

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2017, DE 17 DE OUTUBRO DE 2016.

PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA
DESENVOLVIDOS EM HOSPITAIS, ATENÇÃO PRIMÁRIA E DEMAIS CENÁRIOS DE PRÁTICA DA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

PROGRAMA – GRUPO 005

Mastologia (513)

Data e horário da prova: Domingo, 27/11/2016, às 14h

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; e,
 - um cartão de respostas ótico personalizado.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação do cartão de respostas ótico estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva no espaço apropriado do cartão de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Amigos distantes, abrace-os.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação do cartão de respostas ótico.
- Somente após decorrida 1 (uma) hora do início da prova, você poderá entregar seu cartão de respostas ótico e o caderno de provas e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno de questões da prova objetiva após 3 (três) horas do início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada de material transparente.
- Não é permitida a utilização de qualquer aparelho eletrônico de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação de provas na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos no cartão de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, escreva apenas no(s) campo(s) a ser(em) corrigido(s), conforme instruções no cartão de respostas.
- Leia atentamente cada item e assinale, no cartão de respostas ótico.
- O cartão de respostas ótico não pode ser dobrado, amassado, rasurado ou manchado e nem pode conter nenhum registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, as respostas da prova objetiva para o cartão de respostas, para a respectiva folha de resposta.
- A maneira correta de assinalar a alternativa no cartão de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

Realização

iades
Instituto Americano de Desenvolvimento

CIRURGIA GERAL

Itens de 1 a 60

Considere hipoteticamente que o paciente B. M. S., 38 anos de idade, vítima de acidente automobilístico, dá entrada no pronto-socorro trazido pelo SAMU, apresentando quadro de dor na região abdominal e pelve. Ao ser recebido pelo médico plantonista, o paciente foi submetido ao exame físico no qual foram constatadas: vias aéreas pervias, presença de colar cervical, ausculta respiratória abolida em hemitórax direito, ausculta cardíaca em ritmo regular (FC = 110 bpm; SatO₂ = 87%; PA = 100 mmHg x 80 mmHg; FR = 26 irpm), escala de coma de Glasgow = 15, abdome discretamente doloroso à palpação em hipocôndrio esquerdo, com presença de hematoma em faixa transversa na região do hipogástrio.

No que se refere ao caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

1. Torna-se desnecessária a descompressão torácica com agulha em segundo espaço intercostal direito.
2. Torna-se obrigatória a toracostomia com drenagem pleural fechada em hemotórax direito somente após realizado raios X de tórax.
3. O hematoma apresentado em abdome sugere lesão por cinto de segurança, o qual, em sua grande maioria, arremete à lesão transversa de cólon descendente.
4. Em caso de se efetuar tomografia contrastada para investigação da cavidade abdominal, onde se nota a presença de lesão esplênica grau II, é possível a realização de tratamento não operatório.
5. A manobra de avaliação de região pélvica ao exame físico deve ser feita apenas uma vez, ou mesmo será dispensada em alguns casos em que a avaliação será realizada por exame de imagem.
6. Em razão da dor abdominal, faz-se necessário o uso de tomografia com triplo contraste para avaliação do caso.
7. As fraturas de Chance são fraturas longitudinais em corpo vertebral, vinculadas frequentemente aos acidentes automobilísticos, os quais podem estar associados à lesão de vísceras abdominais.

Considere a hipótese clínica de um paciente I. L. A. J., alcoolizado, vítima de ferimento por faca em hemitórax e fossa ilíaca esquerda após discussão em bar. Ao ser conduzido até um centro de trauma terciário, foram constatados os seguintes dados do exame realizado: paciente hipocorado (+++/+4), agitado, dispneico (FR = 29 irpm; SatO₂ = 85%), taquicárdico (FC = 106 bpm); PA = 90 mmHg x 60 mmHg; abdome com dor à palpação difusa e descompressão brusca positiva.

Com relação ao caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

8. Em razão do quadro de dor abdominal difusa com irritação peritoneal, deve-se ter como conduta inicial imediata a abordagem cirúrgica por laparotomia exploradora após exploração positiva do ferimento sob anestesia local.
9. Em razão da topografia da lesão em hemitórax esquerdo, faz-se importante ter em mente a delimitação de quadrilátero de Ziedler: linha axilar anterior esquerda, linha paraesternal direita, segundo espaço intercostal esquerdo e sexto espaço intercostal esquerdo.

