

TIPO**1**

Endere

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE**ANO ADICIONAL**

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA R4

PROVA OBJETIVA – TIPO 1**SUA PROVA**

- Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala uma folha para a marcação das respostas.

**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 e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa 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 prova!

Ginecologia e Obstetrícia

1

Mulher de 35 anos comparece em Unidade Básica de Saúde desejando fazer uso do implante contraceptivo subdérmico de etonogestrel 68 mg recentemente incorporado ao Sistema Único de Saúde.

Antes da inserção, durante sua anamnese, a seguinte informação fornecida pela paciente contraindica o método sem necessidade de exames complementares:

- (A) antecedente pessoal de câncer de mama.
- (B) enxaqueca com aura recorrente.
- (C) tabagismo atual, independente da idade.
- (D) presença de varizes de membros inferiores.
- (E) amamentação exclusiva no puerpério.

2

Adolescente de 16 anos, sexualmente ativa, procura atendimento por corrimento vaginal purulento e sangramento pós-coito. O exame especular evidencia cervicite mucopurulenta. O diagnóstico etiológico não conseguiu ser confirmado.

Nesse cenário, assinale o esquema terapêutico mais adequado para essa paciente.

- (A) Amoxicilina, via oral, 3 vezes ao dia, durante 7 dias, isoladamente.
- (B) Ciprofloxacino, via oral, em dose única, associado a azitromicina, via oral, em dose única.
- (C) Doxiciclina, via oral, 2 vezes ao dia, durante 7 dias, isoladamente.
- (D) Ciprofloxacino, via oral, em dose única, isoladamente, sem necessidade de associação.
- (E) Ceftriaxona, via intramuscular, em dose única, associada a azitromicina, via oral, em dose única.

3

Puerpera, no primeiro dia após parto vaginal sem intercorrências, manifesta desejo de iniciar dispositivo intrauterino (DIU) de cobre ainda durante a internação hospitalar, antes da alta, devido à dificuldade de acesso a serviços de saúde em sua região.

Considerando o momento apropriado para a inserção do método nesse contexto, é correto orientar que

- (A) a inserção deve ser adiada para a consulta de puerpério, realizada entre a quarta e a sexta semana após o parto, por ser essa a única janela segura para o procedimento.
- (B) a inserção pode ser realizada dentro das primeiras 48 horas pós-parto, desde que o profissional tenha treinamento específico na técnica de inserção pós-parto imediato.
- (C) a inserção está contraindicada até que se obtenha resultado de exame citopatológico do colo uterino colhido no pós-parto.
- (D) a inserção deve aguardar o retorno da menstruação, ainda que isso ocorra antes de completar trinta dias pós-parto.
- (E) a inserção deve ocorrer entre 48 horas e 4 semanas do parto, período que minimiza os riscos de expulsão do DIU, ou mesmo de perfuração uterina.

4

Mulher de 24 anos procura atendimento relatando relação sexual desprotegida ocorrida há 96 horas (quatro dias). Não deseja método intrauterino neste momento e solicita orientação sobre anticoncepção de emergência oral, com a maior eficácia possível, diante do tempo já decorrido.

A conduta mais adequada, considerando a eficácia comparativa dos métodos de contracepção de emergência oral disponíveis no intervalo relatado, é

- (A) levonorgestrel 1,5 mg em dose única, por ser a única opção com eficácia comprovada após 72 horas da relação.
- (B) acetato de ulipristal 30 mg em dose única, por manter eficácia superior às demais opções orais entre 72 e 120 horas após a relação.
- (C) associação de estrogênio e progestagênio em duas doses (método de Yuzpe), por apresentar eficácia superior às demais opções nesse intervalo.
- (D) levonorgestrel 1,5 mg, com repetição da mesma dose após 12 horas, para reforço do efeito contraceptivo.
- (E) avaliar a possibilidade de inserção de DIU, já que nenhum método hormonal oral apresenta eficácia para contracepção de emergência 96h após a relação sexual.

5

Mulher de 55 anos, na pós-menopausa, relata sangramento uterino anormal há dois meses. Ultrassonografia transvaginal evidencia pólio endometrial único, medindo 18 mm no maior eixo. Histeroscopia diagnóstica confirma a presença do pólio sem atípias macroscópicas associadas, ou outras alterações endometriais associadas.

A conduta mais adequada diante desse achado é

- (A) acompanhamento clínico e ultrassonográfico por cerca de um ano, com base na taxa de regressão espontânea descrita para pacientes assintomáticas na menacme.
- (B) curetagem uterina às cegas, sem necessidade de confirmação histeroscópica adicional.
- (C) terapia hormonal com progestagênio isolado, para tentar reduzir o tamanho do pólio antes de nova avaliação em seis meses.
- (D) polipectomia histeroscópica, com exérese completa da lesão e envio do espécime para estudo anatomopatológico.
- (E) histerectomia total, indicada como tratamento de escolha diante de qualquer pólio endometrial diagnosticado na pós-menopausa.

6

Mulher de 30 anos, com desejo reprodutivo futuro, relata quinto episódio de prurido vulvar e corrimento esbranquiçado nos últimos doze meses, todos confirmados laboratorialmente como candidíase vulvovaginal. No momento, encontra-se novamente sintomática. Deseja reduzir a frequência de novos episódios, além de tratar o quadro atual.

Considerando o diagnóstico de candidíase vulvovaginal recorrente, a conduta terapêutica mais adequada é

- (A) tratamento em dose única ou de curta duração (1 a 3 dias), esquema apropriado para o episódio agudo isolado e suficiente também para reduzir a recorrência.
- (B) indução com fluconazol 150 mg, VO, a cada 72 horas, em três doses, seguida de terapia de manutenção supressiva com fluconazol 150 mg, VO, uma vez por semana, durante 6 meses.
- (C) tratamento com fluconazol 150mg VO em dose única para a paciente e sistemático do parceiro sexual com antifúngico oral, mesmo assintomático, medida obrigatória para reduzir a recorrência nessa paciente.
- (D) oteseconazol, por ser a opção mais indicada para essa paciente com potencial reprodutivo que deseja engravidar no futuro.
- (E) metronidazol 500 mg, VO, de 12 em 12 horas, por 7 dias, esquema apropriado para a candidíase vulvovaginal recorrente.

7

Mulher de 28 anos procura atendimento por ciclos menstruais irregulares (a cada 40 a 60 dias) há cinco anos, associados a hirsutismo leve em região do mento. Exame físico sem sinais de virilização, IMC 31,0 kg/m². Antes de confirmar o diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos, o ginecologista solicita exames complementares para excluir outras condições que podem simular o quadro clínico.

De acordo com o algoritmo proposto por Helena Teede na "Diretriz Internacional Baseada em Evidências para Avaliação e Manejo da Síndrome dos Ovários Policísticos — 2023", entre as opções abaixo, os exames solicitados inicialmente mais adequados para essa exclusão diagnóstica são:

- (A) TSH, prolactina e 17-hidroxiprogesterona, para excluir doença tireoidiana, hiperprolactinemia e hiperplasia adrenal congênita não clássica.
- (B) hemograma completo, coagulograma e função renal, para excluir causas hematológicas de irregularidade menstrual.
- (C) curva glicêmica de quatro horas e insulina basal, isoladamente suficientes para excluir outras causas de hiperandrogenismo.
- (D) cariótipo e hormônio antimülleriano, isoladamente suficientes para descartar outras causas de anovulação crônica.
- (E) testosterona total isolada, sem necessidade de exames adicionais, uma vez que o hirsutismo já confirma a etiologia ovariana.

8

Mulher de 24 anos, vivendo com HIV, inicia acompanhamento em unidade de referência em infectologia. Relata início da vida sexual aos 17 anos, encontra-se em uso regular de terapia antirretroviral, com carga viral indetectável e contagem de linfócitos CD4 preservada. Nunca realizou exame preventivo do colo do útero.

Considerando as recomendações das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero vigentes, a conduta correta quanto ao início do rastreamento nessa paciente é

- (A) postergar o início do rastreamento até os 30 anos, tendo em vista o controle virológico e imunológico já alcançado com a terapia antirretroviral.
- (B) iniciar o rastreamento apenas quando houver elevação da carga viral ou queda da contagem de linfócitos CD4.
- (C) iniciar o rastreamento com teste de DNA-HPV oncogênico agora, independentemente da idade, pois o início da atividade sexual já ocorreu.
- (D) iniciar o rastreamento com citologia isolada, reservando o teste de DNA-HPV oncogênico para situações de imunossupressão mais avançada.
- (E) aguardar até os 25 anos para iniciar o rastreamento, mesma idade recomendada para a população de risco padrão.

9

Mulher de 52 anos, há dois anos em amenorreia, refere fogachos moderados a intensos e procura atendimento ginecológico para tratamento. Nega hipertensão arterial, diabetes, tabagismo e antecedente pessoal de trombose. Exame físico e mamografia recentes são normais. Deseja iniciar terapia hormonal para controle dos sintomas.

Considerando o perfil de risco dessa paciente, a via de administração de estrogênio mais adequada para o início da terapia hormonal, dentre as opções a seguir, seria a via

- (A) intramuscular, por proporcionar níveis hormonais mais estáveis do que as demais vias de administração.
- (B) vaginal isolada, por ser suficiente para o controle de sintomas vasomotores moderados a intensos.
- (C) oral em dose alta, para controlar mais rapidamente os sintomas vasomotores intensos que apresenta no momento.
- (D) transdérmica, por ser obrigatória para toda mulher que inicia terapia hormonal, independentemente do perfil de risco.
- (E) oral, por ser adequada a mulheres saudáveis, sem fatores de risco cardiovascular ou tromboembólico identificados.

10

Mulher de 42 anos relata dismenorreia progressiva e menorragia há dois anos. A ultrassonografia transvaginal mostra útero globoso, mas o resultado é considerado inconclusivo pelo examinador. É solicitada ressonância magnética da pelve, que evidencia espessura da zona juncional de 14 mm, com focos de alta intensidade de sinal na zona juncional em sequência ponderada em T2.

