



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

**PROCESSO SELETIVO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA
EDITAL Nº 017/2021, de 04 de Dezembro de 2021.**

CADERNO DE QUESTÕES

► PROVA DE ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA ◀ PRÉ REQUISITO: GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

DATA DA PROVA: 22/01/2021

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 do início da prova.

**Boa prova!
Comissão do Processo Seletivo.**

MODELO DE 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) Com relação aos distúrbios benignos do trato genital feminino marque a alternativa **CORRETA**:

I - A adenomiose é uma condição clínica caracterizada pela presença de endométrio em permeio às fibras do miométrio e a multiparidade se constitui um dos fatores de risco.

II - A neoplasia benigna mais comum na mulher em idade reprodutiva é o leiomioma uterino e embora não se saiba ao certo sua gênese alguns fatores como hormonais e genéticos parecem estar envolvidos.

III - A Síndrome da Tensão pré-menstrual caracteriza-se por sintomas clínicos recorrentes durante a fase folicular do ciclo menstrual afetando milhões de mulheres em idade fértil.

IV - A dismenorréia primária acomete mais pacientes adolescentes e um dos fatores associado se deve ao volume uterino reduzido o que leva a uma concentração proporcionalmente maior de prostaglandinas $F_{2\text{ alfa}}$.

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

2) A Síndrome da Anovulação crônica é uma afecção heterogênea que acomete cerca de 5 a 10% das mulheres em idade reprodutiva e caracteriza-se por apresentar as seguintes alterações abaixo, **EXCETO**:

- a) Hiperandrogenismo que se expressa por hirsutismo, alopecia e acne.
- b) Disfunção menstrual expressa por diferentes padrões de irregularidade como por exemplo amenorreia, oligomenorreia com ou sem hemorragias disfuncionais.
- c) Diminuição da resistência insulínica que reflete maiores níveis de glicodelina e IGFBP-1, proteínas importantes na receptividade endometrial.
- d) Distúrbios lipídicos são frequentes como hipertrigliceridemia, elevação do colesterol LDL e redução do HDL.
- e) Distúrbios da função reprodutiva como infertilidade e perda fetal de repetição.

3) O dispositivo intra-uterino (DIU) é o método contraceptivo mais utilizado em todo o mundo e sobre esse método assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) Seus mecanismos de ação incluem alterações do muco cervical e atrofia endometrial dificultando a migração espermática bem como a implantação ovular.
- b) A inserção pode ser feita imediatamente após um evento obstétrico como o parto ou abortamento, porém nesse período existe maior risco de expulsão espontânea do dispositivo.
- c) São consideradas contra-indicações absolutas a nuliparidade e história de gravidez ectópica prévia.
- d) A utilização de antibiótico profilático antes da inserção não deve ser feita de rotina.
- e) Dentre as complicações durante a inserção a síndrome vaso-vagal é uma condição rara, mas que pode acometer cerca de 1,8% das mulheres, caracterizando-se por bradicardia, náuseas, tontura e vômitos.

4) As doenças sexualmente transmissíveis (DST) quando não diagnosticadas e tratadas corretamente podem trazer importantes agravos na saúde reprodutiva, cânceres e até óbito. Sobre esse grupo de doenças podemos afirmar:

a) A *Clamídia trachomatis* e a *Neisseria gonorrhoeae* são as infecções bacterianas sexualmente transmissíveis mais comuns e as que estão mais relacionadas à infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.

b) A abordagem sindrômica das DSTs não deve ser realizada pois o tratamento deve ser direcionado ao agente causador quase sempre facilmente identificado.

c) Pacientes com úlcera genital há menos de 4 semanas deve-se pensar em Herpes simples e iniciar imediatamente Aciclovir de 400 a 800 mg/dia.

d) O cancro mole tem como agente etiológico a bactéria *Haemophilus ducrey*, e se caracteriza por uma lesão ulcerada não dolorosa de base não exsudativa que acomete principalmente região perineal.

e) A sífilis é uma DST muito predominante e pode ser diagnosticada através de testes treponêmicos ou não treponêmicos sendo dentre esses últimos, o VDRL o mais utilizado e quando positivo em qualquer titulação, indica doença ativa e necessidade de tratamento imediato com Penicilina Cristalina.