10. É considerada transfusão maciça em paciente com diagnóstico de choque hemorrágico no trauma quando são necessárias mais de três unidades de concentrado de hemácias em 24 horas de admissão.

Determinado homem de 35 anos de idade caiu do telhado de um prédio de dois andares em uma pequena cidade da zona rural. À admissão, diagnosticou-se trauma craniocéfálico (trauma de face) e musculoesquelético (trauma de mão e de perna). Depois de tomar as medidas preconizadas pelo ATLS, o ABCDE, a avaliação ortopédica descreveu: rompimento de nervo radial da mão; fratura exposta da tíbia com dano extenso às partes moles, com perda de tecido mole e com desnudamento periosteal e exposição óssea. Evoluiu com coma e internação hospitalar prolongada, desenvolvendo ulceração cutânea com necrose do tecido subcutâneo em região sacral. Foi realizada cirurgia plástica com técnica de rotação-avanço de retalho para a reconstrução facial, e fechamento com retalho do músculo solear para o defeito envolvendo o terço médio da perna, após fixação óssea.

Com base nesse caso clínico, e considerando os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

11. Um dos objetivos da cirurgia plástica é o fechamento eficiente das feridas, que segue uma sequência de complexidade reconstrutiva: fechamento linear; enxerto cutâneo; retalhos livres; retalho cutâneo; retalhos miocutâneos.
12. O retalho usado para fechamento das feridas de pacientes é definido como um segmento de tecido parcial ou completamente isolado perfundido com o seu próprio segmento vascular.
13. Lesões da face também são frequentemente encontradas nas unidades de emergência, inclusive associadas às fraturas do terço médio da face que envolve a maxila, sendo fraturas Le Fort III quando envolvem a junção nasofrontal, o processo nasal da maxila, a porção medial da borda orbital inferior e pela maxila anterior.
14. O paciente em questão apresenta úlcera de pressão grau II.
15. O paciente apresenta fratura da perna Gustilo tipo IIIA.
16. O paciente poderá perder sensibilidade da pele do dorso do polegar, da porção proximal dorsal dos três dedos radiais e porções adjacentes do dorso da mão.
17. Para casos de amputações, quanto mais proximal a amputação, maior a quantidade de tecido muscular presente e maior o tempo de isquemia a que pode ser submetida a parte amputada.
18. Caso o paciente citado evolua para morte cerebral, segundo a definição da resolução do Conselho Federal de Medicina, deve-se considerar que existe um comprometimento das vidas de relação sem o critério de irreversibilidade assegurado.
19. O diagnóstico de morte se firma unicamente no critério de parada irreversível dos batimentos cardíacos.
20. O objetivo da reanimação do doente portador de trauma craniocéfálico é prevenir lesão cerebral primária.
21. O ângulo da zetaplastia que permite um ganho tecidual próximo de 75% corresponde a 60°.

Paciente de 65 anos de idade, diabético tipo 2, foi submetido à cirurgia de colecistectomia videolaparoscópica por cólica biliar frequente, e colelitíase confirmada pela ultrassonografia. No pré-operatório, o paciente apresentou os seguintes exames: sódio = 140 mEq/L; potássio = 3,5 mEq/L; hemograma sem alterações; albumina = 3,7 g/dL.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

22. A administração de potássio é geralmente necessária e infere benefício nas primeiras 24 horas de pós-operatório.
23. A pré-albumina é o marcador de estado nutricional mais sensível em razão da sua meia vida de curta duração.
24. Tem-se o diabetes como principal fator de *delirium* no pós-operatório.
25. A cirurgia laparoscópica infere risco de trombose, uma vez que o aumento da pressão intra-abdominal comprime os vasos ilíacos e cava inferior, gerando baixo fluxo venoso nas extremidades inferiores.
26. Entende-se por cicatrização primária retardada o ferimento que é deixado aberto por determinado período, tendo as respectivas bordas posteriormente aproximadas, a qual se distingue de cicatrização por terceira intenção.

