

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

## EDIÇÃO 2024/2025




TARDE

# ÁREA DE ATUAÇÃO - ULTRASSONOGRAFIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (ATULGIObT01)


PROVA OBJETIVA

TIPO 1


 **SUA PROVA**

Além deste caderno de questões contendo oitenta questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:


- uma folha de respostas para a marcação das alternativas

 **TEMPO**

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**

 **NÃO SERÁ PERMITIDO**

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões

 **INFORMAÇÕES GERAIS**

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

**Boa sorte!**



## Ginecologia e Obstetrícia

1

Uma paciente de 24 anos, sem queixas ginecológicas, realiza exame de rotina que evidencia duas cérvices uterinas e septo longitudinal na porção superior da vagina. A ultrassonografia transvaginal no corte transversal evidencia dois cornos uterinos separados, cada um com uma cavidade.

Nesse cenário clínico, a paciente deve ser orientada da seguinte forma:

- (A) trata-se de útero unicorno, com maior risco de prematuridade quando engravidar;
- (B) trata-se de útero bicorno com associação com apresentações fetais anômalas;
- (C) trata-se de útero didelfo e tal condição não traz prejuízo à fertilidade;
- (D) trata-se de útero septado, sendo uma condição com associação a abortamento espontâneo;
- (E) trata-se de útero arqueado, condição sem relação com intercorrências obstétricas.

2

Após referir ciclos irregulares e dificuldade de identificar a “janela fértil”, uma paciente de 38 anos realiza uma ultrassonografia transvaginal para controle de ovulação. No décimo sexto dia do ciclo menstrual, é identificada uma imagem anecoica com anel vascular ao redor sugestiva de corpo lúteo.

Em relação a essa fase do ciclo menstrual, é correto afirmar que:

- (A) encontram-se nela folículos com cerca de 2 a 8 mm que dependem de FSH para o seu crescimento;
- (B) acontece aproximadamente 36 horas após pico de FSH, fundamental para o término da maturação folicular;
- (C) caracteriza-se pela produção máxima de estradiol, o que promove *feedback* negativo sobre a hipófise;
- (D) caracteriza-se pelo papel fundamental do estradiol na transformação endometrial e nos estágios iniciais do desenvolvimento embrionário;
- (E) apresenta síntese de esteroides direcionada para a produção de progesterona.

3

Uma paciente de 16 anos vai à primeira consulta ginecológica. Demonstra, desde o início, muita ansiedade com a consulta. Não apresenta queixas e refere não ter iniciado vida sexual.

A respeito dessa consulta, é importante considerar que:

- (A) exame especular ou toque vaginal não serão realizados dessa vez;
- (B) o toque retal consiste em etapa importante para correta avaliação da paciente;
- (C) o exame das mamas não compõe parte importante do exame ginecológico em paciente nessa faixa etária;
- (D) dados da ocorrência de neoplasias como as das mamas, intestinais e dos ovários e que tenham ocorrido principalmente na parentela de terceiro grau são fundamentais;
- (E) a história sexual depende de situação individual de cada paciente e das circunstâncias do momento da consulta, não sendo essencial conhecer o número de parceiras e as práticas sexuais.

4

Uma paciente de 11 anos comparece à primeira consulta ginecológica com sua mãe em busca de informações sobre a vacina contra HPV.

Nesse atendimento inicial, deve ser informado que:

- (A) teste de HPV ou citologia devem ser realizados antes da vacinação;
- (B) a vacina é contraindicada em quem tem infecção atual ou prévia pelo HPV;
- (C) a vacina tem contraindicações após os 26 anos;
- (D) a eficácia é máxima quando a vacinação é realizada antes do início da atividade sexual;
- (E) a vacina é contraindicada após o início de atividade sexual.

5

Uma paciente de 56 anos, saudável, há 4 anos entrou na menopausa e está em vigência de terapia hormonal com estrogênio transdérmico e progesterona oral. Refere relacionamento de 29 anos, porém queixa-se de falta de interesse sexual de sua parte, há 2 anos. Nega falta de afeto pelo marido e ressecamento vaginal ou dor na relação. Afirma apenas que tem pouco interesse espontâneo por sexo, o que tem gerado conflitos com o marido e sofrimento para ela. Quando a intimidade acontece, relata que tem prazer.

A respeito das orientações que compõem a abordagem dessa paciente, o ginecologista deve considerar que:

- (A) o vaginismo é a principal hipótese diagnóstica;
- (B) a disfunção de excitação é a principal hipótese diagnóstica;
- (C) a falta de desejo responsivo a impede de ser funcional na relação sexual;
- (D) o desejo sexual hipoativo é hipótese diagnóstica, sendo essa a disfunção mais prevalente entre as mulheres;
- (E) não existe um estímulo gatilho que seja capaz de otimizar a questão da falta de desejo espontâneo.

6

Uma paciente de 32 anos apresentou, como resultado da colpocitologia oncótica, células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US). A paciente repetiu o exame e o resultado foi mantido. No entanto, nessa ocasião, realizou a pesquisa do DNA-HPV, que foi negativa.

Nesse cenário clínico, a paciente deve ser conduzida para:

- (A) repetir citologia em 6 meses, em função do baixo valor preditivo negativo do teste DNA-HPV;
- (B) realizar citologia em 1 ano, pois a atipia não está relacionada a HPV de alto risco oncogênico;
- (C) realizar colposcopia, em função do baixo valor preditivo negativo do teste DNA-HPV;
- (D) repetir citologia em 12 meses;
- (E) realizar citologia em 3 anos, pois a atipia não está relacionada a HPV de alto risco oncogênico.

**7**

Uma paciente de 58 anos, há 6 anos na menopausa, está em terapia hormonal oral com 1 mg de estradiol e 2 mg de drospirenona. Nunca teve queixas ginecológicas e suas colpocitologias sempre tiveram resultados normais. Teve 4 partos vaginais e há 2 anos queixa-se de sensação de “bola na vagina” ao final do dia. O exame clínico evidenciou prolapso uterino e de parede vaginal anterior, sendo indicada histerectomia vaginal com colporrafia anterior.

Após a cirurgia, devem ser considerados os seguintes ajustes na conduta:

- (A) manutenção da rotina de rastreamento de câncer de colo uterino e aumento de dose de estradiol da terapia normal;
- (B) manutenção da rotina de rastreamento de câncer de colo uterino e aumento de dose de progesterona da terapia normal;
- (C) suspensão do rastreamento de câncer de colo uterino e manutenção apenas da terapia hormonal (E2);
- (D) suspensão do rastreamento de câncer de colo uterino e manutenção do esquema de terapia hormonal;
- (E) suspensão do rastreamento de câncer de colo uterino e suspensão do esquema de terapia hormonal.

**8**

Uma paciente de 45 anos recebeu resultado de colpocitologia oncológica de NIC II, sendo encaminhada para colposcopia. O laudo da colposcopia descreveu a presença de área de aspecto digitiforme, sobrelevada na altura da JEC, que se estende das 0h às 6h do colo uterino.

Esse resultado é sugestivo de:

- (A) lesão sobrelevada, também conhecida como “sinal da crista”, com alta prevalência de neoplasia intraepitelial cervical de alto grau na análise histopatológica;
- (B) “lesão dentro de lesão” com baixa prevalência de neoplasia intraepitelial cervical de alto grau na análise histopatológica;
- (C) um achado menor, com baixa prevalência de neoplasia intraepitelial cervical de alto grau na análise histopatológica;
- (D) achado inespecífico com indicação de seguimento com colpocitologia oncológica semestral;
- (E) achado benigno sem indicação de investigações adicionais.

**9**

Uma paciente de 42 anos, gesta 2 para 2 (2 partos cesáreos), chega à consulta referindo aumento do sangramento e cólicas no período menstrual. Não faz uso de método contraceptivo. Rotina laboratorial aponta anemia. A ultrassonografia transvaginal evidencia assimetria de paredes uterinas, cistos miometriais e linhas de sombra acústica posterior.