O achado descrito na ressonância magnética é considerado

- (A) inespecífico, sem valor diagnóstico para adenomiose, sendo necessário aguardar confirmação por avaliação histopatológica isolada antes de qualquer conduta.
- (B) sugestivo apenas de leiomiomatose uterina, devendo o diagnóstico de adenomiose ser afastado diante desse padrão de imagem.
- (C) diagnóstico de adenomiose, uma vez que espessura da zona juncional superior a 12 mm é considerada critério diagnóstico por ressonância magnética.
- (D) inconclusivo, exigindo obrigatoriamente histeroscopia para confirmação antes de qualquer conduta terapêutica.
- (E) compatível exclusivamente com a forma focal da doença (adenomioma), excluindo a possibilidade de adenomiose difusa.

11

Uma gestante de 39 semanas, 34 anos, G2P1, sem comorbidades e com pré-natal de risco habitual, solicita a realização de cesariana eletiva por receio intenso da dor do parto vaginal e por experiências negativas relatadas por familiares. Após receber informações detalhadas sobre riscos e benefícios das vias de parto, alternativas analgésicas, possibilidade de mudança de decisão e repercussões maternas e neonatais, manifesta reiteradamente sua preferência pela cesariana. O obstetra registra toda a discussão em prontuário e a paciente assina Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

À luz do Estatuto dos Direitos do Paciente e dos princípios bioéticos, assinale a afirmativa correta a respeito da conduta mais adequada.

- (A) O TCLE não produz efeitos jurídicos quando a cesariana é realizada exclusivamente por solicitação materna, devendo ser recomendada exclusivamente a via vaginal por representar a opção tecnicamente preferível.
- (B) A assinatura do TCLE transfere integralmente à paciente a responsabilidade por eventuais complicações decorrentes da cesariana eletiva.
- (C) O respeito à autonomia da paciente permite a realização da cesariana, desde que a decisão seja livre, esclarecida, voluntária, haja capacidade decisória, adequada informação e inexistam contraindicações clínicas ao procedimento.
- (D) A simples assinatura do TCLE torna dispensável o registro detalhado da discussão clínica no prontuário.
- (E) A autonomia da paciente é absoluta, permitindo exigir qualquer procedimento, independentemente de indicação clínica ou concordância profissional.

12

Uma adolescente de 13 anos procura um serviço de referência acompanhada de sua mãe, relatando ter sido vítima de violência sexual há cerca de oito semanas. A ultrassonografia confirma gestação única de 8 semanas. Após acolhimento multiprofissional, a adolescente manifesta o desejo de interromper a gestação, sendo sua mãe favorável ao procedimento. O médico responsável segue o protocolo institucional.

Nesse cenário, a conduta mais adequada é

- (A) exigir boletim de ocorrência e laudo do Instituto Médico Legal antes de autorizar a interrupção da gestação.
- (B) solicitar autorização judicial, por se tratar de gestante menor de 14 anos.
- (C) informar que a interrupção somente poderá ser realizada após condenação criminal do agressor.
- (D) proceder à interrupção da gestação após acolhimento multiprofissional, registro da história clínica, obtenção do consentimento na forma da legislação vigente e observância do protocolo assistencial, sem exigir boletim de ocorrência, autorização judicial ou laudo pericial.
- (E) encaminhar a paciente para acompanhamento psicológico, adiando qualquer decisão sobre a interrupção da gestação até o segundo trimestre.

13

Uma gestante de 20 semanas realizou o rastreamento pré-natal para infecções de transmissão vertical. Recebeu um resultado reagente para HTLV-1/2 através de um teste sorológico por quimioluminescência (CLIA). A paciente não possui fatores de risco conhecidos, permanece assintomática e pergunta se precisará realizar cesariana eletiva e se poderá amamentar seu filho.

A próxima conduta mais apropriada é

- (A) indicar cesariana eletiva e permitir o aleitamento materno, pois a transmissão vertical ocorre principalmente durante o parto.
- (B) suspender o aleitamento materno e permitir o parto vaginal, pois a via de parto não reduz o risco de transmissão vertical.
- (C) indicar cesariana eletiva e contraindicar o aleitamento materno, independentemente da confirmação diagnóstica.
- (D) solicitar teste por Line Immunoassay (LIA) para HTLV-1/2 antes da definição da via de parto e das orientações sobre o aleitamento materno.
- (E) repetir o teste de quimioluminescência (CLIA) após o parto e manter o aleitamento materno até a confirmação diagnóstica.

14

Uma gestante de 30 semanas procura o pronto atendimento com história de febre (38,8 °C), tosse, odinofagia, mialgia intensa e cefaleia há 36 horas. Ao exame físico, apresenta frequência respiratória de 20 irpm, saturação de oxigênio de 97% em ar ambiente e ausculta pulmonar sem alterações. Encontra-se em período de sazonalidade da influenza, com circulação viral na comunidade, fortalecendo a suspeita clínica de influenza.

A conduta mais adequada é

- (A) solicitar RT-PCR para influenza e iniciar tratamento apenas se o resultado for positivo.
- (B) prescrever apenas sintomáticos, pois a paciente não apresenta sinais de gravidade.
- (C) iniciar oseltamivir imediatamente, sem aguardar confirmação laboratorial.
- (D) internar a paciente e iniciar antibioticoterapia empírica para prevenir pneumonia bacteriana.
- (E) iniciar oseltamivir apenas se os sintomas persistirem por mais de 72 horas.

15

Uma gestante de 24 semanas iniciou pré-natal no primeiro trimestre com sorologia para toxoplasmose mostrando IgG e IgM não reagentes. Na consulta atual, nova sorologia revela IgG reagente e IgM reagente, confirmando soroconversão durante a gestação. A ultrassonografia obstétrica não evidencia alterações fetais.

A conduta mais adequada é

- (A) iniciar espiramicina imediatamente e indicar PCR para *Toxoplasma gondii* no líquido amniótico no momento oportuno, respeitando o intervalo mínimo de 4 semanas entre a infecção materna e a amniocentese.
- (B) iniciar pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico imediatamente, independentemente da infecção fetal.
- (C) aguardar alterações ultrassonográficas antes de iniciar qualquer tratamento.
- (D) realizar interrupção da gestação, devido ao elevado risco de infecção congênita.
- (E) repetir a sorologia em quatro semanas antes de iniciar qualquer tratamento.

16

Uma gestante de 31 semanas procura atendimento com história de febre alta, cefaleia, mialgia e artralgia há quatro dias. O teste rápido para dengue (NS1) foi positivo no primeiro dia de sintomas. Na reavaliação, encontra-se afebril há 12 horas, refere melhora das dores, porém apresenta dor abdominal contínua e intensa, associada a episódios de vômitos persistentes. Os exames laboratoriais mostram hematócrito em elevação em relação ao exame anterior e plaquetopenia progressiva.

A conduta mais adequada é

- (A) dar alta hospitalar, pois o desaparecimento da febre indica resolução da infecção.
- (B) iniciar antibioticoterapia de amplo espectro para prevenir infecção secundária.
- (C) internar a paciente para monitorização materno-fetal e reposição volêmica, devido à suspeita de fase crítica da dengue.
- (D) indicar interrupção imediata da gestação devido ao risco de transmissão vertical.
- (E) transfundir concentrado de plaquetas, independentemente da presença de sangramento.

17

Uma primigesta de 28 anos, sem antecedentes psiquiátricos conhecidos, é levada ao pronto-socorro pelo marido no 12º dia após um parto vaginal sem intercorrências. Nas últimas 48 horas, tornou-se progressivamente agitada, dorme menos de duas horas por noite e passou a apresentar comportamento estranho, recusando-se a amamentar e a segurar o recém-nascido. Afirma que seu filho foi "escolhido para uma missão divina" e que "vozes" orientam que ele deve ser purificado antes que "forças malignas" o levem. O marido relata que precisou impedir a paciente de realizar esse "ritual". Ao exame, encontra-se desorientada no tempo, com pensamento desorganizado, importante labilidade emocional e alucinações auditivas. O recém-nascido encontra-se saudável.

A conduta mais adequada é

- (A) orientar acompanhamento ambulatorial, pois o quadro é compatível com blues puerperal e tende à resolução espontânea.
- (B) iniciar antidepressivo e reavaliar em duas semanas, pois o quadro sugere depressão pós-parto grave.
- (C) solicitar apenas avaliação neurológica e neuroimagem antes de qualquer intervenção psiquiátrica.
- (D) internar imediatamente a paciente, garantindo a segurança materna e do recém-nascido, e iniciar tratamento psiquiátrico especializado.
- (E) separar definitivamente mãe e filho, pois o vínculo materno está irreversivelmente comprometido.

18

Uma puérpera de 32 anos, no 4º dia após cesariana realizada por trabalho de parto prolongado e rotura de membranas por 20 horas, procura o pronto-socorro com febre, dor abdominal intensa e prostração. Ao exame físico, apresenta temperatura de 39,2 °C, frequência cardíaca de 128 bpm, frequência respiratória de 30 irpm, pressão arterial de 84 x 52 mmHg e saturação de oxigênio de 95% em ar ambiente. Encontra-se sonolenta, respondendo lentamente às perguntas. O útero está doloroso à palpação e os lóquios apresentam odor fétido.