5) Sobre as doenças neoplásicas que acometem o sistema genital feminino marque verdadeiro ou falso e a seguir marque a alternativa correspondente:

() O Carcinoma de células escamosas é o tipo mais comum de neoplasia invasiva do colo uterino e histologicamente pode ser dividido em carcinoma de células grandes ou de pequenas células sendo esses de pior prognóstico.

() O Adenocarcinoma endometrióide é o tipo histológico mais comum de câncer de endométrio acometendo mais mulheres na perimenopausa e tem como fator de risco a exposição prolongada à progesterona.

() O Estadiamento do Câncer Ovariano é cirúrgico independente de sua linhagem tumoral.

() O rastreamento do Câncer de Mama em mulheres com parentes de primeiro grau com CA mamário deverá ser feito através de Ultrassom anual até os 50 anos de idade, seguido de Mamografia anual.

a) V, V, F, F.

b) V, F, F, V.

c) F, V, F, V.

d) F, V, F, F.

e) V, F, V, F.

6) Diante do quadro da pandemia de COVID19, uma atenção maior foi dada ao cuidado às gestantes e puérperas, com o objetivo de prevenir o aumento da morte materna. Nesse sentido, o Ministério da Saúde elencou recomendações para o cuidado às gestantes e puérperas. Com base no “Manual de Recomendações para assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de COVID19 (BRASIL, 2021)”, assinale as assertivas **CORRETAS**:

I - O diagnóstico de COVID-19 constitui indicação para cesariana, a qual deverá ocorrer com todos os profissionais utilizando máscara, *face shield*, touca, luvas estéreis e capotes.

II - Em todos os níveis de atenção, gestantes ou puérperas com síndrome gripal cujos sintomas iniciaram há menos de 48h devem ser medicadas com oseltamivir, mantendo a medicação por 5 dias ou até que a infecção por influenza vírus tenha sido excluída.

III - Considerando o impacto dos fenômenos tromboembólicos na morbimortalidade materna, gestantes e puérperas com quadro moderado ou grave de COVID19 devem receber anticoagulação profilática.

IV - Toda gestante e puérpera deve ser orientada a receber a vacina disponível e liberada para ela, porém, apenas a partir do 2º trimestre de gestação.

V - Para diminuir o risco de exposição, para gestantes de risco habitual está indicado o espaçamento de consultas, substituindo alguns encontros presenciais por atendimento remoto.

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

7) Gestante, 21 anos, primípara, vai para a primeira consulta de pré-natal com 14 semanas. Foram solicitados os exames laboratoriais de 1º trimestre. Após 4 semanas a gestante retorna com resultado e se diz preocupada com o valor da Glicemia de Jejum. Ao olhar o exame, você se depara com um resultado de 102mg/dL. A melhor conduta é:

- a) Tranquilizar a gestante e orientar que ela deve realizar exame de TOTG 75g na 24ª semana gestacional.
- b) Informar à gestante que ela já tem diagnóstico de Diabetes Mellitus gestacional, orientar mudanças de estilo de vida (dieta hipoglicêmica e exercícios físicos regulares) com retorno após 15 dias com perfil glicêmico para nova reavaliação.
- c) Informar à gestante que ela já tem diagnóstico de Diabetes Mellitus gestacional e iniciar insulina NPH.
- d) Informar à gestante que ela tem diagnóstico de Diabetes na gestação, iniciar Metformina e solicitar TOTG 75g na 24ª semana gestacional.
- e) Solicitar nova Glicemia de Jejum, pois são necessários dois exames alterados para confirmar Diabetes Mellitus gestacional.

