



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2018, DE 5 DE OUTUBRO DE 2017

PROGRAMAS – GRUPO 005

Mastologia (513)

Data e horário da prova:

*Domingo,
3/12/2017, às 14h*

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas 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 da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Liberdade é o espaço que a felicidade precisa.

- 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 da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos ou apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova 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 na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, escreva apenas no(s) campo(s) a ser(em) corrigido(s), conforme instruções na folha de respostas.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem pode conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

Realização **iades** | Instituto Americano de Desenvolvimento

Informações: (61) 3574-7200
www.iades.com.br

CIRURGIA GERAL

Itens de 1 a 60

Um senhor de 70 anos de idade, hipertenso, diabético, com adequado controle clínico de suas comorbidades, durante consulta de rotina com seu médico de família, queixou-se de abaulamento na região inguinal esquerda ao fazer esforços físicos. O paciente relatou que o abaulamento havia aumentado no último ano e que vinha sentindo dores no local. Ao exame físico, apresentou hérnia inguinal esquerda redutível, sem sinais de encarceramento.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

1. Segundo a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA), para estimar o risco perioperatório, o paciente do caso clínico apresentado seria enquadrado como ASA II.
2. As hérnias são mais frequentes no sexo masculino. Nas mulheres, as hérnias mais prevalentes são as femorais e as umbilicais.
3. No que se refere à anatomia da região inguinal, é correto afirmar que existe uma porção da *fascia transversalis* mais vulnerável, conhecida como triângulo de Hasselbach, cujos limites são compostos, inferiormente, pelo ligamento inguinal; medialmente, pela bainha lateral do músculo reto abdominal; e, lateralmente, pelos vasos epigástricos superiores.
4. As hérnias inguinais indiretas acontecem quando o conduto peritônio-vaginal mantém-se patente. Se a patência for total, o saco herniário atingirá a bolsa escrotal.
5. Anatomicamente, as hérnias inguinais podem ser classificadas como diretas, quando a protrusão ocorre medialmente aos vasos epigástricos; ou indiretas, quando a protrusão é lateral aos vasos epigástricos sendo as hérnias diretas as mais comuns.
6. Uma das técnicas de correção cirúrgica da hérnia inguinal é a técnica de Lichtenstein. Nessa técnica, o reforço da parede posterior é feito com tela de polipropileno, com reparo livre de tensão.
7. Para o paciente do caso clínico apresentado, os exames pré-operatórios solicitados para a realização de herniorrafia eletiva seriam apenas ECG, função renal e glicemia.

Durante a madrugada, paciente do sexo feminino, de 40 anos de idade, sem comorbidades, deu entrada na emergência com dor tipo cólica no hipocôndrio direito. A dor iniciou-se havia mais de 6 horas, após um jantar de confraternização com amigos. Referiu episódios prévios, porém com duração menor e alívio com analgesia simples. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, anictérica, afebril, com IMC = 30 e com sinal de Murphy positivo. Os exames laboratoriais mostraram leucocitose com desvio à esquerda. A ecografia abdominal revelou vesícula biliar com paredes espessadas e cálculo no infundíbulo.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

8. Dor prolongada, leucocitose com desvio, sinal de Murphy positivo e vesícula com paredes espessadas à ecografia sugerem o diagnóstico de colecistite aguda calculosa, cujo tratamento definitivo é a colecistectomia, preferencialmente por via videolaparoscópica.

9. Todos os casos de colelitíase, independentemente de apresentarem sintomatologia, devem ser tratados com colecistectomia em razão do risco aumentado de desenvolvimento de neoplasia de vias biliares.
10. O exame que apresenta maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de colecistite é a ecografia abdominal, sendo, inclusive, melhor que a tomografia abdominal.
11. De acordo com a classificação da ASA, a paciente do caso clínico apresentado seria considerada ASA I. Essa classificação vai de I a VI, sendo enquadrado como ASA VI o paciente em morte cerebral mantido em perfusão e ventilação controlada.
12. A maioria dos cálculos de vesícula biliar – cujos fatores de risco para formação incluem obesidade, história familiar, sexo feminino e dieta rica em gorduras – são formados por colesterol.
13. Se a paciente do caso clínico estivesse grávida e fosse possível, o ideal seria protelar a colecistectomia até o 3º trimestre gestacional, período com menor risco de complicações fetais.

