



UFF - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
COSEAC - COORDENAÇÃO DE SELEÇÃO ACADÊMICA
FMS – FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE / NITERÓI
CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS DO
QUADRO PERMANENTE DA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI
EDITAL Nº 1/2019



Leia atentamente todas as informações da Capa do Caderno de Questões antes de começar a Prova

Cargo: MÉDICO - COLPOSCOPISTA

NIVEL: SUPERIOR

CADERNO DE QUESTÕES

Instruções ao candidato

(Parte integrante do Edital – subitem 11.2)

- Ao receber este **Caderno de Questões**, confira se o cargo indicado é aquele para o qual você está concorrendo, se não for notifique imediatamente ao Fiscal. Você será responsável pelas consequências se fizer a Prova para um cargo diferente daquele a que concorre.
- Além deste **Caderno de Questões**, você deverá ter recebido o **Cartão de Respostas**.
- Verifique se constam deste Caderno, de forma legível, **50 questões de múltipla escolha** e espaços para rascunho. Caso contrário, notifique imediatamente ao Fiscal.
- Confira seus dados com os que aparecem no **Cartão de Respostas**. Se eles estiverem corretos, assine o **Cartão de Respostas** e leia atentamente as instruções para seu preenchimento. Caso contrário, notifique imediatamente ao Fiscal.
- Em hipótese alguma haverá substituição do **Caderno de Questões** ou do **Cartão de Respostas** se você cometer erros ou rasuras durante a prova.
- Sob pena de eliminação do concurso, não é permitido fazer uso de instrumentos auxiliares para cálculos ou desenhos, ou portar qualquer material que sirva de consulta ou comunicação.
- Cada questão objetiva apresenta cinco opções de respostas, sendo apenas uma delas a correta. No **Cartão de Respostas**, para cada questão, assinale apenas uma opção, pois será atribuída pontuação zero à questão da Prova que contiver mais de uma ou nenhuma opção assinalada, emenda ou rasura.
- O tempo disponível para você fazer esta Prova, incluindo o preenchimento do **Cartão de Respostas** é, no mínimo, de **uma hora e trinta minutos** e, no máximo, de **quatro horas**.
- Use somente caneta esferográfica de corpo transparente e de ponta média com tinta azul ou preta para preencher o **Cartão de Respostas**. Não é permitido uso de lápis mesmo que para rascunho.
- Terminando a prova, entregue ao Fiscal o **Cartão de Respostas** assinado e com a frase abaixo transcrita, a não entrega implicará a sua eliminação no Concurso.
- Somente será permitido **na última hora** que antecede ao término da Prova levar o **Caderno de Questões**.

**FRASE A SER TRANSCRITA PARA O CARTÃO DE RESPOSTAS
NO QUADRO “EXAME GRAFOTÉCNICO”**

A saúde e a alegria promovem-se uma à outra

(Joseph Addison)

Tópico: Língua Portuguesa

Texto 1

(...) Pelo espírito atribulado do sertanejo passou a ideia de abandonar o filho naquele descampado. Pensou nos urubus, nas ossadas, coçou a barba ruiva e suja, irresoluto, examinou os arredores. Sinhá Vitória estirou o beijo indicando vagamente uma direção e afirmou com alguns sons guturais que estavam perto. Fabiano meteu a faca na bainha, guardou-a no cinturão, acocorou-se, pegou no pulso do menino, que se encolhia, os joelhos encostados ao estômago, frio como um defunto. Aí a cólera desapareceu e Fabiano teve pena. Impossível abandonar o anjinho aos bichos do mato. Entregou a espingarda a Sinhá Vitória, pôs o filho no cangote, levantou-se, agarrou os bracinhos que lhe caíam sobre o peito, moles, finos como cambitos. Sinhá Vitória aprovou esse arranjo, lançou de novo a interjeição gutural, designou os juazeiros invisíveis.

Fonte: RAMOS, G. *Vidas Secas*. Rio de Janeiro; São Paulo: Record, 2001. p. 10.

01 Quanto à tipologia textual, a afirmação correta em relação ao texto é

- (A) É texto dissertativo com alguns elementos descritivos.
- (B) Trata-se de uma narração, sem nenhum traço dissertativo.
- (C) Não se trata de texto narrativo, pois não há personagens.
- (D) É um texto descritivo, com alguns elementos narrativos.
- (E) O texto apresenta personagem-narrador.

Texto 2



02 Considerando o Texto 2 assinale o conceito que a ele se aplica.

- (A) Denotação: sentido primitivo, dicionarizado.
- (B) Antonímia: palavra com sentido oposto.
- (C) Sinonímia: característica de determinadas palavras, num dado contexto, apresentarem significação semelhante.
- (D) Conotação: sentido especial que adquire um termo.
- (E) Polissemia: propriedade de algumas palavras apresentarem significações diferentes.

Texto 3

EPISÓDIO FINAL DA SAGA STAR WARS É MARCO NA VIDA DE FÃS DA SÉRIE

Carioca Nadja Lirio se casou em cerimônia com presença de Stormtroopers; ela define a série de George Lucas como um 'ponto central' de sua própria história

A ansiedade pelo próximo novo Star Wars tomou conta na internet e dos cinemas do Brasil. O filme que estreia nesta quinta-feira promete ser uma das maiores bilheterias da história e fechará um arco de 9 filmes, que começou em 1977. Mas, para os mega-fãs da saga, a antecipação atingiu níveis astronômicos.

Um fenômeno pop desde o lançamento de "A Nova Esperança", os filmes de George Lucas são responsáveis por uma das maiores comunidades de fãs do mundo. E boa parte

deles foram cativados pelas aventuras dos Skywalker ainda na infância, como no caso da carioca Nadja Lirio.

Apresentada à série **quando** tinha 7 anos, pelos primos, a advogada se apaixonou pela trilogia original de filmes — que correspondem aos episódios IV, V e VI. Desde então, sua paixão pela franquia só aumentou e hoje engloba não só os filmes, mas também as séries de TV, livros, histórias em quadrinhos e videogames.

Disponível em: <https://epoca.globo.com/cultura/episodio-final-da-saga-star-wars-marco-na-vida-de-fas-da-serie-24147862>. Acesso em: 10 dez. 2019.

03 Na palavra em destaque, no Texto 3, encontram-se

- (A) 5 fonemas / 6 letras.
- (B) 4 fonemas / 5 letras/ um dígrafo.
- (C) 6 fonemas / 4 letras / um dígrafo.
- (D) 6 fonemas / 6 letras.
- (E) 4 fonemas / 6 letras / um dígrafo.

Texto 4

Buracos negros supermassivos "comiam" nuvens geladas no início do Universo

.....
.....

O "cardápio" pode explicar como esses fenômenos cósmicos cresceram tão rápido durante o início do Universo, há 12,5 bilhões de anos. "Agora podemos demonstrar, pela primeira vez, que galáxias primordiais tinham 'comida' suficiente em seus ambientes para sustentar o crescimento de buracos negros supermassivos e a formação de estrelas", disse Emanuele Paolo Farina, que liderou o estudo, em comunicado.

Disponível em:

<https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/Espaco/noticia/2019/12/buracos-negros-supermassivos-comiam-nuvens-geladas-no-inicio-do-universo.html>. Acesso em: 10 dez. 2019.

04 A justificativa para o uso das vírgulas assinaladas no Texto 4 é

- (A) separar termos de mesmo valor usados numa coordenação.
- (B) separar uma oração coordenada.
- (C) separar um vocativo.
- (D) separar uma oração subordinada adverbial deslocada.
- (E) separar uma oração subordinada adjetiva explicativa.

05 Relacione os números das frases abaixo (I, II, III, IV, V) às figuras de linguagem correspondentes da coluna 1 e assinale a opção correta.