M. C. S., 54 anos de idade, sexo masculino, natural de Porto Alegre (RS), trabalhador braçal, divorciado, comparece à consulta para investigação médica de placa esbranquiçada em borda da língua há mais de 15 dias, às vezes sangrante. Ao interrogatório sintomatológico, queixou-se ainda de caroços no pescoço e rouquidão persistente. Hábitos: alimentação pobre em fibras, múltiplas parceiras sexuais, sem proteção, além de tabaco e consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Ao exame: lesão leucoplásica da língua, móvel, à esquerda. Determinou-se, em biópsia, carcinoma verrucoso.

De acordo com esse caso clínico, e considerando os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

27. Os termos leucoplasia e eritroplasia são alterações não necessariamente cancerosas do epitélio escamoso do trato aerodigestório alto.
28. O abuso combinado de álcool e tabaco relatado pelo paciente não é multiplicativo da razão de chance do desenvolvimento de câncer laríngeo.
29. Outros fatores de risco para câncer de cabeça e pescoço incluem as infecções pelo papilomavírus humano e pelo vírus de Epstein-Barr, a síndrome de Plummer-Vinson, os polimorfismos metabólicos, a desnutrição e a exposição profissional a agentes mutagênicos.
30. O tipo histopatológico encontrado no paciente é o mais frequente, representando 90% ou mais dos pacientes com câncer de boca.
31. No caso de o paciente com câncer de boca apresentar lesões dos lábios, estas são mais evidentes e aparecem, preferencialmente, nos lábios inferiores.
32. Os carcinomas epinoceulares da cavidade oral e da orofaringe têm disseminação preferencialmente hematogênica.
33. A maior causa de falha do tratamento de pacientes com carcinomas de vias aerodigestivas superiores são as recorrências locorregionais.

34. Para a reabilitação do paciente, não é fundamental que as decisões sejam tomadas levando em conta diversos aspectos relacionados às áreas da atuação de nutricionistas, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos.
35. O paciente deverá ser acompanhado a longo prazo em consulta ambulatorial mensal no primeiro ano; trimestral no segundo; semestral após o terceiro ano; e, anual após o quinto ano.

Paciente V. F. L. S., 71 anos de idade, foi levado à unidade de saúde com queixa de dor e distensão abdominal há dois dias, além de episódios de êmese de odor fétido segundo relato da filha. Ele encontra-se acamado há seis meses após episódio de AVE isquêmico. Ao exame físico: paciente em REG, hipocorado (++)/4), desidratado (++)/4), afebril, acianótico, anictérico; PA = 100 mmHg x 70 mmHg; FC = 98 bpm; FR = 25 irpm; SatO₂ = 91%; abdome distendido, doloroso difusamente, sem outros achados. Segundo a acompanhante, o paciente encontra-se anúrico há 12 horas.

Com base nesse caso hipotético, julgue os itens a seguir.

36. Considerando o diagnóstico de vólculo de sigmoide, a ressecção do segmento acometido com anastomose primária seria a melhor tática cirúrgica.
37. Tratando-se do paciente idoso, a presença de sigmoide redundante é fator que contribui para a patogenia de vólculo.
38. É denominado sinal de Kiewit o achado ao exame físico de abdome agudo obstrutivo por oclusões em alça fechada, em que a percussão revela a presença de distensão localizada ou sons timpânicos/metálicos.
39. Caso o referido paciente for submetido à cirurgia de Hartmann e, até o quarto dia de pós-operatório, mantiver má aceitação da dieta, deverá ser introduzida a nutrição parenteral.

D. C. C., 75 anos de idade, sexo masculino, assintomático, comparece à consulta em razão do achado ocasional de aneurisma de aorta abdominal (AAA), de 59 mm, em USG abdominal. Como antecedente pessoal patológico, relata ser tabagista, ter hipertensão e diabetes *mellitus*, e fazer uso de marca-passo. A filha do paciente demonstra ansiedade, pois relata que o avô paterno sofrera morte súbita por AAA roto. Trouxe ainda ecodoppler colorido com diagnóstico de estenose carotídea bilateral leve. Ao exame físico, nota-se palpação clínica de massa abdominal pulsátil em mesogastro, sopro carotídeo bilateral, palpação reduzida de pulsos femorais e poplíteos, pressão arterial sistólica da artéria tibial posterior direita de 72 mmHg e esquerda de 90 mmHg, pressão sistólica da artéria braquial direita de 81 mmHg e esquerda de 100 mmHg.