Adolescente, do sexo masculino, de 16 anos de idade, referiu dor abdominal em mesogástrico e inapetência. No dia seguinte, a dor migrou para a fossa ilíaca direita e o paciente começou a apresentar febre e vômitos. Ao exame físico, apresentou bom estado geral, frequência cardíaca = 111 bpm, temperatura axilar = 38 °C, PA = 120 mmHg x 80 mmHg. Apresentou, também, abdômen depressível, com dor à descompressão súbita no ponto de McBurney.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

14. A escala de Alvarado, ferramenta usada para auxiliar no diagnóstico de apendicite, considera sinais, sintomas e leucograma; e utiliza pontuação que varia de 1 a 10.
15. Ao exame físico, podem-se pesquisar alguns sinais que auxiliam no diagnóstico de apendicite. O sinal de Lapinsky é um exemplo e consiste no surgimento de dor na fossa ilíaca direita após compressão da fossa ilíaca esquerda.
16. Apendicectomia não supurada é considerada cirurgia infectada, sendo obrigatória a antibioticoprofilaxia.
17. A apendicite é a causa mais comum de abdome agudo.
18. O apêndice é derivado do intestino médio, sendo inervado por fibras simpáticas e parassimpáticas através do plexo mesentérico inferior.
19. Além da apendicite, estão inclusas, como possibilidades no diagnóstico diferencial de dor no quadrante inferior direito do abdome, as seguintes condições: gravidez ectópica rota, cálculo ureteral, diverticulite de sigmoide, doença inflamatória pélvica e abscesso de psoas.

Área livre

Paciente, do sexo feminino, de 55 anos de idade, cirurgiã, vinha notando cansaço progressivo em ambas as pernas, acompanhado de inchaço e ardência. As queixas pioravam com o decorrer do dia. Em consulta com seu médico assistente, foi orientada a consultar um cirurgião vascular para avaliar varizes em membros inferiores.

No que se refere à doença venosa periférica, e considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

20. Varizes primárias desenvolvem-se espontaneamente, associando-se a um sistema venoso profundo normal. Varizes secundárias são decorrentes de trombose venosa profunda, malformação de veias profundas e fístulas arteriovenosas; e podem levar a insuficiência venosa crônica.
21. Após exame físico, as varizes dessa paciente poderão ser classificadas em um dos seis estágios da doença venosa crônica (classificação CEAP): telangiectasias, varizes, edema, alterações de pele, úlcera cicatrizada e úlcera ativa.
22. Essa paciente apresenta fatores de risco bem estabelecidos para doença venosa crônica: é do sexo feminino e permanece em ortostatismo prolongado em razão da sua profissão. Além desses, também são fatores de risco para doença venosa crônica a história familiar positiva, a obesidade e a gestação.
23. As úlceras venosas costumam estar próximas ao maléolo lateral e possuir bordas regulares e base seca. Já as úlceras arteriais localizam-se no maléolo medial e apresentam bordas irregulares com fundo vermelho escuro e exsudativo.
24. A dor não é proporcional ao grau de dilatação das varizes, podendo-se encontrar pacientes com varizes calibrosas sem dor, e pacientes com veias dérmicas pequenas, com bastante dor e incômodo locais.
25. O tratamento clínico para essa paciente inclui evitar os fatores de risco; manter os membros inferiores elevados durante a noite; e usar meias elásticas e medicamentos flebotônicos. O uso de medicamentos que aumentem o tono venoso por cerca de 6 meses resulta em melhora sintomática por vários anos subsequentes.
26. As varizes primárias dos membros inferiores devem receber tratamento cirúrgico para resolução do problema estético e correção do distúrbio hemodinâmico.
27. Pacientes com úlcera venosa precisam esperar a cicatrização completa da ferida antes de se submeterem a tratamento cirúrgico.

