

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015

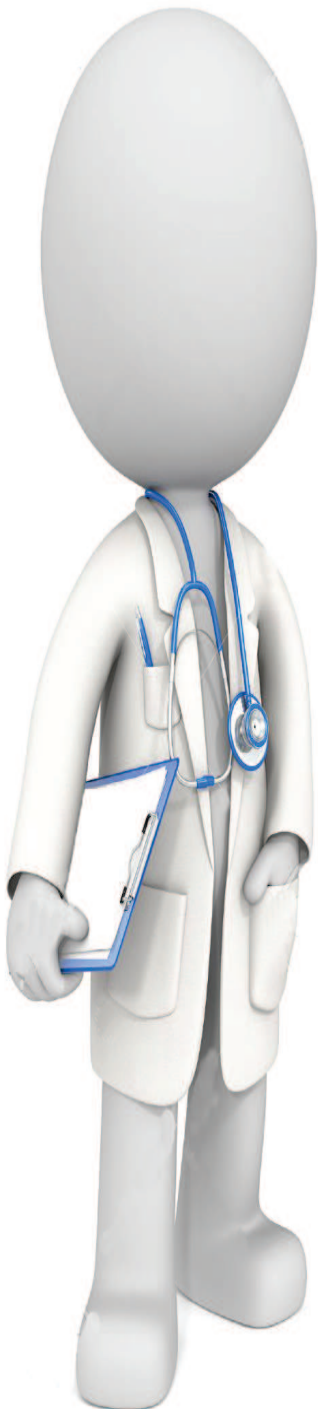
# MASTOLOGIA

09/11/2014

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO

## LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas de 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 pessoas, livros, dicionários, apostilas ou a qualquer outro material.
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 quatro horas, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, às instruções e à transcrição para o cartão-resposta.
8. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorrido duas horas de prova e poderá levar o caderno de prova somente no decurso dos últimos trinta minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.
9. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.



**— QUESTÃO 01 —**

As lesões de tórax são a segunda principal causa de morte por trauma, correspondendo a 20 a 25% das fatalidades traumáticas. Nos traumatismos torácicos penetrantes, que condição clínica é indicativa da “janela pericárdica subifóidea”?

- (A) Lesão precordial e presença da tríade de Beck.
- (B) Lesão precordial em paciente hemodinamicamente estável.
- (C) Lesão no quadrilátero de Ziedler com ecografia (FAST), demonstrando líquido em saco pericárdico.
- (D) Lesão no quadrilátero de Ziedler em paciente com atividade elétrica miocárdica sem pulso.

**— QUESTÃO 02 —**

A pancreatite aguda grave determina o aumento da resposta metabólica e inflamatória e do catabolismo. A resultante desse processo é uma deterioração do estado nutricional e grande consumo de massa magra. Quanto à terapia nutricional na pancreatite aguda, deve-se considerar o seguinte:

- (A) a terapia nutricional, na pancreatite aguda leve, deve ser iniciada sempre que não houver possibilidade de o paciente receber alimentos por via oral e, na pancreatite aguda grave, pode ser iniciada assim que houver estabilidade hemodinâmica.
- (B) a via de preferência na pancreatite aguda grave, deve ser a enteral; todavia, a terapia nutricional só deverá ser iniciada após o posicionamento nasojejunal da sonda, normalmente realizado por endoscopista.
- (C) a nutrição parenteral tem indicação restrita a pacientes incapazes de atingir os seus requerimentos nutricionais pela via enteral, por falência intestinal ou em situações como íleo prolongado, fístula pancreática e síndrome compartimental abdominal.
- (D) a suplementação de glutamina, quando a terapia nutricional parenteral está indicada, deve ser feita na dosagem superior a 1,2 g/kg de peso.

**— QUESTÃO 03 —**

A confirmação da infecção da necrose pancreática, mediante punção aspirativa ou constatação de ar na retrocavidade pela tomografia computadorizada, atualmente é considerada, com raras exceções, como fator indiscutível da abordagem cirúrgica na pancreatite aguda grave. Nos casos de necrose pancreática ou peripancreática estéril e suspeita de falso-negativo na punção aspirativa, qual é a situação em que a abordagem cirúrgica da necrose pancreática ou peripancreática poderia ser indicada?