Frente à situação descrita, deve-se considerar a hipótese de:

- (A) sangramento uterino disfuncional;
- (B) mioma intramural;
- (C) endometriose peritoneal;
- (D) adenomiose;
- (E) achados típicos da quarta década de vida.

**10**

Uma paciente de 18 anos, saudável, já iniciou vida sexual, sem intercorrências. Faz uso regular de preservativos e tem parceiro fixo. Aos 11 anos, foi vacinada para HPV no posto de saúde. Refere, há 2 meses, desconforto pélvico na relação sexual e na prática de atividades esportivas. Nega queixas urinárias, menstruais e intestinais. Ao exame, apresenta-se corada, hidratada e com bom estado geral. Seu abdômen está flácido e indolor à palpação superficial e profunda. O exame especular revela colo uterino de aspecto rosado, orifício interno puntiforme, secreção vaginal clara, sem odor. O toque vaginal indica útero móvel e indolor à mobilização e aumento de volume de ambos os ovários. Foi solicitada uma ultrassonografia transvaginal, que evidenciou ovário direito com imagem hiperecogênica que produz sombra, sem vascularização ao doppler, medindo 4,8 cm, e ovário esquerdo com imagem cística com componente sólido, sem vascularização ao doppler, medindo 5,6 cm.

Nesse cenário clínico, a principal hipótese e a conduta são, respectivamente:

- (A) doença inflamatória pélvica e início de antibioticoterapia venosa;
- (B) teratomas ovarianos e prosseguimento da investigação com provável indicação cirúrgica;
- (C) cistos funcionais e repetição da ultrassonografia em 3 meses com provável regressão das imagens;
- (D) endometriomas e início de bloqueio hormonal;
- (E) corpos lúteos e administração de analgésicos orais.

**11**

Por ser de fácil obtenção durante o exame ginecológico, o raspado ou mesmo a secreção vaginal e cervical são muito utilizados na prática do dia a dia para os diagnósticos moleculares. A maior vantagem da coleta da secreção vaginal reside na possibilidade de se fazerem vários testes a partir de uma única amostra.

Em relação a esse tema, é correto afirmar que:

- (A) em amostra da secreção cervicovaginal preservada em meio líquido, é possível realizar avaliação da citologia cervical e pesquisa de HPV, *Chlamydia* e *Neisseria*;
- (B) em uma amostra da secreção cervicovaginal preservada em meio líquido, é possível fazer avaliação da citologia cervical, mas não estudo do *Ureaplasma* e *Mycoplasma*;
- (C) em amostra da secreção cervicovaginal preservada em meio líquido, o valor preditivo positivo para *Chlamydia* é 50%;
- (D) em amostra da secreção cervicovaginal preservada em meio líquido, o valor preditivo positivo para *Neisseria* é 50%;
- (E) não é possível pesquisar *Chlamydia* ou *Neisseria* em amostras de urina.

**12**

Uma paciente de 27 anos vai à consulta ginecológica de rotina, sem apresentar queixas. Ela refere que terminou sua pós-graduação e passará um ano viajando pelo mundo. Diante disso, foi orientada quanto à importância da atualização do calendário vacinal para saúde da mulher.

Nessa mesma consulta, o(a) ginecologista explica corretamente à paciente que:

- (A) a vacinação precisa ser planejada com antecedência para ser finalizada pelo menos 60 dias antes da viagem. Geralmente, os destinos de alto risco são países em desenvolvimento, destinos tropicais e zonas rurais. O risco é maior nos casos em que o viajante permanecerá por mais de 4 semanas;
- (B) vacina tomada é vacina contabilizada. A paciente deve tomar a(s) dose(s) que falta(m), não sendo necessário recomeçar um esquema. O esquema é completado, nunca reiniciado. Isso é válido para qualquer vacina;
- (C) o intervalo entre doses de vacinas pode ser abreviado sem prejuízo à obtenção de uma resposta imune adequada. Isso é relevante no caso de gerenciamento de tempo para administração das vacinas, considerando-se a data da viagem;
- (D) há limites para vacinas concomitantes mesmo quando aplicadas em locais diferentes. Imunossuprimidos geralmente têm esquemas de utilização específicos;
- (E) deve ser realizada contracepção após vacinação para sarampo, caxumba, rubéola, varicela, febre amarela e influenza. O prazo ideal mínimo é de 4 semanas de contracepção.

**13**

Uma paciente de 34 anos realizou colpocitologia oncológica no início do pré-natal, com resultado de atipia celular de significado indeterminado, não se podendo excluir lesão de alto grau (ASC-H). Foi então encaminhada para colposcopia com 16 semanas. O resultado da área biopsiada confirmou NIC 2.

Frente a esse resultado, a conduta deve ser:

- (A) reavaliar 90 dias após o parto;
- (B) considerar o resultado um falso positivo pela imunossupressão da gestação;
- (C) realizar colpocitologia oncológica de 3/3 meses durante a gestação;
- (D) acompanhar com colposcopia 1 mês antes e 1 mês após o parto;
- (E) realizar procedimento cirúrgico para exérese da lesão.

**14**

Uma paciente de 63 anos, viúva, sem relação sexual há 4 anos, não realiza terapia hormonal. Tem hipotireoidismo com bom controle e resistência insulínica manejada com mudanças de estilo de vida. Apresentou desconforto intenso durante o exame especular, quando foram observados mucosa pálida, muco escasso, espesso e opaco e orifício interno fechado com dificuldade de obtenção de amostra endocervical na coleta da colpocitologia oncológica.

Como conduta adequada para melhorar o exame dessa paciente e obter amostra satisfatória para rastreamento de câncer de colo uterino, o(a) ginecologista deve prescrever:

- (A) técnicas de relaxamento com compressas mornas antes do próximo exame ginecológico;
- (B) hidratante vaginal com ácido hialurônico por 7 dias, realizando o exame 3 dias depois do término do hidratante;
- (C) fisioterapia pélvica para que a paciente tenha mais conforto;
- (D) estriol ou promestrieno em creme, durante 15 a 20 dias, realizando exame 30 dias depois do término do creme;
- (E) estradiol de 1 mg ao dia, por 15 a 20 dias, realizando o exame no último dia de tomada do comprimido.

**15**

Uma paciente de 18 anos busca consulta ginecológica, pois nunca menstruou. No exame físico, observa-se baixa estatura, pescoço alado, cúbito valgo e presença de sinais de puberdade. Após avaliação do quadro de amenorreia primária, foi realizada uma análise genética, que evidenciou mosaicismos cromossômicos 45,X/46,XX. Foi realizado, então, aconselhamento da paciente, que pergunta ansiosamente sobre seu futuro reprodutivo.

Faz parte dessa consulta orientar que:

- (A) a paciente tem fenótipo clássico da Síndrome de Turner, sem impacto no cenário reprodutivo se a dosagem do FSH for normal;
- (B) a falência ovariana na Síndrome de Turner ocorre devido à atresia folicular acelerada, manifestando-se geralmente na infância; contudo, nos casos de mosaico, a reserva ovariana é aumentada;
- (C) a minoria das pacientes com Síndrome de Turner (2% a 5%) consegue obter gestação espontânea. Uma opção reprodutiva que tem se mostrado promissora para as pacientes é a ovorrecepção. A gestação nessas pacientes não tem relato de intercorrências clínicas;
- (D) a preservação de fertilidade com o congelamento de oócitos pode ser possível. Os fatores preditivos para a presença de folículos nessas pacientes são o cariótipo em mosaico, sinais de puberdade espontânea e concentrações normais dos hormônios folículo-estimulante e antimülleriano;
- (E) a maioria das pacientes com monossomia do cromossomo X é fértil, porém observa-se o aumento de risco de 1% a 5% de ocorrência de anormalidades cromossômicas na prole, independentemente da idade da mulher. Em mulheres com cariótipo em mosaico, os riscos podem variar individualmente. O tratamento de reprodução assistida com análise genética pré-implantacional pode ser oferecido nesses casos.

