



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA (ESP-PB)
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME)

PROCESSO SELETIVO
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS MÉDICAS
EDITAL Nº 022/2022, de 08 de Dezembro de 2022.

CADERNO DE QUESTÕES

► PROVA DE ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA ◀ PRÉ REQUISITO GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

DATA DA PROVA: 22/01/2023

DURAÇÃO TOTAL: 03 HORAS (08:30 às 11:30h)

ORIENTAÇÕES AO CANDIDATO:

- Você receberá do fiscal de sala o seguinte material:
 - ✓ Este caderno de questões;
 - ✓ Um cartão-resposta destinado à marcação das questões.
- **Confira este material** assim que recebê-lo e, caso contenha algum erro, comunique ao fiscal.
- Após a conferência, assine o cartão-resposta no espaço destinado.
- Não dobre, amasse e/ou rasure o cartão-resposta, pois ele não será substituído.
- Este caderno tem um total de 30 (trinta) questões.
- Para cada questão são apresentadas 05 (cinco) alternativas de resposta (a, b, c, d, e), devendo o candidato **escolher apenas uma** e, utilizando caneta esferográfica azul ou preta, preencher completamente o círculo correspondente no cartão-resposta.
- As respostas das questões deverão, obrigatoriamente, ser transcritas para o cartão-resposta, que será o único documento válido utilizado na correção eletrônica.
- Não serão prestados esclarecimentos sobre o conteúdo da prova durante a sua aplicação.
- O candidato não poderá se ausentar da sala antes de transcorrida uma hora de início da prova.

Boa prova!
Comissão do Processo Seletivo

MODELO GABARITO

1 -	2 -	3 -	4 -	5 -
6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
11 -	12 -	13 -	14 -	15 -
16 -	17 -	18 -	19 -	20 -
21 -	22 -	23 -	24 -	25 -
26 -	27 -	28 -	29 -	30 -

► **PROVA DE ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA** ◀
PRÉ-REQUISITO GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

1) Gestante, 16 anos, G1P0, vem para sua primeira consulta pré-Natal referindo estar no quinto mês de gravidez. Refere coitarca aos 13 anos e nega relacionamento conjugal estável. Na assistência a essa usuária, o profissional de saúde realizou os testes rápidos na unidade básica sendo detectado teste positivo para Sífilis. Diante do achado, qual a **MELHOR CONDUTA** a ser adotada:

- a) Tranquilizar a gestante e pedir que ela repita o teste num segundo momento para confirmação diagnóstica.
- b) Solicitar o VDRL quantitativo e pedir que a gestante retorne com 7 dias para mostrar o resultado e iniciar o tratamento caso se confirme o diagnóstico.
- c) Solicitar teste treponêmico e iniciar Penicilina benzatina na dose de 1,2 milhões de unidades internacionais, semanalmente, durante 2 semanas.
- d) Iniciar o tratamento com Penicilina benzatina mesmo antes de outro teste confirmatório, durante 3 semanas.
- e) Solicitar o VDRL e só tratar se vier com titulação maior que 1:16.

2) A assistência Pré-Natal é uma oportunidade para a promoção à saúde da mulher e nesse período é possível diagnosticar diversas afecções que podem comprometer a saúde materna e fetal. A Toxoplasmose é uma infecção com grande importância epidemiológica em razão das repercussões fetais durante a primoinfecção na gestação e sobre ela é **INCORRETO** afirmar:

- a) É uma doença infecciosa causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii* e apresenta quadro clínico variado, desde infecção assintomática, autolimitada a manifestações sistêmicas graves.
- b) É considerado como caso suspeito quando há detecção de DNA do *Toxoplasma gondii* em amostra de líquido amniótico, em tecido placentário, fetal ou de órgãos independente do perfil sorológico.
- c) Diante de um rastreio positivo, o teste de avidéz do IgG deve ser solicitado até 16 semanas de gravidez pois, após esse período, uma alta avidéz não descarta a infecção adquirida durante a gestação.
- d) Caso o diagnóstico seja feito antes de 16 semanas de gestação, o tratamento deve ser iniciado com Espiramicina 3g/dia e, caso se confirme a infecção fetal, deve-se trocar o esquema por Sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico até o parto.
- e) A maioria dos casos de toxoplasmose em gestantes e recém-nascidos (RN) são assintomáticas ou com sintomas inespecíficos.

3) Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou uma série de medidas e orientações sobre as Boas práticas na assistência ao Trabalho de Parto e parto, apresentando um modelo global de atendimento intraparto, que leva em conta a complexidade e a natureza diversificada dos modelos predominantes de atendimento e da prática contemporânea. Sobre essas recomendações, é **INCORRETO** afirmar:

- a) Considerar que a duração normal do primeiro estágio é controversa e variável para cada paciente, geralmente não se prolongando mais de 12 horas em nulíparas e 10 horas em múltiparas, não necessitando intervenções.
- b) Não se recomenda tricotomia, enemas e embrocação vaginal de rotina na assistência ao trabalho de parto e parto.

- c) Ocitocina deve ser utilizada sempre que se optar por analgesia de parto devido o elevado risco de atonia uterina.
- d) A Episiotomia deve ser evitada de forma rotineira assim como pressão no fundo uterino durante o segundo estágio do trabalho de parto.
- e) A posição no parto, mesmo com analgesia, pode ser de escolha da paciente em situações normais.