8) Toda gestante deve ser orientada sobre a importância da testagem da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) no pré-natal e quanto aos benefícios do diagnóstico precoce, tanto para o controle da infecção materna quanto para a prevenção da transmissão vertical (TV). Partindo desse pressuposto, assinale a alternativa condizente com o manejo obstétrico correto na gestante portadora de HIV.

- a) Em gestantes com Carga viral (CV) indetectável na 34ª semana, a via de parto vaginal é indicada. Sabendo-se que o tempo de trabalho de parto está associado à maior transmissão vertical do HIV, nas situações de colo desfavorável e ausência de atividade uterina, deve-se considerar a realização de amniotomia e utilização de vácuo-extrator.
- b) A Terapia anti-retroviral (TARV) pode ser suspensa após o parto, independente da contagem de LT –CD4+ e dos sinais e sintomas clínicos.
- c) A cesárea eletiva deve ser realizada a partir da 38ª semana de gestação. O obstetra deve iniciar a infusão intravenosa do AZT no momento da incisão cirúrgica. Não é indicada a utilização de antibiótico profilático.
- d) Diante de trabalho de parto prematuro, deve-se introduzir AZT intravenoso materno concomitantemente à inibição medicamentosa do parto, investigação de causas infecciosas e seus respectivos tratamentos e fazer uso de corticosteróides para maturação pulmonar. Após inibição do trabalho de parto, o AZT intravenoso deve ser descontinuado.
- e) Em caso de exposição a materiais biológicos, o profissional exposto não precisa ser avaliado. A profilaxia ao HIV confere segurança absoluta, sendo a gestante não transmissível.

9) A Cardiotocografia (CTG) consiste no registro simultâneo da frequência cardíaca fetal, dos movimentos fetais espontâneos e das contrações uterinas. Depende da integração do sistema nervoso central, autônomo e do sistema cardiovascular. De acordo com o exposto, analise as seguintes afirmativas:

- I - A CTG apresenta alta sensibilidade, baixa especificidade e alta taxa de falso-positivo para acidose fetal;
- II - Para sua realização, é necessário um período prévio de jejum prolongado e pode ser realizada manipulação fetal para obtenção de melhores resultados;
- III - Os parâmetros avaliados na CTG convencional são linha de base, variabilidade, acelerações transitórias, desacelerações, contrações e micro-oscilações;
- IV - Em relação à frequência cardíaca fetal, os fetos prematuros tendem a ter valores na extremidade superior e fetos pós-termos na extremidade inferior da normalidade;
- V - O padrão de CTG caracterizado por onda em forma de sino, com variabilidade de 5-15 bpm, com frequência de 3 a 5 ciclos/min e ausência de desacelerações é denominado não reativo.

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

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

10) As Síndromes hipertensivas na gestação constituem importante causa de morbimortalidade materna, complicando cerca de 5 a 10% das gestações. Sobre esse tema marque a alternativa **CORRETA**:

- a) A interrupção da gestação pode ser antecipada diante de um quadro de hipertensão descompensada associada ou não a alterações laboratoriais, independente da idade gestacional sendo a via de parto de escolha avaliada pelas condições materno-fetais.

- b) A eclâmpsia se caracteriza por convulsões tônico-clônicas generalizadas, levando muitas vezes ao óbito materno e fetal e, portanto, deve ser tratada rapidamente com droga anticonvulsivante como benzodiazepínicos e anti-hipertensivos.
- c) Diante da síndrome HELLP, a melhor conduta é otimizar a dose de hipotensor e adiar a interrupção da gestação até melhora dos níveis laboratoriais e pressóricos.
- d) A Relação proteína/creatinina em amostra isolada de urina não deve ser usada para classificar a síndrome hipertensiva gestacional
- e) O sulfato de magnésio pode ser utilizado para controle pressórico e suspenso horas antes do procedimento cirúrgico para evitar hemorragia intra-parto.

