

ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Instruções para a realização da prova

- Esta prova é composta de 40 questões de **múltipla escolha**. Para cada questão, há 4 alternativas, devendo ser marcada apenas uma.
- Assine a folha de respostas com caneta esferográfica preta e transcreva para essa folha as respostas escolhidas.
- Ao marcar o item correto, preencha completamente o campo correspondente, utilizando caneta esferográfica **preta**.
- Não deixe nenhuma das questões em branco na folha de respostas.
- A duração total da prova é de 3 horas. **NÃO** haverá tempo adicional para transcrição de gabarito
- Você somente poderá deixar a sala após 1h30min do início da prova, podendo levar consigo **APENAS** o **CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO** e a **DECLARAÇÃO DE PRESENÇA** (abaixo).

RESIDÊNCIA MÉDICA 2023 – 1ª FASE
ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO

1		11		21		31	
2		12		22		32	
3		13		23		33	
4		14		24		34	
5		15		25		35	
6		16		26		36	
7		17		27		37	
8		18		28		38	
9		19		29		39	
10		20		30		40	

RASCUNHO

1. Mulher, 67a, G3PN3FV3, menopausada com 47 anos, sem terapia hormonal, assintomática, retorna com exames laboratoriais de rotina: Exame de urina: leucocitúria e nitrito positivo. **É**

CORRETO AFIRMAR:

- a. Apresenta bacteriúria por gram positiva e necessita de tratamento.
- b. Apresenta bacteriúria por gram negativa e não necessita tratamento.
- c. Apresenta bacteriúria por gram negativa e necessita tratamento.
- d. Apresenta bacteriúria por gram positiva e não necessita tratamento.

2. Mulher com queixa de perda de urina aos esforços, urgência miccional, aumento da frequência urinária e noctúria, **TEM COMO DIAGNÓSTICO CLÍNICO MAIS CORRETO:**

- a. Incontinência urinária mista.
- b. Hiperatividade do detrusor.
- c. Incontinência urinária de esforço e síndrome da bexiga hiperativa.
- d. Incontinência urinária de esforço e hiperatividade do detrusor.

3. Mulher com queixa de bola na vagina, foi examinada e teve a seguinte classificação POP-Q: Aa 0, Ba +1, C +2, GH 3, PB 3, TVL 8, Ap 0, Bp 0, D 0. **A CLASSIFICAÇÃO CORRETA DO PROLAPSO É:**

- a. Prolapso apical E3, prolapso parede anterior E2, prolapso parede posterior E2.
- b. Prolapso apical E4, prolapso parede anterior E2, prolapso parede posterior E1.
- c. Prolapso apical E2, prolapso parede anterior E1, prolapso parede posterior E1.
- d. Prolapso apical E2, prolapso parede anterior E2, prolapso parede posterior E2.

4. Mulher 58 anos, menopausada, G2C2FV2, índice de massa corporal=40Kg/m², com queixa de perda urina aos esforços. **PODE SER USADO PARA O TRATAMENTO, EXCETO:**

- a. Perda de peso.
- b. Fisioterapia do assoalho pélvico.
- c. Cirurgia de sling.
- d. Terapia estrogênica vaginal.

5. **SOBRE A HISTEROPEXIA EM MULHERES COM PROLAPSO GENITAL, ASSINALE A ALTERNATIVA INCORRETA:**

- a. Esta técnica vem crescendo em vários países, principalmente em virtude de se postergar a reprodução para idades mais avançadas.
- b. Pode ser realizada por via laparoscópica, robótica e vaginal, sendo que ainda existem poucos trabalhos comparando as vias.

- c. Não existe diferença de recidiva de prolapso entre histeropexia e histerectomia de acordo com a maioria das revisões sistemáticas com metanálises até o momento.
- d. Pode-se realizar a histeropexia com intuito de preservar a reprodução em mulheres mais jovens, porém o parto vaginal fica contra-indicado devido a modificação do eixo.