4) A Mortalidade materna é definida pela Classificação Mundial de Doenças (CID 10) da OMS como a morte de uma mulher na gestação ou em um período de 42 dias após seu término, independente da duração ou da localização da gravidez e, é quantificada pela razão de morte materna (RMM). No Brasil, em 2021, a RMM alcançou **107.53 mortes a cada 100 mil nascidos vivos** estando ainda muito longe da meta estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU). A **hemorragia pós-parto (HPP)** é uma das principais causas de óbito materno no mundo, e sobre ela, leia as afirmações abaixo e depois marque a alternativa **CORRETA**:

- I - A principal causa relacionada a HPP são os distúrbios da coagulação não diagnosticados durante o Pré-Natal;
- II - Recomenda-se a prevenção medicamentosa universal com Ocitocina intra-muscular ou endovenosa, após o nascimento, o que reduz em mais de 50% os casos de atonia uterina;
- III - A terapia antifibrinolítica com ácido tranexâmico está indicada em todos os casos de HPP independente da causa subjacente;
- IV - As suturas compressivas tipo B-Lynch podem ser realizadas sempre que a terapia medicamentosa falhar, antes de se indicar a histerectomia.

- a) I, II e III estão corretas.
- b) Apenas I e IV estão corretas.
- c) Apenas II e IV estão corretas.
- d) II, III e IV estão corretas.
- e) Todas estão corretas.

5) O Diabetes gestacional assim como os distúrbios hipertensivos quando surgem na gravidez requerem cuidados específicos e maior vigilância do binômio materno-fetal. Sobre essas afecções durante a gestação, analise as sentenças abaixo e marque a (V) para Verdadeiro e (F) para Falso, e depois assinale a alternativa **CORRETA**.

- () O diagnóstico de diabetes gestacional é feito pela dosagem da glicemia de jejum no primeiro trimestre quando acima de 91mg/dL e a partir do segundo trimestre através do teste oral de tolerância a glicose que deverá ser solicitado em todas as gestantes que não tiverem diagnóstico prévio.
- () O Teste oral de tolerância à glicose deve ser solicitado quando a glicemia de jejum for maior que 126mg/dL para confirmar o diagnóstico de Diabete pré-gestacional.
- () Para definição de Pré-eclâmpsia é necessário a presença da hipertensão, da proteinúria maciça e do edema de extremidades após 20 semanas de gravidez.
- () O Sulfato de Magnésio está indicado apenas diante de convulsões tônico-clônicas generalizadas, o que caracteriza a Eclâmpsia, e deve ser mantido por 24 horas após a interrupção da gestação.
- () A síndrome HELLP é um quadro grave e se caracteriza, em sua forma completa, por plaquetopenia, elevação das enzimas hepáticas e hemólise, podendo ocorrer em pacientes sem proteinúria.

- a) V, F, F, F, V.
- b) V, V, F, F, F.
- c) F, V, V, V, F.
- d) F, F, V, V, V.
- e) V, F, F, V, F.

6) Doença infecciosa aguda de transmissão sexual, com período de incubação de 3 a 7 dias, caracterizada por pequenas pápulas dolorosas que se rompem e formam úlceras rasas, com bordas irregulares, não indurada, dolorosa e circundada por uma borda hiperemiada. Os linfonodos inguinais se tornam dolorosos, aumentados e aderidos entre si, podendo formar um abscesso com flutuação na virilha. A pele pode se romper, formando um pertuito. **TAL DESCRIÇÃO É REFERENTE A:**

- a) Linfgranuloma venéreo, sendo o agente etiológico é a *Chlamydia trachomatis* L1, L2 e L3.
- b) Donovanose, sendo o agente etiológico a *Klebsiella granulomatis*.
- c) Cancro mole, causado pelo cocobacilo Gram-negativo *Haemophilus ducreyi*.
- d) Sífilis, causada pelo *Treponema pallidum*.
- e) Herpes genital, causada pelo herpes simples vírus.

7) Com relação às causas de sangramento uterino anormal, analise as proposições abaixo e assinale a sequência **CORRETA**.

I - A necrobiose asséptica relacionada ao leiomioma uterino pode ser observada no ciclo gravídico puerperal, na vigência de pílula anticoncepcional ou de análogos do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH);

II - Os pólipos uterinos podem ser únicos ou múltiplos e acometem mais frequentemente múltiparas entre 40 e 65 anos de idade, com risco aumentado para mulheres diabéticas e com vaginites recorrentes;

III - Entre os fatores de risco para adenomiose, estão: menarca precoce, ciclos menstruais longos, uso prévio de contraceptivos hormonais, nuliparidade e índice de massa corporal elevado;

IV - O componente M do PALM-COEIN tem sua incidência aumentada em mulheres perimenopáusicas. Qualquer condição de exposição prolongada aos progestagênios sem oposição de estrogênios deve ser considerada como risco para a doença;

V - No tratamento do Sangramento Uterino Anormal (SUA) agudo, o ácido tranexâmico, um derivado de lisina sintética, é uma droga antifibrinolítica que previne a quebra de fibrina por bloqueio competitivo aos sítios de ligação do plasminogênio, é considerado um tratamento de primeira linha.

Estão **CORRETAS**:

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

8) Mãe comparece com a filha de 17 anos que nunca menstruou. A menina enquadra-se no estágio M1P1 de Tanner, com estatura normal para a idade e sem estigmas somáticos sindrômicos. Os exames hormonais evidenciaram FSH e LH elevados, porém com Estradiol baixo. O diagnóstico **MAIS PROVÁVEL** para o quadro clínico apresentado é:

- a) Disgenesia gonadal pura (46, XX ou 46, XY).
- b) Falência ovariana precoce.
- c) Síndrome de insensibilidade androgênica.
- d) Disgenesia gonado-somática (45, X0).
- e) Síndrome de Rokitansky.