11) Paciente 42 Anos, passado de um parto normal e sem uso de métodos anticoncepcionais, com quadro de ciclos menstruais irregulares há 2 Anos, procura o Ginecologista com relato de dor na porção superior das costas, piorando com a inspiração e quadros de vertigem e síncope, de início há 24 horas. Para ferramenta diagnóstica, foi solicitado dosagem de b-hcg sérica, ultrassonografia transvaginal, sendo diagnosticado gravidez ectópica em região tubária direita, com presença de massa anexial de 4,3cm sem visualização de batimentos cardíacos.

Sobre o tratamento da gravidez ectópica **NÃO** podemos informar que:

- a) A laparoscopia resultou em tempo operatório menor, menor perda sanguínea, menos necessidade de analgésicos e menor período de internação hospitalar.
- b) Cada método é sucedido, de acordo com os estudos, por número similar de gestações uterinas subsequentes.
- c) Os custos da laparoscopia foram significativamente menores em relação à laparotomia, embora alguns pesquisadores argumentem que os custos são similares quando são considerados os casos convertidos para laparotomia
- d) A laparotomia não oferece vantagem potencial sobre a laparoscopia caso se esteja planejando salpingostomia.
- e) A laparotomia deverá sempre ser utilizada como via de acesso à cavidade em casos de gravidez ectópica.

12) A Endometriose é uma doença crônica, progressiva, que tem o seu principal sintoma da doença é a dismenorrea. A Endometriose atinge uma parcela das mulheres em nosso país e no mundo. Pelo fato de ainda existir crenças que consideram que o seu diagnóstico necessite de anatomopatológico, a prevalência exata da doença na população feminina não pode ser definida de forma exata.

Sobre o quadro clínico da Endometriose podemos afirmar:

- a) A cólica menstrual não é resultado da secreção de citocinas na cavidade pélvica.
- b) Devido ao ambiente inflamatório, decorrente da secreção de citocinas, ocorre diminuição do peristaltismo uterino, com a irritação de nociceptores peritoneais.
- c) Com a progressão da doença, os implantes se aprofundam e são incapazes de formar dores neuropáticas.
- d) O exame ginecológico nos casos de acometimento de doença superficial é, em geral, ineficaz, podendo estar presente dor a mobilização do colo.
- e) O toque ginecológico não se faz de forma fundamental na orientação do radiologista em seu exame de imagem.

13) O corpo uterino pode ser acometido por neoplasias malignas primárias de natureza epitelial ou mesenquimal. O carcinoma de endométrio é o quarto tipo de câncer mais frequente nos países ocidentais. O Diagnóstico e tratamento do carcinoma endometrial possui grande importância dentro da Ginecologia, dessa forma, tendo como atitudes **CORRETAS** em sua condução:

- a) O rastreio em mulheres assintomáticas não é realizado, exceto naquelas que possuem alto risco para desenvolvimento do câncer de endométrio, que são: uso de estrogênio sem oposição de progesterona, história familiar de síndrome de câncer colorretal não polipóide e mulheres na pós menopausa com ciclos anovulatórios.
- b) Como existe uma taxa de falso negativo nas biópsias endometriais de aproximadamente 20%, na mulher com suspeita de câncer de endométrio, um resultado negativo exigirá um prosseguimento da investigação.
- c) 10% dos cânceres endometriais em pacientes com sangramento uterino pós menopausa não serão diagnosticados quando a Ultrassonografia for utilizada como método diagnóstico.
- d) No tratamento cirúrgico do câncer de endométrio a oclusão tubária antes da manipulação uterina não é recomendada.
- e) A presença de citologia peritoneal positiva e frequente e de fácil diagnóstico, dada a aparência de malignidade das células mesoteliais reativas.

