



PROCESSO DE SELEÇÃO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DO IFF 2024

GABARITO PRELIMINAR

ENFERMAGEM ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

| QUESTÃO | RESPOSTA |
|-----------|----------|
| Questão 1 | B |
| Questão 2 | D |
| Questão 3 | D |
| Questão 4 | A |
| Questão 5 | A |
| Questão 6 | E |
| Questão 7 | D |
| Questão 8 | B |
| Questão 9 | C |

MULTIPROFISSIONAL PROMOÇÃO DA SAÚDE

| QUESTÃO | RESPOSTA |
|-----------|---|
| Questão 1 | <p>A Organização Mundial da Saúde entende que uma cidade saudável é aquela em que seus gestores enfatizam a saúde das pessoas que vivem no município dentro de uma perspectiva ampliada de qualidade de vida, conforme preconizado na Carta de Ottawa. Ou seja, reconhecendo que são pré-requisitos para a saúde, a paz, a educação, a moradia, a renda, o ecossistema estável, a conservação dos recursos naturais, a justiça social e a equidade.</p> <p>Os projetos de cidades saudáveis nos chamados “países desenvolvidos” têm como principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ações centradas sobre o meio ambiente, como: o saneamento, o tratamento dos resíduos sólidos e a qualidade do ar;- Desenvolvimento de serviços de saúde;- Ações de controle e de prevenção de doenças específicas;- Promoção de modos de vida saudáveis, com indução da elaboração de políticas municipais baseadas no desenvolvimento econômico, que produzam um impacto potencial para a saúde e a proteção das populações. |
| Questão 2 | <p>Com a realização da Conferência de Promoção de Saúde, em Bogotá, no ano de 1993, apareceu a necessidade de discutir o que significava promover saúde nos cenários da América Latina. Assim, a Carta de Bogotá afirmou que a promoção da saúde nessa região implicava a busca por condições que garantissem o bem-estar geral, que deveria ser o objetivo central do desenvolvimento, enfatizando a indissociabilidade entre a determinação social da saúde e desenvolvimento.</p> <p>A Organização Panamericana de Saúde reconheceu que existe uma tendência em reduzir os problemas de saúde ao comportamento dos indivíduos, mas que atingir a meta de saúde para todos, em especial nos países em desenvolvimento, exige a melhoria das condições sociais, como educação, moradia e renda.</p> <p>Nesse sentido, a promoção da saúde para a América Latina remete à saúde dentro do contexto social e ecológico como uma estratégia que possibilite um compromisso maior de todos para reduzir as desigualdades sociais. Trata-se de pensar a saúde numa lógica integradora com o meio ambiente e o desenvolvimento sustentável, enfatizando as estratégias de promoção da saúde dentro de uma agenda intersectorial para o bem-estar coletivo.</p> |



| | |
|-----------|--|
| Questão 3 | <p>São diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none">- O estímulo à cooperação e à articulação intrasetorial e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde.- O fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde com base no reconhecimento de contextos locais e no respeito às diversidades, a fim de favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social.- O incentivo à gestão democrática, participativa e transparente para fortalecer a participação, o controle social e as corresponsabilidades de sujeitos, coletividades, instituições e de esferas governamentais e da sociedade civil.- A ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental.- O estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiem a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde.- O apoio à formação e à educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável.- A incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde, especialmente no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais.- A organização dos processos de gestão e de planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da PNPS na Rede de Atenção à Saúde (RAS), de modo transversal e integrado, compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais. |
| Questão 4 | <p>A Escola Promotora da Saúde desenvolveu-se na década de 1990 como um desdobramento do movimento da promoção da saúde, com foco em desenvolver de práticas integradoras de saúde na escola e uma educação voltada para a saúde integral.</p> <p>Embasada na Carta de Ottawa, cabe à estratégia de Escola Promotora da Saúde estimular estilos de vida saudáveis em toda a comunidade escolar, como também desenvolver de um ambiente saudável. Assim, a escola promove saúde ao realizar atividades e/ou projeto que contemplem as seguintes áreas: ambiente saudável, oferta de serviços de saúde e educação em saúde.</p> <p>Segundo a OPAS, é a escola que se constitui como um espaço físico seguro e confortável, com água potável, instalações sanitárias adequadas e um ambiente psicológico apropriado para a aprendizagem. Na Escola Promotora da Saúde trata-se de investir para que se desenvolvam conhecimentos e habilidades imprescindíveis para promover e cuidar de sua saúde, de sua família e comunidade, bem como produzir e cultivar espaços de estudo e convivência saudáveis.</p> <p>Entende-se que a Escola Promotora de Saúde parte da compreensão de que a educação em saúde não se faz apenas por intermédio do currículo explícito, mas pelo apoio recíproco entre a Escola, as famílias e a comunidade. Nesse sentido, é importante prestar atenção ao modo como se participa da vida da escola para que a comunicação possa ser amparada e revigorada.</p> <p>No Brasil, a ideia de Escola Promotora da Saúde emergiu a partir do projeto de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde, incorporando a educação em saúde às práticas pedagógicas e estabelecendo vínculos de cooperação entre saúde e educação, sendo precursora do Programa Saúde na Escola.</p> |
| Questão 5 | <p>Espera-se que o candidato exponha os motivos de seu interesse pelo curso, contando um pouco de sua história profissional e de formação e apresentando suas intenções e objetivos quanto ao processo formativo a que se candidata. Avalia-se também a capacidade de articulação do pensamento e de síntese na expressão escrita.</p> |