Nesse caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) A conduta mais adequada é solicitar hemoculturas, ultrassonografia pélvica e tomografia computadorizada antes de iniciar antibioticoterapia, para identificar o foco infeccioso.
- (B) Como a paciente apresenta escore qSOFA ≥ 2 , o diagnóstico de sepse está confirmado, sendo desnecessária a dosagem de lactato sérico.
- (C) O qSOFA apresenta baixa sensibilidade na gestação e no puerpério, não devendo ser utilizado na avaliação inicial de pacientes com suspeita de sepse.
- (D) A conduta mais adequada é iniciar antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro após a confirmação microbiológica da infecção, evitando interferência no resultado das culturas.
- (E) A conduta mais adequada é instituir imediatamente o *bundle* da primeira hora da *Surviving Sepsis Campaign*, incluindo coleta de lactato e culturas, administração precoce de antibióticos de amplo espectro, reposição volêmica e início de vasopressores se a hipotensão persistir após adequada ressuscitação volêmica.

19

Uma puérpera de 35 anos evolui com atonia uterina após parto cesáreo, apresentando hemorragia pós-parto estimada em 2.500 mL. Apesar do uso sequencial de ocitocina, metilergometrina, carboprost, ácido tranexâmico e de medidas mecânicas para controle da hemorragia, mantém sangramento ativo. Durante o protocolo de transfusão maciça, é realizado tromboelastograma rotacional (ROTEM). O exame evidencia redução isolada dos parâmetros do canal de avaliação do fibrinogênio (FIBTEM), incluindo a amplitude do coágulo aos 5 minutos (A5), aos 10 minutos (A10) e a firmeza máxima do coágulo (MCF). Os canais de avaliação da via extrínseca (EXTEM), da via intrínseca (INTEM) e da fibrinólise (APTEM) não apresentam alterações, sem evidências de hiperfibrinólise.

Com base na interpretação do tromboelastograma rotacional, a conduta mais apropriada é

- (A) administrar plasma fresco congelado.
- (B) administrar concentrado de fibrinogênio ou, quando indisponível, crioprecipitado.
- (C) transfundir concentrado de plaquetas.
- (D) administrar uma segunda dose de ácido tranexâmico.
- (E) transfundir concentrado de hemácias isoladamente.

20

Uma puérpera de 29 anos, no 5º dia após parto cesáreo, procura atendimento por dor hipogástrica progressiva e redução importante do fluxo de lóquios nas últimas 24 horas. Refere sensação de pressão pélvica, mas nega febre, calafrios ou mal-estar. Ao exame físico, apresenta útero discretamente aumentado e doloroso à palpação, sem sinais clínicos de infecção uterina. A ultrassonografia evidencia distensão da cavidade uterina por conteúdo líquido compatível com loquimetria.

Se não tratada adequadamente, a principal complicação associada a essa condição é a

- (A) endometrite puerperal.
- (B) inversão uterina.
- (C) embolia por líquido amniótico.
- (D) hemorragia pós-parto secundária por atonia uterina.
- (E) trombose venosa profunda.

21

Uma gestante com histórico de três cesarianas anteriores, é acompanhada em Unidade Básica de Saúde. Realiza ultrassonografia, que evidencia placenta anterior com seu bordo inferior recobrimo o orifício cervical interno. Foi solicitada ressonância magnética sendo encontrados sinais de acretismo placentário.

Diante desses achados, assinale a afirmativa correta.

- (A) O histórico obstétrico dessa paciente não tem relação direta com o diagnóstico atual.
- (B) O seu parto deverá ser realizado com 40 semanas, caso não entre em trabalho de parto antes.
- (C) Deverá ser submetida a operação cesariana em hospital terciário, com reserva de sangue e equipe especializada.
- (D) Está indicado o aborto terapêutico devido ao alto risco de morbidade e mortalidade materna e fetal.
- (E) A indução do parto está indicada e deverá ser monitorizada de forma contínua com cardiotocografia.

22

Uma paciente com 24 semanas de gestação, sem doenças prévias, realiza o teste de tolerância oral à glicose com dextrosol 75g. O resultado foi 88, 164 e 158 mg/dL, em jejum, primeira e segunda hora após sobrecarga, respectivamente. Sobre o diagnóstico dessa paciente, é correto afirmar que

- (A) o único tratamento é o uso de insulina.
- (B) o tratamento de escolha é a metformina.
- (C) seus hormônios placentários são insuficientes.
- (D) trata-se de uma condição normal da gestação.
- (E) a causa está relacionada com as células beta pancreáticas.

23

Gestante de 28 semanas realiza ultrassonografia que evidencia feto com peso estimado de 1011 g (no percentil 5), normodramnia, Doppler da artéria umbilical com diástole zero e Doppler do ducto venoso normal.

Diante desses achados, a conduta mais adequada é

- (A) ultrassonografia e Doppler duas a três vezes por semana.
- (B) interrupção imediata da gestação por cesariana.
- (C) interrupção da gestação após corticoterapia.
- (D) nova avaliação fetal em duas semanas.
- (E) indução do parto normal com misoprostol.

24

Uma gestante procura atendimento levando o laudo de uma ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre que evidencia uma medida de translucência nuchal de 5,5mm. No momento está com 18 semanas e deseja tem o diagnóstico de uma possível doença genética.

Para isso, o melhor a ser oferecido é

- (A) NIPT.
- (B) cordocentese.
- (C) amniocentese.
- (D) biópsia de vilos coriais.
- (E) ultrassonografia morfológica.

25

Chega no plantão da maternidade uma paciente com 21 semanas de gestação gemelar datada por ultrassonografia com 11 semanas. Não há descrição da corionicidade nessa ultrassonografia.

Ao exame físico, é encontrada uma medida de fundo uterino de 30 cm. Uma nova ultrassonografia evidencia o primeiro feto com polidramnia e com peso estimado no percentil 49. O segundo feto tem oligodramnia e peso estimado no percentil 2. Ambas as bexigas fetais foram visualizadas. O Doppler das artérias umbilicais e cerebrais médias está normal nos dois fetos. A medida do colo por via vaginal foi de 2,9 cm.

Diante dessa descrição, é correto afirmar que

- (A) não é possível definir a corionicidade na idade gestacional em que realizou a primeira ultrassonografia.
- (B) o diagnóstico dessa paciente é de síndrome de transfusão feto-fetal estágio III de Quintero.
- (C) está indicada a redução fetal o quanto antes, devido à inviabilidade do feto menor.
- (D) um dos diagnósticos dessa gestação é o de restrição de crescimento fetal seletivo do feto 2.
- (E) independente do estágio de doença dessa gestação, está indicado o tratamento intrauterino com laser.

26

Durante atendimento de pré-natal, uma gestante com 11 semanas interroga sobre a possibilidade de realização do NIPT. Ela diz que está bastante ansiosa, por estar com 37 anos de idade.

Para o caso, assinale a melhor orientação.

- (A) Se fizer o NIPT, não será necessário realizar a ultrassonografia morfológica de 1º trimestre.
- (B) Não é mais possível realizar o NIPT, já que tem que ser coletado em até 9 semanas de gestação.
- (C) Pelo fato de a gestante ter 37 anos, é indicada a amniocentese a partir de 12 semanas.
- (D) Caso o NIPT venha com resultado de uma aneuploidia, o diagnóstico deve ser confirmado com cariótipo.
- (E) A idade gestacional em que é coletado o material para NIPT não interfere no sucesso em obter um resultado.

27

Uma paciente com 35 semanas de gestação dá entrada na emergência com dor abdominal intensa e sangramento vaginal de começo abrupto.

Ao exame clínico, é constatada pressão arterial de 150 x 100 mmHg e frequência cardíaca materna de 106 bpm. O útero tem tamanho adequado para a idade gestacional e encontra-se com tônus aumentado durante toda a avaliação clínica, sem sinais de relaxamento. A frequência cardíaca fetal é de 121 bpm e ao exame especular é visualizado sangramento ativo de grande volume pelo orifício externo do colo. Ao toque vaginal, o colo uterino encontra-se fechado.

Sobre esse caso, é correto afirmar que

- (A) devido à idade gestacional, a melhor conduta é esperar até 37 semanas para o parto.
- (B) a paciente deve ser encaminhada ao centro cirúrgico para operação cesariana de emergência.
- (C) a conduta adequada é prescrever anti-hipertensivos e nova avaliação em 24 horas.
- (D) deve ser realizada transfusão sanguínea e, após estabilização materna, indução do parto.
- (E) a situação do feto é tranquilizadora, podendo ser tomada uma conduta conservadora.

28

Ao realizar ultrassonografia obstétrica com 22 semanas, é evidenciada polidramnia importante. O estômago fetal é visualizado.

Com os achados descritos, é correto afirmar que

- (A) devem ser procuradas anomalias do sistema nervoso.
- (B) o diagnóstico de atresia de esôfago está descartado.
- (C) é possível se tratar de válvula de uretra posterior.
- (D) o Doppler das artérias uterinas contribui ao diagnóstico.
- (E) os achados são compatíveis com doença policística renal.

29

Uma gestante, no termo, encontra-se no segundo período do trabalho de parto. Ela pede para ficar na posição de quatro apoios.

Diante dessa situação, assinale a afirmativa mais correta.

- (A) Essa posição é mais adequada no primeiro e não no segundo período do trabalho de parto
- (B) A posição de quatro apoios é prejudicial ao feto, já que dificulta a circulação uterina.
- (C) A paciente pode receber auxílio e assistência na posição que ela desejar e se sentir mais confortável.
- (D) No segundo período do trabalho de parto a paciente deve permanecer em decúbito dorsal.
- (E) Essa posição deve ser evitada, pois impossibilita realizar a pressão no fundo uterino durante o período expulsivo.

30

Uma paciente realiza ultrassonografia que identifica uma gestação gemelar monocoriônica, diamniótica compatível com 12 semanas e 4 dias. A translucência nuchal de um dos fetos mede 1,1 mm, e a do outro, 2,3 mm. Os outros marcadores de aneuploidias estão normais.

Para esse caso, é correto afirmar que

- (A) há um risco aumentado de síndrome de transfusão feto-fetal ao longo da gestação.
- (B) o cálculo de risco para aneuploidia é diferente em cada feto nas gestações monocoriônicas.
- (C) nesse tipo de gestação gemelar, exame invasivo para cariótipo não pode ser realizado.
- (D) a realização de cariótipo só pode ser feita por meio de sangue fetal obtido por cordocentese.
- (E) a medida da translucência nuchal não tem valor para calcular risco nessa idade gestacional.