- (A) Aumento da PCR.
- (B) Dor abdominal persistente, íleo prolongado e sinais de falha orgânica.
- (C) Presença de sinais de Grey Turner, Cullen e Fox.
- (D) Necrose pancreática superior a 50% à TC.

**— QUESTÃO 04 —**

As neoplasias císticas do pâncreas são lesões raras, correspondendo a cerca de 5% dos tumores pancreáticos. O diagnóstico precoce dessas neoplasias vem aumentando com a melhoria e maior utilização de exames de imagem. Achados incidentais, cada vez mais frequentes na prática clínica, exigem do cirurgião conhecimento dos possíveis diagnósticos diferenciais e de seus desdobramentos. Nas neoplasias císticas do pâncreas, a

- (A) neoplasia cística serosa pode estar associada à doença de Hippel-Lindau, por mutação do gen VHL, localizado no cromossomo 3.
- (B) elevação de CEA acima de 100ng/ml, na análise do líquido aspirado por ecografia endoscópica, é sugestiva de neoplasia cística mucinosa maligna.
- (C) neoplasia intraductal mucinosa papilífera (NIMP) é diagnosticada mediante o crescimento papilar nos ductos pancreáticos. O tratamento das NIMPs é sempre cirúrgico, pois elas são lesões potencialmente malignas.
- (D) neoplasia cística mucinosa é a mais comum, sendo responsável por 20 a 40% dos tumores císticos. A cirurgia de ressecção é indicada nos casos em que houver características invasoras e acometimento vascular.

**— QUESTÃO 05 —**

Segundo a classificação radiológica para esofagopatia chagásica, de autoria de Rezende et al. (1960), o

- (A) Grupo I: consiste de casos em que o esôfago se apresenta com dilatação e incapacidade de esvaziar-se completamente.
- (B) Grupo II: compõe-se de casos em que já existe moderada dilatação, apreciável retenção de contraste e presença de ondas terciárias.
- (C) Grau III: compreende os casos em que o esôfago exhibe grande aumento de calibre e se apresenta hipotônico, com pouca atividade contrátil de suas paredes.
- (D) Grau IV: compõe-se de casos relativos aos dolicoesôfagos.

**— QUESTÃO 06 —**

Paciente portador de esofagopatia chagásica é submetido à cardiomiectomia com fundopexia gastroesofágica. Após o primeiro ano desse procedimento cirúrgico, evoluiu com recidiva dos sintomas disfágicos. Qual é a provável causa da recidiva dos sintomas?

- (A) Cardiomiectomia incompleta – representada pela secção inadequada dos feixes musculares do esfíncter esofágico inferior em profundidade ou em extensão.
- (B) Má indicação da técnica de cardiomiectomia.
- (C) Esofagite de refluxo.
- (D) Progressão da doença.

**— QUESTÃO 07 —**

A obesidade associa-se a maior morbidade secundária a aumento da resistência à insulina, diabetes, hipertensão e dislipidemias. Tais condições representam cerca de 8% do total de gastos em saúde pública no Brasil. Além disso, há custos indiretos relacionados a afastamento do trabalho, absenteísmo e aposentadoria precoce. Índice de massa corpórea (IMC) igual ou superior a 45 kg/m<sup>2</sup> associa-se à diminuição da expectativa de vida e ao aumento da mortalidade por causa cardiovascular, podendo chegar a 90% em grandes obesos. Portanto, a cirurgia bariátrica é um recurso consistente nos casos de obesidade grave com falha de tratamento clínico, proporcionando aos pacientes redução nos índices de mortalidade e melhora de comorbidades clínicas. De acordo com o Conselho Federal de Medicina, qual dos procedimentos abaixo está proscrito para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida?