9) Paciente do sexo feminino, 20 anos de idade, apresentando queixas de corrimento vaginal, sangramento intermenstrual, dispareunia e disúria. Nega outros sintomas e comorbidades. Está há 1 mês com novo parceiro sexual e não tem hábito de usar preservativo, pois usa Anticoncepcional Combinado Oral. Ao exame especular: visualização de material mucopurulento no orifício externo

do colo e sangramento ao toque da espátula ou swab. O médico concluiu se tratar de uma infecção por *Neisseria gonorrhoeae*, porém como não conseguiu descartar a infecção por *Chlamydia trachomatis*, preconizou tratar com o esquema recomendado pelo Ministério da Saúde para casos não complicados de infecção por estes agentes. Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Ceftriaxona 250 mg intramuscular dose única + Doxiciclina 150 mg via oral de 12/12h por 14 dias + Metronidazol 500 mg via oral de 12/12h por 14 dias.
- b) Ceftriaxona 500 mg intramuscular em dose única + Doxiciclina 100 mg via oral de 12/12h por 14 dias + Azitromicina 1g via oral em dose única.
- c) Ceftriaxona 250 mg intramuscular dose única (ou Ciprofloxacino 500 mg via oral em dose única) + Azitromicina 1g via oral em dose única.
- d) Ceftriaxona 125 mg intramuscular dose única + Azitromicina 1g via oral em dose única + Doxiciclina 100 mg 12/12h por 7 dias.
- e) Ceftriaxona 250 mg intramuscular dose única (ou Ciprofloxacino 500 mg via oral em dose única) + Doxiciclina 150 mg via oral de 12/12h por 14 dias + Metronidazol 500 mg via oral de 12/12h por 14 dias.

10) Com relação à anticoncepção, analise as assertivas abaixo, marque (V) para Verdadeiro e (F) para Falso e em seguida assinale a sequência **CORRETA**.

- () Mulher de 34 anos, tabagista de 20 cigarros por dia, segundo critérios de elegibilidade da OMS para uso de anticoncepcionais orais combinados, se enquadra na categoria 2.
- () A contracepção de emergência deverá ser usada o no período mais próximo do coito até no máximo 120 horas e pode aumentar o risco de gravidez tubária devido à diminuição da motilidade tubária.
- () Estudos mostram que o uso das pílulas combinadas trazem benefícios secundários à saúde da mulher além da contracepção, tais como a prevenção do câncer de ovário e a prevenção do câncer de colo uterino.
- () O uso de ácido valproico em pacientes com histórico de epilepsia contraindica o uso de anticoncepcional oral combinado.
- () A eficácia dos métodos progestagênicos dependem do progestagênio utilizado e de sua dose, mas independem da via de administração. O implante é o que apresenta mais eficácia, porém, com taxas de falhas maiores do que as observadas na esterilização feminina ou masculina.

- a) V, F, V, V, V.
- b) F, V, V, V, V.
- c) V, V, V, V, V.
- d) V, V, F, F, F.
- e) F, F, F, F, F.

11) O advento da videoendoscopia mudou completamente a história da cirurgia ginecológica, impulsionando a cirurgia endoscópica nos últimos 20 anos e transformando-a em uma realidade no arsenal diagnóstico e terapêutico do ginecologista moderno. O emprego da microcâmera tornou obsoleto o cirurgião laparoscopista antigo, que monopolizava a visão do campo cirúrgico e era obrigado a realizar acrobacias com pinças e posições com uma das mãos, enquanto segurava a óptica com a outra. Sobre equipamentos usados em Laparoscopia **NÃO** podemos afirmar que:

- a) Na cirurgia laparoscópica o material é de vital importância, pois é por meio dele que se obtém acesso à cavidade, uma vez que substituídos pela tecnologia: a visão tridimensional é agora limitada a uma imagem bidimensional em um monitor; "sentimos" tecidos a 35 cm de distância.
- b) Desenvolvemos uma coordenação olho-mão dependente de imagens reproduzidas em uma tela. Esta nova realidade nos leva a uma grande dependência do material empregado.

c) É dever do cirurgião saber discernir a importância de cada peça, pois não é a quantidade de pinças e aparelhos que faz a diferença, e sim a existência de recursos adequados às necessidades cirúrgicas. A falta desses recursos pode levar ao comprometimento da cirurgia, dificultando ou tornando impossível sua realização com segurança pela via laparoscópica.

d) A imagem é transmitida pela composição das três cores básicas: vermelho, verde e amarelo ou em sistema digital. A utilização de cabeamento adequado para a transmissão da imagem para o monitor ou sistemas de documentação é tão essencial quanto à qualidade da câmera, ou seja, quando não se utiliza uma transmissão adequada, as vantagens da alta definição não são aproveitadas.

e) Dividimos o material em três grandes grupos de recursos necessários para a realização de uma cirurgia laparoscópica com segurança e tranquilidade: recursos humanos, físicos e técnicos.