- I "Essas, que ao vento vêm, belas chuvas de junho." (J. Cardoso).
- II "Essa gente já terá vindo? Parece que não. Saíram há um bom pedaço." (Machado de Assis).
- III "Ao longe, o mar na solidão gemendo... / Arrebatava em uivos de lamentos." (Luís Guimarães Júnior).
- IV "Trabalha, e teima, e lima, e sofre, e sua!" (Olavo Bilac).
- V "Mexe [...] dentro, doida /...coisa, doida, dentro mexe / [...], / Deixe de manha, deixe de manha, / Sem essa aranha, sem essa aranha, sem essa aranha! / Nem a sanha arranha o carro / ... o sarro arranha a Espanha / Meça: tamanha!" (Caetano Veloso).

Coluna 1

- () Prosopopeia
- () Hipérbato
- () Aliteração
- () Silepse de número
- () Polissíndeto

- (A) I – V – II – IV – III.
- (B) II – III – IV – I – V.
- (C) III – I – V – II – IV.
- (D) IV – V – II – I – III.
- (E) V – I – III – IV – II.



Disponível em:

<http://www.triunfotransbrasiliana.com.br/noticias/triunfo-transbrasiliana-lanca-campanha-contr-a-combinacao-alcool-e-direcao.aspx.o>. Acesso em: 19 nov. 2019.

Analisando-se a parte escrita e a imagem acima, conclui-se que o objetivo principal do texto é:

- (A) Mudar as leis de trânsito.
- (B) Informar sobre as condições do tráfego.
- (C) Monitorar o comportamento dos motoristas.
- (D) Promover a doação de órgãos de acidentados.
- (E) Incentivar atitudes conscientes no trânsito.

07 Observando a grafia das palavras nas frases abaixo, a opção em que todas as palavras estão grafadas corretamente é:

- (A) “A vida é uma hesitação entre uma exclamação e uma interrogação. Na dúvida, há um ponto final.” (Fernando Pessoa).
- (B) “Tudo isto me revolta, me revolta vendo a cidade dominar a floresta, a sargeta dominar a flor!” (Euclides da Cunha).
- (C) “Sim, fique aqui escrito que amo a pátria funda, (...) doloridamente. Seja dito assim

suscinto, para que fique dito.” (Fernando Pessoa).

- (D) “Há uma grande diferença entre a crítica construtiva que preparará o caminho para um concenso e a mera invectiva que tende a endurecer as divergências.” (Nelson Mandela).
- (E) “Ó pai, duro é este discurso, quem poderá entendê-lo? / Se abrisse um sol sobre este dia incômodo, / eu rapava com enxada os escrementos, / punha fogo no lixo / e demarcava mais fácil os contornos da vida [...]” (Adélia Prado).

08 Uma palavra que tem intrigado os gramáticos normativos e os linguistas é **onde**, principalmente na linguagem oral. Ela está praticamente se universalizando, como conectivo. Entre as opções abaixo, identifique aquela em que a palavra está empregada corretamente.

- (A) Os participantes da assembleia onde participei discutiram muito.
- (B) O detetive sabe onde aconteceu o assassinato, mas não deseja divulgar, no momento.
- (C) Escrevi um poema onde mostrei meus sentimentos.
- (D) Li um livro onde os personagens eram todos pobres.
- (E) Janeiro é o mês onde faço aniversário.

Texto 5

Brasil estuda implementar sistema de alerta

por TV digital

Sistema poderia ser usado em casos como deslizamento de terra, enchentes e rompimento de barragem.

O **governo federal** poderá no próximo ano criar um sistema de alerta via TV digital (sinal aberto) para repasse de informação imediata à população sobre riscos, como deslizamento de terra, enchentes e rompimento de barragem. Ainda não há cronograma de implantação. O propósito é “usar a robustez da radiodifusão e a capilaridade que essa estrutura tem por

todo o país para trafegar alertas de emergência”, explicou André Fonseca, coordenador geral de televisão digital do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC).

“O sistema tem o intuito de evitar maiores consequências da catástrofe. Os objetivos são velocidade e complementaridade aos alarmes existentes, para que a população receba as informações o mais rápido possível”, disse. Segundo Fonseca, a ideia em discussão é aproveitar o sinal da TV Brasil, da Empresa Brasil de Comunicação (EBC), para veicular mensagens por escrito nas telas dos televisores, monitores e celulares. “A gente teria preferência por trafegar o alerta pela EBC por ser uma emissora da União.”

A adoção do sistema será conduzida pelo ministério, que além dos estudos de viabilidade de implantação, deverá elaborar normas de funcionamento. A iniciativa depende do estabelecimento de uma política pública elaborada em conjunto pelo ministério e outras áreas do governo, como o Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais (Cemaden), a Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil, o Instituto Nacional de Meteorologia e o Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República (SGI).

Disponível em:

<https://epocanegocios.globo.com/Brasil/noticia/2019/12/brasil-estuda-implementar-sistema-de-alerta-por-tv-digital.html>. Acesso em: 18 nov. 2019.

09 O Texto 5 apresenta a implementação de um sistema de alerta por TV digital. No jornalismo, o lide (em inglês: lead) é a primeira parte de uma notícia. Geralmente, o primeiro parágrafo, posto em destaque, fornece ao leitor informação básica sobre o conteúdo.

A forma que os demais parágrafos deste texto ampliam o lide está explicitada na opção:

- (A) Apresentam uma outra solução para evitar as catástrofes, que podem ser monitoradas.
- (B) Apresentam um histórico de catástrofes, no Brasil, que poderiam ter sido evitadas se o sistema estivesse em operação.
- (C) Apresentam várias opiniões, favoráveis e contra a implantação do sistema.
- (D) Acrescentam a explicação de uma autoridade no assunto.

- (E) Relacionam o assunto com a implantação de sistemas similares.

Texto 6

Soneto do amigo

Enfim, depois de tanto erro passado
Tantas retaliações, tanto perigo
Eis que ressurgem noutro o velho amigo
Nunca perdido, sempre reencontrado.

É bom sentá-lo novamente ao lado
Com olhos que contêm o olhar antigo
Sempre comigo um pouco atribulado
E como sempre singular comigo.

Um bicho igual a mim, simples e humano
Sabendo se mover e comover
E a disfarçar com o meu próprio engano.

O amigo: um ser que a vida não explica
Que só se vai ao ver outro nascer
E o espelho de minha alma multiplica...

(Vinícius de Moraes)

10 O pronome pessoal -o, na segunda estrofe do poema refere-se a:

- (A) Perigo
- (B) Passado
- (C) Amigo
- (D) Erro
- (E) Retaliações

Tópico: Sistema Único de Saúde – SUS

11 Com base na Portaria nº 2.436, de 21/09/2017 (Política Nacional de Atenção Básica que estabelece a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde), compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal da atenção básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidade dos Municípios e do Distrito Federal:

- I Organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União.
- II Programar as ações da atenção básica, a partir de sua base territorial, de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente.
- III Organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na rede de atenção à saúde, entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.
- IV Definir e rever, periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

Estão corretas:

- (A) I e II
- (B) I, II e III
- (C) I, II, III e IV
- (D) II, III e IV
- (E) III e IV

12 O conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema, previsto na Lei nº 8.080, de 1990, corresponde ao princípio da:

- (A) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.
- (B) Universalidade de acesso aos serviços de saúde.
- (C) Integralidade da assistência.

- (D) Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.
- (E) Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

13 A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I No âmbito da União, pela Agência de Vigilância Sanitária.
- II No âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.
- III No âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.
- IV Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. No entanto, não se aplica aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

Estão corretas:

- (A) I e II
- (B) I, II, III e IV
- (C) II e III
- (D) II e IV
- (E) III e IV

14 Nos termos do que dispõe a Constituição Federal de 1988, identifique a opção correta.

- (A) É permitida a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas, com fins lucrativos, desde que autorizada pelo poder executivo.
- (B) Exclui-se da competência do sistema único a formação de recursos humanos na área de saúde.
- (C) A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à eliminação completa do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal, porém diferenciado, de acordo com o caso, às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
- (D) Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico.

(E) Ao sistema único de saúde compete participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias de produtos psicoativos, exceto de produtos radioativos que ficam sob guarda, controle e fiscalização da comissão de energia nuclear.

15 Com relação ao que dispõe a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 1990, assinale a opção correta.

(A) A execução de ações de saúde do trabalhador, em especial no que se refere à assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho, não está incluída no campo de atuação do SUS.