Homem de 65 anos de idade, branco, tabagista e hipertenso, descobriu, em consulta de rotina com cardiologista, uma massa abdominal pulsátil. O médico solicitou uma ecografia abdominal total que diagnosticou um aneurisma de aorta abdominal de 4 cm de diâmetro.

No que se refere a aneurismas de aorta abdominal, e considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

28. A diabetes é um fator de risco independente para a formação de aneurismas de aorta abdominal.
29. O aneurisma de aorta abdominal, além de ser mais prevalente nos homens, apresenta pior evolução e maior risco de ruptura nos pacientes do sexo masculino.

30. Para os homens, indica-se o tratamento cirúrgico eletivo quando o diâmetro do aneurisma de aorta abdominal ultrapassa os 5,5 cm, e, para as mulheres, existe a tendência de indicar cirurgia quando o diâmetro for maior que 4,5 cm.
31. A maioria dos pacientes com aneurisma de aorta abdominal são assintomáticos, sendo a dilatação aneurismática um achado incidental ao exame físico ou em ecografia abdominal.
32. Caso a escolha para o tratamento cirúrgico do paciente do caso clínico em questão seja a correção endovascular do aneurisma, tratamento que apresenta menor morbimortalidade no período pós-operatório imediato e alta morbimortalidade precoce, ele deve ser acompanhado com angiotomografia de controle 1 mês após o procedimento, 12 meses após a cirurgia e anualmente a partir de então.
33. A tríade clássica dor abdominal, massa abdominal pulsátil e hipotensão está presente em 70% dos casos de ruptura de aorta abdominal.

Paciente de 70 anos de idade, do sexo masculino, sentia-se cansado e desanimado ultimamente. Seus familiares achavam que ele havia emagrecido bastante nos últimos meses, apesar de não estar fazendo dieta para emagrecer. Sempre foi um homem saudável e não usava medicações de uso contínuo. Notou que suas fezes estavam com menor calibre. Procurou seu médico, iniciou investigação e foi diagnosticado com neoplasia de cólon.

No que se refere à neoplasia de cólon, e considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

34. O câncer colorretal tem fatores de risco predominantemente ambientais e relacionados a hábitos dietéticos, tendo pouco significado a história familiar positiva para a doença.
35. Pacientes com quadro de colite durante longos períodos estão sob risco de desenvolver neoplasia colorretal.
36. Tumores do cólon direito estão mais relacionados à anemia ferropriva. Já pacientes com tumores do cólon esquerdo (como o paciente do caso clínico) podem relatar que as fezes ficam mais finas, conhecidas como fezes em fita.
37. Para concluir o diagnóstico do paciente desse caso, além da colonoscopia, é necessário medir a dosagem de CEA, pois esse marcador apresenta elevada sensibilidade.
38. Dietas ricas em vegetais, fibras e alimentos ricos em cálcio, ácido fólico e vitamina C parecem exercer efeito protetor contra o desenvolvimento das neoplasias colorretais.
39. Sendo o tumor colorretal uma das neoplasias mais prevalentes no mundo, o paciente desse caso deveria ter iniciado o rastreamento do tumor, preferencialmente com colonoscopia, a partir dos 50 anos de idade.
40. O principal sítio metastático de adenocarcinoma de cólon é o peritônio.
41. Nos casos de adenocarcinoma com doença metastática, a ressecção das lesões não é recomendada, pois não há evidência de aumento da sobrevida dessa população.

A.T.C., de 75 anos de idade, tabagista de longa data, hipertenso, ex-trabalhador da indústria petroquímica, procurou serviço médico, pois estava urinando sangue. Não havia queixas de disúria, secreção uretral ou lesão em genitália. O médico, então, levantou a suspeita de neoplasia de bexiga.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