14) As massas anexiais podem ser encontradas em mulheres assintomáticas ou naquelas que apresentam queixas ginecológicas, e seu achado em geral desperta ansiedade em razão da possibilidade de malignidade. Dentro das massas anexiais, a patologia ovariana se apresenta como uma importante causa de diminuição da fertilidade e capacidade reprodutiva. Sabendo-se que a prevalência de um tipo de tumor está diretamente ligada a faixa etária, podemos afirmar:

- a) Os tumores benignos na terceira década de vida correspondem a 90% de todas as massas ovarianas.
- b) À medida que a faixa etária aumenta, também aumenta a taxa de patologia maligna, que incide em 17% na quarta década de vida.
- c) O risco de malignidade na sétima década de vida é 12 vezes maior do que na terceira década.
- d) A frequência de tumores *borderlines* parece não estar relacionado com a faixa etária, existindo porém um consenso que esse tipo de tumor incide com maior frequência em pacientes de maior faixa etária.
- e) Das patologias não malignas, o teratoma cístico é o mais comum, ficando com 63% dos casos cirúrgicos.

15) Quais patologias participam do diagnóstico diferencial da Endometriose peritoneal? Assinale V ou F:

- () Adenomiose.
- () Doença inflamatória pélvica.
- () Pólipos endometriais.
- () Miomatose uterina.
- () Cistite Intersticial.

A sequência **CORRETA** é:

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

- d) F, V, F, V, V.
- e) V, V, V, V, V.

16) Sobre anatomia pélvica podemos afirmar:

- a) A parede abdominal anterior é limitada superiormente pelo processo xifóide e pela margem inferior das cartilagens intercostais da oitava a décima costela. Inferiormente, é limitada pela sínfise púbica e, lateralmente, pelo ligamento inguinal e espinha íliaca anterossuperior.
- b) A fascia *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) A veia íliaca esquerda cruza a frente do corpo da quarta vértebra lombar e atrás da bifurcação da aorta.
- e) Abaixo da cicatriz umbilical, todas as fâscias passam juntas e posteriormente aos músculos reto abdominais.

17) As tubas uterinas comunicam a cavidade uterina com a cavidade peritoneal, possuem cerca de 10 cm de comprimento e são definidos anatomicamente como órgãos ocos, tubulares, localizados na borda superior do ligamento largo, ao qual estão ligadas por uma dobra peritoneal chamada de mesossalpinge, sendo dividida em quatro partes: o infundíbulo, a ampola, o istmo e a porção intramural. A esterilização tubária é um dos métodos mais usados na contracepção para mulheres com prole constituída. Sobre esse tema **NÃO** podemos afirmar que:

- a) O risco maior de falha ocorre nos dois primeiros anos após a laqueadura.
- b) Quando ocorre gravidez, por insucesso da técnica, a chance de ser ectópica é da ordem de 30 a 80%.
- c) As fístulas útero peritoneais ocorrem mais quando se utiliza anéis ou cliques.
- d) As complicações no momento da laqueadura não são comuns.
- e) As complicações menores relacionadas à laqueadura tubária incluem sangramentos de pequena monta, perfuração uterina e transecção da tuba.

18) A infertilidade conjugal traz ao casal uma das mais difíceis experiências da vida a dois, acarretando muitas vezes transtornos irreparáveis no relacionamento a dois. A Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (ASMR), por sua vez, conceitua infertilidade conjugal como “a falta de gestação detectada clínica ou hormonalmente, após 12 meses de relações sexuais regulares sem contracepção”. Sobre infertilidade podemos afirmar:

- a) A infertilidade sem causa aparente representa 15% daqueles que apresentam o diagnóstico de infertilidade.
- b) As aderências pélvicas correspondem a metade das causas de infertilidade de origem feminina e a sua etiologia e em geral decorrente de infecções pélvicas, endometriose e cirurgias pélvicas.
- c) As aderências periovarianas prejudicam a apreensão tubária do óvulo. Se a paciente for submetida a procedimento cirúrgico para lise de aderências, e este não resultar em gravidez, outros procedimentos cirúrgicos para lise de aderências aumentarão as taxas de sucesso.
- d) Casais com infertilidade sem causa aparente tratados com fertilização in vitro demonstram uma maior taxa de fertilização do ovócito em relação aos casais que o fator tubário é a causa da infertilidade.
- e) A histerossalpingografia representa o padrão-ouro na identificação de alterações obstrutivas.