MULTIPROFISSIONAL POLÍTICAS SOCIAIS E INTERSETORIALIDADE

| QUESTÃO | RESPOSTA |
|-----------|---|
| Questão 1 | Uma combinação flexível das tecnologias relacionais e da organização dos processos de trabalho que promove algum grau de integralidade do cuidado; coordenação de casos, sistematização de tomadas de decisão, atenção às constantes modificações das necessidades de saúde são exemplos bem-sucedidos dessa reorganização (página 65). |
| Questão 2 | O gabarito deverá abordar as características principais apresentadas por Perry Anderson e Tatiana Brettas para o neoliberalismo, tais como: desregulamentação da economia; abertura para o mercado internacional; subsídios ao capital; privatizações de empresas estatais e de patrimônios públicos; barateamento da força de trabalho; precarização das relações de trabalho; concentração de renda e as desigualdades sociais; articulação dependente com os países do centro capitalista. |
| Questão 3 | O (a) candidato (a) deverá apresentar seu entendimento sobre os conceitos de violência obstétrica e racismo institucional, correlacionando-os e abordar o enfrentamento às desigualdades raciais nas políticas sociais, especialmente, na saúde que possam ser materializadas a partir das intervenções profissionais das/os candidatas/os. |
| Questão 4 | O (a) candidato (a) deverá ser capaz de articular o trabalho ao processo de humanização do ser social e as outras formas de objetivação deste, quais sejam, atividade teleologicamente orientada, tendência à universalização e a linguagem articulada. Igualmente, articular às capacidades humanas de, as quais o particularizam frente aos seres animais: realizar atividades teleologicamente orientadas; objetivar-se material e idealmente; comunicar-se e expressar-se pela linguagem articulada; tratar suas atividades e a si mesmo de modo reflexivo, consciente e autoconsciente; escolher entre alternativas concretas; universalizar-se e sociabilizar-se (NETTO e BRAZ, 2006. P.41). Isto posto, deve apontar que antes do surgimento do ser social inexistente a moral e a ética, as quais só surgem a partir do trabalho e das necessidades criadoras postas por ele ao ser natural. Após, devem diferenciar a moral e a ética no sentido de que esta última é um modo de ser, ou seja, ela só se realiza na ação, não na ideiação. Enquanto a moral é esse “conjunto de valores” norteadores, a ética é a realização dos mesmos. |

MÉDICA ENDOCRINOLOGIA FEMININA

| QUESTÃO | RESPOSTA |
|-----------|--|
| Questão 1 | <p>A - A melhor via de administração do estrogênio seria a via oral, uma vez que essa via proporciona efeitos benéficos sobre o perfil lipídico como aumento do HDL e diminuição do LDL. Em caso de reposição com testosterona, preferível a via transdérmica devido a menores efeitos colaterais e menor risco de doses supra fisiológicas.</p> <p>B - Está indicada reposição com estrogênio, principal hormônio relacionado a melhora dos sintomas climatéricos. Devido a queixa de desejo sexual hipoativo na pós - menopausa a testosterona pode ser associada, porém deve ser descontinuada se não houver resultado após 6 meses de uso.</p> <p>C - Se iniciada dentro da janela de oportunidade (até 10 anos da menopausa e antes dos 60 anos de idade), observa-se benefício cardiovascular com diminuição da aterosclerose. A TRH também é considerada primeira opção no tratamento da osteoporose, previne perda de massa óssea e redução do risco de fraturas, mesmo em mulheres sem osteoporose. Além disso, diminui a incidência de diabetes mellitus tipo 2, reduz queixas de rigidez articular e a progressão de sarcopenia.</p> <p>D - O risco de câncer de mama é maior na TRH combinada contínua, principalmente com o uso de progestágenos sintéticos. De acordo com a Endocrine Society e a Sociedade Norte Americana de Menopausa o uso isolado de estrógeno por até 5 anos não aumenta o risco de câncer de mama, mas eleva discretamente após esse período (risco relativo de cerca de 30%, porém risco absoluto baixo de cerca de 0,05%).</p> <p>Sobre o tromboembolismo, a TRH por via oral aumenta esse risco, o que não é encontrado na TRH por via transdérmica. Esquemas combinados com progesterona aumentam o risco, em comparação com esquemas de estrogênio isolado (risco absoluto, respectivamente, 0,09% e</p> |