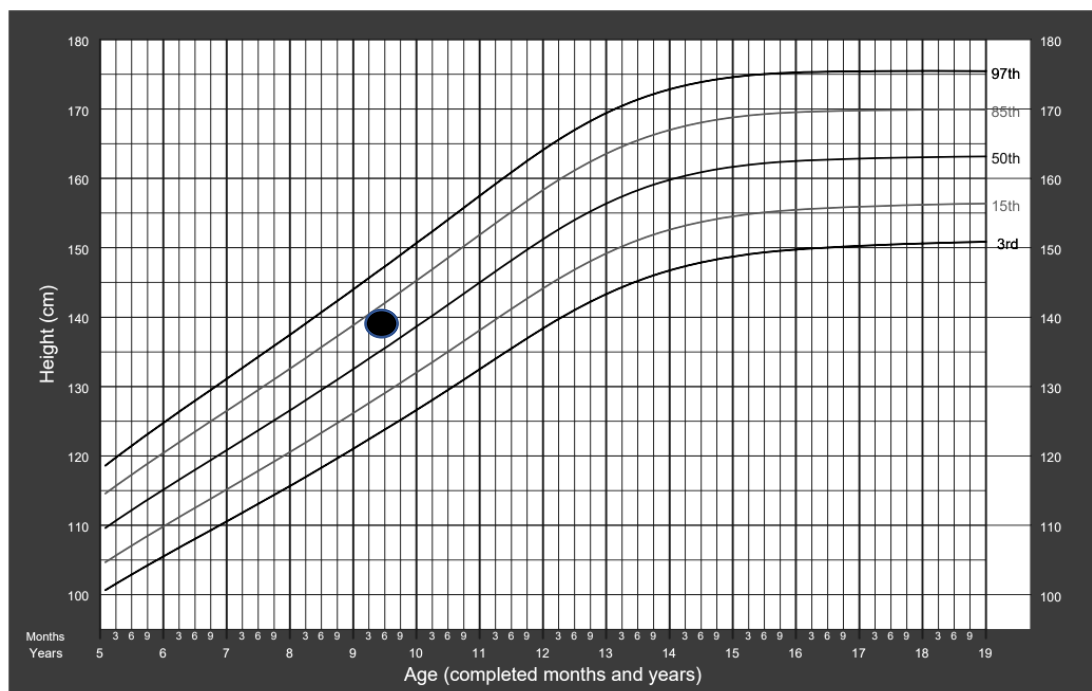
6. Mulher, 29a, procura atendimento ginecológico por ausência de menstruação há oito meses. Refere menarca aos 13 anos, espontânea, ciclos regulares até 8 meses atrás, quando iniciou quadro de amenorreia. Antecedentes: nega comorbidades conhecidas. Pratica atividades físicas cinco vezes por semana, cerca de 3 horas por dia, moderada intensidade. Exame físico: PA=100x60mmHg; FC=88bpm; IMC=19Kg/m²; Ferriman-Gallway=3; Tanner=M5P5. Exames laboratoriais: TSH=3,89µUI/mL; T4livre=1,19ng/dL; FSH=0,3mUI/mL; prolactina=16ng/mL; 17OH-progesterona=1,6ng/mL. **QUAL O DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO E A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, RESPECTIVAMENTE, PARA ESSE CASO?**

- a. Amenorreia primária; disgenesia gonadal.
- b. Amenorreia secundária; Síndrome de Kallman.
- c. Amenorreia secundária; causa hipotalâmica.
- d. Amenorreia primária; adenoma hipofisário.

7. Mulher, 48a, com antecedente de hipertensão arterial crônica em uso de losartana 50mg/dia, comparece à consulta ginecológica com queixa de sangramento menstrual aumentado há um ano. Já fez uso de desogestrel, acetato de medroxiprogesterona de depósito e ácido tranexâmico sem melhora. Ultrassonografia transvaginal: útero em anteversoflexão, volume=95cc; endométrio de 12mm com nódulo de 1,5x1,2cm em fundo uterino FIGO 1; ovário direito= 2,3cc, ovário esquerdo=4,0 cc. **A CONDUTA É:**

- a. Dilatação e curetagem.
- b. Histerectomia vaginal.
- c. Histeroscopia cirúrgica.
- d. Miomectomia laparoscópica.

8. Menina, 9 anos e 5 meses, é trazida à consulta ginecológica pela mãe, preocupada em relação ao desenvolvimento puberal de sua filha. A mãe refere que há cerca de quatro meses a paciente iniciou quadro de desenvolvimento das mamas e aumento dos pêlos pubianos. Negativa antecedentes de doenças crônicas ou uso de medicações. Exame físico: estadios de Tanner M2P2 e estatura conforme demonstrado no gráfico abaixo, sem demais alterações.



Referência: WHO

2007.

QUE ORIENTAÇÃO DEVE SER DADA À PACIENTE E SUA MÃE?

- Trata-se de uma evolução puberal normal, sendo necessário apenas acompanhamento clínico seriado.
- Trata-se de um quadro de puberdade precoce e o bloqueio do eixo deve ser iniciado para que haja ganho de estatura.
- Trata-se de um quadro de telarca isolada e não há nenhuma conduta específica a ser tomada.
- Trata-se de um quadro de pseudopuberdade precoce, sendo necessário realizar dosagens hormonais para elucidação diagnóstica.

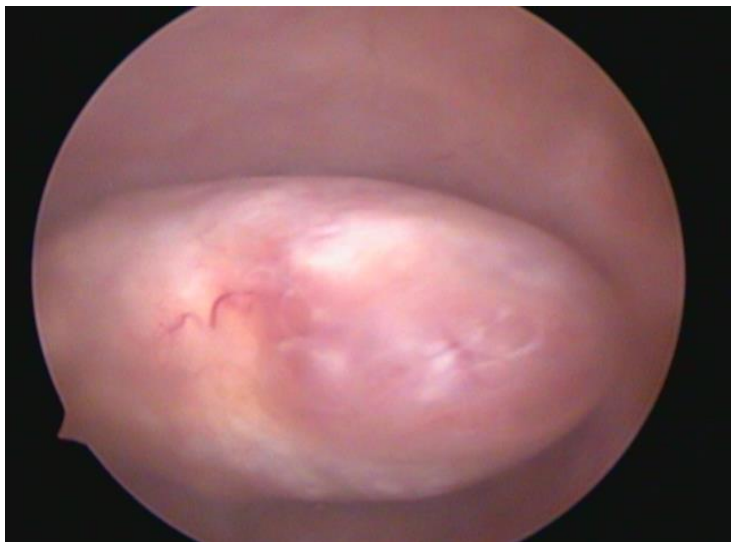
9. Adolescente, 14a, é trazida pela mãe ao Pronto Socorro, com queixa de sangramento aumentado há 12 dias. Apresentou menarca há um ano e refere que apresenta irregularidade menstrual, com ciclos que variam de 20-60 dias. Há 12 dias iniciou quadro de sangramento aumentado com coágulos, e cólicas de forte intensidade. Há cerca de 2 horas da admissão apresentou quadro de fraqueza, tontura e “sensação de desmaio” com aumento da perda sanguínea. Exame físico: confusa; sonolenta; descorada 2+/4+; PA=80x42mmHg; FC=120bpm; FR=14irpm; saturação O₂ =98% (ar ambiente). **A**

