FC 110. Ao exame especular: colo epiteliado, normotrófico, com pequena quantidade de sangue coletado em fundo de saco, com ausência de sangramento ativo pelo colo uterino. Toque vaginal: colo impérvio, anexos não palpáveis. Realizados há 1 dia, trouxe dosagem de Beta HCG 150.000UI e ultrassonografia transvaginal demonstrando conteúdo intrauterino heterogêneo, predominantemente ecogênico, com múltiplos focos hipocogênicos de permeio (sinal "tempestade de neve"). De acordo com o Manual da Gestaçã de Alto Risco (Ministério da Saúde- 2022), a conduta mais indicada é:
- a) realizar aspiração intrauterina imediata e acompanhar com dosagem seriada de Beta-hCG.
 - b) repetir a Ultrassonografia transvaginal para confirmação e reavaliar dosagem de Beta-hCG em quinze dias.
 - c) realizar ressonância de pelve, RX de tórax e acompanhar com dosagem seriada de Beta-hCG até negativar.
 - d) administrar misoprostol vaginal por 48h até eliminação do conteúdo e reavaliar com Beta-hCG após quinze dias.
 - e) realizar aspiração intrauterina para amostra endometrial, indicar metotrexato e acompanhar com Beta-hCG seriado.
- 33.** Gestante G3 P1 (normal há 3 anos) A1, Idade gestacional 39 semanas e 1 dia, encontra-se em exaustão por período expulsivo prolongado. Ao exame: Tônus uterino fisiológico, Altura uterina 34cm, BCF: 110 bpm e durante as contrações 90 bpm. Contrações efetivas. Toque: Bacia ginecóide, dimensões normais. Dilatação 10cm, bolsa rota, variedade de posição em Occipto púbica, Plano +4 de DeLee. Baseado nos Protocolos de Obstetrícia da Febrasgo, a conduta indicada é:
- a) paciente em posição vertical, estímulo a deambulação e solicitar valsalva nas contrações.
 - b) indicar parto cesariano imediatamente.
 - c) realizar pressão em fundo uterino simultaneamente aos puxos maternos.
 - d) utilizar vacuoextrator para alívio do período expulsivo.
 - e) encaminhar ao banho morno e solicitar valsalva nas contrações.