| | |
|-----------|---|
| | <p>0,04%). O risco de AVC isquêmico aumenta em cerca de 30% com a TRH e pode estar relacionado à dose e à via de administração do estrogênio.</p> <p>E - Terapia cognitivo comportamental, hipnose, antidepressivos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (IRSS) e de noradrenalina (IRSN), gabapentina, antagonista da neuroquina B e oxibutinina.</p> |
| Questão 2 | <p>A - O padrão-ouro para diagnóstico da osteoporose é a avaliação da densidade mineral óssea através da densitometria óssea por dupla emissão de raios x. Para avaliação das mulheres na pós-menopausa utiliza-se o T-score, considerado osteoporose se menor ou igual a -2,5 DP (desvio padrão).</p> <p>B - Recomendável a prática regular de atividade física, cessar tabagismo, evitar consumo de bebidas alcoólicas, medidas de prevenção de quedas como barras de apoio e calçados adequados, ingestão alimentar de 1200 mg de cálcio/dia e níveis de vitamina D acima de 30 ng/mL, nível este baseado na idade da paciente, fatores de risco, raça e até do FRAX.</p> <p>C - A monitorização do tratamento, assim como o diagnóstico, é feito por meio da medida da densidade mineral óssea (DMO), realizada pela técnica de densitometria óssea por dupla emissão de raios X. Avaliam-se os sítios da coluna lombar, fêmur total ou colo femoral e, em determinadas circunstâncias, o rádio 33% (rádio 1/3) pode ser utilizado. Deverá ser considerado o T-score desses sítios na osteoporose na pós-menopausa e para as mulheres na menacme o Z-score. Também pode-se medir o Ntx e Ctx no sangue e/ ou urina, que avaliam o nível de perda de massa óssea, caso exista. A fosfatase alcalina, e cálcio iônico séricos também podem ser pedidos.</p> <p>D - O arsenal terapêutico disponível para tratamento da osteoporose atualmente é vasto, fazendo-se indispensável a escolha terapêutica individualizada, respeitando as necessidades de cada paciente entre agentes antirreabsortivos, agentes anabólicos, agentes de ação mista e aqueles não incluídos nessas classes. Possuímos: terapia de reposição hormonal (THM), moduladores seletivos dos receptores de estrogênio (SERMS), Bisfosfonatos, Calcitonina, Denosumab, Teriparatida, Ranelato de Estrôncio, Inibidores da Catepsina K.</p> |
| Questão 3 | <ul style="list-style-type: none">· Mediante glicemia de jejum alterada e obesidade grau II (IMC 38,28): Teste oral de tolerância a glicose para afastar Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que consiste em glicemia de jejum e glicemia 2h após 75g de glicose anidra e hemoglobina glicada (HbA1c).· Pela elevação de pressão arterial: Ureia, creatinina, sódio e potássio.· Mediante irregularidade menstrual e sinais de hiperandrogenismo, as hipóteses diagnósticas iniciais possíveis seriam: tumores produtores de androgênio, hiperplasia adrenal congênita de início tardio, hiperandrogenismo ovariano funcional, hiperprolactinemia, disfunção tireoidiana, síndrome dos ovários micropolicísticos, síndrome de Cushing como possíveis causas. Considerar possíveis diagnósticos e mediante anamnese e exame físico detalhado. <p><u>Num primeiro momento:</u> Testosterona sérica, podendo associar-se ao índice de androgênios livres ou testosterona livre calculada (entre o 4º e 10º dia do ciclo menstrual). SDHEA, 17OHP, androstenediona, SHBG, FSH, LH, TSH, T4 livre, prolactina. Exames de imagem: ultrassonografia transvaginal, preferencialmente ou pélvica.</p> <p><u>Diagnóstico:</u> Hirsutismo e Síndrome metabólica</p> <p><u>Tratamento proposto para o caso:</u> Contraceptivos orais são considerados as drogas de primeira linha no manejo do hirsutismo; anti-androgênios são adicionados se a resposta clínica, após seis meses for insatisfatória. Glicocorticóides, agonistas do GnRH e agentes sensibilizadores de insulina, tipo metformina, serão utilizados conforme o estabelecimento do diagnóstico final. Orientações gerais de redução de peso e estímulo aos exercícios regulares. Se necessário atenção psicológica.</p> |
| Questão 4 | <p>A base do tratamento é o bloqueio da secreção de gonadotrofinas, com análogos do GnRH (leuprolide e triptorelina são os mais utilizados). A dose utilizada para tratamento é 75-100mcg/kg, o que na prática, representa uma ampola de 3,75mg a cada 28 dias, via intramuscular ou subcutânea, nas crianças acima de 20Kg, e meia ampola naqueles abaixo desse peso ou uso trimestral nas doses de 11,25mg e 22,5mg ou ainda implantes subdérmico (histrelina). A monitorização do tratamento é realizada pela avaliação clínica e laboratorial. O bloqueio puberal adequado resulta em estabilização ou regressão do estadiamento puberal das mamas, redução da velocidade de crescimento e da maturação óssea.</p> |