CONDUTA INICIAL É:

- Prescrever ácido tranexâmico e estrogênios equinos conjugados.
- Obter acesso venoso e iniciar reposição volêmica com substâncias coloides.

- c. Realizar ultrassonografia pélvica.
- d. Prescrever ácido aminocapróico e 2 concentrados de hemácias.

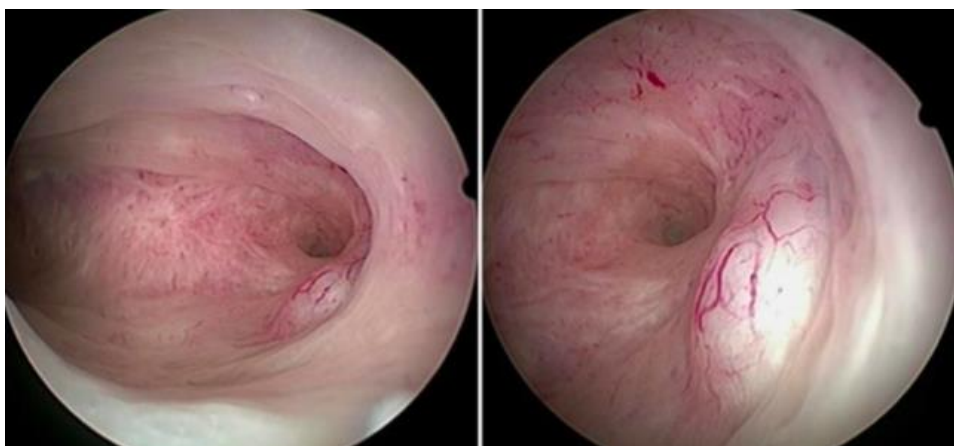
10. Mulher, 62a, menopausa há 8 anos, apresentou sangramento após a menopausa. Submetida a histeroscopia, que evidenciou:



QUAL É A MELHOR CONDUTA?

- a. Polipectomia histeroscópica
- b. Biópsia dirigida da projeção polipoide e acompanhamento ecográfico posterior
- c. Histerectomia total videolaparoscópica
- d. Curetagem uterina

11. Mulher, 47a, refere sangramento uterino anormal com aumento da quantidade e de dias de fluxo menstrual. Antecedentes: hipertensão arterial, tabagismo 15 cigarros/dia. Ultrassonografia: útero medindo 90x77x53mm; miométrio heterogêneo; miomas intramurais (3,8cm e 3,5cm os maiores) e um submucoso (2,1cm). Exame histeroscópico conforme as imagens a seguir:



A paciente **não deseja** tratamento cirúrgico. **NESSE CASO, QUAL DEVE SER A CONDUTA ADOTADA ATÉ A MENOPAUSA?**

- a. Expectante.
- b. Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel.
- c. Análogo do GnRH.
- d. Pílula anticoncepcional combinada monofásica.

12. Mulher, 65a, apresentou três episódios de sangramento pós-menopausa no último semestre. Traz ultrassonografia transvaginal: endométrio heterogêneo; espessura endometrial=1cm. Submetida à histeroscopia com achado na figura a seguir.



O DIAGNÓSTICO PROVÁVEL É:

- a. Atrofia cística.
- b. Pólipo endometrial.
- c. Câncer de endométrio.
- d. Metaplasia óssea.

13. Mulher, 33a, procura ginecologista referindo que parou anticoncepcional oral há dois anos para engravidar. Desde então, apresenta ciclos irregulares, ficando até três meses sem menstruar. Refere uso de anticoncepcional desde a adolescência. Traz exames solicitados na Unidade Básica de Saúde: FSH=3,0mUI/mL; estradiol=98pg/mL; TSH=1,9µUI/mL; prolactina=20ng/mL; Histerossalpingografia com sinal de Cotte positivo bilateral; Ultrassonografia transvaginal: endométrio secretor de 8mm; ovário direito=14cc; ovário esquerdo=19cc e contagem total de folículo antral=28.

O esposo, 36a, também realizou exames: testosterona total=450ng/dL; FSH=5,0mUI/mL. Espermograma: volume=2,5ml; concentração de espermatozoides= 25milhões/ml; motilidade progressiva rápida=10%; progressiva lenta=30%; não progressivos=50% e morfologia de Kruger=5%. **A CONDUTA PARA ESTE CASAL COM INFERTILIDADE É:**

- a. Realizar laparoscopia para *drilling* ovariano e pesquisa de endometriose.
- b. Tratar o marido com testosterona para melhorar a concentração dos espermatozoides.
- c. Realizar estimulação ovariana controlada com letrozol ou clomifeno.
- d. Indicar fertilização *in vitro* por fator tubário.