- (A) Cirurgia de Scopinaro.
- (B) Cirurgia de Mason.
- (C) Banda gástrica ajustável.
- (D) Bypass jejunoileal.

**— QUESTÃO 08 —**

A pancreatite crônica é caracterizada por perda progressiva e irreversível da estrutura e da função pancreática endócrina e exócrina. A indicação mais frequente de cirurgia é dor refratária ao tratamento clínico adequado. Quanto ao tratamento cirúrgico na pancreatite crônica, pode-se concluir o seguinte:

- (A) a pancreatectomia total, apesar da alta morbimortalidade, é um procedimento preconizado principalmente por proporcionar alívio da dor em mais de 97% dos casos.
- (B) a duodenopancreatectomia está limitada aos casos em que haja dúvida diagnóstica entre tumor e pancreatite crônica.
- (C) a pancreatojejunostomia longitudinal apresenta uma incidência de cerca de 30% de recidiva da dor, atribuída à permanência, na profundidade da cabeça do pâncreas, de ductos com cálculos inacessíveis à drenagem.
- (D) o procedimento descrito por Berger é tecnicamente mais fácil que o de Frey, principalmente por não haver dissecação da veia porta que, no processo de fibrose e inflamação da pancreatite crônica, pode ser uma dissecação difícil, com risco de perfuração.

**— QUESTÃO 09 —**

Na colecistite aguda alitiásica, devido à estase da bile, há absorção de água através da mucosa, o que torna a bile mais espessa. A estase e a bile espessa produzem uma hiperdistensão da vesícula que pode evoluir com inflamação, isquemia e translocação bacteriana. Que outro fator pode exercer influência na fisiopatologia da colecistite aguda alitiásica?

- (A) Suporte ventilatório com pressão positiva.
- (B) Nutrição nasoenteral prolongada.
- (C) Heparina.
- (D) Bloqueador de canal de cálcio.

**— QUESTÃO 10 —**

O anel de Schatzki não possui ainda uma causa bem conhecida. Qual dos fatores a seguir é o mais considerado na definição de sua gênese?

- (A) Acalásia.
- (B) Hérnia hiatal e esofagite de refluxo.
- (C) Estenose péptica do esôfago.
- (D) Fibrose cicatricial de lesão cáustica.

**— QUESTÃO 11 —**

Os fatores prognósticos independentes mais importantes para o adenocarcinoma gástrico são:

- (A) metástase hepática e idade menor que 40 anos.
- (B) grau de anaplasia e sexo feminino.
- (C) invasão angiolinfática e tamanho do tumor.
- (D) invasão da parede gástrica e metástase linfonodal.

**— QUESTÃO 12 —**

Um paciente de 80 kg é submetido à pancreatectomia corpo caudal devido à doença benigna do pâncreas. A via de acesso foi convencional por laparotomia mediana, que teve duração de quatro horas. Durante a operação a infusão volêmica relatada pela equipe de anestesia foi de 1000 mL de cristalóide. O volume de diurese no período foi de 500 mL. Considerando-se que o paciente estava normoidratado ao início da cirurgia e que não houve sangramento significativo durante o procedimento, o balanço hídrico aproximado ao final da cirurgia foi

- (A) neutro (equilibrado).
- (B) negativo entre 1060 e 1700 mL.
- (C) negativo entre 500 e 1000 mL.
- (D) positivo em 500 mL.

**— QUESTÃO 13 —**

São fatores de risco para o carcinoma epidermoide do esôfago e para o adenocarcinoma do esôfago, respectivamente:

- (A) etilismo e divertículo esofágico.
- (B) tabagismo e queimadura cáustica.
- (C) acalásia e esôfago de Barret.
- (D) tabagismo e tilose.

**— QUESTÃO 14 —**

Quanto ao adenocarcinoma da cárdia, conclui-se que

- (A) a incidência é mais comum em mulheres do que em homens.
- (B) a ocorrência dá-se mais por fator genético do que por fator adquirido.
- (C) o tipo histológico mais frequente é o tipo difuso de Làuren.
- (D) o sintoma mais frequente é a plenitude pós-prandial.