31

Mulher de 52 anos, na pós-menopausa, apresenta sangramento vaginal há dois meses. Biópsia de endométrio obtida por histeroscopia revela hiperplasia endometrial com atipia. A paciente não deseja preservar a fertilidade, e o estadiamento pré-operatório não evidencia doença extrauterina.

A conduta terapêutica de escolha para essa paciente envolve

- (A) vigilância ativa com biópsias endometriais seriadas, reservando o tratamento cirúrgico apenas para os casos de progressão comprovada para carcinoma invasivo.
- (B) uso de dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) isolado como tratamento definitivo.
- (C) radioterapia pélvica externa isolada, por ser a modalidade terapêutica de escolha para lesões pré-malignas do endométrio.
- (D) histerectomia total, pois é tratamento curativo de escolha para pacientes com hiperplasia endometrial atípica.
- (E) quimioterapia neoadjuvante seguida de reavaliação histológica, por ser conduta padrão antes de qualquer decisão cirúrgica nesse contexto.

32

Mulher de 38 anos (pré-menopausa) apresenta massa anexial complexa de 6 cm à ultrassonografia transvaginal, associada a ascite identificada no mesmo exame de imagem. O CA-125 sérico é de 250 U/mL (referência: < 35 U/mL). Não há história familiar de câncer de ovário ou de mama em parentes de primeiro grau.

Segundo os critérios do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e da Society of Gynecologic Oncology (SGO) para encaminhamento a especialista em ginecologia oncológica, essa paciente deve ser referenciada porque

- (A) apresenta imagem de massa anexial complexa, o que, por si só, é suficiente para o encaminhamento em qualquer idade, independentemente de marcadores tumorais ou outros achados associados.
- (B) apresenta ascite em mulher jovem sem etiologia definida.
- (C) há ausência de história familiar de câncer de ovário ou de mama.
- (D) não há como dispensar o encaminhamento a especialista, a despeito dos achados de imagem e laboratoriais, em função da idade da paciente.
- (E) apresenta CA-125 muito elevado (acima de 200 U/mL) associado a evidência de ascite, achados que, isolada ou conjuntamente, preenchem os critérios de encaminhamento estabelecidos para mulheres na pré-menopausa.

33

Mulher de 35 anos, assintomática, sem história familiar de câncer de mama, realiza ultrassonografia mamária de rotina que evidencia nódulo sólido, circunscrito, sem calcificações, de forma ovoide. O achado é classificado como BI-RADS 3.

A conduta mais adequada diante desse achado é

- (A) realizar biópsia percutânea imediata, indicada em toda lesão BI-RADS 3 pelo risco de malignidade superior a 40%.
- (B) realizar mastectomia, por ser o tratamento padrão para lesões classificadas como BI-RADS 3.
- (C) dar alta, sem necessidade de qualquer seguimento, já que lesões BI-RADS 3 são consideradas categoria normal, equivalente à BI-RADS 1.
- (D) seguir com exames de imagem seriados (6 meses, 1 ano e por um período de 2 a 3 anos), com biópsia reservada para os casos de crescimento maior que 20% do maior diâmetro ou perda das características benignas.
- (E) realizar ressonância magnética das mamas em caráter de urgência, exame obrigatório para todas as lesões BI-RADS 3.

34

Menina de 3 anos é trazida por desenvolvimento mamário bilateral, notado pelos pais há dois meses. Ao exame, não há pelos pubianos, sinais de virilização ou estirão de crescimento. A idade óssea é compatível com a idade cronológica.

Assinale a opção correta em relação ao diagnóstico mais provável e à conduta adequada.

- (A) Puberdade precoce central, com indicação de tratamento com análogo de GnRH, independentemente da evolução clínica.
- (B) Puberdade precoce periférica, devendo-se investigar prioritariamente tumor secretor de estrogênio de origem ovariana ou adrenal.
- (C) Telarca precoce isolada, quadro geralmente idiopático e autolimitado, que não necessita de tratamento, mas requer seguimento clínico pelo risco de progressão para puberdade precoce completa em uma minoria dos casos.
- (D) Pubarca precoce isolada, achado que dispensa qualquer acompanhamento clínico posterior.
- (E) Variação da normalidade que não requer diagnóstico diferencial com puberdade precoce central, dispensando qualquer seguimento.

35

Mulher de 36 anos, com ciclos menstruais regulares, tenta engravidar há sete meses, com relações sexuais frequentes e sem uso de método contraceptivo. O parceiro não apresenta comorbidades conhecidas, nem cirurgias prévias relevantes. Considerando a idade da paciente, a conduta mais adequada nesse momento é

- (A) aguardar completar 12 meses de tentativa antes de iniciar qualquer investigação.
- (B) postergar a investigação até os 40 anos, idade a partir da qual a queda da fertilidade se torna clinicamente relevante e justifica propedêutica precoce.
- (C) indicar diretamente fertilização *in vitro*, sem propedêutica básica prévia, pela idade materna já ser considerada avançada.
- (D) iniciar a propedêutica básica do casal infértil, já que mulheres com 35 anos ou mais têm indicação de início da investigação a partir de 6 meses de coito desprotegido sem gestação.
- (E) solicitar apenas o espermograma do parceiro, dispensando, nesse momento a investigação dos fatores femininos.

36

Homem trans de 35 anos, em uso de testosterona há 4 anos, sem histórico de histerectomia, mantendo o colo uterino. Relata prática sexual com penetração pênis-vagina e que nunca realizou colpocitologia oncológica. Demonstra desconforto significativo com a perspectiva do exame especular.

A conduta mais adequada em relação ao rastreamento do câncer do colo do útero para esse paciente é

- (A) dispensar o rastreamento, uma vez que o uso de testosterona reduz a nenhum o risco de neoplasia cervical, independentemente da manutenção do colo uterino.
- (B) indicar rastreamento apenas se houver sintomas ginecológicos associados, já que a ausência de queixas torna a coleta de colpocitologia dispensável nessa população.
- (C) recomendar o rastreamento seguindo os mesmos princípios adotados para mulheres cisgênero com prática sexual de penetração pênis-vagina.
- (D) contraindicar a coleta de colpocitologia nesse paciente, pois o uso de testosterona torna os resultados citológicos não interpretáveis.
- (E) recomendar o rastreamento somente com citologia anal.

37

Mulher de 29 anos relata, há mais de um ano, em todos os meses: irritabilidade intensa, labilidade emocional, ansiedade, diminuição do interesse em atividades habituais e mudança significativa do apetite, restritas à fase lútea do ciclo menstrual. As queixas têm resolução completa no início da menstruação. Há prejuízo significativo em seu desempenho profissional nesses períodos. Diagnóstico de transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) é estabelecido conforme critérios do DSM-5.

O tratamento farmacológico de primeira linha, com maior nível de evidência para os sintomas graves dessa condição, é o uso de

- (A) suplementação isolada com carbonato de cálcio, intervenção considerada de primeira linha com nível de evidência A para o TDPM.
- (B) inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), como sertralina, fluoxetina, citalopram ou escitalopram, indicados como primeira linha de tratamento para os sintomas graves de SPM/TDPM, com nível de evidência A.
- (C) análogos do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRHa), indicados como primeira linha por promoverem supressão ovariana completa.
- (D) Ômega 3, por apresentar perfil de segurança em mulheres em idade reprodutiva.
- (E) *Vitex agnus castus*, pois modula o sistema dopaminérgico, sendo medicamento de escolha.

38

Adolescente de 15 anos apresenta dor pélvica em cólica, de forte intensidade, restrita aos dois primeiros dias do fluxo menstrual, com início há 8 meses (aproximadamente 1 ano após a menarca). Não há desejo de anticoncepção. Exame ginecológico e ultrassonografia pélvica transabdominal não evidenciam alterações estruturais.

O tratamento farmacológico de primeira linha mais indicado para essa paciente é usar

- (A) analgésicos simples (paracetamol ou dipirona) isoladamente, com eficácia comprovadamente superior aos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) nessa faixa etária.
- (B) anticoncepcional hormonal combinado oral, indicado como primeira linha independentemente do desejo contraceptivo da paciente.
- (C) sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG), indicado como primeira linha por seu efeito imediato sobre a dor menstrual.
- (D) anti-inflamatório não esteroide (AINE), iniciado 1 a 2 dias antes do início do fluxo menstrual e mantido por 3 a 5 dias.
- (E) análogo do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRHa), indicado como primeira linha por sua alta eficácia e ausência de efeitos colaterais relevantes em adolescentes.

39

Mulher de 40 anos, G2P2, procura atendimento ginecológico com queixa de sangramento menstrual intenso e prolongado há cerca de 8 meses, associado a cólicas menstruais progressivamente mais intensas, que iniciam alguns dias antes do fluxo e se estendem por toda a menstruação. Nega dispareunia ou alterações urinárias e intestinais. Ao exame físico, o útero apresenta-se discretamente aumentado de volume, globoso, com sensibilidade dolorosa à palpação do fundo uterino. Ultrassonografia transvaginal evidencia miométrio heterogêneo, com espessamento assimétrico das paredes uterinas, sem miomas identificáveis.

Diante do quadro clínico apresentado, compatível com adenomiose, os sintomas mais comumente associados a essa condição são:

- (A) menorragia e dismenorreia.
- (B) disquezia e disúria.
- (C) dispareunia e infertilidade.
- (D) sangramento pós-coital e corrimento vaginal.
- (E) massa abdominal palpável.