De acordo com o caso hipotético apresentado, julgue os itens a seguir.

40. Se necessário, é correto indicar a ressonância nuclear magnética com contraste iodado, administrado por via endovenosa, para avaliação pré-operatória do paciente, tendo em vista melhor visualização da luz do aneurisma e a respectiva anatomia.

41. Pode-se identificar pelo menos quatro fatores de risco associados à estenose carotídea no caso desse paciente.
42. Os aneurismas das artérias ilíacas ocorrem em conjunto com os aórticos em 20% dos pacientes.
43. Para esse paciente, o cálculo do índice tornozelo-braquial (ITB) é 0,9.
44. É correto afirmar que o risco de ruptura, em 12 meses, do AAA encontrado é de 30% a 50%.
45. A angiografia ainda é considerada padrão ouro na hipótese diagnóstica de doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), mas só é justificável quando um procedimento cirúrgico é aventado.
46. O tratamento clínico otimizado do paciente com obstrução arterial crônica dos membros inferiores envolve ausência de exercícios físicos, parar de fumar e controlar rigorosamente os fatores de risco, como o diabetes e a hipertensão.
47. É correto afirmar que, de forma geral, a intensidade do sopro carotídeo não tem correlação com o grau de estenose carotídea.
48. Aneurisma é definido como uma dilatação focal e permanente da artéria com um aumento de pelo menos três centímetros.
49. No caso de dissecação de aorta, é comumente encontrada em homens menores de 40 anos de idade, e estando vinculadas, na maioria das vezes, à arterite de Takayasu.

Paciente de 24 anos de idade, sexo feminino, iniciou há um dia quadro de dor em região epigástrica, de moderada intensidade, a qual migrou em 24 horas para região de fossa ilíaca esquerda. Nega uso de bebida alcoólica, tendo relato apenas de uso de omeprazol no início do quadro. Ao exame físico: regular estado geral, hipocorada (+/+4), abdome doloroso em região de fossa ilíaca bilateralmente.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

50. O fato de a dor em fossa ilíaca, ao exame físico, ser bilateral elimina a sensibilidade do sinal de Blumberg, uma vez que esse se situa em fossa ilíaca direita.
51. Considerando a topografia do apêndice em região cecal, pode-se justificar pela lei de Laplace que o ceco é uma região anatômica que se obstrui com menor frequência, e, para isso, é necessária uma obstrução em alça fechada.
52. Caso seja solicitado hemograma dessa paciente e nele sejam detectados leucócitos normais e neutrófilos aumentados (71%), pode-se afastar o diagnóstico de apendicite aguda.
53. Se, durante a ressecção do apêndice da paciente, for encontrado tumor carcinoide de 2,5 cm de diâmetro, deve-se proceder a apendicectomia com 2 cm de margem de segurança.
54. Em casos de apendicite em gestantes, é correto afirmar que, no terceiro trimestre, são geralmente considerados casos mais graves, pois o bloqueio promovido pelo omento normalmente não alcança o apêndice, logo, faz-se um bloqueio inefetivo.

L. C. C. O., três anos de idade, sexo masculino, foi levado pela mãe ao pronto-socorro após apresentar quadro súbito de dor abdominal e choro intenso, seguidos por intervalos de melhora. A mãe relatou que, no terceiro episódio de dor, a criança apresentou “fezes em geleia de morango” e vômito, fato este que a motivou a procurar assistência médica.

No que se refere a esse caso hipotético, julgue os itens a seguir.

55. Levando em consideração a idade e o quadro clínico do paciente, a principal hipótese diagnóstica seria divertículo de Meckel.
56. O divertículo de Meckel é considerado verdadeiro por conter todas as camadas da parede do intestino, e é mais comum em pacientes com doença de Crohn.
57. Nos pacientes com divertículo de Meckel, a ocorrência de intussuscepção intestinal não poderá ser considerada secundária ao divertículo.
58. A correção cirúrgica deve ser realizada por meio da tração das alças para que haja redução e posterior avaliação das mesmas quanto à viabilidade.
59. A segunda complicação mais comum do divertículo de Meckel é a obstrução intestinal, a qual pode ser causada por hérnia de Littré.
60. A obstrução intestinal mais comum, no lactente, é hérnia inguinal encarcerada.

OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

Itens de 61 a 120

Gestante de 29 semanas e um dia comparece a consulta no pronto atendimento por apresentar cefaleia e escotomas. Realizava pré-natal normal com seis consultas. Ao exame, apresentava PA de 140 mmHg x 90 mmHg, altura uterina de 23 cm, BCF de 140 bpm e colo fechado ao exame físico.

Com base nesse caso clínico, e considerando os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

61. O diagnóstico mais provável é pré-eclâmpsia leve; logo é indicada internação hospitalar.
62. O sulfato de magnésio, o diazepam e a hidantoína podem ser utilizados, como primeira escolha, para profilaxia das convulsões eclâmpticas.
63. A altura uterina encontra-se adequada para a idade gestacional, refletindo menor risco fetal no caso descrito.
64. A avaliação inicial dessa paciente inclui avaliação da função renal, hepática, hematológica e fetal.
65. A trombocitopenia pode ser encontrada em caso de síndrome de HELLP, além de perda de função hepática e hemólise.
66. O controle da pressão está indicado no caso descrito, sendo a metildopa a droga de primeira escolha.
67. A possibilidade de CIUR, se confirmada, seria provavelmente do tipo simétrico.
68. A idade materna avançada, a primigestação e a nova paternidade são fatores de risco para essa situação.

Gestante de 36 anos de idade, com IMC = 29, com perda fetal a termo prévia inicia pré-natal de gestação não planejada.

Com base nesse caso hipotético, julgue os itens a seguir.

69. Considera-se rastreio positivo para diabetes gestacional, segundo o manual de gestação de alto risco do Ministério da Saúde.
70. Estabelece-se dieta e tratamento com insulina, sempre programando a interrupção da gestação para evitar morte fetal intrauterina, se confirmado o diagnóstico de diabetes gestacional, segundo o manual de gestação de alto risco do Ministério da Saúde.
71. Deve-se manter o crescimento da circunferência abdominal fetal em valor igual a 75%, para evitar restrição de crescimento vinculado à vasculopatia diabética, se confirmado o diagnóstico de diabetes gestacional, segundo o manual de gestação de alto risco do Ministério da Saúde.
72. Aumenta-se o risco de distócia de ombro, se confirmado o diagnóstico de diabetes gestacional, segundo o manual de gestação de alto risco do Ministério da Saúde.

Secundigesta comparece à consulta com 31 semanas de gestação, relatando sangramento leve, via vaginal, e contrações. Ao exame físico, observa-se dinâmica uterina de três em 10 minutos, BCF de 150 bpm e toque vaginal com colo fino e 3 cm de dilatação.

Com base nesse caso clínico, e considerando os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

73. Deve-se realizar, imediatamente, a cesariana para evitar cabeça derradeira ou prolapso de cordão umbilical, se o feto não for cefálico.
74. É preciso afastar infecção ou condição fetal não tranquilizadora e, em seguida, tentar realizar sedação do trabalho de parto com nifedipina.
75. Devem-se utilizar antibióticos para aumentar a eficácia dos tocolíticos.
76. É necessário prescrever sulfato de magnésio, caso haja indicação de nascimento.
77. Indica-se, como via de parto, nesses casos, a obstetrícia, não sendo obrigatória a realização de episiotomia.
78. Usam-se corticoides para redução de mortalidade neonatal.

Adolescente, 15 anos de idade, chega à consulta, no posto de saúde, com teste de gestação de farmácia positivo. Não possui parceiro fixo e desconhece o momento no qual engravidou. Nega patologias ou internação hospitalar prévias, uso de drogas ou tabagismo. Abandonou os estudos na segunda série e mora em um bairro de periferia em domicílio sem água encanada.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