19) A laparoscopia é uma via de acesso à cavidade pélvica de excelência, pois nos fornece ótima magnificação da imagem e visão compartimentada e detalhada da cavidade abdominal e pélvica. Sobre os espaços pélvicos **NÃO** podemos afirmar:

- a) O espaço pararretal está localizado bilateralmente ao lado do reto, estando localizados posteriormente a base do ligamento largo, este delimitando a margem anterior do espaço.
- b) O espaço paravesical está localizado anteriormente a base do ligamento largo, bilateralmente. A bexiga delimita a margem medial, e a fascia obturatória delimita a margem lateral.
- c) O espaço de Retzius está localizado entre a parte posterior do púbis e o ligamento de Cooper, que delimita sua margem anterior.
- d) O espaço pré-sacral é localizado posterior ao peritônio parietal. É delimitado posteriormente pelo ligamento longitudinal anterior, pelo promontório sacral e pelo sacro.
- e) O espaço retovaginal está localizado entre a parte posterior da vagina e anterior do reto. Começa na junção posterior dos ligamentos uterossacos e o fundo de saco de Douglas.

20. Os endometriomas são massas pélvicas decorrentes do crescimento de tecido endometrial ectópico dentro do ovário, podendo estar associados a sintomas de endometriose como dor pélvica crônica e infertilidade, ou identificados isoladamente como um achado de exame físico. Sobre os endometriomas assinale Verdadeiro (V) ou Falso (F):

- () A Ultrassonografia transvaginal é muito útil para o diagnóstico de endometrioma, mas tem valor limitado para visualização de aderências pélvicas ou lesões ovarianas superficiais.
- () Quando a paciente apresenta endometriomas é provável que esta mulher apresente estágios mais graves da doença.
- () O CA 125 não é um marcador sensível para Endometriose, porém a melhor correlação encontrada entre o CA 125 e a Endometriose ocorre nos estágios I e II.
- () As terapias médicas não cirúrgicas são pouco eficazes nos endometriomas menores de 1cm.
- () Os endometriomas podem apresentar componentes sólidos, tornando difícil seu diagnóstico diferencial com neoplasias.

A sequência **CORRETA** é:

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

21) Os miomas são tumores benignos formados por fibras musculares lisas com estroma de tecido conectivo em proporções variáveis. Podem ocorrer na parede de vasos sanguíneos, coração, pulmão, superfície peritoneal, e incidem, indubitavelmente, mais frequentes no útero.

Assinale Verdadeiro (V) ou Falso (F) nos fatores determinantes para aumento de incidência dos miomas:

- () História familiar
- () Raça negra
- () Nuliparidade
- () Obesidade
- () Hipertensão arterial

A sequência **CORRETA** é:

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

22) É muito difícil precisar a verdadeira incidência das malformações uterinas, também chamadas de malformações dos ductos de Muller, mas estima-se que esteja em torno de 6% quando se considera a população em geral. Sobre as malformações uterinas **NÃO** podemos afirmar:

- a) A Histerossalpingografia não se apresenta como um método específico e sensível, uma vez que não revela toda a cavidade da matriz.
- b) A Laparoscopia ajuda no diagnóstico, mas limita-se a fornecer informações sobre o contorno uterino.
- c) A ultrassonografia seja ela pélvica ou transvaginal é grande auxiliar na propedêutica não invasiva do útero, evidenciando duplicidade cavitária e cornos rudimentares.
- d) A Ressonância Magnética e a Ultrassonografia 3D passaram a ser os métodos de escolha para o diagnóstico entre útero bicorno e septado.
- e) Na presença de malformação uterina, está indicada intervenção cirúrgica em mulheres com dor pélvica, endometriose, anomalias obstrutivas, abortamentos de repetição.