12) O homem sempre se preocupou em usar alguma forma de energia no controle ou eliminação de tecidos doentes. A aplicação do calor para eliminar sangramentos é conhecida de longa data e foi utilizada pelos nossos ancestrais em suas mais diversas formas. A evolução tecnológica propiciou o uso de técnicas cada vez mais sofisticadas, fornecendo os recursos disponíveis para a evolução natural da utilização do calor como fonte terapêutica. Sobre meios de energia utilizados em cirurgias videolaparoscópicas podemos afirmar:

a) Quanto mais tempo a corrente elétrica percorrer o condutor de resistência R , menor a quantidade de calor produzida. Portanto, a quantidade de calor produzida e , como consequência, a temperatura final atingida, depende não apenas da corrente elétrica, mas também do tempo em que esta corrente permanece no condutor.

b) A corrente elétrica é definida como um fluxo de elétrons, gerado por um potencial elétrico ou por uma força eletromotriz (PEM), que transita através de uma substância ou tecido. O termo corrente é utilizado para definir um número de elétrons que fluem por uma substância, cuja unidade de medida é o ampère (A). Um ampère de corrente é definido como $6,24 \times 1.018$ elétrons (1 Coulomb) que fluem num circuito por 1 minuto.

c) A resistência é o segundo fator que determina a quantidade de corrente que fluirá através de um circuito. Define-se como a dificuldade que um tecido oferece ao fluxo de elétrons. É medida em ohms. Um ohm é a quantidade de resistência oferecida por uma coluna de mercúrio de 106,3 cm de comprimento em 1mm². A resistência dos tecidos biológicos varia bastante: de 100.000 ohms (quase que não condutores), como as calosidades em área plantar com conteúdo de baixa concentração de água e vascularização, até 200 ohms, em áreas como o colo do útero, em decorrência das altas vascularização e concentração de água e eletrólitos.

d) A quantidade de corrente que circula em um circuito depende de dois fatores: 1. O potencial elétrico ou força eletromotriz (FEM) que viaja no circuito. 2. A resistência que o circuito promove para a corrente. A força eletromotriz (FEMI) é que direciona os fluxos de elétrons. É o potencial elétrico diferente entre dois terminais de um circuito em razão do desequilíbrio de densidade ou dos números de elétrons entre os dois terminais do circuito. Se existir uma disparidade entre os dois polos, existe uma pequena FEM.

e) A corrente elétrica é definida como um fluxo de elétrons, gerado por um potencial elétrico ou por uma força eletromotriz (PEM), que transita através de uma substância ou tecido. O termo corrente é utilizado para definir um número de elétrons que fluem por uma substância, cuja unidade de medida é o Voltz.

13) Segundo a Resolução 1.670/03 do CFM, sedação é um ato médico realizado mediante a utilização de medicamentos com o objetivo de proporcionar conforto ao paciente para a realização de

procedimentos médicos ou odontológicos. Sob diferentes aspectos clínicos, esta Resolução classifica uma sedação como leve, moderada ou profunda.

➤ A sedação leve é um estado obtido com o uso de medicamentos em que o paciente responde ao comando verbal. A função cognitiva e a coordenação podem estar comprometidas. As funções cardiovascular e respiratória não apresentam comprometimento.

➤ A sedação moderada/analgesia é por vezes chamada de "sedação consciente" embora compreenda, na verdade, um estado de depressão da consciência, que é obtido com o uso de medicamentos. O paciente responde ao estímulo verbal isolado ou acompanhado de estímulo tátil, e não são necessárias intervenções para manter a via aérea permeável. A ventilação espontânea é suficiente e a função cardiovascular geralmente é mantida adequada.

➤ A sedação profunda/ analgesia é uma depressão da consciência induzida por medicamentos, e nela o paciente dificilmente é despertado por comandos verbais, mas responde a estímulos dolorosos.

Sobre as considerações anestésicas para o cirurgião **NÃO** podemos afirmar:

a) O pneumoperitônio causa uma redução importante no retorno venoso (RV) e esta condição, por sua vez, simula uma condição de hipovolemia aguda. Assim, uma resposta fisiológica natural ocorre imediatamente após a distensão abdominal na forma de uma diminuição da resistência vascular sistêmica (RVS), da pressão arterial média (PAMI) e das pressões de enchimento cardíaco medidas por métodos invasivos.

b) O posicionamento precoce do paciente em cefalodeclive (Trendelenburg) restaura somente em parte estes efeitos, ao favorecer o retorno venoso. Todavia, o peso das vísceras abdominais sobre o diafragma, nesta posição, agrava a restrição ventilatória causada pelo pneumoperitônio.

c) Em relação ao sistema respiratório, resumidamente, a insuflação de gás para promover o pneumoperitônio aumenta imediatamente a pressão intra-abdominal, deslocando o diafragma cefalicamente. Esta situação diminui a complacência e a expansibilidade pulmonares, diminuindo a capacidade residual funcional, exigindo maior pressão das vias aéreas quando em ventilação controlada e aumentando ainda mais a retenção de CO₂ e, conseqüentemente, o risco de barotrauma

d) Para se garantir uma expansão pulmonar adequada na laparoscopia, opta-se normalmente por ventilação controlada (seja por pressão ou por volume) com pressão positiva nas vias aéreas, o que aumenta ainda mais a pressão dentro do tórax. A queda do índice cardíaco é regra e será diretamente proporcional à pressão intra-abdominal, assim como todas as repercussões até agora citadas.

e) A posição de cefaloaclive (reversa a de Trendelenburg) favorece o aprisionamento sanguíneo e a estase venosa no território abdominal e nos membros inferiores. Quando em posição de cefalodeclive, por sua vez, diminuem-se ainda mais a capacidade vital e o curso diafragmático. Assim, além de favorecer a hipoventilação, o pneumoperitônio tende a aumentar a diferença alvéolo-arterial de CO₂ (DA-aCO₂), podendo torná-la crítica em pacientes com comorbidades cardiorrespiratórias e em pacientes obesos.