(B) Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde, como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

(C) A vigilância sanitária compreende um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

(D) Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos estão impedidos de exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do SUS.

(E) A vigilância epidemiológica é definida na lei como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relaciona, direta ou indiretamente, com a saúde.

16 A Lei Complementar nº 141, de 13/01/2012, determina que serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes

(A) À limpeza urbana e remoção de resíduos.

(B) Ao pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde.

(C) À vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária.

(D) À assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal.

(E) Ao saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade.

17 A Conferência da Saúde, prevista na Lei nº 8.142, de 1990, reunir-se-á a cada:

(A) 6 meses.

(B) 1 ano.

(C) 18 meses.

(D) 2 anos.

(E) 4 anos.

18 De acordo com a Lei nº 8.142, de 28/12/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, e dá outras providências, os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

(A) Cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pela União, por meio do Ministério da Saúde.

(B) Investimentos extras, mesmo os não previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional.

(C) Investimentos previstos no Plano Anual do Ministério da Saúde.

(D) Despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta.

(E) Os recursos do FNS não podem destinar-se a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial ou hospitalar, mas sim às demais ações de saúde.

19 Nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes e delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, corresponde à(ao):

- (A) Porta de entrada.
- (B) Região de Saúde.
- (C) Mapa de saúde.
- (D) Rede de atenção à saúde.
- (E) Serviço especial de acesso Aberto.

20 Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde – SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. Nesse caso,

- (A) aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é possibilitado exercer cargo de chefia ou função de confiança no SUS.
- (B) as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos não terão preferência para participar do SUS por falta de previsão legal.
- (C) serão utilizadas regras de consórcios de direito privado, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.
- (D) os critérios e valores para a remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pelos prestadores, respeitando os valores de mercado e os preços devem ser justos.
- (E) a participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Tópico: Conhecimentos Específicos

21 Segundo as recomendações das Diretrizes Brasileiras para Rastreamento do Câncer de Colo Uterino de 2016, o rastreio deverá ser iniciado em pacientes com

- (A) 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo semestral e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos.
- (B) 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos.
- (C) 20 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos.
- (D) 20 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo semestral e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos.
- (E) 21 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos.

22 Paciente, 52 anos, menopausa há 3 anos, sem comorbidades, com citologias prévias negativas e apresentando resultado colpocitológico atual com o seguinte laudo: “Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau”. Segundo as recomendações das Diretrizes Brasileiras para Rastreamento do Câncer de Colo Uterino de 2016, a conduta mais adequada para este caso é

- (A) encaminhar para colposcopia.
- (B) orientar repetir citologia em 6 meses.
- (C) orientar repetir citologia em 6 meses com preparo estrogênico.
- (D) orientar repetir citologia em 12 meses com preparo estrogênico.
- (E) encaminhar para colposcopia e histeroscopia para avaliação endometrial.

23 Paciente, 40 anos, diabética, portadora do vírus da imunodeficiência humana (HIV) há 2 anos com tratamento regular, G4 P4 (4 partos normais), sexualmente ativa, atendida na Unidade Básica de Saúde apresentando há duas semanas quadro de prurido vulvar, corrimento vaginal e dispareunia. Nega uso de preservativos. Ao exame ginecológico, foram observados edema e eritema de pequenos lábios, além de fissuras em região perineal. Exame especular evidenciou secreção branca grumosa aderida às paredes vaginais. A principal hipótese diagnóstica e o melhor tratamento para o caso descrito são, respectivamente,

- (A) vaginose bacteriana e metronidazol 2 g via oral dose única.
- (B) candidíase vulvovaginal não complicada e clotrimazol 1% creme vaginal 7-14 dias ou fluconazol 150 mg 1 dose a cada 72h (total de 3 doses).
- (C) candidíase vulvovaginal complicada e fluconazol 150 mg dose única.
- (D) tricomoníase e metronidazol 500 mg 2x/dia 7 dias.
- (E) candidíase vulvovaginal complicada e clotrimazol 1% creme vaginal 7-14 dias ou fluconazol 150 mg 1 dose a cada 72h (total de 3 doses).

24 Paciente, 27 anos, atendida em uma Policlínica para realização de colposcopia por apresentar dois exames colpocitológicos com resultado de lesão intraepitelial escamosa de baixo grau. Refere episódios isolados de sinusiorragia. Nega dor em região pélvica, sintomas urinários, dispareunia, leucorreia. Refere não fazer uso de métodos contraceptivos e não se lembra da data da última menstruação. História pregressa de tricomoníase e doença inflamatória pélvica (estádio I) há seis anos. Exame especular: colo uterino hiperemiado, presença de moderada quantidade de corrimento endocervical purulento. Toque vaginal bimanual indolor. A principal hipótese, principais agentes causadores e conduta são, respectivamente,

- (A) Vaginose bacteriana. *Gardnerella vaginalis*. Iniciar Metronidazol 500mg 2x/dia VO 7 dias. Solicitar bHCG, oferecer pesquisa de outras infecções sexualmente transmissíveis.
- (B) Doença Inflamatória Pélvica. *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. Solicitar bHCG, hemograma, oferecer pesquisa de outras infecções sexualmente transmissíveis. Iniciar antibioticoterapia venosa – Clindamicina e Gentamicina.

- (C) Doença Inflamatória Pélvica. Etiologia polimicrobiana. Solicitar bHCG, hemograma, oferecer pesquisa de outras infecções sexualmente transmissíveis. Iniciar Ciprofloxacino 500 mg 1 comprimido VO e Azitromicina 1g VO dose única. Contactar parcerias.
- (D) Endocervicite. *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. Solicitar bHCG, oferecer pesquisa de outras infecções sexualmente transmissíveis. Iniciar Ceftriaxone 250 mg IM e Azitromicina 1 g VO dose única. Contactar parcerias.
- (E) Tricomoníase. *Trichomonas vaginalis*. Iniciar Metronidazol 2g VO dose única. Solicitar bHCG, oferecer pesquisa de outras infecções sexualmente transmissíveis. Contactar parcerias.

25 A lesão precursora do câncer escamoso de vulva pode ser oriunda de duas vias carcinogênicas. A principal via e a lesão dermatológica subjacente mais frequentemente encontrada são respectivamente:

- (A) Tumor HPV positivo e condilomas genitais em pacientes imunossuprimidas.
- (B) Tumor HPV positivo e neoplasia intraepitelial vulvar de alto grau.
- (C) Oriundo da neoplasia intraepitelial vulvar diferenciada e líquen escleroso vulvar.
- (D) Tumor HPV positivo e líquen plano.
- (E) Oriundo da neoplasia intraepitelial vulvar diferenciada e líquen plano-erosivo.

26 Paciente, negra, 65 anos, G6 P6 (6 partos normais), portadora de hipertensão arterial, diabetes tipo 2 e hipotireoidismo. Sem vida sexual ativa há 20 anos. Comparece à consulta ginecológica com queixa de prurido vulvar crônico mesmo após o uso de diversas medicações (orais e vaginais). Desconhece seu controle glicêmico atual. Ao exame: vulva atrófica, com mancha hipocrômica que se estende de face interna de grandes lábios, clitóris, períneo atingindo região perianal, apagamento de pequenos lábios em seu terço inferior. Exame especular: vagina atrófica, colo plano róseo, secreção vaginal ausente. Pequena área de desepitelização em fundo de saco anterior vaginal. A principal hipótese diagnóstica e a principal terapêutica utilizada são, respectivamente,

- (A) vitiligo e imunossupressor tópico.
- (B) líquen escleroso vulvar e corticoide tópico de alta potência.

- (C) candidíase vulvar complicada e antifúngico oral ou tópico.
- (D) líquen plano-erosivo e corticoide tópico de alta potência.
- (E) neoplasia intraepitelial vulvar diferenciada e exérese de lesão e corticoide tópico de alta potência.