**— QUESTÃO 15 —**

Na profilaxia antimicrobiana em cirurgia, quando a droga de escolha é a Vancomicina, o período correto de início da infusão, antes da incisão na pele, em minutos, é de

- (A) 20 a 30.
- (B) 30 a 60.
- (C) 60 a 120.
- (D) 90 a 120.

**— QUESTÃO 16 —**

Um paciente que sofreu um acidente automobilístico, queixa-se de dor em dorso e apresenta hipotensão após a infusão de 1500 mL de cristaloides. A tomografia do abdome revela uma lesão esplênica subcapsular, não expansível, que ocupa aproximadamente 40% da superfície do órgão. A lesão esplênica descrita corresponde ao grau

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

**— QUESTÃO 17 —**

De acordo com o Grupo Internacional de Estudo de Fístula Pancreática, no período pós-operatório de uma cirurgia de Whipple define-se fístula pancreática a presença de

- (A) amilase peritoneal duas vezes maior que a amilase sérica, no primeiro dia.
- (B) amilase peritoneal três vezes maior que a amilase sérica, no terceiro dia.
- (C) amilase peritoneal maior que 5000 UI, em qualquer dia.
- (D) amilase peritoneal duas vezes maior que a amilase sérica, por três dias consecutivos.

**— QUESTÃO 18 —**

A linfadenectomia D2 é o tratamento cirúrgico oncológico padrão para o tratamento do adenocarcinoma gástrico. Em relação a este procedimento, de acordo com a classificação numérica das cadeias linfáticas, as cadeias 7 e 9 representam, respectivamente, linfonodos da

- (A) artéria gástrica esquerda e do tronco celíaco.
- (B) artéria gástrica esquerda e da artéria esplênica.
- (C) artéria gástrica direita e da artéria gastroduodenal.
- (D) artéria gástrica direita e do tronco celíaco.

**— QUESTÃO 19 —**

Os fatores prognósticos mais importantes do tumor do estroma gastrointestinal (GIST) do estômago são:

- (A) grau de diferenciação celular e tamanho do tumor.
- (B) grau de diferenciação celular e índice mitótico.
- (C) índice de necrose e tamanho do tumor.
- (D) tamanho do tumor e índice mitótico.

**— QUESTÃO 20 —**

De acordo com a classificação de Ishikawa que prediz o comprometimento do complexo mesentérico-portal nas neoplasias da cabeça pancreática, o estreitamento unilateral da veia porta classifica-se como comprometimento do tipo

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

**— QUESTÃO 21 —**

São características dos tumores neuroendócrinos (TNEs) gástricos do tipo I:

- (A) lesões polipoides múltiplas e pequenas, hipergastrinemia por comprometimento de células parietais, anemia perniciosa, comportamento geralmente benigno.
- (B) lesões polipoides múltiplas e pequenas, hipergastrinemia por comprometimento de células G, síndrome de Zollinger-Ellison, comportamento geralmente benigno.
- (C) lesões polipoides grandes, hipergastrinemia, comprometimento de células G, NEM-1, comportamento geralmente agressivo.
- (D) lesões polipoides grandes, forma esporádica, normogastrinemia, comportamento geralmente agressivo.

**— QUESTÃO 22 —**

De acordo com a Associação Internacional e Japonesa de Câncer Gástrico (International and Japanese Gastric Cancer Association), a lesão descrita como do tipo 0 IIb corresponde a uma lesão precoce

- (A) superficial, elevada.
- (B) superficial, plana.
- (C) protrusa.
- (D) escavada.

**— QUESTÃO 23 —**

Na fisiopatologia da ascite neoplásica ocorre

- (A) aumento da pressão oncótica capilar.
- (B) diminuição da filtração capilar.
- (C) diminuição da neovascularização peritoneal.
- (D) aumento da permeabilidade capilar.

**— QUESTÃO 24 —**

Em relação aos GISTs, considerando apenas a sua localização, tem melhor prognóstico aquele que é situado no

- (A) duodeno.
- (B) reto.
- (C) íleo.
- (D) estômago.