14) A laparoscopia é uma via cirúrgica por excelência pois nos fornece excelente magnificação da imagem e visão compartimentada e detalhada da cavidade abdominal e pélvica, tornando possível a visualização e o estudo das estruturas anatômicas e dos espaços pélvicos que, no passado, com a laparotomia, eram difíceis de serem vistos. Sobre anatomia laparoscópica **PODEMOS AFIRMAR**:

a) A parede abdominal anterior é limitada superiormente pelo processo xifóide e pela margem inferior das cartilagens intercostais da 7^a à 10^a costela. Inferiormente, é limitada pela sínfise púbica e, lateralmente, pelo ligamento inguinal e espinha ilíaca anterolateral.

- b) A fâscia transversalis cobre o folheto posterior da bainha do reto abdominal e do músculo transverso.
- c) A cicatriz umbilical localiza-se na linha mediana, cerca de 3 a 3,5 cm abaixo do nível das tuberosidades do osso íliaco.
- d) O músculo externo oblíquo está localizado medialmente ao músculo reto abdominal, entre a borda inferior das costelas e o osso íliaco.
- e) O sistema profundo de vascularização é formado pelas artérias epigástricas superior e inferior, pela artéria circunflexa profunda e suas veias correspondentes. A artéria epigástrica superior é ramo da artéria torácica interna, enquanto a artéria epigástrica inferior é ramo da artéria íliaca externa. Esses vasos estão acima do músculo reto abdominal.

15) As relações anatômicas entre o ureter e os vasos pélvicos são extremamente importantes para as cirurgias pélvicas. Conhecê-las é essencial quando se realizam cirurgias oncológicas, como por exemplo, a histerectomia de Werthein. Dissecção ampla ureteral é recomendada neste tipo de cirurgia. Lesão ureteral é uma das mais temidas e mais frequentes complicações em cirurgias ginecológicas. Sobre a técnica de dissecção do ureter em cirurgias ginecológicas laparoscópicas **NÃO** é orientado:

- a) Localização e identificação do ureter e da artéria uterina. A ligadura da artéria uterina deve ser realizada após pleno conhecimento da localização ureteral.
- b) Em caso de miomas intraligamentares, que podem desviar o ureter, este deve ser amplamente dissecado.
- c) Dissecção adequada do folheto posterior do ligamento largo não é essencial para melhor visualização e localização da artéria e veia uterina
- d) A proximidade anatômica do ureter com o infundíbulo pélvico requer grande atenção durante anexectomias, quando da ligadura ou coagulação deste ligamento, principalmente em caso de aderência ou endometriose pélvica.
- e) Onde é possível, sempre visualizar o ureter por transiluminação.

16) Um dos pontos mais importantes a ser considerado por aqueles que pretendem expandir sua prática cirúrgica aos domínios da sutura laparoscópica é o estudo da ergonomia em cirurgia. Um cirurgião bem posicionado em relação à paciente e aos seus equipamentos e instrumentos pode transformar uma extensa sutura em um procedimento simples e prazeroso. O contrário também é verdadeiro, assim, um cirurgião, trabalhando com a mesa muito elevada e com instrumentos inseridos em punções mal posicionadas, pode ver um ato cirúrgico de baixa complexidade se transformar em uma verdadeira batalha contra a ergonomia. Nestes casos os prejuízos são nítidos para toda a equipe cirúrgica e possivelmente para o resultado da intervenção proposta.

Sobre a técnica de suturas laparoscópicas **NÃO** podemos afirmar:

- a) A agulha cirúrgica pode apresentar formas geométricas que variam de acordo com o emprego que será dado as mesmas De forma geral são dois os formatos mais empregados: agulha reta ou curva, sendo agulhas curvas subdivididas em $\frac{1}{2}$ círculo, $\frac{1}{4}$ de círculo, $\frac{3}{8}$ de círculo e $\frac{5}{8}$ de círculo. As agulhas também são classificadas de acordo com sua ponta (cônica e cortante) e o formato do corpo (cilíndrica, oval, triangular, hexagonal e outras). Essa classificação se aplica para escolher o emprego da agulha-fio no tecido a ser suturado (p. ex., corpo triangular cortante necessário para tecido muito resistente como a pele).
- b) As agulhas de meio círculo, corpo cilíndrico e ponta cônica ou semicortante são usadas com maior frequência em cirurgia ginecológica, no entanto, as agulhas retas e longas encontram excelente aplicação na fixação transparietal de estruturas como intestino e ovário, tendo como objetivo principal melhorar a apresentação do campo cirúrgico e liberar os instrumentos para exercerem sua função primordial, quer seja tração, corte ou coagulação.

c) A introdução quanto a remoção de agulhas da cavidade abdominal devem ser monitoradas continuamente pelo cirurgião. A vigilância endoscópica contínua é indispensável para a segurança do procedimento e sempre se deve tracionar a agulha pelo fio, deixando a mesma livre para se adaptar ao diâmetro interno do trocarer.

d) A escolha da técnica para introdução e remoção da agulha depende do tamanho e do formato das agulhas, mas de forma geral pode-se dizer que agulhas de até 27 mm passam com tranquilidade pelos trocartes descartáveis de 10 mm.

e) Na sutura laparoscópica, por trabalharmos em uma cavidade fechada, a introdução e a remoção da agulha devem ser sempre um gesto programado e padronizado. Nada melhor do que repetir o mesmo gesto dezenas de vezes para adquirir segurança.