27 Paciente, branca, 75 anos, G4 P4 (4 partos normais), hipertensa e obesa com queixa de sangramento vaginal discreto há 2 meses. Ao exame: vulva atrófica, com mancha hipocrômica discreta que se estende de face interna de grandes lábios, clitóris até períneo e apagamento de pequenos lábios em toda sua extensão. Em terço inferior de região de pequeno lábio esquerdo foi observada pápula avermelhada com bordos endurecidos com área friável com aspecto de necrose central. Exame especular: vagina atrófica, colo róseo sem lesões. A principal hipótese diagnóstica para o sangramento, a provável causa subjacente e a principal conduta a ser tomada são, respectivamente,

- (A) câncer de vulva, neoplasia intraepitelial vulvar diferenciada e biópsia de lesão papular.
- (B) câncer endométrio, hiperplasia endometrial atípica e histopatológico de endométrio.
- (C) câncer de vulva, líquen plano-erosivo e biópsia de lesão papular.
- (D) neoplasia intraepitelial vulvar diferenciada, líquen plano e biópsia de lesão papular.
- (E) neoplasia intraepitelial vulvar diferenciada, líquen escleroso e biópsia de lesão papular.

28 Paciente, 30 anos, sem comorbidades, com laudo colpocitológico que evidenciou “lesão intraepitelial escamosa de alto grau - HSIL”. Encaminhada para realizar colposcopia na Unidade Secundária. Laudo colposcópico: “Colposcopia adequada, junção escamocolumnar (JEC) totalmente visível, zona de transformação do tipo 1, presença de epitélio escamoso metaplásico típico com cistos de Naboth. Ausência de reação epitelial ao ácido acético. Teste de Schiller negativo.” A conduta para esta paciente é:

- (A) À colposcopia sem achados colposcópicos anormais, independente da visão da JEC, a ausência de lesão vaginal deve ser assegurada. Pode-se optar por tratamento excisional (conização) ou destrutivo imediato por se tratar de lesão colpocitologia com alta probabilidade de confirmação histopatológica de lesão de alto grau.

- (B) À colposcopia sem achados colposcópicos anormais, independente da visão da JEC, a ausência de lesão vaginal deve ser assegurada. Solicitar revisão de lâmina. Mantido o diagnóstico de HSIL, deve-se investigar o canal neste caso. Caso a avaliação do canal endocervical mantenha a suspeita de lesão pré-invasiva ou invasiva realizar excisão tipo 3.

- (C) Deve-se realizar uma excisão do tipo 1 por se tratar de colpocitologia com alta probabilidade de confirmação histopatológica de lesão de alto grau.
- (D) Deve-se realizar uma excisão do tipo 3 por se tratar de colpocitologia sugestiva de lesão de alto grau em paciente com ausência de lesão visível ectocervical.
- (E) Se possível, solicitar revisão de lâmina, de preferência por outro profissional. Mantido o diagnóstico de HSIL, sem achados anormais, realizar uma nova citologia em seis meses. A ausência de lesão vaginal deve ser assegurada.

29 Paciente, 36 anos, G3 P3 (3 partos cesariana), tabagista, sem comorbidades, procurou Posto de Saúde para exame de rotina anual. Última colpocitologia há 2 anos negativa para neoplasia. O exame colpocitológico atual descreve o seguinte laudo: “células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas - AGC”. Refere ciclos menstruais regulares durando 7 dias com fluxo normal. Laudo colposcópico: “Colposcopia adequada, junção escamocolumnar completamente visível, zona de transformação tipo 1, ausência de áreas acetobranças, presença de inúmeros cistos de Naboth. Teste de Schiller negativo.” A conduta mais adequada para esta paciente é:

- (A) Coletar novamente material para citologia com especial atenção para o canal. Concomitantemente, é recomendável a avaliação endometrial com histeroscopia e estudo anatomopatológico endometrial pela alta associação com doença endometrial.
- (B) Realizar uma excisão do tipo 1 por se tratar de colpocitologia com alta probabilidade de confirmação histopatológica de lesão de alto grau em paciente com colposcopia com zona de transformação ectocervical totalmente visível.
- (C) Realizar uma excisão do tipo 3 por se tratar de colpocitologia com alta probabilidade de confirmação histopatológica de lesão glandular oriunda do canal cervical.

- (D)** Coletar novamente material para citologia com especial atenção para o canal. Concomitantemente, é recomendável a avaliação endometrial com ultrassonografia transvaginal e, caso anormal, estudo anatomopatológico do endométrio. Na persistência de AGC na citologia, após o fim das investigações no colo e corpo uterinos, além de órgãos adjacentes, sem evidência de doença, as mulheres devem ser mantidas em seguimento citológico e colposcópico semestral até a exclusão de doença pré-invasiva ou invasiva.
- (E)** Coletar novamente material para citologia com especial atenção para o canal. Concomitantemente, é recomendável a avaliação endometrial com ultrassonografia transvaginal e, caso anormal, estudo anatomopatológico do endométrio. Na persistência de AGC na citologia, após o fim das investigações no colo e corpo uterinos, além de órgãos adjacentes, sem evidência de doença, as mulheres devem ser submetidas a uma excisão do tipo 3 por se tratar de colposcitologia com alta probabilidade de confirmação histopatológica de lesão glandular.

30 Identifique a opção correta, segundo o último Informe Técnico do Ministério da Saúde sobre a vacina HPV:

- (A)** A vacina HPV quadrivalente está disponível somente para a população do sexo feminino de nove a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) e para pacientes imunossuprimidos, o esquema de três doses também, com o intervalo de 0, 2 e 6 meses, neste caso em ambos os sexos, entre nove e 26 anos de idade.
- (B)** A vacina HPV quadrivalente está disponível para a população do sexo feminino de nove a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) e para a população do sexo masculino de 11 a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) com esquema vacinal de 2 (duas) doses (0 e 6 meses). Para pacientes imunossuprimidos, o esquema de três doses também, com o intervalo de 0, 2 e 6 meses, em ambos os sexos, está disponível entre nove e 26 anos de idade.
- (C)** A vacina HPV quadrivalente ou bivalente está disponível para a população do sexo

feminino de nove a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) e para a população do sexo masculino de 11 a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) com esquema vacinal de 2 (duas) doses (0 e 6 meses). Para pacientes imunossuprimidos, o esquema de três doses também, com o intervalo de 0, 2 e 6 meses, em ambos os sexos, está disponível entre nove e 26 anos de idade.

- (D)** A vacina HPV quadrivalente está disponível para a população do sexo feminino e masculino de nove a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias). Para pacientes imunossuprimidos, o esquema de três doses também, com o intervalo de 0, 2 e 6 meses, em ambos os sexos, está disponível entre nove e 26 anos de idade.
- (E)** A vacina HPV quadrivalente está disponível para a população do sexo feminino e masculino de nove a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias). Para pacientes imunossuprimidos do sexo feminino, o esquema de três doses também, com o intervalo de 0, 2 e 6 meses, está disponível entre nove e 26 anos de idade.

31 De acordo com dados da Secretaria de Vigilância em Saúde, nos últimos 10 anos (2007-2017), foram notificados, no Brasil, quase 63 mil mulheres vivendo com o vírus HIV (vírus da imunodeficiência humana). Desta forma, a vacina HPV é indicada para essa população alvo na faixa etária de

- (A)** nove a 26 anos de idade, com esquema diferenciado de doses (0, 2 e 6 meses). Mantém-se a necessidade de prescrição médica para mulheres vivendo com HIV, a qual deverá ser apresentada no ato da vacinação.
- (B)** nove a 14 anos de idade, com esquema diferenciado de doses (0, 2 e 6 meses). Mantém-se a necessidade de prescrição médica para mulheres vivendo com HIV, a qual deverá ser apresentada no ato da vacinação.
- (C)** nove a 26 anos de idade, com esquema diferenciado de doses (0, 2 e 6 meses). Mantém-se a necessidade de prescrição médica para mulheres vivendo com HIV, a qual deverá ser apresentada no ato da vacinação, pois a vacina está contraindicada em mulheres sabidamente com doença prévia HPV induzida.

- (D) nove a 26 anos de idade, com esquema diferenciado de doses (0, 1 e 6 meses). Não há a necessidade de prescrição médica para mulheres vivendo com HIV.
- (E) onze a 26 anos de idade, com esquema diferenciado de doses (0, 2 e 6 meses). Mantém-se a necessidade de prescrição médica para mulheres vivendo com HIV, a qual deverá ser apresentada no ato da vacinação.