**— QUESTÃO 25 —**

No caso de um carcinoma incidental da vesícula biliar, classificado pelo exame anatomopatológico como T1 e sem evidências de metástases à distância, a opção terapêutica mais adequada é:

- (A) seguimento se a margem do ducto cístico for negativa.
- (B) reintervenção para hepatectomia do segmento IV e linfadenectomia regional, caso a margem do ducto cístico seja positiva.
- (C) reintervenção para hepatectomia do segmento IV e linfadenectomia regional independente da margem.
- (D) quimioterapia caso a margem do ducto cístico seja positiva.

**— QUESTÃO 26 —**

A biópsia percutânea com agulha grossa é utilizada para exclusão de malignidade de lesões mamárias. Possibilita orientação terapêutica. A técnica de punção

- (A) permite a identificação citológica e o estudo imunohistoquímico da lesão cancerígena.
- (B) é o método indicado na coleta de material em lesões vegetativas intracísticas.
- (C) possibilita a realização da coleta, mesmo nas pacientes em uso de anticoagulante, com pequeno risco de hematoma.
- (D) é feita sob orientação esterotáxica, quando na presença de microcalcificações pleomórficas da mama.

**— QUESTÃO 27 —**

A mamografia é o único teste com eficácia comprovada para o rastreamento do câncer de mama. No grupo de mulheres submetidas a este teste, houve a diminuição da mortalidade, pois esta técnica permite a detecção precoce de tumores mamários. A análise mamográfica permite concluir que

- (A) as microcalcificações monomórficas e não agrupadas são precursoras de lesões proliferativas com alto grau de células carcinogênicas.
- (B) as margens espiculadas e os limites não circunscritos são visibilizados nos tumores denominados "hamartomas".
- (C) a aparência arredondada ou oval de limites lisos, radiopacos até mesmo calcificados ("casca de ovo") são características de imagens mamográficas dos tumores fibroadenomas.
- (D) a forma oval ou lobulada e com margens circunscritas caracteriza o tumor filodes, tendo como diagnóstico diferencial o tumor fibroadenoma.

**— QUESTÃO 28 —**

Com base no diagnóstico de uma lesão mamária, solicita-se punção por agulha com a finalidade de orientação terapêutica. Dessa forma,

- (A) deve-se colher células e fixá-las na lâmina através de coleta por punção com agulha fina, para assegurar as condições de avaliar o índice de proliferação celular.
- (B) é necessário realizar punção por agulha grossa para a análise do tecido mamário com o objetivo de identificar receptores de progesterona e estrogênio.
- (C) há necessidade de utilização da punção biópsia por agulha fina guiada pela técnica de estereotaxia para coleta de material com finalidade de diagnóstico no estudo imuno-histoquímico das lesões não palpáveis.
- (D) é indicada a punção por agulha grossa nos cistos complexos quando localizarem na topografia retroaxilar.

**— QUESTÃO 29 —**

A sigla BiRADS® é propriedade do Colégio Americano de Radiologia, também denominado “Sistema de Laudos e Registro de Dados da Mama”. De acordo com esse léxico, a categoria

- (A) Zero na mamografia obriga a solicitação de ultrassonografia complementar.
- (B) III é indicativa de lesões proliferativas, recomendam-se realizar punção aspirativa.
- (C) IV é indicativa de lesões de alto grau cancerígeno e recomendam-se o seguimento clínico precoce e a reavaliação mamográfica com seis meses para avaliar a evolução da lesão.
- (D) VI é estabelecida quando o diagnóstico histológico do câncer está confirmado.

**— QUESTÃO 30 —**

Paciente de 45 anos, nulípara e portadora do vírus HPV, foi submetida à conização por NIC III diagnosticado na colposcopia com biópsia. Retorna com anatomopatológico da peça cirúrgica, com a seguinte descrição: carcinoma escamoso invasor de 4 mm de profundidade e 10 mm de extensão e margens exúguas.