14. Casal homoafetivo masculino, procura serviço de reprodução assistida. DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO DO CFM 2023/2022:

- a. Neste caso, a doadora de óvulos só pode ser anônima.
- b. É possível transferir dois embriões para o útero solidário: um embrião fertilizado com o espermatozoide de cada parceiro.
- c. Só é possível transferir um embrião, já que a doadora de óvulos deve ter menos de 35 anos.
- d. A cedente temporária de útero deverá ser parente de até 4º grau de um dos parceiros e deve ter ao menos um filho vivo.

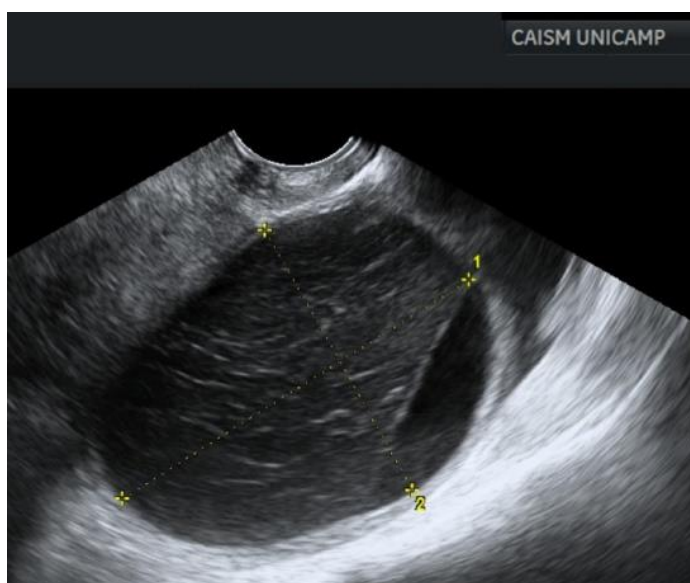
15. Casal procura serviço de reprodução pois desejam ter um filho. Esposa, 49a, menopausada há cinco anos (confirmada laboratorialmente). Traz ultrassonografia transvaginal: útero de tamanho normal; linha endometrial=2mm; ovários diminuídos, sem folículos antrais. Esposo, 56a, traz espermograma normal. Casal deseja saber sobre possibilidades de gestação, já que viu a notícia da gravidez da Claudia Raia aos 55 anos. NAS ORIENTAÇÕES DO CASAL, QUAL INFORMAÇÃO ESTÁ INCORRETA

- a. Apesar de menopausa confirmada, é possível, com a estimulação ovariana induzir o crescimento folicular e obter óvulos para fertilização *in vitro*.
- b. É possível gravidez na menopausa utilizando óvulos de doadora, com boas chances de sucesso.
- c. É possível gravidez na menopausa com óvulos próprios, se houve congelamento prévio de seus óvulos ou embriões, e a chance de sucesso está muito relacionada à idade em que se congelou os óvulos.
- d. Em relação ao homem, geralmente a produção espermática permanece mesmo em idades avançadas, sendo possível gestação.

16. EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO DO CASAL INFÉRTIL, EM QUAL (IS) SITUAÇÃO(ÕES) SERIA POSSÍVEL REALIZAR INSEMINAÇÃO INTRAUTERINA?

- I. Mulher, 30a, com ultrassonografia transvaginal normal e histerossalpingografia com Cottè negativo bilateral. Parceiro com espermograma normal.
- II. Mulher, 27a, com ultrassonografia normal e histerossalpingografia com Cottè positivo bilateral. Parceiro com espermograma com 2 milhões de espermatozoides progressivos/ml após processamento seminal.
- III. Mulher, 30a, anovulatória com ultrassonografia sugestiva de ovários policísticos e histerossalpingografia com Cottè positivo bilateral. Parceiro com oligospermia leve e 10 milhões de espermatozoides progressivos/mL, após processamento seminal.
- IV. Mulher, 29a, com antecedente de salpingooforectomia à direita e histerossalpingografia mostrando tuba esquerda normal com Cottè positivo a esquerda. Parceiro com sêmen normal e 20 milhões de espermatozoides progressivos/mL, após processamento seminal.
- I e IV
 - I e II
 - II e III
 - III e IV

17. Mulher, 38a, apresenta quadro de dor pélvica e no exame físico tem dor à mobilização de colo uterino com massa anexial palpável à esquerda. Ultrassonografia transvaginal: cisto multilocular (2 loculações), com ecotextura mista, sem componente sólido, medindo 6 cm, sem vascularização (IC=1), nem ascite. **CLASSIFIQUE A IMAGEM SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE IOTA COM BASE NA DESCRIÇÃO DO ACHADO ULTRASSONOGRÁFICO E SUGIRA UMA POSSÍVEL ETIOLOGIA PARA A MASSA ANEXIAL.**