| | |
|------------|--|
| | Objetivos: detectar e tratar as lesões expansivas intracranianas, interromper a maturação esquelética, preservar o potencial de estatura normal (dentro do intervalo da estatura alvo), evitar desproporções corporais, prevenir os problemas emocionais da criança, aliviar a ansiedade dos pais, reduzir o risco de abuso sexual e o início precoce da atividade sexual, prevenir a ocorrência de gestação em idade precoce, preservar a fertilidade, diminuir o risco de câncer de mama e endométrio que está relacionado à ocorrência de menarca precoce. |
| Questão 5 | A - Citar 5 dos efeitos a seguir: Irregularidade menstrual, hipertrofia de clitóris, alopecia, hirsurtismo, acne, disfonia (engrossamento da voz), atrofia das mamas, atrofia de útero, lesões musculares, tendinose, glomeruloesclerose focal e segmentar, glomerulonefrite membrano-proliferativa, insuficiência renal aguda, lesão hepatocelular, colestase, hepatocarcinoma, redução dos níveis de IgA, fechamento precoce das epífises em crianças, aumento do colesterol total e redução do HDL, hipertrofia ventricular, eventos tromboembólicos, mudanças de humor, agressividade, depressão, psicose e vício (abstinência e dependência). B -Citar 2 deles: Tratamento de queimaduras graves, hipogonadismo masculino primário ou secundário, sarcopenia grave (HIV) e terapia hormonal em transexuais. Tratamento de desejo sexual hipoativo em mulheres no climatério. |
| Questão 6 | A - Amenorreia primária B - Cariótipo e USG pélvica transvaginal. C - Síndrome de Morris ou Síndrome de insensibilidade androgênica completa. |
| Questão 7 | D-C-B-A |
| Questão 8 | E |
| Questão 9 | 1 – A e B 2- D e E 3 – B e C 4 – Somente A 5 – C e E |
| Questão 10 | Resposta livre onde será avaliada de forma escrita a justificativa do candidato(a). |

MÉDICA PATOLOGIA CERVICAL UTERINA E COLPOSCOPIA

| QUESTÃO | RESPOSTA |
|-----------|---|
| Questão 1 | A - Infecção persistente por tipos oncogênicos ou de alto risco do HPV. B - Nas infecções transformadoras, o genoma do HPV encontra-se integrado ao genoma da célula. Fonte: Prendiville & Sankaranarayanan. 2017. COLPOSCOPY AND TREATMENT OF CERVICAL PRECANCER. Pag 25. |
| Questão 2 | <i>“A presença de HPV oncogênico nem sempre significa que uma infecção ativa está presente. O vírus pode estar latente ou até mesmo estar presente na superfície epitelial, mas não ativo ou produtivo. Mesmo quando uma infecção está presente, isso não significa, por si só, que a doença ou lesão precursora seja provável. Uma infecção pode ser transitória e, portanto, inofensiva, e este é o resultado usual em mulheres jovens ... Muitas LSILs são altamente produtivos e têm contagens de carga viral muito altas, mas conferem risco mínimo de progressão para lesões de alto grau e, posteriormente, câncer.”</i> Fonte: Prendiville & Sankaranarayanan. 2017. COLPOSCOPY AND TREATMENT OF CERVICAL PRECANCER. Pag 29. |
| Questão 3 | MCM, p16 ou E4. Fonte: Prendiville & Sankaranarayanan. 2017. COLPOSCOPY AND TREATMENT OF CERVICAL PRECANCER. Pag 31. |



| | |
|-----------|--|
| Questão 4 | <p>“Na ZT tipo I a ZT está na ectocérvice e a JEC é completamente visível e posicionada na ectocérvice; Na ZT tipo II a ZT está na ectocérvice e endocérvice e a JEC é completamente visível e posicionada na endocérvice; Na ZT tipo III a ZT está na predominantemente endocérvice e a JEC é incompletamente ou não visível e posicionada na endocérvice.” Fonte: Prendiville & Sankaranarayanan. 2017. COLPOSCOPY AND TREATMENT OF CERVICAL PRECANCER. Pag 157. E: Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. 2016. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Pag 103.</p> |
| Questão 5 | <p>A - Infecção secundária; B - Assegurando a inexistência de infecção à época do procedimento excisional. Fonte: Prendiville & Sankaranarayanan. 2017. COLPOSCOPY AND TREATMENT OF CERVICAL PRECANCER. Pag 96.</p> |
| Questão 6 | <p>A - Seguimento B - “Exame citopatológico e colposcopia semestrais nos primeiros dois anos (A). Após os dois primeiros anos, o seguimento deverá ser feito com a citologia anual até completar cinco anos do tratamento, na unidade básica de saúde (I).” Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. 2016. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Pág. 86-87.</p> |
| Questão 7 | <p>“Após esse período (24 meses), se houver persistência da lesão, optar pelo tratamento, que poderá ser de forma excisional ou destrutiva (B). O tratamento destrutivo somente poderá ser realizado, nesses casos, se a lesão é restrita à ectocérvice e JEC visível (ZT tipo 1) (A).” Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. 2016. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero - 2ª edição, pag 84.</p> |
| Questão 8 | <p>“Se a biópsia revelar NIC III, o seguimento citológico e colposcópico semestral por dois anos é recomendado nas mulheres até 20 anos (B).” Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. 2016. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero - 2ª edição. Pág. 84.</p> |
| Questão 9 | <p>“Quando presentes achados anormais menores, a biópsia poderá ser dispensada, considerando-se outros fatores como idade menor do que 30 anos, rastreamento prévio negativo e ausência de história de doença cervical pré-invasiva (NIC II/III).” Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. 2016. Diretrizes brasileiras para o rastreamento</p> |