A condução mais apropriada para este caso seria:

- (A) realizar nova conização para ampliar margem cirúrgica.
- (B) seguimento com colposcopia a cada três meses nos primeiros três anos, semestral nos dois anos seguintes e, após, anual.
- (C) realização de histerectomia total abdominal e linfadenectomia pélvica bilateral.
- (D) indicação de cirurgia de Wherteim Meigs.

**— QUESTÃO 31 —**

Gestante de 35 anos com hipertensão arterial crônica de baixo risco está sendo acompanhada. Na 36ª semana de gestação, identificam-se: aumento dos níveis pressóricos prévios que, no entanto, está abaixo de 160/110 mm/Hg, e aparecimento de edema e proteinúria.

O diagnóstico modificou-se para:

- (A) hipertensão arterial crônica de alto risco.
- (B) pré-eclampsia sobreposta à hipertensão crônica.
- (C) síndrome HELLP.
- (D) hipertensão gestacional.

**— QUESTÃO 32 —**

Puérpera deu à luz por parto via vaginal e o secundamento não ocorreu trinta minutos após o parto. A conduta adequada é:

- (A) realizar a expressão do fundo uterino (manobra de Credé) com o útero contraído.
- (B) fazer a tração do cordão em momentos alternados durante a contração uterina.
- (C) comprimir o fundo uterino no intervalo das contrações.
- (D) realizar rotações sucessivas do cordão umbilical na inserção placentária.

**— QUESTÃO 33 —**

Gestante na 35ª semana de gestação com suspeita de rotura das membranas amnióticas pela anamnese. A confirmação do diagnóstico é feita com segurança por:

- (A) presença de líquido no fundo de saco ou fluindo pelo orifício externo do colo ao exame especular.
- (B) oligodrâmnio acentuado à ultrassonografia.
- (C) colo apagado e dilatado percebido pelo toque vaginal.
- (D) pH vaginal abaixo de 4,5, determinado pelo papel de Nitrazina.

**— QUESTÃO 34 —**

Entre as várias condutas controversas no manejo conservador da gestante com rotura prematura das membranas, a única que indiscutivelmente deve ser realizada é:

- (A) antibioticoterapia profilática.
- (B) prescrição de sulfato de magnésio.
- (C) inibição da contratilidade uterina.
- (D) corticoterapia.

**— QUESTÃO 35 —**

Paciente chegou à triagem da maternidade em período expulsivo de um feto em apresentação pélvica incompleta, no modo de nádegas. Para o desprendimento das nádegas e do tronco, a conduta adequada é:

- (A) realizar a manobra de Bracht.
- (B) executar a manobra de Mauriceau.
- (C) realizar a manobra oscilatória de Deventer-Muller.
- (D) elevar a nádega do feto e não realizar nenhuma manobra.

**— QUESTÃO 36 —**

Considere uma paciente em trabalho de parto, que apresenta fase ativa prolongada, diagnosticada pelo partograma, com dinâmica uterina com três ou mais contrações em 10 minutos, cada uma com mais de 40 segundos de duração. O feto encontra-se em apresentação cefálica fletida, no plano zero de De Lee.

O diagnóstico provável é:

- (A) distócia de variedade de posição.
- (B) distócia de apresentação.
- (C) desproporção cefalopélvica.
- (D) distensão do segmento inferior por inversão de gradiente.

**— QUESTÃO 37 —**

Do ponto de vista histórico, a cesariana representou um grande avanço na assistência obstétrica voltada para salvar a vida do feto. É, portanto, um procedimento não indicado em feto morto, exceto no caso de o feto estar em apresentação

- (A) cefálica com distócia de ombro.
- (B) pélvica incompleta, no modo de pé.
- (C) córmica.
- (D) defletida de 1º grau (bregma).