23) O estudo do endométrio busca estabelecer o estado funcional do endométrio com base em parâmetros histológicos. Quando comparamos o endométrio e suas características nas diferentes fases do ciclo menstrual podemos afirmar que:

- a) Na fase regenerativa a cavidade uterina se apresenta de forma triangular, as regiões cornuais afuniladas, a superfície é rugosa e tem coloração vermelho, apresentando glândulas elevadas.
- b) Na fase proliferativa inicial a cavidade uterina se apresenta de forma triangular, as regiões cornuais afuniladas, a superfície é lisa e tem coloração vermelho intenso, apresentando glândulas elevadas.
- c) Na fase proliferativa tardia a cavidade uterina se apresenta de forma triangular, as regiões cornuais planas, a superfície é lisa e tem coloração vermelha, apresentando glândulas elevadas.
- d) No período secretor inicial a cavidade uterina se apresenta de forma ovalada, as regiões cornuais planas, a superfície é ondulada e tem coloração vermelha, apresentando glândulas em loseta.
- e) No período pré-menstrual a cavidade uterina se apresenta de forma ovalada, as regiões cornuais afuniladas, a superfície é rugosa/irregular e tem coloração vermelha, apresentando glândulas ausentes.

24) Pode-se encontrar tumores anexiais de diversas etiologias em mulheres de todas as idades, desde recém-nascidas até na pos-menopausa avançada. Assim, é inquestionável a importância ao Ginecologista habituar-se à rotina propedêutica destes tumores. Durante a avaliação das massas anexiais, a ultrassonografia tem papel relevante, e diante da suspeição de malignidade.

Assinale Verdadeiro (V) ou Falso (F) em relação aos critérios ultrassonográficos de malignidade durante uma avaliação ultrassonográfica desses tumores.

- () Unilateralidade
- () Doppler apresentando IR > 0,4 e IP > 1,0

- () Irregularidade e espessamento da parede do tumor
- () Presença de septos grosseiros
- () Definição de formações vegetantes intracísticas
- () Presença de formações pupilares

A sequência **CORRETA** é:

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

25) Sobre vasos pélvicos podemos afirmar:

- a) A aorta descende pelo espaço retroperitoneal à esquerda da linha média. Ao nível de L3 divide-se em três ramos: dois laterais e mais calibrosos, artérias ilíacas comuns direita e esquerda, e um ramo medial, menos calibroso, a artéria sacral média.
- b) A artéria ovariana tem origem diretamente da porção ânterolateral da aorta, ao nível de L3-L4, caudalmente à origem das artérias renais.
- c) A veia cava inferior está localizada a direita da espinha lombar, e é formada pela união das veias ilíacas comuns direita e esquerda a nível de L4.
- d) A artéria ilíaca comum direita e retroperitoneal e apresenta o intestino delgado, os nervos simpáticos e o ureter anteriormente.
- e) A artéria sacral média tem sua origem pela parte anterior da aorta, pouco acima da sua bifurcação.

26) A histeroscopia ambulatorial possibilita o diagnóstico diferencial de mioma submucoso com mioma intramural, adenomioma, pólipos endometriais fibrosos, restos embrionários e adenocarcinoma de endométrio. Dessa forma, a textura, consistência, superfície, aspecto vascular e coloração são dados muito característicos. Considerando o diagnóstico histeroscópico entre essas patologias, **NÃO** podemos afirmar que:

- a) Pólipos fibrosos sésseis apresentam-se com aspecto e consistência semelhantes aos dos miomas submucosos, o padrão vascular e da superfície fazem o diagnóstico diferencial.
- b) O mioma submucoso degenerado surge a visão histeroscópica como lesão fibroelástica branco-amarelada, com áreas amolecidas e irregulares.
- c) O adenomioma se apresenta branco, com consistência endurecida e por vezes limites menos precisos.
- d) Na histeroscopia a palpação da lesão com pinça auxilia no diagnóstico diferencial.
- e) Não é frequente a coexistência de mioma com adenomiose.