MÉDICA VIDEOHISTEROSCOPIA E VIDEOLAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA

| QUESTÃO | RESPOSTA |
|-----------|--|
| Questão 1 | <p>Gravidez ectópica, Abscesso tubo-ovariano, Mioma, Torção anexial, Tumor de ovário benigno (teratoma, cistoadenoma mucinoso, cistoadenoma seroso, cisto funcional de ovário), Endometrioma e Tumor de ovário maligno ou borderline, diagnostico menos provável pela idade da paciente.</p> <p>Fonte: Evaluation and Management of Adnexal Masses - ACOG Guideline, 2016 - página 3</p> |
| Questão 2 | <p>Exame de imagem: USG transvaginal que poderá avaliar o tamanho e composição dessa massa: sólida, cística ou mista, se houver conteúdo líquido se é denso ou não, se há septações e excrescências papilares em sua superfície. Também poderá ser avaliada na ultrassonografia a lateralidade e a presença de líquido livre na pelve. A dopplerfluxometria pode ajudar a avaliar as características vasculares dessa massa. A ressonância magnética, a Tomografia computadorizada ou o PET scan, não devem ser utilizados para a abordagem inicial de massas pélvicas. Esses exames são úteis na avaliação de massas anexiais quando há dúvida em relação à origem ovariana e na avaliação abdominal de metástases e ascite quando há suspeita de malignidade.</p> <p>Exames laboratoriais: beta hcg, leucograma, PCR (para avaliar sinais de infecção), marcadores tumorais (Ca 125) PCR para Chlamydia e gonococo na secreção vaginal se houver suspeita de doença inflamatória pélvica</p> <p>Fonte: Evaluation and Management of Adnexal Masses - ACOG Guideline, 2016 - página 3 e 4</p> |
| Questão 3 | <p>Em se tratando de uma massa anexial benigna, devemos optar pelos procedimentos minimamente invasivos. A abordagem cirúrgica nesses casos deve priorizar a preservação da fertilidade, uma vez que a paciente não tem prole constituída. Mesmo em mulheres com grandes cistos ovarianos é possível realizar a cistectomia laparoscópica preservando o ovário da paciente.</p> <p>Fonte: Evaluation and Management of Adnexal Masses - ACOG Guideline, 2016 - página 7.</p> |
| Questão 4 | <p>Sem necessidade de nenhuma complementação já que a paciente é assintomática.</p> <p>Seguimento: rotina ginecológica anual.</p> <p>Fonte: Acog Practice Bulletin Summary: Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas N228 DOI: 10.1097/AOG.0000000000004401</p> |
| Questão 5 | <p>Hemograma, BetaHCG, novo usg tv. Transamin SOS + AINE Avaliar histeroscopia</p> <p>Fonte: SÉRIE ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FEBRASGO NO 4 • 2021- Desordens Hemorrágicas e Anemia na Vida da Mulher paginas 77 até 82</p> |
| Questão 6 | <p>A - Miomectomia histeroscópica, embolização, ablação do mioma por radiofrequência.</p> <p>B - Além dos já citados na letra a. Tratamento hormonal com progesterona, análogos do GNRH e histerectomia</p> <p>Fonte: Acog Practice Bulletin Summary: Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas N228 DOI: 10.1097/AOG.0000000000004401</p> |
| Questão 7 | <p>A - Deve ser realizado, embora tenha baixa acurácia no diagnóstico, poderá detectar nódulos e endometriomas;</p> <p>B - Devem ser realizados em mulheres com suspeita de endometriose, mesmo que o exame físico seja normal;</p> <p>C - Não devem ser realizados;</p> <p>D - Nos casos em que há suspeita clínica de endometriose, não há alteração no exame de imagem e não houve resposta ao tratamento clínico para endometriose, poderá ser considerada a realização de laparoscopia;</p> <p>ESHRE Guideline Endometriosis, 2022 Página 9</p> |



| | |
|-----------|--|
| Questão 8 | <p>O aspecto das lesões é bem variado. As lesões podem ser vermelhas que são muito ativas, arroxeadas e pretas, menos ativas e brancas consideradas cicatriciais. Podem ser encontradas lesões atípicas que se manifestam através de vesículas, lesões amarronzadas, em chama de vela, defeitos peritoneais e aderências finas. A Endometriose, dependendo da sua extensão, pode levar a aderências firmes nos órgãos pélvicos, com distorção da anatomia, podendo comprometer os ovários, trompas, útero, bexiga, ureter e alças intestinais, especialmente o sigmoide. Podemos encontrar aderências dos ovários entre si, aspecto conhecido como “Kissing ovaries”.</p> <p>CLÁUDIO CRISPI. Tratado de Videoendoscopia ginecológica, capítulo 21, página 309. Editora Atheneu 2006</p> |
| Questão 9 | <p>- Punção fechada: realização do Pneumoperitônio com agulha de Veress por punção abdominal.</p> <p>- Punção aberta: tem a vantagem de induzir o pneumoperitônio sob visão direta da cavidade abdominal. Incisão na pele de 12mm. Incisa-se desde a pele até o peritônio e se introduz o trocarte. Passou a ser utilizada principalmente nos pacientes com cirurgias abdominais prévias e aderências.</p> <p>- Punção semi-aberta: intermediária entre as duas técnicas acima. Incisa-se a pele por 12mm na cicatriz umbilical, a seguir incisa-se o ligamento umbilical e penetra-se na cavidade abdominal com uma pinça. Repara-se com um fio forte a aponeurose e é introduzido um trocarte de 5mm, sem o mandril cortante.</p> <p>Fonte: Tratado de Videoendoscopia Ginecológica - Crispi páginas 2013 a 2017</p> |