**— QUESTÃO 38 —**

Parturiente em trabalho de parto na 40ª semana de gestação, em período expulsivo. Foi realizada ausculta dos batimentos cardíacos e verificado queda da frequência cardíaca fetal de 20 batimentos por minuto, 30 segundos após o término das contrações por quatro vezes consecutivas, ou seja, o nadir dos batimentos cardíacos não coincide com o zênite das contrações, com decalagem maior que 18 segundos.

Esta descrição é compatível com desaceleração intraparto

- (A) tipo zero (DIP 0).
- (B) tipo I (DIP I).
- (C) tipo II (DIP II).
- (D) tipo III (DIP III).

**— QUESTÃO 39 —**

Mulher de 32 anos apresenta-se com sudorese, pele seca, irritabilidade e queda de cabelos. A última menstruação ocorreu aos trinta anos de idade. Há dez dias, fez TSH, beta-HCG e US endovaginal, todos normais.

O diagnóstico clínico e o exame necessário para confirmar o diagnóstico são, respectivamente:

- (A) anovulia crônica, monitorização da ovulação.
- (B) falência ovariana precoce, dosagem de FSH.
- (C) climatério, dosagem de estradiol plasmático.
- (D) hipotireoidismo, dosagem de T3 e T4.

**— QUESTÃO 40 —**

Mulher de 55 anos, na menopausa há cinco anos, sem terapia hormonal, refere sangramento uterino há seis dias. A conduta inicial deve ser:

- (A) dosagem de FSH e estradiol plasmático.
- (B) histeroscopia diagnóstica.
- (C) ultrassonografia endovaginal.
- (D) terapia hormonal, com estrogênio contínuo.

**— QUESTÃO 41 —**

Mulher de 45 anos, histerectomizada há cinco anos, por mioma, refere sudorese e ondas de calor. Realizou exames de rotina para o climatério há dois meses, todos normais.

O esquema de terapia hormonal indicado para esta mulher é:

- (A) combinado, uso contínuo.
- (B) combinado, uso cíclico.
- (C) estradiol, uso contínuo.
- (D) tibolona, uso contínuo.

**— QUESTÃO 42 —**

Paciente de 40 anos, G2P2CesAo, submetida à laqueadura tubária bilateral, apresenta-se com incontinência urinária de esforço há três anos, ao tossir, espirrar ou gargalhar. Seus dois filhos nasceram com peso entre 3200 e 3500 g. Ao exame físico, foi constatada cistocele de Estádio I (ponto Aa = -2). Houve perda urinária no pico da tosse na posição ginecológica, com 200 mL de urina na bexiga. Teste do cotonete foi de aproximadamente 70°. Volume residual foi de 5 mL.

Qual é a melhor opção terapêutica, nesse caso?

- (A) Anticolinérgicos.
- (B) Sling transobuturatório.
- (C) Fisioterapia exclusiva.
- (D) Antidepressivos tricíclicos.

**— QUESTÃO 43 —**

Mulher adolescente de 16 anos informa nunca ter menstruado e que vem apresentando dor pélvica cíclica mensal, do tipo cólica limitante e progressiva, há mais de seis meses. Ao exame clínico, apresenta-se com desenvolvimento normal dos caracteres sexuais secundários (mamas e pelos pubianos).

Qual é a hipótese diagnóstica para este caso?

- (A) **Hímen imperfurado.**
- (B) Disgenesia gonadal.
- (C) Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser.
- (D) Síndrome dos ovários policísticos.

**— QUESTÃO 44 —**

A propedêutica subsequente ao achado de lesão intraepitelial de alto grau à colpocitologia é:

- (A) repetir a colpocitologia imediatamente.
- (B) repetir a colpocitologia após três meses.
- (C) **realizar colposcopia e biópsia dirigida, se necessário.**
- (D) realizar conização.

**— QUESTÃO 45 —**

Em qual das condições a seguir pode ser utilizado o acetato de medroxiprogesterona trimestral como anticoncepcional?

- (A) Antecedente de câncer de mama.
- (B) Hemorragia genital sem diagnóstico etiológico.
- (C) **Idade maior que 40 anos e tabagismo.**
- (D) Idade menor que 16 anos e cefaleia intensa.