40

Paciente de 32 anos, nuligesta, procura atendimento por sangramento menstrual intenso desde a menarca, com necessidade de troca de absorvente a cada 1–2 horas nos primeiros dias do ciclo, além de equimoses fáceis e episódios recorrentes de epistaxe. Ciclos regulares e ovulatórios. Ultrassonografia transvaginal evidencia nódulo miomatoso submucoso único, de 2 cm, com componente intracavitário. Investigação laboratorial complementar revela tempo de sangramento prolongado e dosagem de fator de von Willebrand reduzida.

De acordo com o sistema de classificação PALM-COEIN (FIGO), uma causa estrutural e uma causa não estrutural de Sangramento Uterino Anormal (SUA) identificadas nesse caso são, respectivamente,

- (A) pólio e disfunção ovulatória.
- (B) leiomioma e coagulopatia.
- (C) adenomiose e causa iatrogênica.
- (D) malignidade/hiperplasia e causa endometrial.
- (E) leiomioma e disfunção ovulatória.

41

Mulher de 35 anos, assintomática, comparece à Unidade Básica de Saúde para rastreamento cervical de rotina, dentro do programa organizado de rastreamento do câncer do colo do útero. Realiza teste de DNA-HPV oncogênico, que resulta positivo, com genotipagem identificando o tipo 16.

Considerando o fluxo de rastreamento organizado com teste molecular vigente na diretriz nacional do Ministério da Saúde, a conduta correta diante desse resultado é encaminhar a paciente para

- (A) repetição do teste de DNA-HPV oncogênico em cinco anos, mantendo o intervalo padrão de rastreamento populacional.
- (B) colposcopia, por se tratar de detecção do tipo 16, genótipo de maior risco entre os identificados pela triagem por genotipagem.
- (C) citologia reflexa, reservando a colposcopia para os casos em que essa citologia resultar alterada.
- (D) repetição do teste de DNA-HPV oncogênico em doze meses, para confirmar persistência viral antes de indicar colposcopia.
- (E) genotipagem estendida complementar, para definir se há coinfeção por outros tipos oncogênicos antes da decisão de conduta.

42

Mulher de 31 anos, com diagnóstico confirmado de síndrome dos ovários policísticos, tenta engravidar há 14 meses com o parceiro. A investigação do casal não identificou fator masculino, tubário ou uterino associado. Ciclos anovulatórios foram confirmados por dosagem de progesterona na fase lútea. Antes de definir a conduta terapêutica, o médico assistente revisa com a paciente as evidências comparativas entre os agentes farmacológicos para indução de ovulação.

Segundo a revisão sistemática com metanálise que fundamentou a diretriz internacional de Teede et al. (2023), a comparação de eficácia entre letrozol e citrato de clomifeno (CC) para indução de ovulação em mulheres com SOP demonstrou que

- (A) o CC apresentou taxa de nascidos vivos estatisticamente superior à do letrozol, com certeza de evidência alta para esse desfecho.
- (B) não houve diferença estatisticamente significativa entre letrozol e CC para nenhum dos desfechos reprodutivos avaliados (ovulação, gravidez e nascidos vivos).
- (C) o letrozol foi superior ao CC para taxa de ovulação, taxa de gravidez, taxa de gravidez clínica e taxa de nascidos vivos, sem diferença para as taxas de gestação múltipla.
- (D) o letrozol apresentou taxa de gestação múltipla significativamente maior que o CC, com certeza de evidência alta para esse desfecho.
- (E) o letrozol foi superior ao CC apenas para a taxa de ovulação, sendo os dois fármacos equivalentes para os desfechos de gravidez e nascidos vivos.

43

Mulher de 29 anos, nuligesta, com desejo reprodutivo, relata sangramento menstrual regular e aumentado há oito meses e 10 meses de tentativas de gravidez sem sucesso. Investigação do casal não identifica fator masculino associado. Ultrassonografia transvaginal com histerossonografia e histeroscopia diagnóstica evidenciam mioma corporal posterior, nível 0 pela classificação da FIGO, medindo 2,5 cm, sem outros achados uterinos ou anexiais relevantes.

A conduta terapêutica mais adequada para essa paciente é

- (A) conduta expectante, com acompanhamento clínico e ultrassonográfico, uma vez que ainda não completou 1 ano de tentativas de gravidez.
- (B) embolização das artérias uterinas, técnica de escolha inicial em mulheres com desejo reprodutivo e mioma submucoso.
- (C) histerectomia, tratamento definitivo indicado diante do tipo de mioma e do quadro de sintomas apresentado, independentemente do desejo reprodutivo.
- (D) tratamento clínico hormonal isolado, suficiente para o controle do sangramento sem necessidade de abordagem cirúrgica nesse caso.
- (E) miomectomia histeroscópica, indicada para mioma nível tipo 0, por tratar tanto o sangramento uterino anormal quanto o fator uterino associado à infertilidade.

44

Mulher de 27 anos, sexualmente ativa, sem gestação em curso, relata corrimento vaginal acinzentado, de odor fétido, mais perceptível após as relações sexuais. Ao exame especular, observa-se corrimento homogêneo aderido às paredes vaginais. O teste das aminas (*Whiff test*) é positivo e o pH vaginal está acima de 4,5, completando três dos critérios de Amsel.

Considerando o diagnóstico etiológico mais provável do quadro, das opções a seguir, a mais adequada seria

- (A) tratamento simultâneo e obrigatório do parceiro sexual, medida essencial para reduzir o risco de recorrência.
- (B) cultura vaginal para *Gardnerella vaginalis*, exame necessário para confirmação diagnóstica antes do início do tratamento.
- (C) abstenção terapêutica, já que se trata de leucorreia fisiológica, logo não necessita de tratamento medicamentoso.
- (D) metronidazol 500 mg, via oral, de 12 em 12 horas, durante 7 dias, uma das opções de primeira linha terapêutica.
- (E) azitromicina 1 g, via oral, em dose única, esquema de primeira escolha para a leucorreia em questão.

45

Mulher 27anos, usuária de implante subdérmico de etonogestrel há três meses, retorna à consulta relatando sangramento vaginal irregular, sem relação com o ciclo menstrual habitual. Refere que o sangramento não é intenso, nega dor pélvica associada e deseja manter o método, apesar do incômodo. O exame físico não mostra alterações.

A conduta mais adequada, entre as opções a seguir, é

- (A) solicitar ultrassonografia transvaginal com urgência, para investigar pólipos ou hiperplasia endometrial antes de qualquer orientação.
- (B) remover o implante e substituí-lo por dispositivo intrauterino de cobre, por se tratar de efeito adverso intolerável do método hormonal.
- (C) orientar que o sangramento irregular é comum no primeiro ano de uso, tende a diminuir com o tempo, e oferecer anti-inflamatório não esteroide para alívio sintomático.
- (D) prescrever pílula de etinilestradiol 30mcg com levonorgestrel 0,15mg, associada ao implante, para regularizar o padrão de sangramento.
- (E) orientar a suspensão do método por suspeita de intercorrência ginecológica não esclarecida, encaminhando a paciente para investigação especializada.

46

Mulher de 52 anos, há dois anos em amenorreia, refere fogachos diários, moderados a intensos, com impacto no sono e na qualidade de vida. Densitometria óssea recente mostra T-score de -1,8 em coluna lombar (osteopenia). Nega fratura prévia, tabagismo, hepatopatia, tromboembolismo pessoal ou familiar e câncer de mama. Exame físico e mamografia são normais. Deseja iniciar tratamento.

Considerando o quadro clínico e densitométrico descrito, a conduta terapêutica mais adequada, dentre as opções abaixo, segundo o Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal do Climatério, é

- (A) suplementação isolada de cálcio e vitamina D, por ser suficiente para o controle simultâneo dos sintomas vasomotores e da perda de massa óssea nesse estágio.
- (B) encaminhamento direto para terapia medicamentosa específica para osteoporose, independentemente do tratamento dos sintomas vasomotores, por serem condições a serem manejadas de forma isolada.
- (C) conduta expectante, com reavaliação densitométrica em dois anos, sem necessidade de intervenção terapêutica neste momento.
- (D) terapia hormonal sistêmica, com estrogênio associado a progestagênio, por atuar tanto no controle dos sintomas vasomotores quanto na densidade mineral óssea, com redução do risco de fraturas osteoporóticas.
- (E) início imediato de terapia hormonal por via vaginal isolada, por ser suficiente para o controle dos sintomas vasomotores e para o ganho de densidade mineral óssea relatado.

47

Uma gestante de 27 anos, com 11 semanas de gestação, procura atendimento por sangramento transvaginal de pequeno volume. A ultrassonografia evidencia placenta aumentada, com múltiplas pequenas áreas císticas, associada à presença de embrião com restrição importante do crescimento e ausência de atividade cardíaca fetal. É realizada aspiração uterina, e o exame anatomopatológico confirma o diagnóstico de mola hidatiforme.

Das seguintes alterações citogenéticas, assinale a que está mais frequentemente associada ao quadro dessa paciente.

- (A) Diploidia biparental.
- (B) Triploidia diândrica.
- (C) Diploidia digênica.
- (D) Triploidia digênica.
- (E) Diploidia diândrica.

48

Uma primigesta de 30 anos procura atendimento com atraso menstrual de 7 semanas e discreta dor em fossa ilíaca direita. Encontra-se hemodinamicamente estável, sem sinais de irritação peritoneal. A ultrassonografia transvaginal evidencia massa anexial direita de 2,1 cm, sem atividade cardíaca embrionária e sem líquido livre na cavidade abdominal. A dosagem sérica de β -hCG foi de 1.120 mUI/mL, repetida após 48 horas com resultado de 760 mUI/mL. No momento, encontra-se assintomática.

A conduta mais adequada é

- (A) aplicar tratamento expectante, com acompanhamento clínico e dosagens seriadas de β -hCG até negatificação.
- (B) administrar metotrexato em dose única.
- (C) administrar metotrexato em esquema de múltiplas doses.
- (D) realizar salpingostomia laparoscópica.
- (E) realizar salpingectomia laparoscópica.