MÉDICA UROGINECOLOGIA E DISTOPIAS GENITAIS

| QUESTÃO | RESPOSTA |
|-----------|---|
| Questão 1 | <p>Diminuição da espessura da mucosa do trato urinário e do índice de maturação celular vaginal e urinário; diminuição da vascularização vesical, periuretral e do músculo levantador do ânus; diminuição da camada muscular da uretra e da bexiga; aumento das fibras colágenas na camada muscular da uretra e da bexiga; alterações significativas na concentração de glicosaminoglicanos sulfatados e ácido hialurônico no trato urinário baixo; diminuição da expressão dos genes Beta 2 microglobulina, citocromo C-oxidase e fator de crescimento vascular endotelial e diminuição da densidade de receptores muscarínicos na bexiga.</p> <p>Ref: Reabilitação do assoalho pélvico – Jorge Haddad. Pág. 220-225</p> |
| Questão 2 | <p>Complacência é a relação entre volume e pressão durante o enchimento vesical (variação do volume/variação da pressão). A complacência reflete a capacidade da bexiga de expandir seu volume com mínima alteração na pressão intravesical.</p> <p>Durante o enchimento vesical na fase de Cistometria do Estudo Urodinâmico avaliamos a capacidade da bexiga se distender e verificamos se ocorrem alterações significativas na pressão vesical de acordo com o volume infundido.</p> <p>Ref: Tratado de Uroginecologia - Manoel Girão</p> |
| Questão 3 | <p>Nível I – Apical, nível relacionado à função dos ligamentos uterossacros e ligamentos cardinais.</p> <p>Ref: Reabilitação do assoalho pélvico – Jorge Haddad. Pág. 70</p> |
| Questão 4 | <p>Prolapso de parede vaginal anterior estágio 3 e prolapso de parede vaginal posterior estágio 2. Por definição, um prolapso estágio 3 ocorre quando a porção mais distal do prolapso está mais de 1cm abaixo do hímen mas não mais do que 2cm a menos que o comprimento vaginal total. Um prolapso estágio 2 ocorre quando a porção mais distal do prolapso está entre 1cm acima do hímen e 1cm abaixo deste. No caso da paciente em questão a porção mais distal da parede vaginal anterior está 2cm além do hímen e a porção mais distal da parede vaginal posterior está na altura do hímen.</p> <p>Ref: Reabilitação do assoalho pélvico – Jorge Haddad. Pág. 72.</p> |
| Questão 5 | <p>Urgência urinária, geralmente acompanhada de frequência e noctúria, com ou sem urgeincontinência urinária, na ausência de infecção do trato urinário (ITU) ou outra patologia óbvia.</p> <p>Ref: Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction 2010 – Haylen et al.</p> |