**16**

Um paciente de 28 anos, sem vida sexual ativa no momento, vem ao(à) ginecologista com diagnóstico prévio de síndrome dos ovários policísticos. No momento, sua queixa é a irregularidade menstrual, que gera imprevisibilidade quanto ao período em que terá sangramento, o que atrapalha seu dia a dia.

A proposta terapêutica adequada a ser prescrita especificamente para essa queixa é:

- (A) atividade física por 30 minutos por dia, 7 dias na semana;
- (B) apenas orientação, já que se trata de um padrão de ciclo normal, sem riscos à sua saúde;
- (C) administração de associação de etinil estradiol com progestagênio intermitente por 10 a 14 dias do ciclo, como, por exemplo, do 15º ao 25º dia do ciclo;
- (D) administração de etinil estradiol intermitente por 10 a 14 dias do ciclo, como, por exemplo, do 15º ao 25º dia do ciclo;
- (E) administração de progestagênio intermitente por 10 a 14 dias do ciclo, como, por exemplo, do 15º ao 25º dia do ciclo.

**17**

Considere o cenário de nódulo palpável de 2 cm, móvel, em quadrante superior externo de mama esquerda em mulher de 40 anos, sem fatores de risco para câncer de mama.

Considere ainda que a mamografia e a ultrassonografia foram categoria BI-RADS 2, e que as mamas têm densidade normal.

Em relação a esse cenário, é correto afirmar que:

- (A) a razão de verossimilhança para malignidade fica entre 95% e o valor preditivo negativo é maior que 97%;
- (B) essa situação não é considerada segura, justificando indicação de biópsia;
- (C) a indicação é precisa de ressonância nuclear magnética de mamas;
- (D) uma alteração clínica pouco suspeita não justifica indicações de biópsias ou exames de imagem adicionais;
- (E) realização de mamografia e ultrassonografia mamária semestrais é indicada.

**18**

Uma paciente de 8 anos chega à consulta ginecológica acompanhada da mãe. A queixa é "corrimento notado na calcinha ao final do dia". Nega prurido, ardor, hiperemia ou sangramento.

A principal hipótese é:

- (A) corpo estranho;
- (B) vaginose bacteriana;
- (C) candidíase vulvovaginal;
- (D) hábitos de higiene inadequados;
- (E) fístula vesicovaginal.

**19**

Uma mulher de 28 anos refere uso abusivo de álcool em uma festa. Relata que, por volta das 2 horas da manhã, foi vítima de violência sexual com penetração por pessoa conhecida. Ela se lembra parcialmente do que ocorreu, porém é muito claro que não consentiu o ato e que houve força física envolvida.

A abordagem com essa paciente inclui:

- (A) tratamento medicamentoso precoce do TEPT (transtorno de estresse pós-traumático);
- (B) encaminhamento ao Instituto Médico Legal antes do exame clínico em unidade de saúde;
- (C) atenção especial à mulher que foi vítima de "assalto sexual", incluindo preocupações voltadas para saúde mental;
- (D) início de medicações profiláticas assim que os resultados dos exames colhidos estiverem disponíveis;
- (E) profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis nos casos de exposição com risco de transmissão apenas na presença de lesões.

**20**

Uma paciente de 45, gesta 2 para 2 (partos vaginais), relata ao(à) ginecologista que não faz uso de método contraceptivo, pois o marido fez vasectomia. Tem dislipidemia e hipertensão arterial, ambas bem controladas com medicação e estilo de vida. A última colpocitologia oncótica foi realizada há 8 meses, com resultado normal. Refere que há 6 meses notou aumento do fluxo menstrual, sangramento intermenstrual e após relação sexual.

A avaliação inicial e hipótese principal devem ser, respectivamente:

- (A) colpocitologia oncótica e lesão de alto grau no colo uterino;
- (B) ultrassonografia transvaginal e mioma subseroso;
- (C) ultrassonografia transvaginal e pólipos endometrial;
- (D) histeroscopia e atrofia endometrial;
- (E) ressonância nuclear magnética de pelve e endometriose.

**21**

Uma mulher de 27 anos apresenta quadro clínico de ciclos menstruais irregulares, chegando a ficar mais de 90 dias sem menstruar, associado a queixas de acne e queda de cabelos de longa data. Ao exame, apresenta peso de 90,1 kg, 158 cm de altura e avaliação pela escala de Ferriman-Gallwey de 12 pontos. Os exames complementares registraram ultrassonografia transvaginal evidenciando ovário direito com volume 13 mL e presença de 21 folículos antrais inferiores a 10 mm e ovário esquerdo com volume 11 mL e presença de 29 folículos antrais inferiores a 10 mm, dosagem de FSH 5,6 UI/L, LH 12,2UI/L, TSH 2,4 mUI/L, prolactina 18,0 ng/mL, cortisol salivar noturno < 0,2 mcg/mL, SDHEA 205,0 mcg/dL e 17-OH-progesterona 28,0 ng/dL. Considerando as informações acima, o diagnóstico mais provável é:

- (A) tumor de adrenal;
- (B) síndrome de Cushing;
- (C) microadenoma de hipófise;
- (D) hiperplasia adrenal congênita;
- (E) síndrome dos ovários policísticos.

**22**

Uma mulher de 67 anos, com histórico de 2 partos vaginais há 35 e 30 anos, obesa, portadora de diabetes melitus tipo 2, controlada com uso de metformina, apresenta queixas de não conseguir segurar a urina até chegar ao banheiro e de perda urinária involuntária ao tossir há 8 meses. Realizou cultura de urina, que foi negativa. A avaliação urodinâmica a que foi submetida evidenciou contrações involuntárias do detrusor na cistometria e uma pressão de perda urinária ao esforço de 48 cmH<sub>2</sub>O.

Considerando o quadro acima, é correto afirmar que a paciente apresenta incontinência urinária:

- (A) de urgência por bexiga hiperativa isoladamente;
- (B) de esforço por defeito esfinteriano isoladamente;
- (C) de esforço por hiper mobilidade do colo vesical isoladamente;
- (D) mista por bexiga hiperativa e defeito esfinteriano;
- (E) mista por bexiga hiperativa e hiper mobilidade do colo vesical.

**23**

Uma mulher de 27 anos, sem desejo de engravidar no momento, comparece à consulta ginecológica queixando-se de dismenorria progressiva no último ano. O quadro iniciou-se após a suspensão da pílula contraceptiva, substituída por uso de preservativo em função do desejo de evitar o método hormonal. Nos últimos 3 ciclos menstruais, apresentou dor incapacitante com necessidade de realização de analgesia endovenosa no período menstrual. Nega patologias e cirurgias anteriores. Realizou ultrassonografia transvaginal no início da fase folicular do seu ciclo menstrual, que evidenciou útero retroversofletido, de tamanho normal, miométrio homogêneo e endométrio centrado, homogêneo, medindo 0,4 cm. O ovário direito apresenta parênquima homogêneo, com pequenos folículos, medindo 2,1 cm x 2,4 cm x 1,7 cm. O ovário esquerdo apresenta parênquima heterogêneo, rechaçado perifericamente, às custas de formação hipocogênica de 4,0 cm x 3,5 cm x 3,0 cm. As medidas do ovário são 6,0 cm x 5,1 cm x 4,0 cm.

Com base nas informações acima, e na principal hipótese diagnóstica, a conduta mais adequada para o caso é:

- (A) videolaparoscopia com ooforoplastia esquerda;
- (B) videolaparoscopia com ooforectomia esquerda;
- (C) drenagem percutânea ou transvaginal do cisto ovariano;
- (D) tratamento clínico com uso de progestágenos orais contínuos;
- (E) tratamento clínico com uso de análogos agonistas do GnRH de forma contínua.