- 34.** Primigesta, com idade gestacional de 10 semanas e 4 dias, apresenta quadro de vômitos incoercíveis, refratário ao tratamento com ondasetrona, acompanhado de sialorreia, piorado há 6 horas. Perceberam perda ponderal de 6-7 Kg nas últimas 3 semanas, após o surgimento das náuseas e vômitos iniciais. Iniciou o acompanhamento pré-natal desde Idade gestacional de 5 semanas. Encontra-se com os exames em dia, sem alterações. Nega cirurgias e doenças prévias. Medicação em uso: Antiemético e polivitamínico da gestação. Exame físico: Regular estado geral, corada, eupneica, acianótica, desidratada ++/4, afebril. FC = 100 bpm, PA = 110 x 70 mmHg. BCF presente. Diante do exposto, o diagnóstico clínico e a melhor conduta são:
- a) hiperêmese gravídica. Internação hospitalar, hidratação endovenosa, administração de antiemético, levomepromazina, vitamina C e vitamina K.
 - b) pancreatite. Internação hospitalar em CTI, hidratação endovenosa, administração de antiemético, jejum por 48 horas e, se necessário, reposição de eletrólitos.
 - c) hiperêmese gravídica. Internação hospitalar, hidratação endovenosa, administração de antieméticos e, se necessários, reposição de eletrólitos e uso de tiamina.
 - d) êmese gravídica. Hidratação venosa, coleta de eletrólitos, administração de antieméticos e retorno para reavaliação em 72 horas.
 - e) úlcera gástrica. Internação, hidratação endovenosa, antiemético, inibidor da bomba de prótons e jejum por 48 horas.
- 35.** Paciente do sexo feminino, 65 anos de idade, em tratamento para diabetes e hipertensão arterial sistêmica, vem a consulta ginecológica referindo sangramento via vaginal no último mês, vermelho vivo em pequena quantidade, que durou 3 dias. A data da última menstruação foi há 12 anos. Nunca fez uso de terapia hormonal e nega cirurgias ginecológicas. Ao exame físico: pressão arterial 120x80 mmHg, peso 101 kg, altura 1,60 m. Ultrassonografia transvaginal realizada uma semana antes da consulta evidencia útero retrovertido com volume de 38 cm³, eco endometrial de 10mm, anexos não visualizados e miométrio heterogêneo as custas de um nódulo FIGO 4 (provável leiomioma) medindo 1,5 cm. Diante do exposto, a conduta mais indicada para o caso é:
- a) iniciar estrogênio oral contínuo.
 - b) indicar laparoscopia diagnóstica.
 - c) iniciar reposição hormonal combinada.
 - d) indicar histeroscopia diagnóstica.
 - e) indicar histerectomia vídeo assistida.
- 36.** Feminino, 28 anos, primigesta, gestante de 7 semanas e 4 dias, procura o Pronto Socorro às 23 horas, queixando-se de dor difusa em abdome há 10 minutos, com dor em ombro direito em posição supina. Traz exame de Beta HCG positivo e refere não ter iniciado o pré-natal. Ao exame físico: regular estado geral, eupneica, palidez cutâneo mucosa ++/4, PA = 80x60 mmHg, FC = 130 bpm. Abdome doloroso, com defesa abdominal à palpação superficial e profunda. Exame especular: Colo epiteliado, sangue coletado em fundo de saco em pequena quantidade. Toque vaginal: Colo impérvio, útero móvel, doloroso à movimentação. Dificuldade de avaliação dos anexos devido a dor. Não há ultrassonografia disponível à noite no Pronto Socorro. Baseado no quadro descrito, a conduta a ser adotada é:
- a) internação, hidratação, colher B-HCG quantitativo e, após o resultado, realizar laparoscopia de urgência.
 - b) internação, monitorização dos sinais vitais, aplicação de misoprostol vaginal, para posterior curetagem uterina.
 - c) manter observação com monitorização dos sinais vitais no pronto Socorro, aguardar ultrassom para definir qual a abordagem da paciente.
 - d) internação, hidratação endovenosa e indicar abordagem cirúrgica por laparotomia exploradora imediata.
 - e) internação, hidratação endovenosa, aguardar ultrassom e solicitar b-hCG quantitativo para definir tratamento.
- 37.** Paciente de 23 anos de idade, sem vida sexual ativa e com história prévia de ciclos menstruais irregulares (a cada 3 ou 4 meses) com fluxo intenso. Tem sobrepeso e hirsutismo. Foi orientada mudança no estilo de vida, após perda de 5% do peso inicial, os ciclos menstruais regularam, mas o hirsutismo manteve-se moderado. Foi fechado diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos, após exclusão de outras causas de hiperandrogenismo. Visando o tratamento do hirsutismo a conduta adequada com a respectiva justificativa é:
- a) indicar anticoncepcional oral combinado, pois age inibindo a secreção de androgênios ovarianos e aumenta a síntese hepática de SHBG, reduzindo as concentrações circulantes da testosterona livre.
 - b) indicar ciproterona, pois é um progestágeno que degenera os receptores de androgênio.
 - c) indicar espironolactona, pois diminui a produção dos androgênios no ovário e na suprarrenal, além de aumentar a ação da 5-alfa-redutase.
 - d) indicar finasterida, pois vai agir estimulando a 5-alfa-redutase, impedindo a conversão da testosterona na forma ativa.
 - e) indicar furosemida, pois é um diurético com efeito cosmético e anti-androgênico.