49

Uma puérpera de 30 anos, no segundo dia após parto cesáreo por placenta prévia, evolui com mal-estar, dispneia e sonolência. Ao exame físico, apresenta frequência respiratória de 32 irpm, frequência cardíaca de 128 bpm, pressão arterial de 84 × 50 mmHg, temperatura de 38,9 °C e saturação de oxigênio de 92% em ar ambiente.

A instituição utiliza o Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS) (Escore Obstétrico Modificado de Alerta Precoce) para monitorização clínica de gestantes e puérperas.

Com base nos achados clínicos e na finalidade desse escore, a conduta mais adequada é

- (A) manter monitorização seriada dos sinais vitais por 6 horas antes de definir nova conduta.
- (B) administrar antitérmico e reavaliar a paciente após normalização da temperatura corporal.
- (C) solicitar exames laboratoriais e aguardar os resultados antes de acionar a equipe de resposta rápida.
- (D) aplicar o SOFA (Sequential Organ Failure Assessment - Avaliação Sequencial de Falência de Órgãos) apenas após a confirmação laboratorial de sepse.
- (E) reconhecer que a paciente apresenta deterioração clínica e instituir imediatamente as medidas de estabilização, investigação diagnóstica e tratamento da causa subjacente.

50

Uma mulher de 31 anos, com história de três abortamentos espontâneos consecutivos, todos antes de 10 semanas de gestação, procura aconselhamento pré-concepcional. A investigação demonstra cariótipo normal do casal, cavidade uterina sem alterações e função tireoidiana preservada. Os exames laboratoriais revelam anticoagulante lúpico positivo em duas amostras coletadas com intervalo de 12 semanas, enquanto os anticorpos anticardiolipina IgG e anti-β2-glicoproteína I IgG foram negativos

Após confirmação de nova gestação, a conduta mais indicada para reduzir o risco de perda gestacional é:

- (A) ácido acetilsalicílico em baixa dose associado à heparina de baixo peso molecular em dose profilática.
- (B) ácido acetilsalicílico em baixa dose associado à heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica.
- (C) ácido acetilsalicílico em baixa dose isoladamente.
- (D) prednisona associada ao ácido acetilsalicílico em baixa dose.
- (E) imunoglobulina intravenosa mensal durante toda a gestação.

51

Uma gestante de 11 semanas é admitida com história de náuseas e vômitos incoercíveis há quatro semanas, perda ponderal de 9% do peso pré-gestacional e incapacidade de ingerir alimentos sólidos ou líquidos. Após hidratação venosa com solução glicosada em outro serviço, evolui com dificuldade para deambular, diplopia e confusão mental. Ao exame físico, apresenta nistagmo horizontal, oftalmoparesia, ataxia da marcha e confusão mental.

A conduta mais adequada é

- (A) administrar glicose hipertônica intravenosa para corrigir rapidamente o déficit energético cerebral.
- (B) administrar imediatamente vitamina B1 por via intravenosa antes da infusão de soluções contendo glicose.
- (C) iniciar dexametasona intravenosa, por se tratar de encefalopatia inflamatória.
- (D) solicitar ressonância magnética do encéfalo antes de iniciar qualquer tratamento específico.
- (E) administrar vitamina B12 por via intramuscular, devido à suspeita de neuropatia carencial.

52

Durante a ultrassonografia morfológica do primeiro trimestre, realizada com 12 semanas de gestação, observa-se onfalocele. Após o nascimento, durante a correção cirúrgica do defeito da parede abdominal, identifica-se incidentalmente um divertículo de Meckel.

A persistência dessa estrutura decorre da falha de regressão da seguinte estrutura embrionária:

- (A) ducto vitelino.
- (B) úraco.
- (C) ducto paramesonefrico.
- (D) ducto mesonefrico.
- (E) alantoide.

53

Uma gestante com 22 semanas realiza ultrassonografia morfológica com avaliação cervical por via transvaginal e evidencia o colo medindo 2,3 cm de comprimento.

Uma das condutas mais adequadas diante desse resultado é

- (A) indicar cerclagem cervical por via abdominal.
- (B) avaliar novamente em quatro semanas.
- (C) prescrever betametasona intramuscular.
- (D) repouso absoluto até o termo da gestação.
- (E) prescrever progesterona por via vaginal.

54

Um estudante de medicina vai a seu primeiro plantão na maternidade da faculdade. Ao entrar, depara com a seguinte cena: dois enfermeiros empurram uma maca, às pressas, em cima da qual há uma gestante em posição genupeitoral; uma médica está fazendo um toque vaginal e solicitando uma sala cirúrgica com urgência. Assustado, o estudante pergunta ao residente o que estava acontecendo.

A resposta mais provável desse residente é:

- (A) a gestante tem cistocele e essas medidas evitam que haja tocotraumatismo.
- (B) é um caso de placenta prévia e a médica está fazendo hemostasia por compressão.
- (C) trata-se de um prolapso de cordão umbilical e essa conduta é para evitar a compressão desse cordão.
- (D) por ser um caso de sofrimento fetal agudo, foi necessária essa conduta para descomprimir a veia cava.
- (E) é um caso de rotura uterina e essa é uma tentativa de evitar choque hemorrágico.

55

Um feto com 35 semanas tem o seu peso estimado no percentil 2. Não há malformações encontradas nas ultrassonografias. O líquido amniótico está com o volume adequado para a idade gestacional e o Doppler da artéria umbilical e do ducto venoso está normal.

Nesse caso é correto afirmar que

- (A) o parto pode ocorrer a partir de 37 semanas, podendo ser por via vaginal.
- (B) é necessário o Doppler da artéria cerebral média para definir o momento do parto.
- (C) está indicado o parto imediato, por cesariana e em hospital com UTI neonatal.
- (D) o parto deverá ocorrer entre 39 e 40 semanas, por cesariana eletiva.
- (E) deve ser realizado Doppler diário e corticoide e sulfato de magnésio devem ser administrados.

56

Paciente com 23 semanas realiza ultrassonografia que evidencia feto com uma imagem ecogênica bem delimitada, em pulmão direito. Ao realizar Doppler, é encontrada uma artéria saindo da aorta e indo direto para essa imagem.

Esse achado é compatível com o diagnóstico de

- (A) obstrução congênita das vias aéreas superiores.
- (B) tumor maligno do mediastino.
- (C) malformação adenomatoide cística.
- (D) sequestro pulmonar.
- (E) hérnia diafragmática congênita.

57

Uma gestante realiza NIPT que evidencia alto risco para síndrome de Edwards. A ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre é normal e com todos os marcadores de aneuploidias negativos. No momento está com 12 semanas e 6 dias de gestação.

Para se ter o diagnóstico genético do feto, o mais correto a fazer é

- (A) biopsia de vilo corial agora.
- (B) amniocentese a partir de 16 semanas.
- (C) NIPT ampliado.
- (D) ultrassonografia morfológica de 2º trimestre.
- (E) ecocardiografia fetal.

58

Primigesta traz para consulta uma ultrassonografia que evidencia dois fetos onfalópagos. O Doppler é normal em ambos os fetos e não são encontradas outras malformações.

Assinale a afirmativa mais correta para essa situação

- (A) Essa malformação é invariavelmente letal.
- (B) Ela ocorre apenas em gestações monoamnióticas.
- (C) Deverá ser oferecida análise genética dos fetos.
- (D) A cirurgia intrauterina está bem estabelecida.
- (E) O parto deverá ser feito com 28 semanas.

59

Mulher de 74 anos, com comprometimento cognitivo leve documentado e sem hipertensão arterial descontrolada, apresenta urgência miccional, aumento da frequência urinária e noctúria há seis meses, sem infecção do trato urinário ou outra causa identificada.

Considerando o diagnóstico de síndrome da bexiga hiperativa, a abordagem inicial recomendada é

- (A) início de oxibutinina em dose máxima (20 mg/dia), tendo em vista o quadro de 6 meses com queixas persistentes, pois se trata do antimuscarínico com maior eficácia, independentemente do perfil cognitivo da paciente.
- (B) inicialmente realizar por 12 semanas modificações comportamentais como treinamento da bexiga, redução da ingestão de líquidos e cafeína, exercícios para fortalecimento do assoalho pélvico.
- (C) iniciar tolterodina, medicamento cuja bula não apresenta prejuízo na função cognitiva, podendo ser prescrito sem ressalvas nessa paciente.
- (D) iniciar mirabegrona (agonista beta-3-adrenérgico), por não apresentar o mesmo perfil de risco sobre a função cognitiva atribuído aos antimuscarínicos, com eficácia semelhante à da maioria deles.
- (E) aplicar injeção intradetrusora de toxina onabotulínica A, pois, mesmo sendo considerada terapia de segunda linha, parece ser adequada nesse momento do tratamento, tendo em vista o cenário cognitivo da paciente.

60

Casal com infertilidade sem causa aparente. Mulher de 29 anos, IMC 23 kg/m², com ciclos menstruais regulares, ausência de dismenorreia ou dispareunia e tubas péricas confirmadas por histerossalpingografia. Parceiro de 32 anos com espermograma normal.

O casal deseja iniciar tratamento de baixa complexidade (coito programado ou inseminação intrauterina) com indução da ovulação.

Segundo a diretriz mais recente da *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM) e o Tratado de Ginecologia FEBRASGO, é correto afirmar, nesse caso, que

- (A) a perda ponderal de 5 a 10% de peso corporal em pacientes com obesidade melhora o cenário clínico porém não tem impacto em restituir a função reprodutiva e afastar a necessidade do tratamento.
- (B) a idade feminina é um fator a ser considerado, há contra indicação da inseminação intrauterina em pacientes com idade avançada mesmo não podem realizar fertilização in vitro. Uma paciente de 43 anos possui taxa de gravidez por ciclo de 0,03%.
- (C) o acompanhamento ultrassonográfico durante a estimulação é de suma importância. A espessura endometrial mínima de 9 mm deve ser alcançada e assim que o folículo atingir 30 mm de diâmetro, pode-se realizar o gatilho da ovulação com drogas ou aguardar a ruptura espontânea, acompanhando o pico de LH por meio de coleta seriada.
- (D) o cancelamento do ciclo por risco de gestação múltipla é recomendado apenas quando há mais de seis folículos acima de 14 mm, e não em número inferior.
- (E) a ASRM não recomenda mais a utilização de gonadotrofinas em tratamentos de coito programado nem de inseminação intrauterina, devido à complexidade de uso, ao alto custo e ao aumento do risco de gravidez múltipla.