**24**

Uma mulher de 37 anos, casada, sem filhos, está tentando engravidar há 3 anos, sem sucesso. Desde que suspendeu a contracepção hormonal para iniciar tentativas de gravidez, seus ciclos menstruais passaram a apresentar dismenorria progressiva. Há 1 ano, apresenta queixas de dispareunia profunda. O desejo familiar do casal é de ter 3 filhos.

Exame físico: o toque vaginal evidencia útero em RVF, fixo, tamanho normal, anexos impalpáveis, nódulo endurecido em fundo de saco vaginal posterior, de 3 cm.

Exames complementares: o espermograma do marido apresenta parâmetros normais; a histerossalpingografia evidencia prova de Cottè positiva, bilateralmente, sendo a trompa direita fixa distalmente e a esquerda algo enovelada. O hormônio antimulleriano está a 0,51 ng/mL. A ressonância magnética de pelve evidencia espessamento em ligamento largo direito, endometrioma de 1,5 cm em ovário direito, placa de endometriose em fundo de saco posterior, de 3,5 cm x 2,5 cm com invasão de 0,5 cm da parede miometrial posterior, sem sinais de acometimento intestinal. Não há sinais de acometimento de raízes nervosas ou ureteres.

Considerando o caso clínico acima, a conduta mais adequada para o casal em termos de tratamento da infertilidade é:

- (A) fertilização *in vitro*;
- (B) inseminação intrauterina;
- (C) indução de ovulação com coito programado;
- (D) videolaparoscopia com posterior coito programado;
- (E) uso de análogos de GnRH por 6 meses e posterior fertilização *in vitro*.

**25**

Uma mulher de 67 anos, não tabagista, tem histórico de emagrecimento de 15 kg nos últimos 8 meses. Ao exame físico, há presença de massa anexial direita palpável ao toque vaginal, de aproximadamente 7 cm, móvel, indolor. A ultrassonografia identificou anexo direito ocupado por massa heterogênea, medindo 6,3 x 5,4 cm, predominantemente anecoico, com traves hiperecogênicas de permeio e fluxo periférico ao doppler de baixa resistência vascular. O CA-125 apresenta 37,0 UI/mL. Foi realizada uma biópsia guiada por rádio-intervenção para esclarecimento diagnóstico, com o achado histopatológico de mucina intracelular, presença de células em anel de sinete e infiltração sarcomatoide difusa no estroma ovariano.

Considerando as informações acima, o diagnóstico mais provável e a conduta adequada são, respectivamente:

- (A) disgerminoma de ovário; radioterapia e quimioterapia;
- (B) tumor de células da granulosa do ovário; ooforectomia simples;
- (C) tumor metastático em ovário; pesquisa de sítio neoplásico primário;
- (D) adenocarcinoma seroso de ovário; cirurgia citorrredutora completa;
- (E) adenocarcinoma mucinoso de ovário; cirurgia citorrredutora completa e apendicectomia.

**26**

Uma mulher de 52 anos, obesa, dislipidêmica, com ciclos menstruais irregulares há 2 anos, apresenta queixas de fogachos noturnos intensos nos últimos 6 meses. Refere que mãe teve câncer de mama aos 78 anos. O exame físico revela peso de 70 kg, altura de 160 cm, mamas sem alterações, exame ginecológico com diminuição do trofismo da mucosa vaginal, sem outras alterações relevantes, em membros inferiores e presença de varizes bilaterais. A mamografia recente apresenta BI-RADS categoria 2. A ultrassonografia transvaginal registra ovários de pequeno volume e eco endometrial de 4 mm.

Das opções abaixo, aquela que contém a proposta terapêutica mais adequada é:

- (A) iniciar valerato de estradiol 1 mg/dia por via oral isoladamente;
- (B) não iniciar qualquer tipo de terapia de reposição hormonal, pois apresenta contraindicação absoluta;
- (C) iniciar valerato de estradiol a 1 mg/dia, por via oral, com acetato de noretisterona a 0,5 mg/dia, por via oral, em uso contínuo;
- (D) iniciar estradiol em gel a 1 mg/dia, via transdérmica, em uso contínuo, com a didrogesteronona a 10 mg, por via oral, por 14 dias no mês;
- (E) iniciar estradiol em gel a 1 mg/dia via transdérmica, associado a promestrieno a 10 mg/dia, por via vaginal, ambos em uso contínuo.

**27**

Uma mulher de 57 anos queixa-se do surgimento de um caroço na mama esquerda há 2 meses. Ao exame, verifica-se que o nódulo está endurecido, pouco móvel, indolor, medindo 2,0 cm de comprimento, em quadrante superior externo da mama esquerda. Não há comprometimento de pele e a relação tumor/mama está inferior a 20%. As axilas apresentam-se sem linfonodomegalias palpáveis. A mamografia identificou nódulo espiculado, de 2,0 cm, no quadrante superior externo da mama esquerda, categoria BI-RADS 5. Realizada a mamotomia, o laudo foi de carcinoma lobular invasivo.

Considerando as informações acima, a melhor conduta inicial para o caso é:

- (A) quimioterapia e radioterapia;
- (B) mastectomia esquerda com esvaziamento axilar;
- (C) setorectomia esquerda com esvaziamento axilar;
- (D) mastectomia esquerda com biópsia de linfonodo sentinela;
- (E) setorectomia esquerda com biópsia de linfonodo sentinela.

**28**

Uma mulher de 53 anos, ao realizar mamografia de rotina, apresenta um conjunto de microcalcificações pleomórficas agrupadas no quadrante superior externo da mama direita, medindo 1,5 cm (BI-RADS 4). Não há outras lesões ou alterações na mamografia. Ao exame físico, verificam-se mamas de médio volume, sem alterações à inspeção, parênquima mamário homogêneo sem nódulos palpáveis, axilas livres e descarga ductal ausente. Em seu histórico familiar, sua mãe e tia materna tiveram diagnóstico de câncer de mama aos 61 anos e 58 anos, respectivamente. É, então, realizada a mamotomia da lesão com a colocação de clipe metálico. O diagnóstico histopatológico identifica hiperplasia ductal atípica, com presença de focos de necrose celular, mas com margens livres na peça.

A melhor conduta a ser traçada nesse caso é:

- (A) adenectomia bilateral profilática;
- (B) tamoxifeno por 5 anos e controle mamográfico anual;
- (C) acompanhar a paciente com mamografia anual sem outras intervenções;
- (D) ampliar margens cirúrgicas, fazer uso de tamoxifeno profilático por pelo menos 5 anos e controle mamográfico anual;
- (E) ampliar margens cirúrgicas e complementar com radioterapia seguida de acompanhamento anual com mamografia.

**29**

Uma paciente de 16 anos, fenótipo feminino, em amenorreia, apresenta genitália externa sem alterações aparentes, mamas M4 e pilificação P2 de Tanner. A ultrassonografia pélvica não evidenciou útero. Gônadas foram visualizadas. Os exames laboratoriais evidenciaram FSH de 6,7 UI/L, testosterona com 540 ng/mL e estradiol a 47,1 pg/mL.

Considerando as informações acima, o cariótipo de banda G esperado para essa paciente é:

- (A) 46, XX;
- (B) 45, XO;
- (C) 46, XY;
- (D) 47, XXY;
- (E) 47, XXX.

**30**

Uma mulher de 45 anos apresenta aumento progressivo de fluxo e da duração menstrual há 4 anos, associado a dismenorreia importante com piora após nascimento do filho por parto cesáreo há 6 anos. Atualmente, sangra até 12 dias, com necessidade de uso de absorventes noturnos. Ao exame, verifica-se o útero aumentado de volume, palpável à altura da sínfise púbica, globoso e móvel. A ultrassonografia transvaginal mostrou útero de aspecto globoso, tipo “bala de canhão”, volume estimado de 760 mL, sem outros comemorativos. A ressonância magnética de pelve evidenciou uma zona juncional de 23 mm, com aspecto heterogêneo.