79. Nesse caso, consideram-se indicadores de risco gestacional baixo nível educacional, baixa renda, ser adolescente, solteira, a idade materna inferior a 16 anos, além das condições precárias de habitação.
80. Confirmando-se a gestação, é preciso orientar que o contágio por toxoplasmose ocorre pelo contato com gatos, devendo-se mantê-la afastada deles até o nascimento. Garante-se, assim, a proteção fetal contra toxoplasmose congênita.
81. Deve-se solicitar a tipagem sanguínea, pois, se a gestante tiver sangue RH positivo, elimina-se completamente a possibilidade de hemólise por incompatibilidade materno-fetal.
82. Não se confirma o diagnóstico de sífilis por meio de um teste VDRL positivo.
83. Orienta-se quanto a vacinas na gestação, sendo seguras as vacinas para influenza, hepatite B, tétano e febre amarela.
84. Garante-se ausência de risco de infecção congênita para essa gestação um teste IgG positivo e IgM negativo para rubéola, na ausência de vacinação.

Primigesta vai à emergência por apresentar contrações regulares há 10 horas. Ao exame, apresenta altura uterina de 40 cm, dinâmica de dois em 10 minutos, BCF de 140 bpm e toque vaginal com colo médio, 2 cm, 50% apagado, cefálico alto. Realizou cardiocografia categoria 1. A carteira de pré-natal, com nove consultas, não apresenta alterações.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

85. A paciente encontra-se em fase latente do primeiro período de parto, e gestantes de baixo risco devem internar em fase ativa.
86. O primeiro período de parto inicia-se no início da fase latente e termina após a expulsão do ombro anterior fetal.
87. A suspeita de uma fase latente prolongada existirá se a gestante não entrar em fase ativa nas próximas duas horas.
88. A fase latente prolongada pode ser associada a maior incidência de anormalidades durante a fase ativa de TP, maior necessidade de ressuscitação neonatal, entubação por mecônio espesso, entre outros.
89. O tratamento com misoprostol, no caso descrito, deverá ser indicado.
90. A altura uterina e a primigestação são fatores de risco para parto disfuncional.

Paciente, 23 anos de idade, procura a unidade básica de saúde para obter informações acerca de métodos anticoncepcionais, mas seu maior interesse é quanto à ligadura tubária. Tem dois filhos, ambos do mesmo parceiro, com quem possui relação estável há cinco anos. No momento, está em uso de anticoncepcional combinado, mas esquece dele com frequência e apresenta sangramento irregular. O histórico médico progresso não apresenta dados dignos de nota.

Com base nesse caso clínico, e considerando os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

91. Pela legislação brasileira, estaria apta a realizar ligadura tubária, após esclarecimento acerca de outros métodos realizados por equipe multidisciplinar, salvo situações especiais.
92. Se, pelo uso irregular, a paciente engravidasse, poderia, em caso de cesariana, realizar a ligadura durante o procedimento.
93. O índice de Pearl do contraceptivo oral para essa paciente é menor que 1.
94. Considerando a idade da paciente e tendo em vista tratar-se de risco anestésico ASA 1, caso realizasse a videolaparoscopia, não precisaria de exames pré-operatórios.
95. Após a videolaparoscopia para ligadura tubária, não há necessidade de realização de histerosalpingografia comprobatória.

Paciente, 32 anos de idade, nuligesta, é encaminhada ao hospital. É referência terciária por apresentar dor em baixo ventre, como uma pontada, que ocorre de modo intermitente, mas piora no período menstrual, associado à dispareunia profunda. Realizou ecografia transvaginal normal na unidade de saúde e possui citopatológico de colo recente demonstrando inflamação. Possui parceiro fixo há dois anos e faz uso de preservativo.

Considerando essa situação hipotética, julgue os itens a seguir.

96. Essa paciente é portadora de dor pélvica crônica, mas há grande possibilidade de que não seja encontrada a causa para tal sintomatologia.
97. A endometriose pode ser afastada, considerando que a ecografia se encontra normal.
98. O histórico da paciente pode levar a diversas hipóteses diagnósticas: endometriose, dismenorreia, aderências ou sequela de doença inflamatória pélvica, entre outras.
99. O uso de anticoncepcionais combinados pode ajudar no tratamento dessa paciente.
100. A orientação pelo risco de alteração perene na voz deve existir, caso o diagnóstico seja endometriose e se optar pelo tratamento com danazol.