61

Mulher de 24 anos procura atendimento no 2º dia pós-menstrual com queixa de corrimento vaginal amarelo-esverdeado, profuso, associado a ardor genital, disúria e dispareunia, sintomas que ela relata perceber “principalmente logo após a menstruação”.

Ao exame especular, observa-se aumento do conteúdo vaginal, com pequenas bolhas, hiperemia das paredes vaginais e da ectocérvice, sem sufusões hemorrágicas evidentes. pH vaginal = 5,0. Teste das aminas positivo.

O método diagnóstico mais utilizado na prática clínica para confirmar a suspeita de tricomoníase, apesar de sua sensibilidade apenas moderada (44 a 68%) é a

- (A) cultura em meio de Diamond.
- (B) bacterioscopia a fresco (exame a fresco).
- (C) reação em cadeia da polimerase (PCR).
- (D) bacterioscopia com coloração pelo Gram.
- (E) citologia oncológica (Papanicolaou).

62

Mulher de 29 anos procura atendimento 5 dias após o surgimento de vesículas no grande lábio vulvar esquerdo. As vesículas já haviam se rompido, restando apenas exulcerações em fase de cicatrização, sem aspecto clínico tipicamente característico à inspeção.

Diante desse quadro, assinale a afirmativa correta sobre o diagnóstico do herpes genital (HSV-2).

- (A) A cultura viral é o método diagnóstico mais sensível, independentemente do tempo de evolução da lesão.
- (B) Os testes rápidos para glicoproteína específica do HSV-2 são indicados rotineiramente em todas as mulheres assintomáticas.
- (C) A PCR para HSV apresenta menor sensibilidade e especificidade do que os métodos tradicionais de cultura.
- (D) O diagnóstico é essencialmente clínico (anamnese e exame físico), sendo cultura e biópsia pouco utilizadas, pois sua sensibilidade diminui com a duração da lesão.
- (E) A ruptura das vesículas antes da consulta facilita o diagnóstico clínico, tornando a lesão mais característica e praticamente excluindo infecção pelo Herpes vírus.

63

Mulher de 28 anos, previamente com ciclos menstruais regulares, apresenta ausência de menstruação há quatro meses. Beta-hCG sérico negativo. Caracteres sexuais secundários normais e útero presente à ultrassonografia pélvica. FSH sérico elevado (compatível com padrão hipergonadotrófico); prolactina e TSH normais.

Diante desse perfil clínico e laboratorial (FSH elevado, útero presente, desenvolvimento mamário normal), a hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) cenário ainda dentro da normalidade uma vez que a amenorreia secundária deve ser investigada quando a menstruação não ocorrer por 6 meses ou quando ocorrerem menos de nove menstruações ao longo de 1 ano.
- (B) insuficiência ovariana, achado compatível com o nível sérico de FSH elevado associado à presença de útero e ao desenvolvimento mamário normal.
- (C) síndrome de insensibilidade androgênica, hipótese a ser considerada diante de FSH elevado e desenvolvimento mamário normal.
- (D) amenorreia secundária, não sendo necessária investigação adicional diante da ausência de sintomas sistêmicos associados.
- (E) tumor de células da granulosa que produz estrogênios e cursa, em geral, com sangramento uterino anormal e excessivo, mas pode causar amenorreia secundária.

64

Mulher de 45 anos, assintomática, realiza ultrassonografia transvaginal de rotina que evidencia cisto ovariano unilocular, medindo 4 cm, com duas projeções papilares em sua parede interna, sem outros componentes sólidos ou septações adicionais.

De acordo com o sistema O-RADS (Ovarian-Adnexal Reporting and Data System), esse achado deve ser classificado como

- (A) O-RADS 2, achado quase certamente benigno, com recomendação de seguimento de rotina sem necessidade de avaliação adicional.
- (B) O-RADS 3, risco de malignidade de 1 a 10%, compatível com cisto unilocular simples maior que 10 cm.
- (C) O-RADS 5, risco de malignidade igual ou superior a 50%, compatível com a presença de quatro ou mais projeções papilares.
- (D) O-RADS 0, avaliação incompleta, devendo o exame ser necessariamente repetido antes de qualquer conduta.
- (E) O-RADS 4, risco intermediário de malignidade (10 a 50%), compatível com cisto unilocular com componente sólido caracterizado por uma a três projeções papilares.

65

Mulher de 58 anos foi submetida a histerectomia total há 10 anos, por miomatose uterina sintomática. Não há história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau. Revisão do prontuário confirma que todos os exames citopatológicos realizados antes da cirurgia eram normais. A paciente pergunta se ainda precisa continuar realizando o rastreamento do câncer do colo do útero.

Conforme a diretriz nacional vigente (INCA/Ministério da Saúde, 2025), a conduta correta é

- (A) manter o rastreamento indefinidamente com teste de DNA-HPV, já que toda mulher histerectomizada deve continuar sendo rastreada, independentemente da indicação cirúrgica.
- (B) excluir a paciente do rastreamento, uma vez que a histerectomia foi realizada por doença benigna, sem história prévia de lesão cervical de alto grau.
- (C) manter o rastreamento por pelo menos 25 anos após a histerectomia, conduta válida independentemente da indicação cirúrgica.
- (D) solicitar teste de DNA-HPV oncogênico associado a citologia de cúpula vaginal antes de decidir sobre a exclusão do rastreamento.
- (E) indicar coleta anual de citologia de cúpula vaginal, por tempo indeterminado, independentemente da indicação da histerectomia.

66

Mulher de 24 anos, sexualmente ativa, sem gestação em curso, relata corrimento vaginal amarelo-esverdeado, de odor fétido, associado a prurido vulvar e dispareunia. Exame especular evidencia colpíte difusa com aspecto pontilhado ("colo em framboesa/morango"). Exame a fresco do conteúdo vaginal confirma a presença de protozoário flagelado móvel.

Considerando o diagnóstico mais provável e a necessidade de tratamento também do parceiro sexual, o esquema terapêutico com metronidazol mais adequado para o casal, segundo o Tratado de Ginecologia FEBRASGO (2ª ed., 2025), é:

- (A) Mulher: metronidazol 500 mg, VO, 12/12 horas, por 7 dias;
Parceiro: metronidazol 500 mg, VO, 12/12 horas, por 7 dias.

- (B) Mulher: metronidazol gel vaginal 0,75%, um aplicador ao deitar, por 5 dias, em dose única;
Parceiro: metronidazol 500mg VO 12/12h por 7 dias.

- (C) Mulher: metronidazol gel vaginal 0,75%, um aplicador ao deitar, por 5 dias;
Parceiro: metronidazol 2 g, VO, em dose única.

- (D) Mulher: metronidazol 500 mg, VO, 12/12 horas, por 7 dias;
Parceiro: metronidazol 2 g, VO, em dose única.

- (E) Mulher: metronidazol 1 g, VO, em dose única;
Parceiro: metronidazol 1 g, VO, em dose única.

67

Mulher de 54 anos, na pós-menopausa, procura atendimento por queixa de saída espontânea de secreção pelo mamilo direito há 2 meses.

Ao exame físico, a secreção é unilateral, espontânea, proveniente de um único ducto (uniductal), de aspecto sero-hemorrágico, sem tumor palpável associada. Mamografia e ultrassonografia das mamas, realizadas na investigação, não evidenciam alterações.

A conduta a seguir é

- (A) solicitar citologia oncocítica da secreção mamilar (esfregaço do fluxo), postergando qualquer decisão cirúrgica até o resultado desse exame.
- (B) iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro, reservando a investigação cirúrgica apenas para os casos de falha terapêutica.
- (C) manter conduta expectante, com reavaliação clínica e repetição dos exames de imagem em 6 meses, sem indicação de procedimento invasivo neste momento.
- (D) solicitar ductografia como exame definitivo para exclusão de malignidade, dispensando avaliação cirúrgica caso não sejam evidenciadas falhas de enchimento.
- (E) indicar exérese cirúrgica (ressecção seletiva) do ducto acometido, orientada pelo ponto de gatilho, para obtenção de diagnóstico histológico definitivo.

68

Mulher de 59 anos, com incontinência urinária de esforço confirmada por estudo urodinâmico, foi submetida a tratamento fisioterápico supervisionado (exercícios perineais e biofeedback) por 4 meses, com adesão adequada, sem melhora significativa dos sintomas. Não há prolapso genital associado nem disfunção miccional.

Diante da falha do tratamento conservador, a opção terapêutica mais adequada, dentre as alternativas apresentadas a seguir, é

- (A) colporrafia anterior com plicatura da fásia periuretral (técnica de Kelly-Kennedy), procedimento histórico ainda considerado de escolha para a correção cirúrgica da IUE.
- (B) início de tratamento farmacológico com oxibutinina, anticolinérgico indicado como conduta de escolha diante da falha da fisioterapia para a incontinência urinária de esforço.
- (C) *slings* de uretra média, procedimento que atualmente apresenta as melhores e maiores evidências científicas no tratamento da IUE.
- (D) colocação de pessário vaginal, dispositivo indicado para o tratamento conservador da incontinência urinária de esforço isolada.
- (E) histerectomia total, indicada como tratamento cirúrgico de escolha para a incontinência urinária de esforço.