Dadas as informações acima, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) adenomiose;
- (B) endometriose;
- (C) pólipos endometrial;
- (D) miomatose uterina;
- (E) hiperplasia endometrial.

**31**

Uma mulher de 38 anos, nuligesta, sem parceiro, com desejo de constituir prole, obesa, portadora de resistência insulínica, queixa-se de aumento do volume menstrual nos últimos 6 meses. Ao realizar uma ultrassonografia transvaginal no meio da fase folicular, observou-se eco endometrial de 20 mm. Realizada uma histeroscopia, observou-se uma hipertrofia endometrial difusa. A biópsia dirigida durante a histeroscopia apresentou o laudo de hiperplasia complexa com atípias.

Considerando todas as informações acima, a opção mais adequada de tratamento, num primeiro momento, é:

- (A) uso de valerato de estradiol;
- (B) histerectomia vaginal simples;
- (C) histerectomia total abdominal simples;
- (D) uso de progestágenos orais ou DIU de levonorgestrel;
- (E) histerectomia total abdominal com ooforectomia bilateral.

**32**

Uma paciente de 63 anos, portadora de hipertensão arterial crônica e diabetes melito tipo 2 bem controladas, após apresentar episódios de sangramento vaginal, realizou uma histeroscopia, que evidenciou uma lesão de aspecto cerebroide, friável, cuja biópsia diagnosticou carcinoma seroso. Ao exame especular, não são identificadas lesões aparentes em colo ou vaginal. A ressonância magnética sugere que a lesão está confinada ao útero, com menos de 50% de invasão endometrial, sem sinais de linfonodomegalias aparentes.

Tendo em vista o caso clínico acima, a abordagem mais indicada é:

- (A) histerectomia simples;
- (B) radioterapia e quimioterapia isoladamente;
- (C) histerectomia com salpingo-ooforectomia bilateral;
- (D) histerectomia com salpingo-ooforectomia bilateral e linfadenectomia pélvica;
- (E) histerectomia com salpingo-ooforectomia bilateral e linfadenectomia pélvica e para-aórtica.

**33**

Uma mulher de 33 anos, solteira, comparece ao ginecologista visando a congelar óvulos, pois deseja ser mãe no futuro.

Sobre o processo de estimulação ovariana e congelamento de óvulos, é correto afirmar que:

- (A) a técnica de escolha para o congelamento de óvulos é a de congelamento lento;
- (B) óvulos vitrificados geram maior chance de produzirem embriões aneuploides;
- (C) óvulos vitrificados possuem menos chances de serem fertilizados que os óvulos a fresco;
- (D) a idade materna e o número de óvulos maduros congelados são fatores importantes da chance de nascidos vivos;
- (E) óvulos congelados pela técnica de congelamento lento apresentam melhores chances de gravidez que óvulos a fresco.

**34**

Uma mulher de 37 anos queixa-se de prurido e ardência vulvovaginal recorrente principalmente em período pré-menstrual, associados a leucorreia esbranquiçada. Empiricamente, fez uso de 3 ciclos de tratamento com fluconazol oral, fenticonazol vaginal e itraconazol oral, sem melhora do quadro.

Ao exame, apresentou conteúdo vaginal abundante, esbranquiçado, fluido, com hiperemia de mucosa vaginal e pH vaginal a 3,5. Pela bacterioscopia, identificou-se uma grande presença de lactobacilos (> 1000/campo), raros leucócitos. Não foram identificadas pseudo-hifas.

Considerando a principal hipótese diagnóstica para o caso, o tratamento indicado é:

- (A) metronidazol – 2 g via oral em dose única;
- (B) duchas vaginais com bicarbonato de sódio;
- (C) tinidazol de 1 g, via oral, uma vez ao dia, durante cinco dias;
- (D) ácido bórico em óvulos vaginais contendo 600 mg por 14 dias;
- (E) clindamicina creme vaginal a 2%, 5 g (um aplicador) durante 14 dias.

**35**

Para o adequado tratamento e acompanhamento das pacientes portadoras de síndrome de ovários policísticos (SOP), é fundamental o conhecimento das suas bases fisiopatológicas.

Em relação à síndrome de ovários policísticos, é correto afirmar que:

- (A) existem menos de 10 variações gênicas descritas associadas à SOP;
- (B) o hormônio antimulleriano encontra-se diminuído nas pacientes com SOP;
- (C) o excesso de androgênios na SOP afeta o padrão dos pulsos hipotalâmicos de GnRH;
- (D) os pulsos hipotalâmicos de GnRH são menos frequentes e menos amplos nas pacientes com SOP;
- (E) a insulina e o LH se antagonizam nas células da Teca interna, o que resulta em maior produção de androgênios por elas.

**36**

Uma mulher de 36 anos refere sempre ter apresentado ciclos menstruais de 28 dias. Queixa-se de quadro de amenorreia há 9 meses associado a fogachos noturnos intensos que iniciaram há 12 meses. Ao realizar a sua avaliação clínica com seu ginecologista, foram solicitadas a dosagem de FSH, do hormônio antimulleriano (AMH) e a contagem de folículos antrais (CFA).

Considerando o caso clínico acima, os exames devem apresentar, respectivamente:

- (A) FSH baixo, AMH baixo, CFA baixo;
- (B) FSH elevado, AMH baixo, CFA baixo;
- (C) FSH baixo, AMH baixo, CFA elevado;
- (D) FSH elevado, AMH baixo, CFA elevado;
- (E) FSH elevado, AMH elevado, CFA elevado.

**37**

Uma mulher de 26 anos, sexualmente ativa e com histórico de múltiplos parceiros, apresenta úlcera, indolor, na face interna do grande lábio esquerdo, de 2,0 cm de diâmetro, que surgiu há 15 dias. Ao exame físico, identifica-se a presença de linfadenopatia inguinal bilateral, indolor à palpação. A inspeção vulvar evidencia úlcera única de bordos endurecidos e bem delimitados, indolor à manipulação.

Considerando as informações acima, o esquema de tratamento mais apropriado é:

- (A) aciclovir 400 mg, três vezes ao dia (7 a 14 dias);
- (B) azitromicina 500 mg, dois comprimidos, VO, em dose única;
- (C) prednisona 20 mg VO, uma vez ao dia, até remissão da úlcera;
- (D) penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular (IM), dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo);
- (E) penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas.

**38**

Uma mulher de 68 anos, com histórico de 2 partos vaginais há 40 e 35 anos, queixa-se de sensação de bola na vagina há 2 anos. Ao exame físico, aplicada a classificação POP-Q, observou-se a parede vaginal anterior com o ponto Ba em +2. A parede vaginal posterior apresenta-se com o ponto Bp em -2, ponto C em -3 e ponto D em -6.

Dito isso, é correto afirmar que essa paciente apresenta:

- (A) prolapso de parede vaginal anterior estágio 3;
- (B) prolapso de parede vaginal anterior estágio 2;
- (C) prolapso de parede vaginal anterior estágio 3 e posterior estágio 2;
- (D) prolapso de parede vaginal anterior estágio 2 e posterior estágio 2;
- (E) prolapso de parede vaginal anterior estágio 3 e alongamento hipertrófico do colo uterino.