Paciente, 24 anos de idade, vai a consulta na emergência com queixa de sangramento há 10 dias, em grande volume. Não faz uso de contraceptivo hormonal e queixa-se de irregularidade menstrual desde a menarca. Possui 1,57 m e peso de 82 kg.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

101. Pode-se afirmar que a paciente apresenta menorragia.
102. Precisa-se afastar causas orgânicas, como gestação, causas hormonais ou tumores, para poder afirmar que se trata de um sangramento disfuncional.
103. Pode-se afirmar que a causa mais provável de sangramento disfuncional nessa paciente é a anovulação, após afastar gestação e causas orgânicas.
104. Pode-se realizar o tratamento com ácido tãdrexânico, para casos como esses.

Paciente, 40 anos de idade, vai ao posto de saúde para revisão. Ao exame físico, observa-se aumento do volume uterino. Fez uso de anticoncepcional oral combinado por 15 anos, com pausas apenas para suas gestações, há 15 e 13 anos, respectivamente. Após, iniciou com anticoncepcional apenas de progesterona, pois é tabagista. Nega dispareunia, alterações urinárias ou outras queixas. Foi solicitada ECO transvaginal, que demonstrou útero de 550 cm³, com diversos miomas; o maior possui 6 cm.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

105. Os sintomas são relacionados diretamente ao tamanho, ao número e à localização dos leiomiomas; os subserosos produzem frequentemente sangramentos irregulares.
106. A paciente deve ser encaminhada à referência terciária para realização de histerectomia.
107. Uma abordagem cirúrgica conservadora, com miomectomia, deve ser oferecida nesse caso.
108. O anticoncepcional em uso pela paciente pode estar relacionado ao crescimento uterino.

Paciente, 24 anos de idade, comparece a consulta por apresentar atraso menstrual de quatro meses. Nega relações sexuais ou uso de contraceptivos. Ao exame, observa-se IMC de 30, além da presença de hirsutismo e acne.

Considerando a situação apresentada, julgue os itens a seguir.

109. Diante desse quadro, uma disfunção ovariana é provável e deve ser investigada.
110. Se o FSH vier alto com estradiol baixo, confirma-se o diagnóstico de SOP.
111. Se o FSH e o estradiol vieram baixos, mas um ciclo curto de estrogênio e progesterona induzir menstruação, pode-se diagnosticar hipogonadismo hipogonadotrófico.
112. Feito o diagnóstico de SOP, pode-se iniciar com anticoncepcionais orais.
113. A ultrassonografia transvaginal confirma o diagnóstico de SOP nessa paciente, quando evidenciar a aparência policística dos ovários (12 ou mais folículos com 2 mm a 9 mm e (ou) volume ovariano > 10 cm³ em pelo menos um ovário).

Paciente leva à consulta a própria filha de 14 anos de idade, pois está preocupada com o desenvolvimento corporal dela. Além de não ter ocorrido a menarca, não se observa desenvolvimento de pelos, nem de mamas.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

114. As hipóteses de neoplasia do sistema nervoso central, neoplasia de hipófise ou hipotireoidismo são aceitáveis.
115. A dosagem de estradiol e FSH estando baixas, deve-se realizar exame de imagem do crânio.
116. A etiologia mais comum do hipogonadismo hipogonadotrófico é a neoplasia de hipófise.

Pacientes, 22 anos de idade, apresenta dor pélvica de início súbito, associada a febre e leucorreia com odor fétido. Nuligesta, faz uso de anticoncepcional oral combinado.

Com base nesse caso clínico, e considerando os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

- 117.** Ao se afastarem outras causas de dor pélvica aguda, como torções anexiais, apendicite ou outras, deve-se pensar em doença inflamatória pélvica (DIP), que é uma síndrome clínica secundária à ascensão de microrganismos da vagina e (ou) endocérvice ao trato genital feminino, acometendo útero, tubas uterinas, ovários, superfície peritoneal e (ou) estruturas contíguas do trato genital superior.
- 118.** O uso de anticoncepcionais orais apresenta maior risco de DIP clínica.
- 119.** O dispositivo intrauterino (DIU) confere alto risco para o desenvolvimento de DIP e está contraindicado em pacientes sem parceiro fixo.
- 120.** O tratamento deve ser sempre instituído diante de um quadro clínico suspeito de DIP.

Área livre