32 De acordo com a terminologia proposta pela Federação Internacional de Patologia Cervical e Colposcopia (IFCPC) de 2011 e as Diretrizes Brasileiras para Rastreamento do Câncer de Colo Uterino de 2016, a zona de transformação do colo uterino é dividida e definida da seguinte forma:

- (A) Zona de transformação tipo 1 – junção escamocolunar totalmente visível, completamente ectocervical. Zona de transformação tipo 2 – junção escamocolunar com componente endocervical além de 0.5cm do canal, mas completamente visível. Zona de transformação tipo 3 – junção escamocolunar com componente endocervical não totalmente visível.
- (B) Zona de transformação tipo 1 – junção escamocolunar totalmente visível, completamente ectocervical. Zona de transformação tipo 2 – junção escamocolunar com componente endocervical, mas completamente visível até 1 cm do canal. Zona de transformação tipo 3 – junção escamocolunar com componente endocervical não totalmente visível.
- (C) Zona de transformação tipo 1 – junção escamocolunar totalmente visível, completamente ectocervical. Zona de transformação tipo 2 – junção escamocolunar com componente endocervical além de 1cm do canal, mas completamente visível. Zona de transformação tipo 3 – junção escamocolunar com componente endocervical não totalmente visível.
- (D) Zona de transformação tipo 1 – junção escamocolunar totalmente visível, completamente ectocervical. Zona de transformação tipo 2 – junção escamocolunar com componente endocervical, mas completamente visível até 0.5 cm do canal. Zona de transformação tipo 3 – junção escamocolunar com componente endocervical não totalmente visível.

- (E) Zona de transformação tipo 1 – junção escamocolunar totalmente visível, completamente ectocervical. Zona de transformação tipo 2 – junção escamocolunar com componente endocervical, mas completamente visível. Zona de transformação tipo 3 – junção escamocolunar com componente endocervical não totalmente visível.

33 Considere o laudo colposcópico abaixo (segundo a terminologia da Federação Internacional de Patologia Cervical e Colposcopia - IFCPC 2011): “Colposcopia adequada, junção escamocolunar completamente visível, zona de transformação do tipo 1, epitélio escamoso metaplásico com inúmeros cistos de Naboth, epitélio acetobranco denso com rápido aparecimento e pontilhados grosseiros dentro da zona de transformação ocupando parte de um quadrante do colo às 10h. Teste de Schiller positivo às 10h.” Os achados colposcópicos são

- (A) maiores sugestivos de carcinoma escamoso microinvasivo.
- (B) menores sugestivos de lesão escamosa intraepitelial de baixo grau.
- (C) maiores sugestivos de lesão escamosa intraepitelial de alto grau.
- (D) maiores sugestivos de lesão glandular de alto grau.
- (E) maiores sugestivos de carcinoma escamoso invasivo.

34 Paciente, 28 anos, G3 P3 (3 partos normais), refere relação sexual desprotegida nos últimos meses com múltiplos parceiros. Nega tabagismo e comorbidades. Realiza colheita de colpocitologia oncótica com o seguinte resultado: “Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas”. A melhor conduta frente o caso relatado é:

- (A) A repetição do exame citopatológico deverá ser realizada em 12 meses. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 12 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal; porém, se o resultado de alguma citologia de repetição for igual ou sugestiva de lesão intraepitelial ou câncer, a mulher deverá ser encaminhada à unidade de referência para colposcopia.

- (B)** A repetição do exame citopatológico deverá ser realizada em 6 meses. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 6 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal; porém, se o resultado de alguma citologia de repetição for igual ou sugestiva de lesão intraepitelial ou câncer, a mulher deverá ser encaminhada à unidade de referência para colposcopia
 - (C)** A repetição do exame citopatológico deverá ser realizada em 12 meses. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 12 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico anual; porém, se o resultado de alguma citologia de repetição for igual ou sugestiva de lesão intraepitelial ou câncer, a mulher deverá ser encaminhada à unidade de referência para colposcopia.
 - (D)** A repetição do exame citopatológico não deverá ser realizada por se tratar de paciente com comportamento sexual de risco para infecções sexualmente transmissíveis (IST). Logo, a mesma deve ser encaminhada para realização imediata de colposcopia e oferecido pesquisa de outras ISTs.
 - (E)** A paciente deve ser encaminhada para colposcopia imediata com nova coleta de canal endocervical independente dos achados colposcópicos pelo comportamento sexual de risco.
- (B)** anormais menores. Neste caso, a biópsia deverá ser realizada, considerando-se a idade e o rastreamento prévio negativo e ausência de história de doença cervical pré-invasiva (NIC II/III). Segue-se conduta específica a partir do resultado histopatológico.
 - (C)** anormais maiores. Neste caso, a biópsia deverá ser realizada, considerando-se a idade e o rastreamento prévio negativo e ausência de história de doença cervical pré-invasiva (NIC II/III). Segue-se conduta específica a partir do resultado histopatológico.
 - (D)** anormais menores. Neste caso, a biópsia poderá ser dispensada, considerando-se a idade e o rastreamento prévio negativo e ausência de história de doença cervical pré-invasiva (NIC II/III). As pacientes não submetidas à biópsia devem ser seguidas com citologia em 12 meses até dois exames seguidos negativos, seguindo-se conduta específica a partir dos resultados subsequentes.
 - (E)** anormais maiores. Neste caso, a biópsia poderá ser dispensada, considerando-se a idade jovem e o rastreamento prévio negativo e ausência de história de doença cervical pré-invasiva (NIC II/III). As pacientes não submetidas à biópsia devem ser seguidas com citologia em 12 meses até dois exames seguidos negativos, seguindo-se conduta específica a partir dos resultados subsequentes.

35 Paciente 29 anos encaminhada para colposcopia após 2 colpocitologias oncóticas com resultado de “Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau”. Segue laudo da colposcopia: “Colposcopia adequada, junção escamocolunar completamente visível, com componente endocervical em lábio anterior de colo, zona de transformação do tipo 2, epitélio escamoso metaplásico com orifícios glandulares abertos, epitélio acetobranco tênue com bordas irregulares mal definidas ocupando os quatro quadrantes do colo dentro da zona de transformação. Teste de Schiller positivo.”

O caso acima trata-se de colposcopia com achados

- (A)** anormais menores. Neste caso, a biópsia poderá ser dispensada, considerando-se a idade e o rastreamento prévio negativo e ausência de história de doença cervical pré-invasiva (NIC II/III). As pacientes não submetidas à biópsia devem ser seguidas com citologia em 6 meses até dois exames seguidos negativos, seguindo-se conduta específica a partir dos resultados subsequentes.

36 Paciente, 18 anos, nuligesta, sexarca aos 17 anos, 2 parceiros sexuais, refere relação sexual desprotegida há 3 meses. Procura atendimento médico com queixa de dor em baixo ventre nos últimos 15 dias. Ao exame observa-se, em região vulvar, uma úlcera única em região vestibular à direita medindo aproximadamente 1.5 cm, indolor, com base endurecida e fundo limpo. Exame especular: colo trófico, muco endocervical claro, vagina trófica, secreção de aspecto fisiológico. Linfonodos inguinais indolores. A principal hipótese diagnóstica, os principais exames laboratoriais e o tratamento a ser instituído são respectivamente:

- (A) Sífilis latente – cancro duro. VDRL e oferecer pesquisa de outras ISTs. Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) semanal por 3 semanas.
- (B) Sífilis secundária – condiloma plano. VDRL e oferecer pesquisa de outras ISTs. Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).
- (C) Herpes genital – HSV 1 ou 2. Sorologia para herpes 1 e 2 e oferecer pesquisa de outras ISTs. Aciclovir 400 mg 8/8h 10 dias.
- (D) Cancróide – *Haemophilus ducreyi*. Colher material da lesão para microscopia (Gram), oferecer pesquisa de outras ISTs. Azitromicina 1g VO dose única.
- (E) Sífilis primária – cancro duro. VDRL e oferecer pesquisa de outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).