| | |
|-----------|--|
| Questão 6 | <p>Esclerose múltipla, doença de Parkinson, demência, acidentes vasculares encefálicos prévios, trauma lombar, estenose medular, neuropatia periférica e lesão dos nervos pélvicos.</p> <p>Um exame físico envolvendo o aspecto neurológico deve ser realizado em toda paciente que se apresentar com queixas de prolapso ou incontinência. As funções sensorial e motora de L1-S4 são de particular importância. Exames com leve toque sobre o períneo, parte interna e anterior das coxas, e área pré-tibial testam adequadamente a função sensorial e propriocepção. O exame motor deve incluir a extensão e flexão do quadril e joelho. Reflexos sacrais intactos são confirmados pela verificação dos reflexos bulbocavernoso e anal. O toque nos lábios ou batidas leves no clitóris e a busca de contração dos músculos bulbocavernoso e isquiocavernoso testam o reflexo bulbocavernoso. O reflexo anal é realizado pelo toque (estímulo) da pele perianal e observa-se a contração do esfíncter anal externo. Todos os testes devem ser realizados bilateralmente.</p> <p>Ref: Reabilitação do assoalho pélvico – Jorge Haddad. Pág. 73</p> |
| Questão 7 | <p>O sling retropúbico representa a primeira aplicação clínica da teoria integral da continência para o tratamento da IUE na mulher. Conceitualmente, isso é representado pela aplicação do sling no terço uretral médio, considerando-se que o processo fibrótico que se desenvolve em torno da faixa determinará a formação de um neoligamento pubouretral. Esta estrutura representa o principal elemento natural do suporte uretral, estendendo-se da fáschia endopélvica bilateralmente até inserir-se na borda inferior da sínfise púbica. Já o sling transobturatório, apresenta-se como um suporte mais horizontal da uretra, reforçando o ligamento uretropélvico. A idéia do suporte uretral pela via transobturatória embasa-se nos conceitos previamente descritos e na experiência clínica, objetivando reforçar a fáschia endopélvica na região suburetral entre os dois arcos tendíneos.</p> <p>Ref: Uroginecologia Ilustrada – Paulo Palma. Pág. 67, 82 e 86.</p> |
| Questão 8 | <p>Perfuração vesical, lesão uretral, lesão óssea (púbis), hematoma retropúbico, extrusão da tela, obstrução infravesical, fístula vesico vaginal.</p> <p>Ref: Ostergard's urogynecology and pelvic floor dysfunction</p> |
| Questão 9 | <p>Hiperatividade detrusora.</p> <p>Existem diversos métodos para tratamento do quadro clínico da bexiga hiperativa. Dependendo da intensidade do problema e do seu impacto sobre a qualidade de vida, esses tratamentos podem ser usados separadamente ou em sequência.</p> <p>A - Treinamento vesical e comportamental (Micção em horários predeterminados): o treinamento vesical possui três componentes principais – educação, micção em horários predeterminados com atraso sistemático e reforço positivo.</p> <p>B - Alterações do estilo de vida: Ingesta líquida, controle de peso corporal, controle alimentar (consumo de cafeína, álcool, bebidas carbonatadas), tabaco, hábitos intestinais e exercícios físicos.</p> <p>C - Fisioterapia do assoalho pélvico.</p> <p>D - Tratamento farmacológico: agentes anticolinérgicos (como, por exemplo, o cloridrato de oxibutinina e o succinato de solifenacina), antidepressivos tricíclicos (cloridrato de imipramina) e agonistas dos receptores adrenérgicos do tipo β_3 (mirabegrona).</p> <p>E - Terapia loco-regional: Neuromodulação e toxina botulínica tipo A. A terapia loco-regional deve ser restrita aos casos onde o tratamento convencional não surtiu efeito.</p> <p>Ref: Reabilitação do assoalho pélvico – Jorge Haddad. Pág. 169-182. Urofisioterapia – Paulo Palma. Pág. 177-197.</p> |



MÉDICA ANESTESIOLOGIA PEDIÁTRICA E NEONATAL (AVANÇADO)

| QUESTÃO | RESPOSTA |
|-----------|--------------------------------------|
| Questão 1 | Não disponibilizado pelo formulador. |
| Questão 2 | Não disponibilizado pelo formulador. |

MÉDICA CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTORA NAS PATOLOGIAS MAMÁRIAS

| QUESTÃO | RESPOSTA |
|-----------|--------------------------------------|
| Questão 1 | Não disponibilizado pelo formulador. |
| Questão 2 | Não disponibilizado pelo formulador. |
| Questão 3 | Não disponibilizado pelo formulador. |
| Questão 4 | Não disponibilizado pelo formulador. |
| Questão 5 | Não disponibilizado pelo formulador. |
| Questão 6 | Não disponibilizado pelo formulador. |
| Questão 7 | Não disponibilizado pelo formulador. |
| Questão 8 | Não disponibilizado pelo formulador. |
| Questão 9 | Não disponibilizado pelo formulador. |

MÉDICA MEDICINA FETAL PG I

| QUESTÃO | RESPOSTA |
|-----------|--|
| Questão 1 | ANULADA |
| Questão 2 | ANULADA |
| Questão 3 | A técnica da cordocentese, consiste basicamente da introdução de uma agulha 20-22-G , transabdominalmente, sob orientação ultrassonográfica contínua e inserida na veia umbilical. A técnica "free hand" é a mais usada comumente, embora o uso de um guia de agulha seja preferido por alguns. Se a placenta for anterior, realiza-se uma punção cordão ao nível da inserção placentária. A idade gestacional mínima para realização do exame é de 18 semanas. O risco de perda fetal é descrito entre 1-2%. |
| Questão 4 | ANULADA |
| Questão 5 | Monitoramento da paciente em ambiente hospitalar (internação) Uso de Esteroides para maturação pulmonar fetal PBF/CTG basal 1-2 vezes por dia Doppler (AU, ACM, DV) a cada 1-2 dias Avaliação do crescimento fetal a cada 2 semanas Programação do parto cesariana entre 30-32 semanas de idade gestacional Informar sobre chance de até 2% de óbito fetal, mesmo seguindo o protocolo ora em questão Abreviaturas: AU -artéria umbilical; ACM – artéria cerebral média; DV- ducto venoso; PBF – perfil biofísico fetal; CTG – cardiotocografia |
| Questão 6 | ANULADA |
| Questão 7 | ANULADA |