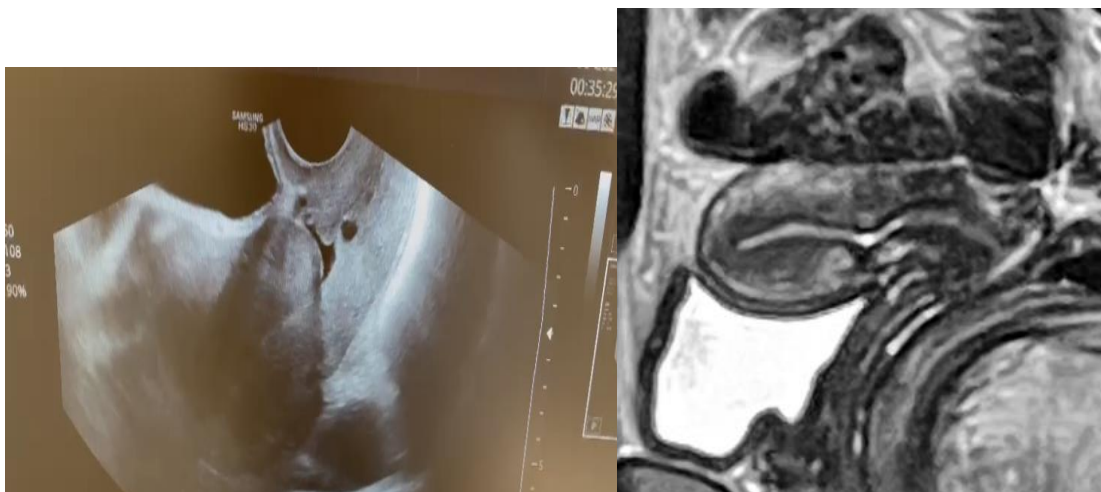


- a. IOTA I (indeterminado); cistoadenoma seroso.
- b. IOTA B (benigno); endometrioma ovariano.
- c. IOTA B (benigno); abscesso ovariano.
- d. IOTA M (maligno); tumor borderline.

18. DURANTE A AVALIAÇÃO DE PACIENTE COM MASSA ANEXIAL, QUAIS ACHADOS DEVEM SER VALORIZADOS COMO INDICADORES DE RISCO PARA NEOPLASIA DE OVÁRIO?

- a. Marcadores tumorais normais, idade acima de 50 anos, história familiar de câncer de mama, ultrassonografia com Doppler IC=1 em massa anexial, unilocular e sem projeções sólidas.
- b. Marcadores tumorais elevados, idade acima de 50 anos, história familiar de câncer de ovário ou mama, ultrassonografia com Doppler IC=4 em massa anexial, cisto multiloculado com maior diâmetro acima de 10cm e projeções sólidas.
- c. Cisto unilocular com projeção sólida até 7mm, ultrassonografia com Doppler com IC=1 na massa anexial, idade acima de 50 anos, massa anexial móvel ao exame físico.
- d. Marcadores tumorais suprimidos, idade acima de 50 anos, ausência de fluxo sanguíneo na ultrassonografia, história familiar negativa para câncer de ovário.

19. Mulher, 38a, G3P3C3FV3, laqueada na ocasião do último parto, vem com queixa de sangramento uterino anormal acompanhado de dismenorreia de leve intensidade. Apresenta ciclos regulares a cada 35 dias, com fluxo moderado e duração de 4-5 dias, porém, cerca de dois dias depois do fim do fluxo menstrual tem início sangramento anormal em pouca quantidade com sangue em “borra de café” com duração de 7-10 dias. Durante investigação de quadro clínico foi evidenciada a imagem a seguir, respectivamente, em ultrassonografia transvaginal e em ressonância magnética:



QUAL A POSSÍVEL ETIOLOGIA DO SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL E QUAL O FATOR DE RISCO QUE A PACIENTE APRESENTA PARA O DESENVOLVIMENTO DE TAL QUADRO?

- a. Adenomiose; endometriose.
- b. Adenomiose; antecedente de parto cesárea.
- c. Istmocele; múltiplas cesáreas.
- d. Istmocele; multiparidade.

20. Ao final do procedimento de uma histerectomia vaginal com fixação da cúpula vaginal no ligamento sacroespinoso, colporrafia anterior e posterior mais perineorrafia, paciente refere uma dor na coxa bilateralmente ao fletir as mesmas depois que a anestesia regional terminou seu efeito. Ao exame, verifica-se uma anestesia na face anterior da coxa. Ao investigar as causas, verifica-se que houve uma hiperangulação na flexão da coxa durante posicionamento. **QUAL O POSSÍVEL NERVO ATINGIDO DURANTE O PROCEDIMENTO?**

- a. Nervo cutâneo femoral.
- b. Nervo genitofemoral,
- c. Nervo ilio-hipogástrico.
- d. Nervo ilioinguinal,

21. Mulher, 35a, G1P0, 40 semanas, em trabalho de parto, encontra-se em segundo período de parto (1h30min com analgesia peridural). Indicado fórcepe de Simpson por apresentação occipito-sacro mais categoria 2 na cardiocografia intraparto persistente a manobras de reanimação. Realizada episiotomia mediolateral de 2,5cm de extensão. Recém-nascido de 3.500g, Apgar 6/10, sem outras intercorrências neonatais. Residente de primeiro ano realiza toque retal e percebe algo “diferente”, como uma possível ruptura muscular próximo ao canal anal.