37 Paciente, 30 anos, G1P0A1, comparece à consulta para realizar colposcopia com colpocitologia evidenciando “Lesão intraepitelial escamosa de alto grau, não podendo excluir microinvasão”. Parceiro fixo há 1 ano sem uso de métodos de barreira. Refere episódios de sinusiorragia e ardência vaginal. Laudo colposcópico: “Colposcopia inadequada por processo inflamatório com microulcerações no colo uterino com aspecto de morango (teste de Schiller de aspecto “tigroide”)”. Observado corrimento vaginal intenso, amarelo-esverdeado, bolhoso e espumoso, acompanhado de odor fétido lembrando peixe. Fita de pH em parede vaginal aferiu pH de 7.0. Realizado microscopia de

lâmina a fresco, mediante gota do conteúdo vaginal e soro fisiológico, com observação do aumento do número de polimorfonucleares, predomínio de células superficiais e escassez de lactobacilos.

Trata-se de possível caso de:

- (A) Vaginose bacteriana. Deve tratar somente a paciente com Metronidazol 500 mg VO 2xdia 7dias. Por se tratar de citologia com alta suspeição de microinvasão, deve-se realizar biópsia de colo uterino. Orientar uso de preservativos.
- (B) Vaginose bacteriana. Deve tratar somente a paciente com Metronidazol 500 mg VO 2xdia 7dias. Remarcar a colposcopia após tratamento. Orientar uso de preservativos.
- (C) Tricomoníase. Deve tratar o casal com Metronidazol 400 mg 5 comprimidos VO dose única. Por se tratar de citologia com alta suspeição de microinvasão, deve-se realizar biópsia de colo uterino. Oferecer pesquisa de outras ISTs. Orientar uso de preservativos.
- (D) Tricomoníase. Deve tratar o casal com Metronidazol 400 mg 5 comprimidos VO dose única. Remarcar a colposcopia após tratamento. Oferecer pesquisa de outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Orientar uso de preservativos.
- (E) Tricomoníase. Deve tratar o casal com Metronidazol 400 mg 5 comprimidos VO dose única. Devido ao processo inflamatório intenso, deve-se repetir a citologia após o tratamento e remarcar a colposcopia somente se nova citologia alterada. Oferecer pesquisa de outras ISTs. Orientar uso de preservativos.

38 Paciente 28 anos encaminhada para colposcopia por colpocitologia com “Adenocarcinoma in situ”. G4 P4 (2 cesarianas + ligadura tubária bilateral), sem comorbidades. Refere ciclos menstruais regulares, fluxo normal. Peso normal. Segue laudo da colposcopia: “Colposcopia adequada, junção escamocolunar completamente visível, zona de transformação do tipo 1, epitélio escamoso metaplásico com orifícios glandulares abertos, epitélio acetobranco tênue com bordas irregulares mal definidas ocupando os dois quadrantes do lábio anterior da zona de transformação. Teste de Schiller positivo.” Trata-se de possível caso de

- (A) colposcopia com achados anormais menores. Neste caso, a biópsia deverá ser realizada. Caso a biópsia seja negativa ou tenha outro diagnóstico que não de doença invasiva, a indicação de conização do colo uterino deve ser mantida.
- (B) citologia com alta probabilidade de confirmação histopatológica podendo chegar a 69% de lesão pré-invasiva e 38% de invasão. Como não há sinais de invasão na colposcopia, essa paciente deverá ser submetida à excisão tipo 3. Avaliação endometrial pode ser dispensada em virtude da idade, peso e história menstrual normal.
- (C) colposcopia com achados anormais menores. Neste caso, a biópsia deverá ser realizada, considerando-se a idade e o rastreamento prévio negativo e ausência de história de doença cervical pré-invasiva (NIC II/III). Segue-se conduta específica a partir do resultado histopatológico.
- (D) citologia com alta probabilidade de confirmação histopatológica podendo chegar a 69% de lesão pré-invasiva e 38% de invasão. Como não há sinais de invasão na colposcopia, essa paciente deverá ser submetida à excisão tipo 1.
- (E) citologia com alta probabilidade de confirmação histopatológica podendo chegar a 69% de lesão pré-invasiva e 38% de invasão. Como não há sinais de invasão na colposcopia, essa paciente deverá ser submetida à excisão tipo 3. Avaliação endometrial também deve ser realizada imediatamente pela possibilidade de doença endometrial.

39 Paciente, 40 anos, G2 P2 (1 cesariana), tabagista, portadora de hipertensão arterial e obesidade, comparece à consulta para colocação de DIU (dispositivo intrauterino) de cobre com queixa de corrimento vaginal amarelo recorrente que piora após ato sexual. Fez tratamento com creme vaginal 5 vezes no último ano (não lembra os nomes) com as mesmas queixas. Ao exame: corrimento amarelado bolhoso com odor fétido lembrando peixe. Fita de pH em parede vaginal lateral mediu 6.5. Realizado microscopia de lâmina a fresco, mediante gota do conteúdo vaginal e soro fisiológico, com observação de clue cells.

Trata-se de possível caso de

- (A) vaginose bacteriana. Deve tratar somente a paciente com Metronidazol 500 mg 2x/dia 7 dias. Remarcar a colocação do DIU.
- (B) vaginose bacteriana recorrente. Deve-se colocar o DIU e realizar o tratamento. O tratamento pode ser realizado com Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 10-14 dias ou Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio, via vaginal, 1x/ dia, por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com óvulo de ácido bórico intravaginal de 600mg ao dia por 21 dias e metronidazol gel vaginal 100 mg/g, 2x/semana, por 4-6 meses. O tratamento das parcerias não está recomendado.
- (C) vaginose bacteriana recorrente. Deve-se tratar antes da colocação do DIU pelo risco de Doença inflamatória pélvica (DIP). O tratamento pode ser realizado com Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 10-14 dias ou Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio, via vaginal, 1x/ dia, por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com óvulo de ácido bórico intravaginal de 600mg ao dia por 21 dias e metronidazol gel vaginal 100 mg/g, 2x/semana, por 4-6 meses. O tratamento das parcerias não está recomendado.
- (D) tricomoníase. Deve-se tratar antes da colocação do DIU pelo risco de DIP. O tratamento pode ser realizado com Metronidazol 400 mg 5 comprimidos VO dose única. Oferecer pesquisa de outras ISTs e tratamento das parcerias. Orientar uso de preservativos.
- (E) vaginose bacteriana recorrente. Deve-se tratar antes da colocação do DIU pelo risco de DIP. O tratamento deve ser feito com Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 10-14 dias para a mulher. O tratamento das parcerias está recomendado.

40 Frente ao laudo colpocitológico de “Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão” e excluída a possibilidade de gestação com o seguinte laudo colposcópico: “Colposcopia adequada, junção escamocolunar completamente visível, zona de transformação do tipo 1, epitélio acetobranco denso com bordas regulares e rápido aparecimento ocupando um quadrante do lábio anterior do colo na zona de transformação especialmente entre 1-2h. Teste de Schiller positivo.” A paciente deve ser submetida a uma

- (A) excisão do tipo 1 frente à colposcopia sem achados sugestivos de invasão porém com colpocitologia com alto risco de confirmação histopatológica de lesão.
- (B) excisão do tipo 3 para excluir doença endocervical invasiva frente à colposcopia sem achados sugestivos de invasão, porém com colpocitologia com alto risco de confirmação histopatológica de lesão.
- (C) biópsia para excluir invasão frente à colpocitologia com alto risco de confirmação histopatológica de lesão.
- (D) conização a frio frente à colposcopia sem achados sugestivos de invasão, porém com colpocitologia com alto risco de confirmação histopatológica de lesão.
- (E) biópsia, pois não existe concordância citocolpocópica.