**39**

Uma mulher de 24 anos, sexualmente ativa, iniciou quadro de dor abdominal leve, em baixo ventre, há 3 dias. Compareceu à emergência, pois na véspera iniciou quadro de febre. Encontrava-se em uso regular de contraceptivo oral combinado de forma contínua. Não recordava quando havia sido a sua última menstruação. Negava queixas urinárias. Ao exame físico, apresentou frequência cardíaca a 88 bpm, pressão arterial de 110 x 70 mmHg e temperatura axilar de 37,1°C. O abdômen estava doloroso à palpação do terço inferior, sem sinais de descompressão dolorosa, ao toque vaginal e útero em AVF, de tamanho normal, doloroso à mobilização do colo uterino. Os anexos eram impalpáveis, porém dolorosos à palpação. Os exames laboratoriais registraram: hematócrito a 38% e leucograma com 6300 leucócitos. Realizou EAS em amostra urinária, sem alterações. A ultrassonografia transvaginal não evidenciou líquido livre em fundo de saco posterior, os anexos foram visualizados, sem alterações aparentes, e o endométrio estava homogêneo, com 3 mm de espessura.

Considerando as informações acima, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) apendicite;
- (B) torção anexial;
- (C) infecção urinária;
- (D) ovulação dolorosa;
- (E) doença inflamatória pélvica.

**40**

Uma paciente de 25 anos, nuligesta, com histórico familiar de sua mãe com trombose venosa profunda em membro inferior direito aos 50 anos comparece ao ginecologista. Ao exame físico, identificou-se útero em retroversão, de tamanho normal, móvel, indolor, com anexos impalpáveis. Encontra-se menstruada no momento e deseja iniciar uso de dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel.

Considerando o caso acima, é correto afirmar que:

- (A) a paciente possui uma contraindicação absoluta ao uso do DIU por ser nuligesta;
- (B) a colocação do DIU pode ser feita apenas após a realização de antibioticoprofilaxia;
- (C) o histórico familiar de trombose venosa profunda não é uma contraindicação à inserção do DIU;
- (D) o útero retrovertido requer que o DIU seja inserido apenas mediante guia de ultrassonografia;
- (E) o principal mecanismo de contracepção do DIU de levonorgestrel se dá por bloqueio da ovulação.

**41**

Uma gestante comparece à consulta de pré-natal com laudo de ultrassonografia evidenciando gestação tópica de 12 semanas com dois fetos e a presença do sinal do "lambda".

Diante desse sinal, é correto afirmar que é uma gestação gemelar:

- (A) monocoriônica, diamniótica;
- (B) monocoriônica, monoamniótica;
- (C) dicoriônica, diamniótica;
- (D) dicoriônica, monoamniótica;
- (E) monocoriônica com gêmeos acolados.

**42**

Uma paciente com 15 semanas de gestação realiza exames laboratoriais que evidenciam glicemia de jejum de 96 mg/dl. O médico do pré-natal solicita uma nova dosagem, cujo resultado é 95 mg/dl.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é:

- (A) diabetes gestacional;
- (B) diabetes tipo I;
- (C) diabetes tipo II;
- (D) gestação normal;
- (E) MODY.

**43**

Sobre a embolia por líquido amniótico, é correto afirmar que:

- (A) há critérios estabelecidos precisos para o seu diagnóstico;
- (B) está geralmente associada a hipertermia materna;
- (C) não tem associação com operação cesariana;
- (D) é caracterizada por hipoxia, hipotensão e coagulopatia;
- (E) tem evolução lenta e progressiva do quadro clínico.

**44**

São condições associadas à polidramnia:

- (A) tabagismo e toxoplasmose adquirida na gestação;
- (B) atresia de esôfago fetal e diabetes tipo I materno;
- (C) hipertensão arterial e síndrome de Turner no feto;
- (D) anencefalia e obstrução urinária baixa no feto;
- (E) pós-datismo e uso de anti-inflamatórios.

45

Uma gestante realiza ultrassonografia com 29 semanas e é verificado que o peso fetal se encontra no percentil 2. O volume de líquido amniótico é normal e o doppler das artérias umbilical e cerebral média está dentro dos parâmetros normais para a idade gestacional.

Seguindo o protocolo baseado em estágios para restrição de crescimento, a melhor conduta nesse caso é:

- (A) operação cesariana após uso de sulfato de magnésio;
- (B) dopplerfluxometria e cardiocografia diariamente;
- (C) aumento da ingesta calórica materna;
- (D) indução do parto após administração de corticoide;
- (E) ultrassonografia obstétrica e doppler semanais.

46

Uma gestante com 35 semanas chega à emergência com cefaleia e pressão arterial de 180 x 120 mmHg. É prontamente internada e hidralazina é administrada por via venosa. Após 30 minutos, a paciente continua com a pressão aumentada. São solicitados exames laboratoriais cujos resultados evidenciam:

- plaquetas: 60.000/mm<sup>3</sup>
- creatinina: 1,5 mg/dl
- TGO: 120U/L e TGP: 110U/L
- relação proteína/creatinina: 0,2

Nesse quadro, o diagnóstico mais provável e uma das condutas iniciais são, respectivamente:

- (A) pré-eclâmpsia e administração de sulfato de magnésio;
- (B) insuficiência hepática e observação clínica em CTI;
- (C) esteatose hepática e reposição proteica por via oral;
- (D) colestase e prescrição de ácido ursodesoxicólico;
- (E) hipertensão gestacional e uso de metildopa por via oral.

47

Paciente com 37 semanas de gestação procura atendimento após ter percebido perda de líquido por via vaginal. É confirmado o diagnóstico de rotura prematura de membranas.

Essa confirmação se deu pelo seguinte achado:

- (A) ultrassonografia obstétrica e transvaginal evidenciando a presença de *sludge*;
- (B) fita reagente de pH coletada em fundo de saco vaginal posterior evidenciando pH: 4,5;
- (C) lâmina coletada por via vaginal evidenciando cristalização (aspecto em “folha de samambaia”);
- (D) hemograma com leucometria de 11.200 células/mm<sup>3</sup> e com 2% de bastonetes;
- (E) cultura positiva para estreptococo do grupo B coletada com *swab* vaginal e perianal.

48

Gestante realiza ultrassonografia morfológica de 1º trimestre que evidencia risco aumentado para aneuploidias. No momento, ela está com 12 semanas e deseja realizar cariótipo fetal.

A melhor conduta é oferecer:

- (A) amniocentese até 15 semanas;
- (B) biópsia de vilo corial até 14 semanas;
- (C) cordocentese até 15 semanas;
- (D) biópsia de vilo corial a partir de 16 semanas;
- (E) amniocentese após 26 semanas.

49

Uma mulher está em trabalho de parto e refere não ter alívio da dor entre as contrações. Ao ser examinada, é encontrado o sinal de Bandl associado com bradicardia fetal.

Esse achado está associado com o seguinte quadro:

- (A) malformação cardíaca fetal;
- (B) doença hemolítica perinatal;
- (C) descolamento prematuro de placenta;
- (D) rotura prematura de membranas;
- (E) iminência de ruptura uterina.

50

Paciente com gestação gemelar monocoriônica realiza ultrassonografia com 22 semanas e identifica o primeiro feto com polidramnia e o feto dois com oligodramnia. Ambas as bexigas são visualizadas e o doppler das artérias umbilicais e cerebrais médias, além do ducto venoso, estão normais. O colo uterino mede 3,5 cm.

Diante desses achados, a melhor conduta é:

- (A) realizar uma amniodrenagem do feto 1;
- (B) fazer ablação dos vasos placentários a laser;
- (C) fazer seguimento clínico e ultrassonográfico;
- (D) indicar a interrupção da gestação por cesariana;
- (E) romper a membrana entre as duas bolsas amnióticas.

51

Com relação à atosibana, é correto afirmar que é:

- (A) uma boa opção para a indução do parto;
- (B) um antagonista do receptor de ocitocina;
- (C) indicada para tratamento da pré-eclâmpsia;
- (D) um bloqueador de canais de cálcio;
- (E) uma gonadotrofina sintética.

52

Após um parto vaginal complicado, o recém-nascido tem o diagnóstico de paralisia de Erb-Duchenne.

Esse quadro tem como uma de suas manifestações clínicas:

- (A) a fratura da clavícula;
- (B) o reflexo de Moro unilateral;
- (C) o cefalohematoma;
- (D) a paralisia facial;
- (E) a luxação de quadril.