AVALIE A FOTO ACIMA E ESCOLHA A POSSÍVEL CLASSIFICAÇÃO BASEADA NO ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS DE LESÕES SEVERAS PERINEAIS INTRA-PARTO.

- a. 2º grau.
- b. 3º grau tipo A.
- c. 3º grau tipo B.
- d. 4º grau.

22. SOBRE A ENDOMETRIOSE QUE ACOMETE O TRATO URINÁRIO, É CORRETO AFIRMAR QUE:

- a. Ureteres estão frequentemente acometidos na forma intestinal profunda, de forma intrínseca.
- b. O tratamento cirúrgico é realizado de forma excepcional na endometriose vesical, sendo o tratamento clínico eficaz para a resolução dos sintomas.
- c. O comprometimento intrínseco do ureter é raro, e deve ser tratado cirurgicamente através da remoção da lesão, seguida de anastomose término-terminal ou reimplante ureteral.
- d. A ureterólise é parte importante da cirurgia de tratamento de endometriose profunda, uma vez que medialmente ao ureter encontramos estruturas importantes como os nervos esplâncnicos pélvicos.

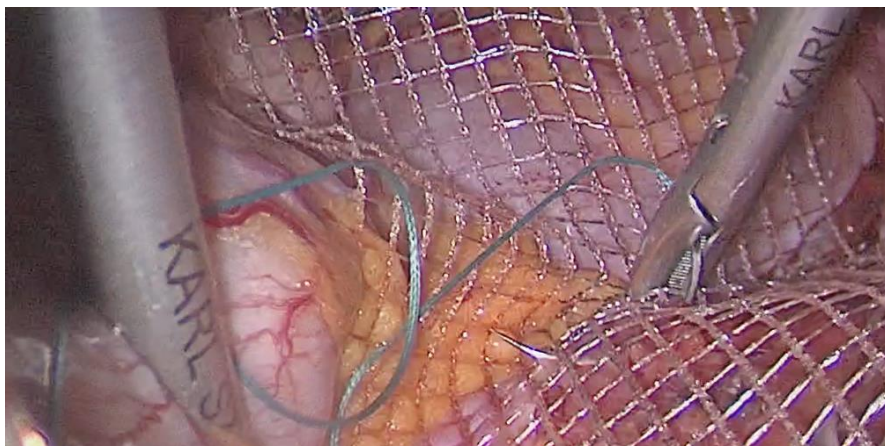
23. SOBRE O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ENDOMETRIOSE INTESTINAL, É CORRETO AFIRMAR QUE:

- a. Lesões laterais se beneficiam da técnica de ressecção discóide.
- b. Ressecções do tipo segmentar estão indicadas na doença intestinal multicêntrica.
- c. É mandatória a realização de estomias de proteção no caso de ressecções superiores a 20 cm de extensão.
- d. O grampeamento discóide é uma técnica que apresenta maior risco de lesão inadvertida de nervos, como o hipogástrico.

24. SOBRE ENDOMETRIOSE PROFUNDA, É INCORRETO AFIRMAR:

- a. O CA-125 é uma ferramenta diagnóstica importante, de baixo custo, e com alta sensibilidade e especificidade.
- b. A recidiva dos endometriomas ovarianos tratados também está relacionada à radicalidade da cirurgia.
- c. O tratamento da endometriose de vagina deve ser feito por via abdominal.
- d. A suspensão ovariana durante o ato cirúrgico favorece a identificação, individualização de estruturas e tratamento da doença posterior.

25. A fotografia abaixo representa um passo da promontofixação laparoscópica:



De forma geral, a recomendação é que, ao passar a agulha no ligamento longitudinal anterior que deve ancorar a tela na sua parte cranial, o cirurgião não ultrapasse a espessura máxima da mesma, para que não aumente o risco de discite local. **ASSINALE O LIMITE DA ESPESSURA DESSA ESTRUTURA:**

- 2 milímetros.
- 5 milímetros.
- 10 milímetros.
- 20 milímetros.

26. Camila foi atendida no Ambulatório de Infecções Genitais da Unicamp com queixa de corrimento vaginal há três semanas. Foi examinada pela residente do 2º ano, que executou exame ginecológico completo e colheu material para o exame de bacterioscopia a fresco e corada por gram. Foram observadas alterações que sugerem o diagnóstico de tricomoníase. **SOBRE O CASO DESCRITO, ASSINALE A AFIRMATIVA CORRETA.**

- Observou-se corrimento esverdeado, grumoso, inodoro, teste de Whiff positivo, gram de secreção vaginal com diplococos gram negativos intracelulares.
- Observou-se corrimento branco, inodoro e com aspecto caseoso, fissuras e maceração da pele, pH vaginal=5,0 e teste de Whiff positivo.
- Observou-se corrimento abundante, amarelado esverdeado, bolhoso, com colpíte, parasita flagelado movimentando entre as células epiteliais e os leucócitos no exame a fresco.
- Observou-se ao exame a fresco a presença de "células chaves" ou "clue cells", corrimento vaginal com odor fétido, branco-acinzentado, colo friável e teste de Whiff positive.