42. O tabagismo e o contato com hidrocarbonetos aromáticos, relatados pelo paciente, são fatores de risco importantes para a neoplasia vesical.
43. A conduta adequada, nesse caso, seria a solicitação de tomografia abdominal com contraste, seguida de cistoscopia. É correto indicar ressecção transuretral diagnóstica e terapêutica, caso haja, lesão suspeita de malignidade, pois a maioria das lesões malignas de bexiga são superficiais e não invasivas.
44. Se a neoplasia vesical de A.T.C. invadir a camada muscular, o tratamento apenas com ressecção transuretral, não será suficiente, devendo-se optar por quimioterapia e cistectomia parcial.
45. Para a doença metastática da neoplasia vesical, não é indicado tratamento com intenção curativa, apenas paliativa.
46. Para o acompanhamento ambulatorial desse paciente, após tratamento cirúrgico de neoplasia de bexiga, devem ser solicitados os seguintes exames: tomografia de abdome e pelve, cistoscopia e citologia urinária.

Paciente de 70 anos de idade, sexo feminino, descendente de alemães e moradora do interior do Rio Grande do Sul, consultava regularmente a dermatologista para acompanhamento de diversos nevos melanocíticos. Um desses nevos, no antebraço, apresenta prurido, ulceração e sangramento. Foi levantada a possibilidade diagnóstica de melanoma.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

47. As principais formas clínicas de melanoma são: lentigo maligno; extenso superficial; nodular; mucoso; lentiginoso acral; e amelanótico.
48. Provavelmente, a paciente apresenta a forma lentigo maligno, que é a forma mais comum de miloma (cerca de 70% dos casos). Essa lesão é superficial, *in situ*, quase exclusiva de áreas expostas ao sol, e é a lesão com melhor prognóstico.
49. Assimetria, bordas irregulares, cores variadas, diâmetro > 6 mm e aumento da espessura são sinais que, nos nevos pigmentados, sugerem diagnóstico de melanoma.
50. A classificação de Breslow mede a espessura, em profundidade, do melanoma, enquanto a classificação de Clark avalia a invasão longitudinal em relação à pele.
51. Pele, pulmão, fígado, sistema nervoso central, ossos e trato gastrointestinal são sítios metastáticos do melanoma, sendo as metástases do sistema nervoso a principal causa de óbito.
52. Após biópsia excisional da lesão da paciente, com margem mínima de 2 mm e confirmação anatomopatológica para melanoma, devem-se ampliar as margens iniciais, conforme o índice de Breslow.

Paciente, 40 anos de idade, do sexo feminino, procurou atendimento médico por queixa de queimação retroesternal e regurgitação havia mais de 6 meses. Negava náusea, vômitos, disfagia ou perda de peso involuntária. Estava obesa e era tabagista desde os 15 anos de idade. Refere-se tosse crônica havia 2 meses. Não usava medicações de uso contínuo além do anticoncepcional oral. Durante a consulta, a paciente recebeu o diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico e saiu do consultório com prescrição de inibidor de bomba de prótons.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionado, julgue os itens a seguir.

53. O tratamento prescrito está errado, pois deveria ter sido solicitada endoscopia digestiva alta para confirmar o diagnóstico.
54. A substância P e a gastrina estão associadas à diminuição do esfíncter esofágico inferior, o que provoca os sintomas da doença do refluxo gastroesofágico.
55. Na investigação da tosse crônica da paciente, a doença do refluxo gastroesofágico deve entrar no diagnóstico diferencial desse sintoma, pois manifestações pulmonares são consideradas manifestações atípicas dessa doença.
56. A endoscopia digestiva alta tem elevada sensibilidade e especificidade para o diagnóstico da doença do refluxo gastroesofágico, sendo considerada padrão ouro para esta doença.
57. As principais classificações endoscópicas para avaliar esofagite de refluxo são Savary-Miller e Los Angeles, sendo as erosões as soluções de continuidade > 3 mm limitadas à mucosa e com a úlcera atingindo a camada muscular da mucosa.
58. Uma das complicações da doença do refluxo é o esôfago de Barrett, o qual deve ser acompanhado com endoscopias seriadas, pois há risco de desenvolvimento de adenocarcinoma esofágico.
59. A funduplicatura de Nissen, ou parcial, é o tratamento cirúrgico de escolha para a doença do refluxo gastroesofágico, para a qual se deve sempre solicitar, antes da cirurgia, pHmetria de 24h para confirmar o diagnóstico.
60. Um dos sintomas que pode haver no pós-operatório imediato da paciente, caso ela seja submetida à funduplicatura de Nissen, é a disfagia, em razão do edema no hiato esofágico gerado pela dissecação durante a cirurgia.

OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

Itens de 61 a 120

Primigesta com 6 semanas de gestação vai a consulta para iniciar o pré-natal. Refere ter lúpus eritematoso sistêmico (LES) e estar em uso de hidroxicloroquina; refere também que a doença está inativa há 1 ano.

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

61. Anemia e trombocitopenia leve são alterações fisiológicas da gravidez, as quais, por sua vez, podem confundir-se com a atividade da doença.
62. A gestação em pacientes com LES está associada a um maior número de complicações, tais como: nascimento pré-termo, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento fetal e trombose.

Paciente de 25 anos de idade refere irritabilidade, vontade de chorar, distensão abdominal, aumento de peso e compulsão por doces nos dias que antecedem a menstruação. Não faz uso de contraceptivo hormonal e nega doenças crônicas ou uso de medicações. Relata que esses sintomas estão prejudicando suas relações interpessoais.

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

63. O diagnóstico provável é de síndrome pré-menstrual (SPM), porém é necessária uma avaliação prospectiva acurada por meio da realização de diários de registro de sintomas por pelo menos 2 ou 3 meses consecutivos.
64. A SPM deve ser diferenciada de outros sintomas psiquiátricos que podem se exacerbar no período pré-menstrual.
65. O manejo inicial da SPM consiste em educação e orientação da paciente e dos familiares. O tratamento deve ser individualizado, iniciando com intervenções no estilo de vida.
66. Como os sintomas ocorrem na fase lútea tardia, que coincide com a redução dos níveis plasmáticos de progesterona, a suplementação desse hormônio é o tratamento de escolha.
67. Os inibidores seletivos da recaptção da serotonina são considerados fármacos de primeira linha no tratamento da SPM, especialmente nos casos em que predominam os sintomas psicológicos.

Menina de 16 anos de idade, com menarca aos 14 anos e 6 meses de idade, apresenta menorragia há 10 dias. Refere ciclos oligomenorreicos desde a menarca e que já houve sangramentos aumentados anteriormente. Nega outras queixas. Há 1 ano, iniciou atividade sexual e faz uso de camisinha como método contraceptivo. Nega doenças crônicas ou uso de medicações.

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

68. Pela história ginecológica, ciclos anovulatórios por imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário poderão ser a causa do sangramento uterino anormal.
69. Deve-se realizar ultrassonografia transvaginal e, se houver ovários micropolicísticos, o diagnóstico de síndrome do ovário policístico (SOP) estará firmado.
70. Em paciente em idade reprodutiva com sangramento anormal, é mandatória a investigação de gravidez.
71. Pelo histórico dos ciclos menstruais e pela idade da paciente, deve-se descartar coagulopatia.
72. Na avaliação inicial dessa paciente, deve-se solicitar beta-hCG, TSH e prolactina.

Paciente de 48 anos de idade, G2P2, hígida, assintomática, apresenta ciclos oligomenorreicos a cada 60-90 dias. Apresenta ultrassonografia transvaginal que evidencia mioma intramural de 4,0 cm em parede posterior, que distorce a linha endometrial.

Com base no caso clínico e nos conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

73. Pela idade da paciente e pelo tipo de mioma, o melhor tratamento é a histerectomia.
74. O melhor tratamento é a miomectomia por se tratar de mioma intramural com componente submucoso.
75. Não há indicação de tratamento cirúrgico do mioma, pois a paciente está assintomática e na perimenopausa.

Paciente de 23 anos de idade refere leucorreia clara, mucoide, sem odor fétido ou prurido. Relata que a secreção aumenta no período fértil, ficando menos transparente após a ovulação. Acha incômodo, pois por vezes molha a roupa íntima. Nega atividade sexual no último ano.