41 Paciente, 37 anos, G1 P1 (1 parto normal) sem comorbidades, com colpocitologia evidenciando “Lesão intraepitelial escamosa de alto grau - HSIL”, apresentando o seguinte laudo colposcópico (segundo terminologia IFCCPC 2011): “Colposcopia adequada, junção escamocolunar completamente visível, zona de transformação do tipo 1, epitélio escamoso metaplásico com inúmeros cistos de Naboth, ausência de acetobranqueamento em epitélio de colo uterino. Teste de Schiller negativo. Parede vaginal lateral direita com epitélio acetobranco denso com rápido aparecimento medindo 2 cm em terço superior de parede vaginal lateral direita. Teste de Schiller positivo nesta área”. A principal hipótese diagnóstica é

- (A) lesão intraepitelial escamosa de baixo grau vaginal. Deve-se biopsiar a lesão vaginal mencionada.
- (B) lesão intraepitelial escamosa de alto grau vaginal. Deve-se biopsiar a lesão vaginal mencionada e realizar excisão do tipo 1 cervical para excluir doença de alto grau no colo uterino.

- (C) condiloma vaginal. Uma nova citologia deverá ser realizada em seis meses. Se o resultado da nova citologia mantiver HSIL, deve-se manter controle citocolpocópico semestral até dois exames negativos
- (D) lesão intraepitelial escamosa de alto grau vaginal. Deve-se biopsiar a lesão vaginal mencionada.
- (E) lesão intraepitelial escamosa de baixo grau vaginal. Deve-se acompanhar a lesão vaginal mencionada e repetir citologia em 6 meses.

42 Segundo a última terminologia das lesões intraepiteliais escamosas vulvares pela Sociedade Internacional de Doenças Vulvovaginais (ISSVD, 2015), o resultado: “Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (efeito HPV)” trata-se

- (A) de manifestação subclínica da infecção por HPV podendo ser tratada com tratamento excisional ou destrutivo.
- (B) de manifestação subclínica da infecção por HPV não requerendo tratamento.
- (C) da nova classificação de condiloma acuminado podendo ser tratada com tratamento excisional ou destrutivo.
- (D) de manifestação subclínica da infecção por HPV e o tratamento depende do status imunológico da paciente. Pacientes imunossuprimidas merecem acompanhamento especial pelo risco de doença invasiva oculta.
- (E) da nova classificação de condiloma acuminado e o tratamento depende do status imunológico da paciente. Pacientes imunossuprimidas merecem acompanhamento especial pelo risco de doença invasiva oculta.

43 Paciente, 18 anos, com queixa de prurido e dor vulvar importantes há 7 dias. Refere também desconforto ao urinar além de mal-estar geral e febre baixa não aferida. Sexarca há 2 meses. Refere uso de preservativos. Nega comorbidades. Ao exame: região vestibular e perineal com múltiplas úlceras medindo aproximadamente 3 mm muito dolorosas com base avermelhada e fundo limpo. Ausência de linfonodomegalia inguinal. Afebril durante a consulta.

Trata-se de quadro de

- (A) candidíase vulvar complicada. Tratar com Fluconazol 150 mg VO dias 1, 4 e 7.

- (B) úlcera de Lipschutz. Tratar com Prednisona 1mg/kg/dia 10 dias.
- (C) primo-infecção herpética. O tratamento oral não está mais indicado pois a paciente já se encontra na fase de úlceras. Realizar apenas tratamento sintomático. Oferecer pesquisa de outras ISTs.
- (D) cancro mole. Tratar com Azitromicina 1g VO dose única. Oferecer pesquisa de outras ISTs.
- (E) primo-infecção herpética. Tratar com Aciclovira 200 mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 7 dias. Iniciar o tratamento o mais precocemente possível. Oferecer pesquisa de outras ISTs.

44 Paciente, 40 anos, G4 P3 A1, sem comorbidades com colpocitologia de “Lesão intraepitelial escamosa de alto grau – HSIL” apresentando o seguinte laudo colposcópico (segundo terminologia da IFCPC 2011): “Colposcopia adequada, junção escamocolunar completamente visível com pequeno componente endocervical, zona de transformação do tipo 2, epitélio acetobranco denso com rápido aparecimento orifícios glandulares espessados ocupando dois quadrantes de lábio posterior entre 4-9h. Teste de Schiller negativo”. A mesma foi submetida à excisão do tipo 2 com seguinte resultado: “Lesão intraepitelial escamosa de alto grau cervical com margem endocervical comprometida”.

Nessas condições,

- (A) a paciente deverá ser submetida a novo procedimento excisional, pois a mesma apresenta alta probabilidade de lesão residual no canal endocervical.
- (B) o seguimento deverá ser feito com exame citopatológico e colposcopia semestrais nos primeiros três anos. 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.
- (C) o seguimento deverá ser feito com exame citopatológico e colposcopia semestrais nos primeiros dois anos. 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.
- (D) a paciente deverá ser submetida a novo procedimento excisional, pois a mesma apresenta prole constituída.

- (E) a paciente deverá ser submetida a histerectomia, pois a mesma apresenta alta probabilidade de lesão residual no canal endocervical e prole constituída.

45 Paciente, 30 anos, G2 P2, sem comorbidades, com colpocitologia de “Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau” apresentando o seguinte laudo colposcópico (segundo terminologia IFCPC 2011): “Colposcopia adequada, junção escamocolunar completamente visível, zona de transformação do tipo 1, epitélio acetobranco tênue com margens irregulares dentro da zona de transformação do colo ocupando parte de um quadrante do lábio posterior às 6h. Teste de Schiller negativo”. A mesma foi submetida à biópsia com seguinte resultado: “lesão intraepitelial escamosa de baixo grau cervical”. A paciente deverá ser mantida em seguimento

- (A) citocolposcópico semestral por 24 meses. Caso, nesse seguimento, seja obtido um diagnóstico mais relevante (ASC-H, HSIL, AGC ou câncer), a conduta deverá ser definida em função do novo resultado.
- (B) citológico. Caso o exame citopatológico seja negativo em dois exames seguidos, a mulher deve retornar à rotina de rastreamento citológico trienal. Caso, nesse seguimento, seja obtido um diagnóstico mais relevante (ASC-H, HSIL, AGC ou câncer), a conduta deverá ser definida em função do novo resultado. Na persistência de LSIL por 24 meses, a mulher deve ser reencaminhada para colposcopia.
- (C) citológico. Caso o exame citopatológico seja negativo em dois exames seguidos, a mulher deve retornar à rotina de rastreamento citológico anual. Caso, nesse seguimento, seja obtido um diagnóstico mais relevante (ASC-H, HSIL, AGC ou câncer), a conduta deverá ser definida em função do novo resultado. Na persistência de LSIL por 24 meses, a mulher deve ser reencaminhada para colposcopia.
- (D) citocolposcópico semestral por 24 meses. Caso, nesse seguimento, seja obtido um diagnóstico mais relevante (ASC-H, HSIL, AGC ou câncer), a paciente deverá ser submetida a uma excisão conforme a zona de transformação do colo uterino.

(E) citológico. Caso o exame citopatológico seja negativo em dois exames seguidos, a mulher deve retornar à rotina de rastreamento citológico anual. Caso, nesse seguimento, seja obtido um diagnóstico mais relevante (ASC-H, HSIL, AGC ou câncer), a conduta deverá ser definida em função do novo resultado. Na persistência de LSIL por 24 meses, a mulher deve ser reencaminhada para procedimento excisional conforme a zona de transformação.

46 A maioria das candidíases vulvovaginais (CVV) não é complicada e responde a vários esquemas terapêuticos. Todavia, 5% das mulheres apresentam inabilidade de controle do processo agudo, o que leva à instalação da forma recorrente do agravo. Dessa forma, a candidíase pode ser considerada complicada e não complicada. A CVV é considerada complicada quando há presente pelo menos um dos seguintes critérios:

- (A)** sintomas intensos, frequência recorrente (CVVR – 4 ou + episódios em 1 ano), agente etiológico não albicans (glabrata, kruzei), presença de comorbidades (diabetes, HIV) ou gestação. Tratamento inicial: fluconazol 150 mg dose única ou Miconazol creme vaginal tópico diário por 7 dias. Manutenção: fluconazol 150mg, VO, 1x/semana, por 6 meses ou Miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana. As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas.
- (B)** sintomas moderados/intensos, frequência recorrente (CVVR – 3 ou + episódios em 1 ano), agente etiológico não albicans (glabrata, kruzei), presença de comorbidades (diabetes, HIV) ou gestação. Tratamento inicial: fluconazol 150 mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7 ou Miconazol creme vaginal tópico diário por 10-14 dias. Manutenção: fluconazol 150 mg, VO, 1x/semana, por 6 meses ou Miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana. As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas.
- (C)** sintomas moderados/intensos, frequência recorrente (CVVR – 3 ou + episódios em 1 ano), agente etiológico não albicans (glabrata, kruzei), presença de comorbidades (diabetes, HIV) ou gestação. Tratamento

inicial: fluconazol 150 mg, VO dose única ou Miconazol creme vaginal tópico diário por 7 dias. Manutenção: fluconazol 150 mg, VO, 1x/semana, por 6 meses ou Miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana. As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas.