| | |
|-----------|--|
| Questão 8 | <p>Técnica transabdominal</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar por via transabdominal uma seção sagital média do útero, com obtenção do canal cervical.• A sonda é então movida lateralmente até que o plexo vascular paracervical seja visto.• O Doppler colorido é ligado e a artéria uterina identificada conforme ela se direciona cranialmente, para fazer sua ascensão no corpo uterino. <p>As medições são feitas anteriormente ao ponto em que a artéria uterina se ramifica nas artérias arqueadas.</p> <ul style="list-style-type: none">• À medida que a velocidade máxima sistólica das uterinas diminuem nas artérias arqueadas, uma medida abaixo do percentil 5 (60 cm/s) deve sinalizar ao operador que verifique cuidadosamente a correta colocação do volume da amostra. <p>O mesmo processo é repetido no lado contralateral.</p> |
| Questão 9 | <p>A ablação a laser é o tratamento de escolha para Síndrome de Transfusão Feto Fetal para estágios II, III e IV de Quintero;</p> <p>Conduta conservadora com vigilância próxima ou ablação a laser pode ser considerada para estágio I de Quintero;</p> <p>Quando o tratamento a laser não estiver disponível, a amniorredução seriada é uma alternativa aceitável após 26 semanas de gestação</p> <p>Para estágio V de Quintero deve ser realizado o aconselhamento sobre óbito fetal e possíveis sequelas em caso de feto sobrevivente</p> |



MÉDICA NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

| QUESTÃO | RESPOSTA |
|------------|----------|
| Questão 1 | B |
| Questão 2 | A |
| Questão 3 | C |
| Questão 4 | C |
| Questão 5 | D |
| Questão 6 | D |
| Questão 7 | B |
| Questão 8 | A |
| Questão 9 | D |
| Questão 10 | A |
| Questão 11 | B |
| Questão 12 | C |
| Questão 13 | B |
| Questão 14 | B |
| Questão 15 | A |
| Questão 16 | A |
| Questão 17 | C |
| Questão 18 | C |
| Questão 19 | D |
| Questão 20 | A |
| Questão 21 | D |
| Questão 22 | A |
| Questão 23 | D |
| Questão 24 | B |
| Questão 25 | C |



MÉDICA PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

| QUESTÃO | RESPOSTA |
|-----------|--|
| Questão 1 | Malformação pulmonar- tomografia de tórax Corpo estranho- broncoscopia Sequela pós infecção - bronquiectasia- tomografia de tórax Atelectasia pós infecciosa- broncoscopia |
| Questão 2 | De acordo com o Programa IRA, tosse e desconforto respiratório acompanhada de taquipneia e ausculta pulmonar no exame físico compatível com pneumonia. Como há sinais de desconforto respiratório o paciente deverá ser hospitalizado, oferecido oxigênio inalatório e iniciado antibiótico venoso (penicilina cristalina ou amoxicilina associada à clavulanato venoso) e medidas gerais, além de monitorização quanto a possíveis complicações. |
| Questão 3 | A - Repetir PPD em oito semanas. Se positivo, maior ou igual a 10 mm iniciar tratamento de TB latente com isoniazida por seis meses. B - Iniciar tratamento de TB latente com isoniazida 10mg/kg/dia por seis meses C - Tratar com antibiótico para bactérias comunitárias e investigar TB doença. D -Iniciar quimioprofilaxia primária contra Tb com isoniazida 10mg/kg/dia por 3 meses. Após refazer PPD, se positivo, manter tratamento por mais 3 meses. |
| Questão 4 | Líquido pleural purulento ou ph <7,2, glicose no líquido menor que 40, LDH >1000 e celularidade muito aumentada. |
| Questão 5 | Ambas as afirmações do médico estão equivocadas. O corticoide não deve fazer parte da estratégia de tratamento da bronquiolite aguda visto que o mecanismo da sibilância nestes casos não é o broncoespasmo, mas sim obstrução bronquiolar por secreção. Quanto a prevenção, para determinadas populações existe o anticorpo contra o Vírus sincicial respiratório- Palivizumabe, agente etiológico mais comum nestes casos, como forma de imunização. |
| Questão 6 | A - Hérnia diafragmática posterior esquerda do tipo Bodaleck B - Hipoplasia Pulmonar homolateral a hérnia. |
| Questão 7 | Síndrome aspirativa / distúrbio da deglutição – SEED com estudo da deglutição. <i>Nelson's textbook capítulo 390 – Etiology “ The recurrent aspiration of small quantities of gastric, nasal or oral contents can lead to several clinical presentations, including recurrent bronchitis or bronchiolitis; recurrent pneumonia; atelectasis; wheezing; cough; apnea; and/or laryngospasm.”</i> <i>Diagnosis“ A modified barium swallow study with vídeo fluoroscopy (vídeo flouroscopy swallowing study) is generally considered the gold standards for evaluating the swallow mechanism.”</i> |
| Questão 8 | Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma, Jornal Bras Pneumol. 2012;38(supl.1):S1-S46; afirmativa A (há necessidade de ofertar oxigênio em caso de queda de saturação) está correta e B incorreta (hemograma não deve ser coletado inicialmente em todos os casos). |
| Questão 9 | - Fibrose cística – solicitar teste do suor - Discinesia ciliar primária – solicitar biópsia de cílios para avaliação com microscopia eletrônica |