17) Endometriose é uma doença de etiologia e fisiopatologia pouco conhecida, de comportamento incerto e diversas apresentações clínicas, caracterizada pela presença de tecido semelhante ao endométrio fora do útero.

Sobre o amplo conhecimento da Endometriose **NÃO** podemos afirmar:

a) Atualmente acredita-se que não apenas um, mas sim um conjunto de fatores possa interagir para gerar a endometriose.

b) O sintoma principal é, sem dúvida, a dismenorria. Esta se caracteriza por ser progressiva, refratária ao tratamento medicamentoso habitual e por interferir na qualidade de vida da mulher. A cólica menstrual deve-se à secreção de várias citocinas na cavidade pélvica, principalmente as prostaglandinas.

c) O ambiente extremamente inflamatório causado pelas citocinas aumenta o peristaltismo uterino, além de irritar nociceptores peritoneais.

d) Com a progressão da moléstia, os implantes se aprofundam na superfície peritoneal e lesionam estes nociceptores, gerando a dor neuropática, traduzida clinicamente por dor pélvica crônica. Este sintoma geralmente é mensal, de forte intensidade.

e) Geralmente é progressiva e, em casos extremos, chega a impedir o ato sexual. Os implantes podem ser notados após exame minucioso do fórnice posterior da vagina, ou dor à mobilização dos ligamentos uterossacros.

18) Na Endometriose infiltrativa profunda, **NÃO** é verdadeiro que:

a) É uma infiltração superior a 5 mm abaixo da superfície peritoneal

b) A forma infiltrativa profunda da endometriose afeta de 20 a 35% das pacientes com endometriose. O principal local de infiltração são os ligamentos uterossacros, seguido do reto, sigmoide, vagina e bexiga.

c) A queixa mais frequente das pacientes é a dor. Dor geralmente cíclica ou permanente que piora no período menstrual. Aproximadamente três quartos das pacientes referem dor.

d) A dor pélvica pode ser atribuída ao sangramento ativo, à produção de substâncias, tais como: citocinas, fatores de crescimento endovascular pelos implantes endometrióticos e o acometimento dos nervos.

e) As aderências causadas por cirurgias para tratamento da endometriose não são responsáveis pela dificuldade de gestar.

19) Sobre Endometriose de Bexiga **PODEMOS AFIRMAR**:

a) Após retirada de parte da bexiga, usando-se corrente monopolar ou bisturi ultrassônico, a sutura pode ser contínua e feita com Vicryl 3-0, em uma única camada. Nestes casos recomenda-se o uso do cateter vesical por 7 a 10 dias.

- b) A endometriose de bexiga não é uma condição muito frequente, representando menos de 1% dos casos de endometriose. Lesões do aparelho urinário envolvem a bexiga em cerca de 70% dos casos.
- c) O diagnóstico geralmente demora a ser feito, pois os sintomas da doença parecem coincidir com os de infecções do trato urinário, síndrome uretral crônica, bexiga hiperativa, vulvodínia e cistite intersticial. Quando um nódulo da bexiga é diagnosticado, ele tem que ser diferenciado do carcinoma da bexiga. Por esta razão, a confirmação do diagnóstico por biópsia deve ser tentada por cistoscopia, sempre possível pela localização da doença, que pode não atingir a mucosa.
- d) A terapia medicamentosa traz ótimos resultados.
- e) Após ressecção de toda a lesão da bexiga, a remoção do miométrio subjacente não é recomendado.

20) A histerectomia é o procedimento cirúrgico ginecológico de grande porte mais comumente realizado em todo o mundo. As doenças benignas são responsáveis por mais de 70% das indicações de histerectomia e incluem distúrbios menstruais, miomas, dor pélvica e prolapso uterino. Habitualmente, a histerectomia é realizada por laparotomia ou por via vaginal. No entanto, desde a descrição da técnica cirúrgica da histerectomia totalmente laparoscópica por Harry Reich, em 1989, esta via minimamente invasiva tem sido considerada uma via de acesso alternativa às técnicas tradicionais de histerectomia.

No transcorrer da execução da Histerectomia Total Laparoscópica algumas pontos devem ser considerados, **EXCETO**:

- a) O posicionamento: é de grande importância a posição nas pernas, permitindo uma maior descida na mesa cirúrgica e os membros inferiores bem afastados fixos no tornozelo com faixas e proteção acolchoada. A posição tem que estar livre lateralmente para melhor posicionamento e conforto dos auxiliares. Deve-se também proteger o sacro com coxim, evitando lesões de nervos.
- b) Massagem do uterossacro esquerdo que assegurará um descenso uterino de 2 cm.
- c) Incisão semicircular da mucosa posterior, logo abaixo do colo uterino, a qual deverá ser apreendida com pinça forte e seccionada com tesoura, dando acesso à cavidade abdominal posterior. Colocaremos a válvula de Auward longa sem a necessidade de sua fixação.
- d) Revisão do espaço entre a mucosa e o peritônio posterior que poderá ser revisado em separado ou conjuntamente no fechamento da cúpula vaginal.
- e) Pinçamento, secção e ligadura das artérias uterinas com o ligamento cardinal superior que deverá ser feito em tempo único, não devendo fazer a segunda ligadura.