27. Mulher procura Pronto Socorro de Ginecologia muito preocupada com o aparecimento de feridas dolorosas em região íntima há quase um mês. Diz que sua última relação sexual foi há uma semana e que seu método contraceptivo é DIU de cobre, que usa há dois anos. Nega febre, mas

apresenta um corrimento amarelado há alguns dias (não sabe quantos). Exame ginecológico: lesão ulcerada no quadrante vulvar II, não única, sendo a maior úlcera com diâmetro de 1cm; infartamento ganglionar bilateral não inflamatório. **OS EXAMES AUXILIARES PARA ELUCIDAÇÃO DIAGNÓSTICA SÃO:**

- a. Sorologias para HIV, Sífilis e Hepatite B; biópsia da lesão ulcerada.
- b. Teste Rápido para Sífilis e HIV; imprint da lesão maior.
- c. Imprint da lesão maior; punção de linfonodo para cultura.
- d. Teste rápido para Sífilis e HIV; biópsia da lesão ulcerada.

28. OS LIMITES DO ESPAÇO DE RETZIUS SÃO:

- a. Ligamento uterossacro; ligamento de Cooper; arco tendíneo da fáscia pélvica.
- b. Ligamento pubovesicouterino; ligamento sacroespinhoso; artéria umbilical obliterada.
- c. Ligamento de Cooper; arco tendíneo da fáscia pélvica; parede vesical anterior.
- d. Ligamento longitudinal anterior; músculo obturador; fáscia pré-vesical.

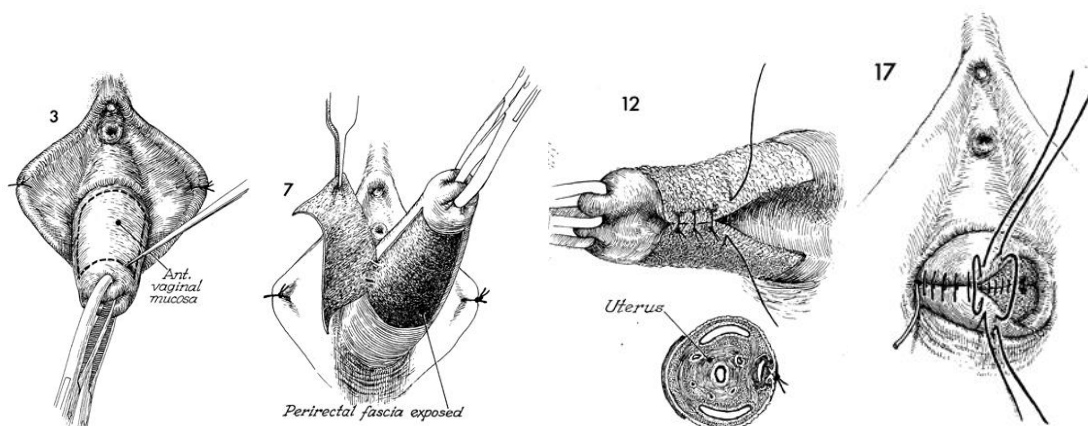
29. QUANTO AOS TRATAMENTOS DA INSUFICIÊNCIA OVARIANA PREMATURA, É CORRETO AFIRMAR:

- a. Deve ser prescrita terapia hormonal com estrogênio e progestagênio até pelo menos 50 anos de idade.
- b. Não deve ser prescrito terapia hormonal com estrogênio e progestagênio por tempo maior do que cinco anos, pelo risco de câncer de mama e tromboembolismo.
- c. Os contraceptivos hormonais combinados estão contraindicados, independentemente do desejo reprodutivo.
- d. O tratamento consiste unicamente de melhores hábitos de vida, atividade física, uso de cálcio e vitamina D.

30. O URETER É UTILIZADO COMO MARCO DIVISÓRIO DOS SEGUINTE ESPAÇOS:

- a. Okabayashi e Latzko.
- b. Pararretal e Latzko.
- c. Yabuki e pararretal.
- d. Paravesical e pré-sacral.

31. AS ILUSTRAÇÕES ABAIXO REPRESENTAM A CIRURGIA GINECOLÓGICA DE:



- a. Colpectomia.
- b. Colpocleise.
- c. Colporrafia anterior.
- d. Perineorrafia.

32. Mulher, 49a, comparece ao ambulatório com queixa de ondas de calor e insônia há 24 meses, com piora gradativa. Antecedentes: câncer de endométrio tratado cirurgicamente com histerectomia, anexectomia bilateral e linfadenectomia pélvica e paraaórtica. Não apresenta outros antecedentes mórbidos. **A CONDUTA É:**

- a. Venlafaxina 75 mg por dia
- b. Estradiol 2 mg e didrogesterona 10 mg via oral por dia
- c. Etinilestradiol 30 mg e levonorgestrel 150 mg via por dia
- d. Estradiol 1 mg via transdérmica por dia

33. Mulher, 28a, encaminhada do ambulatório de gastrocirurgia com queixa de irregularidade menstrual. Refere ciclos de 3-4 dias e intervalo de 15-40 dias. Antecedentes: duas gestações prévias com dois partos vaginais; cirurgia bariátrica disabsortiva há 10 meses, com perda de 30 kg. Ultrassonografia transvaginal: sem alterações. **A MELHOR CONDUTA É PRESCREVER:**

- a. Anel vaginal com etonogestrel e etinilestradiol.
- b. Pílula com progestagênio isolado com desogestrel.
- c. Contraceptivo oral combinado com etinilestradiol e levonorgestrel.
- d. Pílula com progestagênio isolado com noretisterona.