53

A utilidade do índice de Bishop é:

- (A) fornecer uma predição de sucesso da indução do parto normal;
- (B) dar uma previsão do peso fetal através de sinais clínicos;
- (C) avaliar o grau de asfixia neonatal em recém-nascidos;
- (D) calcular as chances de o feto ter uma aneuploidia;
- (E) verificar o grau de sofrimento fetal agudo.

**54**

Uma gestante com 36 semanas tem quadro clínico fortemente sugestivo de descolamento prematuro de placenta.

Nesse caso, é correto afirmar que:

- (A) a ultrassonografia é fundamental para indicar a conduta;
- (B) a vitalidade fetal não influencia no prognóstico;
- (C) a histerectomia deve ser realizada sempre após o parto;
- (D) a tocólise é uma opção aceitável nessa idade gestacional;
- (E) o diagnóstico na maioria dos casos é clínico.

**55**

Paciente com 28 semanas de gestação, com tipagem sanguínea Rh(-), tem o teste de Coombs indireto com resultado positivo para anticorpos anti-D e título de 1:128. Realiza ultrassonografia com doppler, que evidencia pico sistólico de velocidade na artéria cerebral média de 1,8 MoM.

A conduta mais adequada nesse caso é:

- (A) repetir o teste de Coombs para confirmação diagnóstica;
- (B) administrar imunoglobulina anti-Rh e repetir o exame;
- (C) repetir a ultrassonografia e o Doppler em duas semanas;
- (D) prescrever corticoide e fazer o parto por cesariana;
- (E) fazer cordocentese e possível transfusão fetal intrauterina.

**56**

Uma gestante, gesta 3 para 2, com 33 semanas e diagnóstico de diabetes gestacional e polidrâmnio, procura atendimento devido a perda de líquido amniótico. Ao exame, é encontrado útero com tônus normal, sem contrações uterinas nem sangramentos. O feto encontra-se em apresentação pélvica e percebe-se bradicardia.

Diante desse quadro, deve-se pensar no diagnóstico de:

- (A) cardiopatia congênita fetal;
- (B) prolapso de cordão umbilical;
- (C) trabalho de parto prematuro;
- (D) cetoacidose diabética;
- (E) desproporção cefalopélvica.

**57**

É causa de hidropisia fetal não imune:

- (A) pré-eclâmpsia;
- (B) obesidade materna;
- (C) anomalia de Ebstein;
- (D) cisto da bolsa de Blake;
- (E) síndrome de Arnold-Chiari.

**58**

Uma gestante realiza ultrassonografia com 18 semanas e é evidenciada adramnia. O feto está vivo, com bexiga muito distendida.

A causa mais provável da adramnia nesse caso é:

- (A) válvula de uretra posterior;
- (B) seqüência da extrofia cloacal;
- (C) malformação adenomatoide cística;
- (D) hipoplasia pulmonar fetal;
- (E) displasia renal multicística.

**59**

São marcadores bioquímicos utilizados no rastreio da pré-eclâmpsia:

- (A) NIPT e PAPP-A;
- (B) HCG livre e PIGF;
- (C) PAPP-A e PIGF;
- (D) alfafetoproteína e PIGF;
- (E) alfafetoproteína e PAPP-A.

**60**

Uma gestante que não realizou pré-natal procura atendimento médico devido a um episódio de sangramento vaginal de grande volume sem associação com quadro algico. Ao exame clínico, são observados fundo uterino de 31 cm, batimentos cardíacos fetais ritmados ao sonar e ausência de atividade contrátil uterina. Nessa situação, uma das condutas iniciais mais adequadas é:

- (A) introdução de pessário cervical e uso de progesterona;
- (B) realizar toque vaginal para verificar dilatação cervical;
- (C) induzir o parto vaginal com uso de ocitocina;
- (D) solicitar ultrassonografia transvaginal para avaliar placenta;
- (E) iniciar administração de tocolíticos por via venosa.

**61**

Uma gestante de 30 semanas chega à consulta do ambulatório com idade gestacional de 25 semanas para coleta de preventivo.

Ao se examinar a vagina, observa-se uma coloração vermelho-vinhosa, o que configura o sinal de:

- (A) Kluge;
- (B) Piskacek;
- (C) Osiander;
- (D) Jacquemier;
- (E) Nobile-Budin.

**62**

Uma gestante de 36 anos, nulípara, com idade gestacional de 9 semanas e 2 dias, usuária de maconha, oriunda da zona rural, onde trabalhava com aplicação de defensivos agrícolas, com menos de 4 anos de estudo, é estratificada no acolhimento como sendo de risco:

- (A) alto;
- (B) baixo;
- (C) médio;
- (D) habitual;
- (E) intermediário.

**63**

Na avaliação do conteúdo uterino em uma gestante de 36 semanas, utiliza-se o método palpatório, que visa ao reconhecimento do feto, sua apresentação e posição. Para sistematizar a técnica da palpação, são consideradas suas diversas fases ou tempos.

A manobra de Leopold ou Pawlick, que visa à exploração da mobilidade do polo que se apresenta em relação com o estreito superior, se constitui no seguinte tempo:

- (A) primeiro;
- (B) segundo;
- (C) terceiro;
- (D) quarto;
- (E) quinto.

**64**

Uma primigesta de 10 semanas chega à emergência referindo náuseas e vômitos persistentes, mesmo já tendo utilizado gengibre 250 mg 6/6h e realizado acupuntura no ponto P6.

Nesse caso, a próxima conduta terapêutica, em termos de tratamento hierarquizado, é:

- (A) vitamina B6 + doxilamina;
- (B) dimenidrato + meclizina;
- (C) prometazina + metoclopramida;
- (D) ondrasentona + tiamina;
- (E) metilprednisolona + difenidramina.

**65**

Uma gestante de 39 anos, gesta 4 para 2 (2 partos normais) e aborto 1 (provocado há 2 anos), encontra-se com 6 semanas e 4 dias de idade gestacional, e quadro clínico/ultrassonográfico compatível com abortamento evitável.

No que se refere à evolução de aborto evitável para inevitável, é correto afirmar que:

- (A) se deve realizar repouso absoluto, sendo contraindicado o repouso relativo;
- (B) o coito pode ser permitido, desde que não aumente o sangramento e cólicas;
- (C) não há tratamento eficaz que impeça a evolução para inevitável;
- (D) se deve administrar antiespasmódicos e analgésicos nas pacientes, mesmo sem cólicas;
- (E) se receita progesterona oral, duas vezes ao dia até completar 12 semanas de gravidez.

**66**

Uma mulher de 41 anos, gesta 3 para 1 e aborto 1, foi diagnosticada com neoplasia trofoblástica gestacional de alto risco.

Nesse caso, para o tratamento medicamentoso no dia 1 da semana 1, devem ser utilizados os seguintes agentes:

- (A) actinomicina D, ácido folínico e etoposídeo;
- (B) etoposídeo, metotrexato e actinomicina D;
- (C) ciclofosfamida, vincristina e ácido folínico;
- (D) cisplatina, metotrexato e ciclofosfamida;
- (E) vincristina, etoposídeo e cisplatina.

**67**

Uma secundigesta de 25 anos encontra-se na fase ativa do trabalho de parto, mas não deseja analgesia. Sua opção é por um método não farmacológico para alívio da dor.

Dentre os métodos disponíveis, aquele que apresenta maior eficácia, pois, além de aumentar a liberação de endorfinas e a diminuição das catecolaminas, diminui a ansiedade da gestante, é:

- (A) banho de água quente, por imersão ou aspersão;
- (B) estimulação elétrica transcutânea;
- (C) climatização com luzes, música e cores;
- (D) apoio contínuo físico e emocional;
- (E) aromaterapia com essência de lavanda.