21) A histeroscopia é um procedimento que a cada dia toma uma importância maior nos arsenais propedêutico e terapêutico do ginecologista. Isto porque os equipamentos necessários para sua realização têm evoluído de maneira sistemática e rápida na direção de torná-los cada vez mais delicados e menos traumáticos. São indicações de Histeroscopia Diagnósticas, **EXCETO**:

- a) SUA (Sangramento Uterino Anormal).
- b) Inserção de DIU.
- c) Dor pélvica e dispareunia.
- d) Controle pré e pós-operatório.
- e) Sangramento Uterino Anormal e Terapia de Reposição Hormonal.

22) São indicações de Histeroscopia em usuárias de DIU todas a seguir, **EXCETO**:

- a) Estudo da cavidade uterina antes da inserção.
- b) Sangramento uterino anormal.
- c) Dor.
- d) Retirada de DIU.
- e) USG e exames de imagem apresentando alterações intracavitárias ou na posição do DIU.

23) O procedimento histeroscópico é um procedimento realizado por via vaginal para avaliação e tratamento de afecções intrauterinas e do canal cervical. Várias são as que podem ser diagnosticadas e tratadas por esta via, entre elas, sinéquias uterinas, pólipos, miomas, malformações, etc. Os ginecologistas, e as pacientes, cada vez mais, têm procurado pelas técnicas minimamente invasivas, sendo a histeroscópica uma delas. Como vantagens, temos a rápida recuperação, pequeno tempo de internação hospitalar e baixo custo. Como todo procedimento, apresenta suas particularidades no que se refere ao seu entorno (cuidados pré-operatórios e complicações cirúrgicas) e à técnica cirúrgica propriamente dita. Lesões costumam acontecer no momento em que o cirurgião tenta forçar a passagem da vela, mantendo tracionado o colo do útero com uma pinça de Pozzi. Às vezes a própria vela pode dilacerar o colo, quando é introduzida, no canal cervical. A avaliação pré-operatória da paciente pode ajudar na identificação de fatores de risco para a estenose cervical. São eles, **EXCETO**:

- a) Exposição ao dietilestilbestrol.
- b) História de cirurgia uterina (cesariana).
- c) Mulheres nulíparas.
- d) Mulheres na pos-menopausa.
- e) História de dilatação cervical prévia.

24) Genericamente, denomina-se doença inflamatória pélvica o acometimento infeccioso e/ou inflamatório dos órgãos genitais internos acima do orifício interno.

➤ Quando este acometimento atinge especificamente a mucosa endometrial, chamamos de endometrite. A endometrite é caracterizada pela presença de inflamação/infecção do estroma e das glândulas da mucosa endometrial, que é tradicionalmente separada, quanto ao tempo de evolução, em aguda ou crônica. A forma aguda costuma ter agentes etiológicos específicos (vírus, bactérias, micoplasmas entre outros).

➤ A endometrite aguda é caracterizada pela presença no endométrio de leucócitos polimorfonucleares segmentados em grande quantidade nas 24-48 horas da instalação do processo, além de necrose e quase sempre associado a germes. A forma crônica possui causas inespecíficas (mais recentemente têm sido descritas associações a determinados tipos de bactérias). Existe o domínio de linfócitos e de plasmócitos, sendo este considerado característico da forma crônica. De um modo geral o infiltrado é difuso e com presença de células fusiformes do estroma, principalmente em torno das estruturas glandulares.

➤ Segundo as recomendações do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) para casos leves e moderados não há diferença entre terapias oral e parenteral. Para casos graves pode-se iniciar com parenteral e de acordo com resposta clínica fazer a conversão para oral.

Os critérios de hospitalização são os seguintes:

- I - Emergências cirúrgicas (p. ex, apendicite) não podendo ser excluídas.
- II - Gravidez.
- III - A paciente tem doença grave, náuseas e vômitos ou febre alta.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Somente I.
- b) Somente II.
- c) Somente III.
- d) Somente I e III.
- e) Todas são verdadeiras.

25) A Adenomiiose é uma patologia caracterizada pela presença de glândulas e estroma endometrial na estrutura do miométrio. Primeiramente descrita por Rokitanski, em 1860, teve sua caracterização nos moldes que hoje a definimos atribuída a Bird et al., em 1972. São definidas duas formas de adenomiiose. A forma difusa e a focal. A diferenciação está na observação de quadros onde o endométrio se encontra envolto por músculo liso, geralmente hipertrofiado, definindo uma tumoração circunscrita e assim denominada focal ou, ainda, adenomioma. Sem dúvida, o acesso transvaginal pode auxiliar no diagnóstico e deve ser realizado na segunda metade do ciclo. São sinais sugestivos, **EXCETO**:

- a) Cistos subendometriais hiperecóticos.
- b) Ecotextura miometrial heterogênea.
- c) Borda endometrial-miometrial mal definida.
- d) Espessamento do halo subendometrial.
- e) Aumento uterino assimétrico e difuso.

26) As Sinéquias Intrauterinas (SIU) são pontes de aderências entre superfícies opostas do útero. Podem levar a alterações menstruais, infertilidade e complicações obstétricas, como parto prematuro e acretismo placentário. A associação entre sinéquias intrauterinas (SIU) e amenorreia secundária foi relatada pela primeira vez em 1894, por Fristchi. Em 1948, Asherman correlacionou trauma endometrial e formação de aderências pós-parto ou pós-abortamento com distúrbio menstrual, dor pélvica cíclica, infertilidade e abortamento de repetição, e denominou esta associação de Síndrome de Asherman. Os termos "Síndrome de Asherman" e "sinéquias intrauterinas" são empregados como sinônimos na prática. Entretanto, a palavra "síndrome" define um conjunto de sinais e sintomas que, nesse caso, inclui dor, distúrbio menstrual e infertilidade. A presença de sinéquias na ausência de sintomas é mais bem definida como aderências intrauterinas assintomáticas ou simplesmente sinéquias.