34. Mulher nuligesta, 21a, encaminhada do ambulatório de hematologia para avaliação de contracepção. Tem antecedente de fratura em perna esquerda com necessidade de imobilização e que evoluiu com trombose venosa profunda. Recebeu tratamento com anticoagulantes por 6

meses e atualmente não faz uso de medicação. Foram realizados exames para detecção de mutações trombogênicas (fator V Leiden, protrombina, proteína S, proteína C e deficiência de antitrombina) sem alterações. **A MELHOR CONDUTA É PRESCREVER:**

- a. Pílula com progestagênio isolado com desogestrel.
- b. Adesivo com norelgestromina e etinilestradiol.
- c. Contraceptivo oral combinado com etinilestradiol e levonorgestrel.
- d. Anel vaginal com etonogestrel e etinilestradiol.

35. QUAIS DOS SEGUINTE ACHADOS NÃO É UTILIZADO NO DIAGNÓSTICO ULTRASSONOGRÁFICO DA ADENOMIOSE UTERINA, DE ACORDO COM O MUSA (MORPHOLOGICAL UTERUS SONOGRAPHIC ASSESSMENT).

- a. Faixas de sombra acústica posterior no miométrio, radiadas, em leque, ou estrias.
- b. Índice de resistência aumentado em alguma artéria uterina.
- c. Ilhotas ecogênicas no miométrio.
- d. Irregularidade da zona juncional.

36. Os dois principais tipos histológicos de câncer cervical, e a doença pré-invasiva que corresponde a esses tipos histológicos compartilham muitos dos mesmos fatores de risco. SÃO FATORES DE RISCO RELACIONADOS AO HPV, EXCETO:

- a. Início precoce da atividade sexual.
- b. História de infecções sexualmente transmissíveis.
- c. Imunossupressão.
- d. Uso de anticoncepcional oral.

37. Paciente tratada de câncer de mama em regime de adjuvância com anticorpos monoclonais e com inibidores de aromatase, APRESENTAVA QUAL PERFIL IMUNOHISTOQUÍMICO?

- a. RE=90%; RP=90%; HER-2 score 0+; Ki-67=10%.
- b. RE=50%; RP=60%; HER-2 score 3+; Ki-67=40%.
- c. RE=70%; RP=50%; HER-2 score 2+; FISH=negativo; Ki-67=30%.
- d. RE=negativo; RP=negativo; HER-2 score 2+; FISH=positivo; Ki-67=80%.

38. Mulher trans procura médico especialista em cirurgia de afirmação de gênero sobre o desejo cirúrgico em finalizar transição. Está em uso de hormonioterapia e já vive experiência de vida real. ASSINA A OPÇÃO CORRETA SOBRE INFORMAÇÕES A SEREM TRANSMITIDAS PARA A PACIENTE SOBRE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO GENITALIZADOR FEMININO A SER REALIZADO:

- a. A próstata é retirada após a etapa da orquiectomia e a penectomia parcial por abordagem posterior.
- b. Existe um risco de lesão anorretal durante a confecção tunelizante da neovagina.
- c. Retira-se a junção uretrovesical para confeccionar a neouretra e reconstituição do neoclitoris.
- d. Os cuidados no pós-operatório de neovagina não dependem da fonte que será constituída a sua parede.

39. Mulher, 35a, comparece ao ambulatório com quadro de dor em hipogastro, que piora quando a bexiga está repleta, há dois anos. Refere ainda aumento da frequência miccional (12 vezes durante o dia) e melhora da dor com o esvaziamento vesical. Exame físico e ginecológico normais. Exame de urina, urocultura, ultrassonografia transvaginal, ressonância pélvica e cistoscopia sem alterações. **QUAL O DIAGNÓSTICO?**

- a. Síndrome dolorosa vesical.
- b. Síndrome da bexiga hiperativa.
- c. ITU de repetição.
- d. Tumor de bexiga.

40. A metanálise abaixo foi retirada do seguinte estudo publicado (Frederice, C.P., Brito, L.G.O., Pereira, G.M.V. *et al.* Interventional treatment for myofascial pelvic floor pain in women: systematic review with meta-analysis. *Int Urogynecol J* **32**, 1087–1096 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04725-x>). Nela, existem *forest plots* analisando intervenções para mulheres com dor pélvica miofascial e sua influência na função sexual analisada através do questionário FSFI (*Female Sexual Function Index*). Esse questionário tem vários domínios (desejo – A; excitação – B; lubrificação – C; orgasmo – D; satisfação – E; dor – F; escore total – G) identificados no gráfico abaixo.

APÓS ANALISAR A FIGURA ABAIXO, ASSINALE A RESPOSTA CORRETA PARA AQUELES DOMÍNIOS DO FSFI ONDE HOUE UMA MELHORA DO ESCORE CONSIDERADA ESTATISTICAMENTE SIGNIFICANTE FEITA PELO CONJUNTO DE INTERVENÇÕES:

- a. Desejo e orgasmo.
- b. Escore total e dor.
- c. Satisfação e dor.
- d. Lubrificação e excitação.