**68**

Uma mulher de 31 anos, gesta 2 para 2, encontra-se com 40 minutos no secundamento, sem sangramento ativo. Ainda não ocorreu a expulsão placentária espontânea. Diante desse quadro, o obstetra coloca-se à direita da puérpera e, com a mão esquerda sob o abdômen, apreende o fundo uterino, guiando e auxiliando a extração da placenta por meio de movimentos cautelosos de expressão.

Tal manobra é conhecida como:

- (A) Taxe;
- (B) Credé;
- (C) Haultain;
- (D) Huntington;
- (E) Brandt-Andrews.

**69**

Uma múltipara de 38 anos chega à emergência em franco trabalho de parto. Na anamnese, a equipe de plantão fica sabendo sobre uma miomectomia prévia há 5 anos. Além disso, fica preocupada com a possibilidade de hemorragia pós-parto, pois identifica outra condição clínica e gestacional, representada por:

- (A) descolamento prematuro de placenta;
- (B) uso de fármacos relaxantes uterinos;
- (C) laceração de canal de parto;
- (D) uso de anticoagulante;
- (E) parto taquitéico.

**70**

Uma puérpera de 29 anos, gesta 3 para 2 e aborto 1, chega à emergência da maternidade e, durante a anamnese e exame físico, o obstetra de plantão suspeita de morbidade febril puerperal ou febre puerperal.

Sua suspeita foi baseada no fato de estarem presentes no exame os seguintes critérios em relação à temperatura axilar, horas ou dias de duração da febre e dia do puerpério:

- (A) 37,5 °C, durante 24 horas apenas e de início no 2º dia de puerpério;
- (B) 38,5 °C, durante 2 dias seguidos e de início no 4º dia de puerpério;
- (C) 39,0 °C, durante 3 dias seguidos e de início no 15º dia de puerpério;
- (D) 38,0 °C, durante 24 horas apenas e de início no 8º dia de puerpério;
- (E) 39,5 °C, durante 2 dias seguidos e de início no 12º dia de puerpério.

**71**

Uma tercípara de 30 anos, com dois partos normais anteriores, em período expulsivo prolongado, apresenta, ao exame obstétrico, colo 100% apagado, dilatação total, apresentação cefálica, plano +2 de De Lee, bolsa rota há 1 hora e cabeça profundamente encravada em transversa e BCF de 130 bpm, regular.

Diante disso, para encurtar o período expulsivo, o obstetra de plantão utilizou-se corretamente de fórceps de:

- (A) Kielland;
- (B) Simpson;
- (C) Chamberlen;
- (D) Piper;
- (E) Tarnier.

72

Uma mulher de 44 anos, com história de duas perdas gestacionais anteriores no 2º trimestre, por volta de 16-17 semanas de gestação, sempre na ausência de trabalho de parto ou descolamento prematuro de placenta, encontra-se novamente grávida, atualmente na 15ª semana de gestação, de acordo com ultrassom morfológico de primeiro trimestre realizado na 12ª semana. Realizou biópsia de vilos coriais com 13 semanas.

No entanto, a equipe médica não realizou a cerclagem cervical preventiva devido ao fato de a gestante apresentar como contra-indicação:

- (A) placenta baixa;
- (B) história de cirurgia cervical;
- (C) feto atual com trissomia do 21;
- (D) sangramento vaginal residual;
- (E) comprimento cervical de 35 mm.

73

Fernando Magalhães vaticinou, em tempos pretéritos, que o parto do futuro seria natural ou cesáreo.

Para uma primigesta de 26 anos, uma cesariana planejada aumenta, em relação ao parto normal, a probabilidade de:

- (A) depressão pós-parto;
- (B) doença tromboembólica;
- (C) mortalidade neonatal;
- (D) hemorragia obstétrica maior;
- (E) atraso persistente na fala.

74

Uma secundigesta de 34 anos, durante o início do pré-natal, apresentou resultado da sorologia para toxoplasmose IgG + e IgM +. O teste de IgG da mesma amostra revelou baixa avidade, o que levou o obstetra a suspeitar, no pré-natal, de possível infecção. Conversando com a gestante, optou-se pela realização do PCR no líquido amniótico, colhido na 19ª semana de gestação. O resultado foi positivo.

Nesse caso, o tratamento a ser instituído é:

- (A) espiramicina, pirimetamina e ácido fólico;
- (B) ácido fólico, sulfasalazina e espiramicina;
- (C) folato, sulmetizol e pirazinamida;
- (D) sulfadiazina, pirimetamida e ácido folínico;
- (E) ácido folínico, pirazinamida e espiramicina.

75

Em uma gestante no início de trabalho de parto, cuja cultura de rastreio para infecção pelo estreptococo do grupo B (GBS) não foi realizada durante seu pré-natal numa unidade básica de saúde, será necessário fazer a profilaxia antibiótica intraparto caso esteja presente o seguinte fator de risco:

- (A) bacteriúria por GBS em gravidez anterior;
- (B) amniorrexe espontânea  $\geq 18$ h;
- (C) temperatura intraparto de 37,3 °C;
- (D) parto vaginal > 38 semanas;
- (E) colonização por GBS em gravidez anterior.

76

Uma puérpera no terceiro dia pós-parto normal apresenta ingurgitamento mamário, como consequência da retenção de leite e distensão alveolar.

Uma recomendação acertada a ser dada nesse caso é:

- (A) massagens suaves com movimentos retilíneos;
- (B) extração do leite por bomba elétrica;
- (C) uso de conchas e calor úmido local;
- (D) amamentação de forma controlada a cada 3 horas;
- (E) apoio emocional e adoção de medidas de relaxamento.

77

Uma gestante de 25 anos, gesta 2 para 1, parto normal há 3 anos, a termo, recebeu, na 12ª semana de idade gestacional da gestação atual, o diagnóstico de sífilis recente. Porém, ela é alérgica a penicilina.

Nesse caso, o tratamento a ser instituído é:

- (A) ceftriaxona 1 g IM ou IV 1 vez/dia, durante 5 dias;
- (B) doxiciclina 100 mg VO 12/12 h por 10 dias;
- (C) eritromicina 500 mg VO 6/6 h, durante 20 dias;
- (D) cefalexina 1g VO 8/8 h, durante 10 dias;
- (E) tetraciclina 500 mg VO 8/8 h, durante 15 dias.

78

Uma puérpera HIV positivo, controlada clinicamente durante toda a gestação, encontra-se na 4ª hora pós-parto normal.

A equipe de obstetria contraindicou o aleitamento natural e prescreveu corretamente cabergolina da seguinte forma:

- (A) 01 comprimido de 0,25 mg, 2 x/dia durante 2 dias seguidos;
- (B) 01 comprimido de 0,50 mg, 2 x/dia durante 3 dias seguidos;
- (C) dose única de 2,0 mg VO (quatro comprimidos de 0,50 mg);
- (D) dose única de 1,0 mg VO (dois comprimidos de 0,50 mg);
- (E) 01 comprimido de 0,25 mg, 1 x/dia durante 3 dias seguidos.

79

A magnitude da violência entre parceiros íntimos ainda é elevada durante a gestação.

Uma possível repercussão desse fato na saúde do feto, no que se refere a desfechos pré-natais não letais, é:

- (A) prematuridade;
- (B) desmame precoce;
- (C) baixo peso ao nascer;
- (D) pequeno para a idade gestacional;
- (E) restrição de crescimento intrauterino.

80

Uma primigesta de 32 semanas, oriunda da Baixada Fluminense, chega à maternidade com febre há 3 dias, associada a cefaleia, dor retroorbitária e prostração e mialgia, além de apresentar vômitos persistentes, hipotensão postural, letargia e sangramento de mucosa.

Diante desse quadro compatível com dengue, essa gestante deve ser classificada como grupo:

- (A) A;
- (B) B;
- (C) C;
- (D) D;
- (E) E.

RASCUNHO

Realização