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

76. A secreção vaginal fisiológica sofre influências hormonais, orgânicas e psíquicas.
77. O aspecto da secreção pode variar conforme a fase do ciclo menstrual.
78. A presença de secreção genital aumentada sempre traduz um quadro infeccioso.
79. A flora bacteriana normal da vagina é composta principalmente por lactobacilos, que convertem o glicogênio em ácido láctico para manutenção do pH vaginal normal.
80. No meio do ciclo, pode-se observar maior quantidade de muco por ação da progesterona sobre o epitélio glandular do colo uterino.
81. A presença de ectopia no colo uterino é causa de mucorreia.

Paciente de 30 anos de idade refere leucorreria aumentada e fétida há 7 dias. Refere piora do odor após as relações sexuais. Ao exame especular, evidencia-se leucorreia homogênia branco-acinzentada aderida às paredes vaginais. *Whiff test* positivo.

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

82. Entre mulheres em idade reprodutiva, a vaginose bacteriana (VB) é a principal causa de alterações da secreção vaginal.
83. Deve-se tratar as pacientes com VB sintomáticas, assim como as assintomáticas e seus parceiros sexuais, de forma sistemática.
84. O tratamento de escolha da VB é o metronidazol por via oral por 7 dias.
85. A VB está associada ao parto pré-termo, à ruptura prematura de membranas e à endometrite pós-parto.

Área livre

Paciente de 45 anos de idade vai à unidade básica de saúde (UBS) para fazer exames da mama, pois a mãe teve diagnóstico de câncer mamário aos 60 anos de idade, o que lhe causa preocupação.

Considerando essa situação e os conhecimentos médicos a ela relacionados, julgue os itens a seguir.

86. Há risco aumentado em mulheres com casos da doença em parentes de primeiro grau, sendo o risco maior quando o câncer de mama ocorreu antes da menopausa.
87. A mamografia é o único método de rastreamento comprovadamente eficaz para reduzir a mortalidade por câncer de mama.
88. Mamas densas é um fator de risco para câncer de mama e esse fator está associado à redução da sensibilidade da mamografia.

Mulher de 30 anos de idade, G1P1, quer um método contraceptivo seguro, pois não deseja mais ter filhos. Refere ter parceiro único. Nega tabagismo e comorbidades, exceto enxaqueca com aura.

Acerca desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

89. O uso de anticoncepcional combinado oral está contraindicado para essa paciente, ou seja, é categoria 4 nos critérios de elegibilidade da Organização Mundial de Saúde (OMS).
90. O uso do DIU de cobre nessa paciente é classificado como categoria 1 nos critérios de elegibilidade da OMS.
91. O uso do anel vaginal nessa paciente é classificado como categoria 2 nos critérios de elegibilidade da OMS.
92. O uso do adesivo transdérmico nessa paciente é classificado como categoria 2 nos critérios de elegibilidade da OMS.

Primigesta com 10 semanas de gestação vai à sua primeira consulta de pré-natal referindo cansaço, pirose, polaciúria e constipação intestinal. Nega disúria ou febre.

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

93. As queixas da paciente estão associadas às adaptações fisiológicas do organismo materno à gestação, sendo a pirose secundária relacionada ao aumento do estrogênio, que retarda o esvaziamento gástrico e reduz o tônus do esfíncter esofágico inferior.
94. A progesterona provoca hipotonia na musculatura lisa do trato gastrointestinal, retardando o trânsito intestinal; associada à maior absorção de líquidos e consequente ressecamento das fezes, a hipotonia provoca a constipação intestinal.
95. As alterações renais e das vias urinárias decorrentes de fatores mecânicos ou hormonais elevam a chance da ocorrência de processos infecciosos. Nesse sentido, deve-se rastrear bacteriúria assintomática na gestação, com o intuito de evitar pielonefrite.

Paciente, G2P1, com 14 semanas de gestação, vai à segunda consulta de pré-natal, levando os exames solicitados há 30 dias. O único exame alterado é um anti-HIV positivo, que foi repetido e confirmado.