**— QUESTÃO 46 —**

O carcinoma ductal *in situ* ou intraducto (CDIS) encontra-se no grupo das lesões precursoras do câncer de mama. Essa neoplasia

- (A) é semelhante à hiperplasia ductal atípica, porém com componente de extensão maior. Possui potencial de evolução para carcinoma invasor.
- (B) é dividida em graus. O de baixo grau acomete toda a árvore ductal com obstrução da luz. Esse fenômeno é denominado comedonecrose.
- (C) é diagnosticada com exame histológico através da punção por agulha grossa ou mamotomia. Após o diagnóstico, pode-se propor o tratamento: exérese cirúrgica ou seguimento clínico.
- (D) é tratada com excisão da lesão e, se houver margens cirúrgicas livres, a radioterapia não se faz necessária.

**— QUESTÃO 47 —**

O câncer de mama é uma doença degenerativa e de bases genéticas e epigenéticas (químicos) que levam as células normais a sofrerem mutações, transformando-as em células com potencialidade de malignização. Nessa perspectiva, na carcinogênese, a

- (A) iniciação ocorre pela expressão de clones mutantes compostos de células fenotipicamente alteradas por estímulos à proliferação celular de fatores de crescimento autócrinos.
- (B) progressão ocasiona mutações em uma célula tronco mamária provocadas por agentes químicos, físicos, biológicos ou herdadas, irreparáveis e permanentes, afetando a proliferação celular e a apoptose.
- (C) quimioterapia deve ser aplicada mediante o sequenciamento genômico (Luminal A, Luminal B, HER2, Basal Like).
- (D) estabilidade genômica de tumores proliferativos deve-se a uma organização do genoma, com poucas alterações estruturais e múltiplas cópias cromossômicas e translocações simples entre si.

**— QUESTÃO 48 —**

Os processos inflamatórios e infecciosos da mama são denominados de “mastites”, que podem ser classificadas em puerperal ou não puerperal. A mastite

- (A) não puerperal está relacionada fortemente com tabagismo, diabete e obesidade. O germe com maior prevalência é o *Staphylococcus aureus* e *epidermidis*.
- (B) por microbactérias ocorre em um processo infeccioso nas mamas, de evolução rápida, com maior frequência em pacientes HIV positivo com CD4 menor que 50/mm<sup>3</sup>.
- (C) por vírus requer, para tratamento, diagnóstico por meio de biópsia, com retirada de tecido da pele comprometida e estudo de hibridização.
- (D) luética se apresenta mediante o aparecimento de lesões cutâneas no complexo areolar e mamilar. Esse tipo possui diagnóstico diferencial com doença de Paget.



**— QUESTÃO 49 —**

Gestante de 29 anos, no terceiro trimestre de sua gestação, relatou na sua última consulta de rotina o aparecimento de nódulo na mama esquerda. Na palpação, foi evidenciado nódulo de 1,0 cm retroareolar, com discreta mobilidade e indolor. Realizada punção aspirativa por agulha fina. Enquanto aguardava o resultado do exame citopatológico, entrou em trabalho de parto e começou a amamentar sem dificuldade. O resultado citopatológico mostrou esfregaços com fundo sujo e hemorrágico, apresentando numerosas células bipolares soltas e blocos celulares tridimensionais contendo dupla população, por vezes criando a imagem de letras chinesas.

Tendo em vista essas informações, o diagnóstico é:

- (A) papiloma intraductal.
- (B) fibroadenoma.
- (C) tumor filóide.
- (D) carcinoma mamário.

**— QUESTÃO 50 —**

Os carcinomas hereditários representam 5,0% – 10,0% dos carcinomas mamários. Clinicamente, os critérios para a sua suspeição são:

- (A) expressão negativa de receptores de estrógenos e *HER2/neu* negativo.
- (B) expressão da E-caderina e catepsina-D.
- (C) expressão do EGFR e ceratina 5/6 (fenótipo basal).
- (D) aparecimento precoce (antes dos 45 anos) e bilateralidade.