- 38.** Paciente de 20 anos de idade, nuligesta, vem a consulta com queixa de fissuras, ardor e hiperemia em região vulvar. Ao exame especular foi evidenciado corrimento branco, grumoso sem odor, aderido às paredes vaginais. Refere que faz contracepção com dispositivo intrauterino de cobre e prata (Cu 380 Ag), inserido há 6 anos. A melhor conduta para a paciente em questão é:
- manter o dispositivo intrauterino de cobre com prata e prescrever metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias.
 - retirar o dispositivo intrauterino de cobre com prata e prescrever nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite por 14 dias.
 - retirar o dispositivo intrauterino de cobre com prata e prescrever aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 7 dias.
 - não há necessidade de retirar o dispositivo intrauterino de cobre com prata e deve-se prescrever Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias.
 - manter o dispositivo intrauterino de cobre com prata e prescrever miconazol creme a 2%, via vaginal, um aplicador cheio, à noite por 7 dias.
- 39.** M.B, sexo feminino, 27 anos de idade, procura atenção especializada com queixa de ausência de menstruação há 7 meses, saída de fluxo papilar leitoso bilateralmente, diminuição da libido e acne. Método contraceptivo de escolha é o coito interrompido realizado de forma irregular, sem associar método de barreira durante as relações sexuais. Exames complementares: Prolactina 119 ng/mL (2.80 – 29.20); ultrassonografia transvaginal evidencia útero retrovertido de tamanho e forma normais, anexos sem alterações e ausência de imagem intrauterina sugestiva de gestação. Uma vez que a paciente refere não ter comorbidades, não faz uso de medicações de uso contínuo e tem desejo de engravidar nos próximos meses, a melhor conduta para elucidação diagnóstica do caso é:
- solicitar ressonância magnética de sela túrcica e dosagem de macroprolactina e B-HCG.
 - solicitar dosagem de B-HCG, macroprolactina, FSH, LH, SHBG. Indicar ressonância magnética de sela túrcica se macroprolactina alta e FSH normal.
 - solicitar dosagem de prolactina e Macroprolactina. Indicar ressonância magnética de sela túrcica se macroprolactina positiva.
 - solicitar dosagem de B-HCG, prolactina, TSH. Indicar ressonância magnética de sela túrcica se prolactina superior a 200 ng/mL.
 - solicitar dosagem de B-HCG, prolactina, TSH, AST, ALT e creatinina. Indicar ressonância magnética de sela túrcica se prolactina alta e TSH normal.
- 40.** Paciente de 56 anos de idade, vem a consulta com laudo de mamografia evidenciando microcalcificações pleomórficas localizadas em quadrante superolateral de mama esquerda. A melhor conduta para obter amostra para avaliação histopatológica é:
- biópsia por agulha grossa guiada pelo exame físico
 - mamotomia guiada por ultrassonografia
 - biópsia por agulha grossa guiada por mamografia
 - mamotomia guiada por mamografia
 - biópsia por agulha grossa guiada por ultrassonografia
- 41.** Mulher, 42 anos de idade, realizou rastreamento que evidenciou nódulo mamário suspeito em quadrante superolateral esquerdo. Foi realizada a retirada completa da lesão e o resultado do histopatológico foi fibroadenoma complexo. A conduta adequada para o caso é:
- prescrever raloxifeno
 - indicar mastectomia esquerda
 - prescrever tamoxifeno
 - seguimento ambulatorial
 - indicar esvaziamento axilar
- 42.** Paciente de 42 anos de idade, com antecedente mórbido pessoal de câncer em mama, que foi tratada com quadrantectomia em mama esquerda e radioterapia adjuvante no ano de 2019. Veio hoje para consulta de seguimento trazendo mamografia recente com laudo de BIRDS 0. A ultrassonografia de mamas evidencia alteração inespecífica em mama esquerda, em topografia da cirurgia realizada. Diante do exposto, a melhor conduta é:
- repetir ultrassonografia de mamas e mamografia em 6 meses.
 - realizar ressonância magnética das mamas.
 - indicar mastectomia à esquerda.
 - indicar biópsia por agulha grossa, guiada por mamografia.
 - realizar mamografia com magnificação.
- 43.** Uma paciente de 32 anos de idade, imunocompetente, coito anal receptivo sem método de barreira. Ao exame físico: presença de úlceras anais e perianais, com secreção mucopurulenta, sem linfadenopatia inguinal. Com base nesse caso, possíveis hipóteses diagnósticas são:
- cancroide; linfogranuloma venéreo; sífilis.
 - condiloma acuminado; linfogranuloma venéreo.
 - sífilis; herpes; cancroide; e donovanose.
 - donovanose; cancroide; e condiloma acuminado.
 - herpes; condiloma acuminado; linfogranuloma venéreo.