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

96. O objetivo principal da atenção pré-natal em gestantes HIV-soropositivas é a prevenção da transmissão materno-infantil do HIV por meio do uso adequado da terapia antirretroviral, da escolha da melhor via de parto e do preparo da gestante para não amamentação do seu filho.
97. Independentemente da contagem de CD4, a terapia antirretroviral deve ser oferecida a todas as gestantes infectadas pelo HIV.
98. Na gravidez, deve-se dar preferência à monoterapia na prevenção da transmissão materno-infantil do HIV.
99. Na escolha da via de parto, se a carga viral for superior a 1.000 cópias/mL, deve ser realizada cesariana eletiva a partir das 38 semanas de gestação.
100. Nas gestantes com carga viral indetectável desde as 34 semanas de gestação, não é indicada a Zidovudina injetável durante o parto.

Primigesta fez sua primeira ultrassonografia com 8 semanas de gestação, evidenciando gestação gemelar.

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

101. A corionicidade é melhor definida à ultrassonografia no primeiro trimestre e é determinante para o prognóstico perinatal.
102. Tratamento para infertilidade, hereditariedade e idade materna são fatores relacionados à ocorrência de gemelaridade.
103. Baixo peso ao nascimento e prematuridade são as principais causas do aumento da morbimortalidade em gestações múltiplas.
104. Na gemelaridade dizigótica, a placentação é sempre dicoriônica e diamniótica.
105. Nas gestações múltiplas, há aumento da morbimortalidade fetal e não materna.

Primigesta, com 34 semanas de gestação, apresenta suspeita ultrassonográfica de restrição de crescimento fetal (RCF), com peso fetal no percentil 5.

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

106. Anemia materna, tabagismo, anormalidades cromossômicas fetais e infecções fetais são fatores de risco/causas de RCF.
107. A determinação exata da idade gestacional é fundamental para a realização do provável diagnóstico de RCF.
108. A avaliação com dopplerfluxometria dos vasos fetais tem potencial de redução da mortalidade fetal.

109. A associação entre oligodramnia e RCF é mais observada nos fetos com insuficiência uteroplacentária.
110. A escolha da via de parto deve ser individualizada, conforme a etiologia da RCF, o grau de comprometimento fetal, a evidência de acidemia, a idade gestacional e a quantidade de líquido amniótico.

Paciente, G4P3, tabagista, com 36 semanas de gestação, chega à emergência obstétrica com sangramento vaginal de grande quantidade e dor abdominal. Pré-natal sem intercorrências até então. Ao exame, PA = 70 mmHg x 40 mmHg, frequência cardíaca materna de 105 bpm, abdome hipertônico e dolorido ao toque, batimentos cardíofetais de 90 bpm, toque vaginal com colo centrado, fino, com 3 cm de dilatação, cefálico e bolsa íntegra.

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

111. O quadro clínico é compatível com descolamento prematuro de membranas.
112. A conduta adequada é reposição volêmica e cesariana de emergência.
113. A conduta adequada é realizar reposição volêmica, amniotomia e aguardar parto vaginal.
114. Faz parte da abordagem do quadro a avaliação laboratorial do estado geral e da coagulabilidade do sangue, além da tipagem sanguínea.
115. Nesses casos, pode haver coagulopatia de consumo associada.
116. O tabagismo é um fator de risco para o quadro apresentado pela paciente.

Primigesta com 34 semanas de gestação chega à emergência obstétrica referindo cefaleia e mal-estar. Relata pré-natal sem intercorrências e não faz uso de medicações no momento. Ao exame, evidencia-se PA = 150 mmHg x 90 mmHg, altura uterina de 30 cm, batimentos cardíofetais de 140 bpm, movimentação fetal presente, ausência de dinâmica uterina e presença de edema em membros inferiores e face.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

117. A conduta adequada é deixar a paciente em observação para ver se a pressão melhora com o repouso. Havendo melhora dos níveis tensionais, a paciente poderá ser liberada.
118. Deve-se avaliar a vitalidade fetal e rastrear pré-eclâmpsia.
119. Na presença de eclâmpsia ou síndrome Hellp, está indicada a interrupção da gestação, mesmo se tratando de feto prematuro.
120. Na prevenção da eclâmpsia, a droga de escolha é o sulfato de magnésio.

Área livre