69

Uma gestante de 24 anos, primigesta, com 36 semanas e 2 dias de gestação, é admitida em trabalho de parto. Refere não ter realizado cultura para pesquisa de *Streptococcus agalactiae* entre 35 e 37 semanas. Ao exame obstétrico, apresenta bolsa rota há 20 horas, temperatura materna de 37,2 °C e dinâmica uterina regular.

Na ausência do resultado da cultura para estreptococo do grupo B, a conduta mais adequada é

- (A) aguardar o nascimento e administrar antibióticos apenas ao recém-nascido, se necessário.
- (B) iniciar profilaxia antibiótica intraparto com penicilina G cristalina.
- (C) realizar coleta de swab vaginal e retal durante o trabalho de parto e aguardar o resultado antes de decidir pela antibioticoterapia.
- (D) administrar antibiótico apenas se houver diagnóstico de corioamnionite.
- (E) indicar cesariana para reduzir o risco de infecção neonatal precoce.

70

Uma gestante de 20 anos, G3P2, com dois filhos vivos, 39 semanas de gestação, deseja realizar esterilização cirúrgica definitiva. Durante o pré-natal, manifestou formalmente esse desejo, assinou o termo de consentimento dentro do prazo legal e preenche todos os requisitos previstos na Lei nº 14.443/2022. A gestação evoluiu sem intercorrências e não há indicação obstétrica de cesariana.

Assinale a orientação mais adequada para o caso.

- (A) Incentivar o parto vaginal e realizar a esterilização cirúrgica no puerpério imediato, desde que mantidos os requisitos legais.
- (B) Informar que a esterilização cirúrgica não poderá ser realizada após parto vaginal, devendo ser agendada para outro momento.
- (C) Indicar cesariana eletiva para possibilitar a realização da laqueadura tubária.
- (D) Informar que, por ter menos de 21 anos, a esterilização cirúrgica é contraindicada.
- (E) Informar que a esterilização somente poderá ser realizada após 42 dias do parto.

71

Uma gestante de 29 anos, G2P0A1, apresenta antecedente de perda gestacional espontânea com 19 semanas, precedida por dilatação cervical indolor e sem trabalho de parto. Na gestação atual, encontra-se assintomática, com 21 semanas de gestação, sem contrações uterinas, sangramento vaginal ou rotura das membranas. A ultrassonografia transvaginal demonstra colo uterino medindo 17 mm, sem dilatação cervical e sem protrusão das membranas ovulares.

A conduta mais adequada é

- (A) manter acompanhamento clínico e repetir a ultrassonografia transvaginal em duas semanas.
- (B) indicar cerclagem uterina por indicação ultrassonográfica.
- (C) indicar cerclagem uterina de emergência.
- (D) iniciar tocólise profilática e reavaliar o comprimento cervical após 48 hora.
- (E) prescrever repouso domiciliar absoluto até 34 semanas de gestação.

72

Uma gestante de 13 semanas refere quadro de febre baixa, exantema maculopapular de início na face com disseminação para o tronco e membros, acompanhado de linfadenomegalia retroauricular e occipital dolorosa, ocorrido há duas semanas. Na ultrassonografia fetal realizada com 24 semanas, observam-se restrição de crescimento fetal, cardiopatia congênita, catarata bilateral e microcefalia.

Dos achados fetais listados a seguir, assinale o que é considerado mais característico dessa infecção congênita.

- (A) Calcificações intracranianas periventriculares.
- (B) Persistência do canal arterial ou estenose da artéria pulmonar.
- (C) Ventriculomegalia associada a calcificações difusas do córtex cerebral.
- (D) Hidropisia fetal com anemia grave.
- (E) Calcificações intracranianas difusas associadas à coriorretinite.

73

Secundigesta, cuja tipagem sanguínea é “0” e Rh negativo, realiza exames pré-natais e o teste de Coombs indireto é positivo.

O passo inicial mais indicado nesse caso é

- (A) oferecer amniocentese.
- (B) realizar transfusão intrauterina.
- (C) identificar o anticorpo materno.
- (D) realizar Doppler da artéria umbilical.
- (E) administrar imunoglobulina anti-D.

74

Uma paciente está no segundo período do trabalho de parto e é feito o diagnóstico de distocia de ombro.

Nessa situação, é correto afirmar que

- (A) não é possível fazer o diagnóstico de distocia de ombro no segundo período do trabalho de parto.
- (B) a resolução dessa situação só é possível através de manobras realizadas em posição de litotomia.
- (C) o uso de fórceps de Piper pode ser considerado, em caso de falha da manobra de McRoberts.
- (D) pode ser tentada a reintrodução do polo cefálico para dentro do canal cervical seguida por versão fetal externa.
- (E) as manobras utilizadas nessa situação têm, entre seus objetivos, a modificação da relação entre o feto e a pelve.

75

Paciente com 41 semanas de gestação gemelar dicorionica quer orientações sobre o seu parto. Nesse mesmo dia, realizou ultrassonografia que identificou o primeiro feto em apresentação pélvica e o segundo em apresentação cefálica.

A melhor conduta para essa gestante é

- (A) indicar a cesariana para os dois fetos, para evitar complicações graves.
- (B) indicar cesariana para o primeiro feto e parto normal com fórceps para o segundo.
- (C) tentar o parto normal para o primeiro feto e avaliar a via do segundo.
- (D) aguardar o início do trabalho de parto espontâneo e rever a apresentação dos fetos.
- (E) fazer versão externa do primeiro feto e versão interna do segundo, após a expulsão do primeiro.

76

Uma ultrassonografia obstétrica com 20 semanas evidencia feto com desmineralização óssea, tórax muito estreito e micromelia grave (ossos em formato de “estrela”).

Diante desses achados, é correto afirmar que

- (A) o cariótipo fetal é fundamental para o diagnóstico.
- (B) deverá ser usado corticoide, assim que alcançar a viabilidade.
- (C) a causa dessa condição é deficiência materna de cálcio.
- (D) trata-se de acondroplasia, nanismo desproporcional.
- (E) o diagnóstico mais provável é de uma condição letal ao feto.

77

Mulher de 30 anos apresenta amenorreia secundária e galactorreia há seis meses. Ressonância magnética de sela túrcica evidencia microadenoma hipofisário de 6 mm, compatível com microprolactinoma. A paciente deseja restaurar os ciclos menstruais e resolver a galactorreia, sem desejo gestacional imediato.

A conduta farmacológica mais adequada para essa paciente é

- (A) metoclopramida, antagonista dopaminérgico com eficácia comprovadamente superior à cabergolina em todos os desfechos avaliados, sendo o tratamento preferencial atual.
- (B) vigilância sem qualquer tratamento medicamentoso, já que todo microprolactinoma, independentemente da presença de sintomas, deve apenas ser acompanhado clinicamente.
- (C) cirurgia transesfenoidal, tratamento de escolha para microprolactinomas sintomáticos, a ser realizada antes de qualquer tentativa medicamentosa.
- (D) cabergolina, tratamento preferencial entre os agonistas dopaminérgicos, por apresentar melhor perfil de efeitos adversos e maior eficácia na redução do tamanho tumoral e na normalização dos níveis de prolactina.
- (E) início de contracepção oral combinada para suspender o ciclo menstrual.

78

Mulher de 22 anos, nuligesta, sexualmente ativa desde os 16 anos, comparece à consulta ginecológica de rotina e solicita "fazer o preventivo" e o teste de HPV, pois uma amiga da mesma idade foi recentemente diagnosticada com infecção pelo HPV. Nega sintomas, sangramento anormal ou lesões visíveis ao exame especular.

Segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (3ª edição, 2025), a conduta correta nesse caso é

- (A) solicitar teste de DNA-HPV oncogênico isoladamente.
- (B) solicitar citologia oncótica e repetir anualmente até os 25 anos.
- (C) não realizar rastreamento (nem citologia, nem teste de HPV) antes dos 25 anos, independentemente do início da vida sexual.
- (D) realizar colposcopia de rotina, dado o início precoce da vida sexual.
- (E) realizar cotestagem (citologia + HPV) a cada 3 anos, a partir dos 21 anos.

79

Mulher de 26 anos, com diagnóstico recente de linfoma, iniciará quimioterapia gonadotóxica em 15 dias, tempo suficiente para a realização de um ciclo de estimulação ovariana controlada. Não possui parceiro atualmente e não deseja utilizar sêmen de doador. A estratégia de preservação da fertilidade mais adequada e estabelecida para essa paciente é

- (A) uso isolado de análogo de GnRH durante a quimioterapia, considerado pela maioria dos autores como método isoladamente suficiente e de escolha para preservação da reserva ovariana nesse cenário.
- (B) transposição ovariana (ooforopexia), técnica de escolha para pacientes que serão submetidas a quimioterapia sistêmica, independentemente do uso concomitante de radioterapia pélvica.
- (C) congelamento de embriões, opção obrigatória nessa situação, já que o congelamento isolado de oócitos não é mais utilizado desde 2013.
- (D) congelamento de óvulos, sendo opção segura e apropriada para pacientes sem parceiro ou que não desejam utilizar sêmen de doador.
- (E) contraindicação a qualquer estratégia de preservação da fertilidade em pacientes oncológicas, devendo-se aguardar o término do tratamento antineoplásico para reavaliação da fertilidade.

80

Mulher de 47 anos, tabagista, IMC 32 kg/m², encontra-se na fase inicial da transição menopausal e relata fogachos diários há 8 meses, com mais de 10 episódios por dia, acompanhados de sudorese noturna, despertares frequentes e irritabilidade diurna, com impacto significativo na qualidade do sono e na concentração no trabalho.

Considerando os achados do caso, o melhor preditor independente para a duração dos sintomas vasomotores nessa paciente é

- (A) início dos fogachos em estágio precoce da transição menopausal.
- (B) índice de massa corporal elevado.
- (C) tabagismo.
- (D) surgimento de sintomas depressivos.
- (E) percepção de estresse.

Realização