São recomendações para tratamento das sinéquias, **EXCETO**:

- a) A visualização direta da cavidade uterina com histeroscopia em conjunto com instrumentos para lise de aderências é o tratamento de escolha para SIU.
- b) Na presença de aderências extensas e densas, o tratamento deve ser executado por histeroscopista experiente, familiarizado com um dos métodos anteriormente descritos.
- c) Não existem evidências científicas de que a lise histeroscópica de sinéquias monitorada por ultrassonografia ou pela laparoscopia previna perfuração uterina ou melhore os resultados reprodutivos. Entretanto, esses procedimentos devem ser usados em pacientes criteriosamente selecionados para minimizar as consequências, caso ocorra perfuração uterina.
- d) Em consequência da supressão ou dos efeitos inflamatórios no endométrio, o DIU de cobre e o SIU liberador de progesterona devem ser usados após a adesiólise.
- e) Métodos de barreira, como ácido hialurônico, parecem reduzir o risco de recidiva de aderências e trazer algum benefício após tratamento das SIUs. Até o momento, seus efeitos sobre as taxas de gravidez pós-tratamento são desconhecidos e devem ser exclusivamente empregados em protocolos rigorosos de pesquisa.

27) A palavra hipertrofia é usada quando se quer referir ao aumento de volume de um tecido ou órgão (p. ex., o aumento da fibra muscular com a prática da musculação). Este fenômeno pode ou não estar acompanhado da hiperplasia que representa o aumento da população de células neste tecido. No primeiro a conotação é de aumento volumétrico e, no segundo, de formação e crescimento de novas células (BRUNO; GAMA, 2007). A hipertrofia se refere ao diagnóstico

macroscópico, enquanto a hiperplasia, ao histopatológico, não sendo obrigatória a hipertrofia para haver hiperplasia. O endométrio que macroscopicamente nos parece normal ao exame histeroscópico pode ter como análise anatomopatológica a hiperplasia endometrial. Do mesmo modo, um exame histeroscópico de hipertrofia poderá apresentar um resultado histopatológico normal, sem representar um erro diagnóstico. No entanto, o diagnóstico final para interpretação clínica será sempre o histopatológico.

Sobre os tipos de hiperplasias e a sua progressão para carcinoma, podemos **AFIRMAR**:

- a) Simples sem atipia – 3%.
- b) Complexa sem atipia – 5%.
- c) Simples com atipia – 10%.
- d) Complexa com atipia – 29%.
- e) Nenhuma das anteriores.

28) Nos Estados Unidos, o câncer do corpo uterino é, atualmente, a mais comum neoplasia maligna da pelve feminina. Foram estimados 40.800 novos casos em 2005 naquele país e é o 4º câncer mais comum entre as mulheres nos países desenvolvidos. No Brasil é o segundo tumor pélvico mais comum, com incidência de 6 a 8 casos por 100.000 mulheres. O adenocarcinoma do endométrio ocorre durante o período reprodutivo e, principalmente, após a menopausa. A idade média é de 61 anos e a maioria das pacientes está entre 50 e 59 anos.

Sobre fatores de risco para carcinoma de endométrio temos:

- I - Uso de tamoxifeno.
- II - Baixa paridade.
- III - Hipertensão, obesidade e diabetes.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Somente I.
- b) Somente II.
- c) Somente III.
- d) Somente I e III.
- e) Todas são verdadeiras.

29) Histeroscopicamente, a neoplasia maligna do endométrio deve ser vista e analisada pelo histeroscopista, atentando quanto a dois aspectos principais: a extensão da doença e sua aparência macroscópica. Quanto à aparência macroscópica podemos **AFIRMAR**:

- I - Tipo nodular: reservados para aqueles com aparência de nódulos ou saliências sésseis e de base larga com consistência firme.
- II - Tipo polipoide: projeção polipoide de pedículo fino, consistência suave, superfície irregular e rugosa, até aveludada em algumas áreas.
- III - Tipo papilomatoso: caracterizado por pequenos dendritos, com finas e aveludadas projeções em forma de tentáculos, tipicamente tremulantes, quando utilizamos a solução salina.

- a) Somente I é verdadeira.
- b) Somente II é verdadeira.
- c) Somente III é verdadeira.
- d) Somente I e II é verdadeira.
- e) Todas são verdadeiras.

30) O sangramento uterino disfuncional (SUD) pode ser definido como sangramento uterino anormal na ausência de patologia uterina, doença sistêmica ou complicações relacionadas com a gestação. Sobre o procedimento de ablação endometrial, podemos dizer que é mais efetivo quando o endométrio está relativamente fino ou atrófico, e isto pode ser alcançado das seguintes formas:

I - Realização do procedimento na fase pós-menstrual imediata a espessura endometrial estará em torno de 4 mm.

II - Curetagem endometrial pré-operatória.

III -Terapia hormonal - progestágenos, agonistas de GnRH, contraceptivos hormonais e o Danazol.

Estão **CORRETAS**:

- a) Somente I é verdadeira.
- b) Somente II é verdadeira.
- c) Somente III é verdadeira.
- d) Somente I e II é verdadeira.
- e) Todas são verdadeiras.