- (D)** sintomas intensos, frequência recorrente (CVVR – 4 ou + episódios em 1 ano), agente etiológico não albicans (glabrata, kruzei), presença de comorbidades (diabetes, HIV) ou gestação. Tratamento inicial: fluconazol 150 mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7 ou Miconazol creme vaginal tópico diário por 10-14 dias. Manutenção: fluconazol 150 mg, VO, 1x/semana, por 6 meses ou Miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana. As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas.
- (E)** sintomas intensos, frequência recorrente (CVVR – 4 ou + episódios em 1 ano), agente etiológico não albicans (glabrata, kruzei), presença de comorbidades (diabetes, HIV) ou gestação. Tratamento inicial: fluconazol 150 mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7 ou Miconazol creme vaginal tópico diário por 10-14 dias. Manutenção: fluconazol 150 mg, VO, 1x/semana, por 6 meses ou Miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana. As parcerias sexuais precisam ser tratadas.

47 Segundo as Diretrizes Brasileiras para Rastreamento do Câncer de Colo Uterino, as mulheres que apresentarem laudo citopatológico de “Lesão intraepitelial escamosa de alto grau – HSIL” deverão ser encaminhadas à unidade de referência para realização de colposcopia. De acordo com critérios específicos, poderão ser abordadas com a estratégia do “Ver e Tratar”. Os critérios para sua realização na presença de achados anormais são

- (A)** maiores, junção escamocolunar visível (zona de transformação - ZT tipos 1 ou 2), lesão restrita ao colo e ausente suspeita de invasão ou doença glandular, deverá ser realizado o “Ver e Tratar”, ou seja, a excisão tipo 1 ou 2, de acordo com o tipo da ZT. Em locais em que não esteja garantida a qualidade da citologia ou quando o colposcopista não se sentir seguro quanto à relevância dos achados, a biópsia é aceitável.

- (B)** maiores ou menores, junção escamocolunar visível (zona de transformação - ZT tipos 1 ou 2), lesão restrita ao colo e ausente suspeita de invasão ou doença glandular, deverá ser realizado o “Ver e Tratar”, ou seja, a excisão tipo 1 ou 2, de acordo com o tipo da ZT. Em locais em que não esteja garantida a qualidade da citologia ou quando o colposcopista não se sentir seguro quanto à relevância dos achados, a biópsia é aceitável.
- (C)** maiores, junção escamocolunar visível (zona de transformação - ZT tipos 1 somente), lesão restrita ao colo e ausente suspeita de invasão ou doença glandular, deverá ser realizado o “Ver e Tratar”, ou seja, a excisão tipo 1. Em locais em que não esteja garantida a qualidade da citologia ou quando o colposcopista não se sentir seguro quanto à relevância dos achados, a biópsia é aceitável.
- (D)** maiores ou menores, junção escamocolunar visível (zona de transformação - ZT tipos 1 ou 2), lesão restrita ao colo e ausente suspeita de invasão ou doença glandular, deverá ser realizado o “Ver e Tratar”, ou seja, a excisão tipo 1 ou 2, de acordo com o tipo da ZT. Em locais em que não esteja garantida a qualidade da citologia ou quando o colposcopista não se sentir seguro quanto à relevância dos achados, o procedimento deverá ser realizado em nível hospitalar.
- (E)** maiores, junção escamocolunar visível (zona de transformação - ZT tipos 1 ou 2), lesão restrita ao colo independente da suspeita de invasão ou doença glandular, deverá ser realizado o “Ver e Tratar”, ou seja, a excisão tipo 1 ou 2, de acordo com o tipo da ZT. Em locais em que não esteja garantida a qualidade da citologia ou quando o colposcopista não se sentir seguro quanto à relevância dos achados, a biópsia é aceitável.

48 Paciente, 42 anos, G5 P4 A1, usuária de drogas ilícitas, apresenta citologia com laudo de “Lesão intraepitelial escamosa de alto grau – HSIL”. Após realização da colposcopia, a mesma foi submetida à excisão do tipo 1 na mesma consulta de acordo com os critérios do “Ver e Tratar”. Retorna após 30 dias para análise do histopatológico com o seguinte resultado: “Neoplasia intraepitelial cervical grau II/III com margens ecto e endocervical comprometidas por neoplasia intraepitelial cervical grau I”.

A melhor estratégia de seguimento deste caso é:

- (A)** O seguimento deverá ser feito com exame citopatológico e colposcopia semestrais nos primeiros três anos. 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.
- (B)** O seguimento deverá ser feito com exame citopatológico e colposcopia semestrais nos primeiros dois anos. 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.
- (C)** A paciente deverá ser submetida à citologia em seis e 12 meses após o procedimento. A colposcopia poderá ser realizada a critério do serviço. Após o primeiro ano, o seguimento deverá ser realizado com citologia anual até completar cinco anos do tratamento na unidade básica de saúde.
- (D)** A paciente deverá ser submetida a novo procedimento excisional pois a mesma apresenta alta probabilidade de lesão residual no canal endocervical associado à imunossupressão pelo uso de drogas ilícitas.
- (E)** A paciente deverá ser submetida à citologia em seis, 12 e 18 meses após o procedimento. A colposcopia poderá ser realizada a critério do serviço. Após o primeiro ano, o seguimento deverá ser realizado com citologia anual até completar cinco anos do tratamento na unidade básica de saúde.

49 Considere o laudo colposcópico (segundo a terminologia da Federação Internacional de Patologia Cervical e Colposcopia - IFCPC 2011):

“Colposcopia adequada, junção escamocolunar parcialmente visível em lábio anterior, zona de transformação do tipo 3, epitélio escamoso metaplásico com inúmeros cistos de Naboth, orifícios glandulares abertos em zona de transformação, epitélio acetobranco tênue com pontilhados finos fora da zona de transformação ocupando pequena parte de um quadrante do colo entre 7-8h. Teste de Schiller negativo.”

Os achados colposcópicos são

- (A) menores sugestivos de atrofia genital.
- (B) maiores sugestivos de lesão escamosa intraepitelial de alto grau.
- (C) inespecíficos sugerindo processo inflamatório.
- (D) inespecíficos sugerindo metaplasia escamosa imatura.
- (E) menores sugestivos de lesão escamosa intraepitelial de baixo grau.

50 Segundo a Sociedade Internacional para o Estudo das Doenças Vulvovaginais (ISSVD) e terminologia preconizada pela Sociedade Americana de Colposcopia e Patologia Cervical e Colégio Americano de Patologistas, a terminologia atual das Lesões Escamosas Intraepiteliais Vulvares são:

- (A) Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (condiloma acuminado ou efeito do HPV); Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (NIV tipo usual); Neoplasia intraepitelial vulvar, tipo diferenciada.
- (B) Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (condiloma plano ou efeito do HPV); Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (NIV tipo usual); Neoplasia intraepitelial vulvar, tipo diferenciada.
- (C) Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (condiloma plano, condiloma acuminado e efeito do HPV); Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (NIV tipo usual); Neoplasia intraepitelial vulvar, tipo diferenciada.
- (D) Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (condiloma plano ou efeito do HPV); Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (Neoplasia intraepitelial vulvar, tipo diferenciada ou NIV tipo usual).
- (E) Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau; Lesão intraepitelial escamosa de alto grau; Condiloma acuminado.

Espaço reservado para rascunho