- 44.** Paciente de 33 anos de idade, primigesta, vem a consulta com queixa de ausência de menstruação desde o parto, refere também não ter amamentado pelo fato de não ter produzido leite. O parto foi há 10 meses, com ocorrência de hemorragia pós-parto grave após a saída do recém-nascido, com hipotensão grave e necessidade de transfusões sanguíneas. Nega sintomas visuais e cefaleia. Trouxe teste de gravidez negativo. Diante do caso relatado a hipótese diagnóstica e possíveis complicações são:
- a** Síndrome de Sheehan; hipotireoidismo e insuficiência adrenal.
 - b** Necrose hipofisária posterior; hipertireoidismo e insuficiência adrenal.
 - c** Síndrome de Asherman; hipertireoidismo e elevação de gonadotrofinas.
 - d** Aderências intrauterinas; hipotireoidismo e redução de gonadotrofinas.
 - e** Necrose hipofisária anterior; hipertireoidismo e excesso de hormônios hipofisários.
- 45.** O planejamento pré-concepcional deve preceder a gravidez, como um investimento. Uma porcentagem significativa de gestações não é planejada e potenciais danos ao desenvolvimento fetal podem surgir antes mesmo da gravidez ocorrer. Um homem transgênero de 28 anos de idade, com relacionamento homoafetivo, procura o serviço especializado com desejo de gravidez. Possui catamênios regulares, nega tentativa de gravidez pregressa, nega comorbidades e nega hormonização. Em relação ao desejo gestacional nesse paciente em específico, a conduta mais adequada quanto ao planejamento pré-concepcional é:
- a** indicar fertilização in vitro com útero de substituição, pois se trata de um homem transgênero.
 - b** indicar início de hormonização para aumentar a possibilidade de gestação espontânea e encaminhar para pré-natal de alto risco quanto beta Hcg positivo.
 - c** indicar seguimento em pré-natal de risco habitual e sugerir suplementação de ácido fólico para o paciente já no período pré-concepcional.
 - d** indicar ovodoação e sugerir utilização do gameta masculino do paciente para implantação no seu cônjuge.
 - e** encaminhar o casal para serviço de adoção, pela inviabilidade de gravidez em homem transgênero com relacionamento homoafetivo.
- 46.** Multípara, 35 anos de idade, vem para a primeira consulta de pré-natal trazendo exames recentes de tipagem sanguínea mostrando ser O RH negativo. A paciente tem duas gestações anteriores, desconhece a tipagem sanguínea dos filhos e nega ter recebido Imunoglobulina anti-RH em qualquer momento, pois foram ambos partos domiciliares anteriores. O marido é RH positivo. Considerando o quadro descrito, uma possível complicação e o exame que poderia confirmar tal complicação seriam:
- a** hidropisia fetal e pesquisa FTA-ABS (Absorção de Anticorpo Treponêmico fluorescente) positiva.
 - b** anemia fetal e medida do pico de velocidade sistólica na dopplervelocimetria da artéria cerebral média reduzida.
 - c** anemia fetal e medida da bilirrubina materna aumentada.
 - d** isoimunização e coombs indireto positivo no sangue materno.
 - e** isoimunização e coombs direto positivo no sangue materno.
- 47.** Primigesta, em trabalho de parto inicial (4 cm de dilatação uterina), com 35 semanas de idade gestacional, com pré-eclâmpsia e restrição do crescimento fetal intra-uterino é submetida a cardiocardiografia durante 20 minutos, apresentando os seguintes dados no traçado: linha de base= 90 bpm; variabilidade= ausente; presença de 3 desacelerações tardias; presença de 3 contrações uterinas em 10 minutos; ausência de movimento fetal percebido pela gestante. Com base nas características do traçado a cardiocardiografia pode ser classificada como:
- a** um exame indeterminado.
 - b** categoria I, ou seja, normal.
 - c** categoria IV.
 - d** categoria II.
 - e** categoria III.
- 48.** Multípara, com 35 semanas de idade gestacional, internada na unidade de terapia intensiva devido sepse por pneumonia, evolui com parada cardiorrespiratória. A equipe assistencial realiza as manobras de reanimação cardiopulmonar adequadamente, mas após 4 minutos de reanimação ainda não houve retorno à circulação espontânea. Diante desta situação a equipe realiza uma Cesariana *perimortem*, essa conduta é realizada para:
- a** descomprimir veia cava e aumentar o retorno venoso aumentando as chances de sobrevivência materna.
 - b** salvar o conceito exclusivamente pois para a mãe deve-se abrir protocolo de morte encefálica.
 - c** reduzir a pressão intra-abdominal e melhorar a expansão pulmonar espontânea.
 - d** facilitar a massagem cardíaca pois o útero gravídico dificulta a compressão do mediastino.
 - e** permitir o uso de adrenalina sem prejudicar o conceito.

49. Mulher de 18 anos, um filho vivo, lactante, teve parto normal há 10 meses e o bebê não está em amamentação exclusiva. Deseja método contraceptivo mas esquece de tomar comprimidos e tem alergia ao látex. Dentre as opções abaixo o método contraceptivo mais seguro para essa paciente é:

- a** a própria amamentação.
- b** uso de condom.
- c** anticoncepcional hormonal oral combinado.
- d** Dispositivo Intra-Uterino (DIU).
- e** anticoncepcional hormonal oral com progestágeno apenas.

50. Mulher de 36 anos, relatando amenorreia há 11 meses, após se submeter a curetagem uterina. Antes disso sempre teve ciclos regulares. Ao exame físico: órgãos genitais externos, especular e toque ginecológico bimanual sem alterações. Os seguintes exames complementares tiveram resultados normais: Beta-HCG (gonadotrofina coriônica humana, negativo), TSH (hormônio tireoestimulante), O FSH (hormônio folículo-estimulante) e prolactina. Foi realizado teste de progesterona e a paciente não menstruou. Foi realizado teste de progesterona e estradiol e a paciente não menstruou. Dentre as opções abaixo a principal hipótese diagnóstica é:

- a** Hiperprolactinemia.
- b** Aderências uterinas.
- c** Falência ovariana precoce.
- d** Síndrome da insensibilidade aos androgênios.
- e** Anovulação crônica.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2023

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	