27) Os pólipos endometriais são crescimentos localizados de tecido endometrial, coberto por epitélio e com conteúdo variável de glândulas, estroma e vasos sanguíneos. São projeções da mucosa, podendo apresentar base larga ou pediculada. Podem ser divididos em endometriais e endocervicais, sendo a prevalência dos pólipos endometriais em torno de 8 a 25% na população em geral. Sobre pólipos uterinos **NÃO** podemos afirmar:

- a) São subdivididos em ectocervicais e endocervicais, sendo os endocervicais considerados a neoplasia benigna mais comum do colo do útero.

- b) Os pólipos endocervicais são mais comuns em múltíparas, com maior prevalência na faixa etária de 30 anos.
- c) A superfície do pólipo pode apresentar úlceras e inflamações, tendo a possibilidade de surgir metaplasia escamosa.
- d) Os pólipos cervicais podem causar sinusorragia, sangramento intermenstrual ou metrorragia.
- e) A degeneração maligna dos pólipos cervicais parece ser rara, chegando a 0,3%.

28) Sobre o comportamento do endométrio no período climatérico assinala Verdadeiro (V) ou Falso (F):

- O processo de involução endometrial trazido por deficiência hormonal é mais precoce na região fúndica, cornos uterinos e paredes laterais.
- Nos primeiros anos de deficiência estrogênica a cavidade ainda apresenta forma e volume normais.
- As regiões cornuais se encontram afastadas, escavadas e deixam a mostra o relevo das fibras musculares concêntricas (aspecto em caracol).
- A marcação pode ter espessura diminuída para a fase do ciclo, de 0 a 3mm, nas mulheres que ainda menstruam.
- Algumas petéquias submucosas podem ser induzidas pela distensão da cavidade.

A sequência **CORRETA** é:

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

29) A Endometriose infiltrativa profunda é definida pela infiltração superior a 5mm abaixo da superfície peritoneal. Sobre a Endometriose infiltrativa profunda **NÃO** podemos afirmar:

- A hematoquezia e a hematúria podem representar a invasão da doença da mucosa do reto e da bexiga, respectivamente.
- Cerca de 88% das pacientes com Endometriose tem uma ou mais queixas de dismenorreia, menorragia, dor pélvica ou dispareunia.
- A queixa mais frequente das pacientes é a infertilidade.
- A dor em baixo ventre, dismenorreia, dispareunia e disquezia são importantes na suspeição da endometriose profunda mas não podem sinalizar a provável localização da doença.
- A dor relatada pelas pacientes geralmente são cíclicas ou permanentes, que piora com ciclo menstrual.

A sequência **CORRETA** é:

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

30) O útero possui cerca de 7,5 cm de comprimento, 5 cm de largura e cerca de 2,5cm de espessura. Pesa de 30 a 40 gramas nas nulíparas e 70 gramas em múltíparas. Está localizado entre a bexiga, anteriormente, e o retossigmoide posteriormente. Sobre a anatomia do útero **NÃO** podemos afirmar:

- a) O corpo uterino torna-se gradualmente menor do fundo ao istmo, a parede anterior é coberta por peritônio visceral, que é contínuo com o peritônio vesical anteriormente.
- b) A parede posterior do corpo uterino e côncava, é coberta por peritônio visceral que, em seu trajeto inferior cobre a cérvix e parte superior da vagina.
- c) As tubas e ligamentos redondos conectam o útero à parede pélvica, emergindo bilateralmente do topo e porção mais lateral do útero.
- d) Os ligamentos útero ovarianos emergem posteriormente.
- e) A cérvix e a extremidade distal do útero, tendo forma cônica.