



Edital N° 02/2017

CADERNO DE QUESTÕES

Data: 05 de novembro de 2017.

PROGRAMA PRÉ-REQUISITO: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

ESPECIALIDADE: Mastologia

INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados** antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 40 (quarenta) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **4 (quatro) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **2 (duas) horas**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data prevista no Anexo III, conforme subitem 8.4.14 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

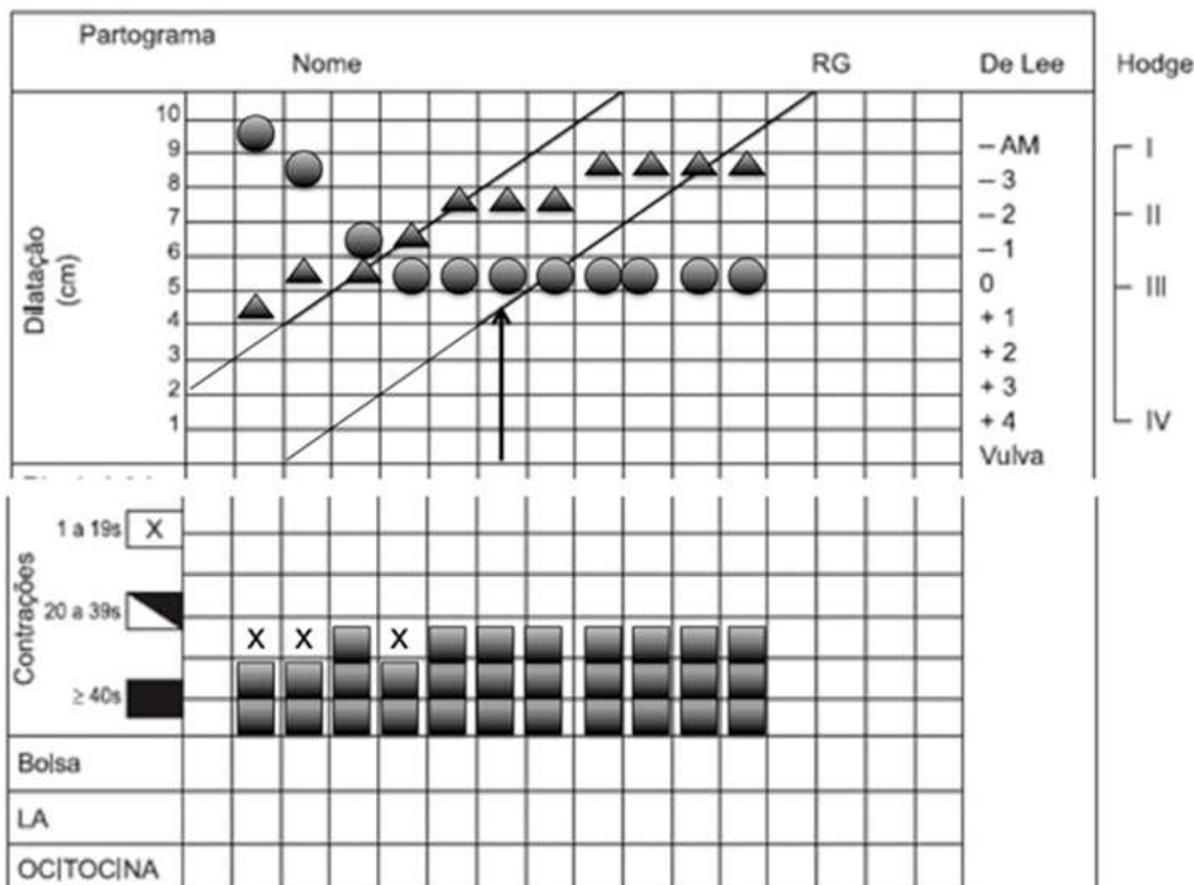
Inscrição

Sala

PSU-RESMED/CE - 2018

- 01.** Gestante 16 anos, G1POA0, com 8 semanas de idade gestacional, inicia pré-natal. Encontra-se bem, sem queixas. Na primeira consulta, realiza testes rápidos para HIV, HBV e sífilis. O único teste positivo foi para sífilis. Não há relato de história prévia de sífilis. Qual a conduta indicada nesse caso?
- A) Colher amostra de sangue para teste não treponêmico e aguardar resultado para instituir tratamento.
 - B) Convocar o parceiro para a próxima consulta e coletar amostra de sangue para teste não treponêmico no parceiro.
 - C) Iniciar tratamento imediato com penicilina benzatina e colher amostra de sangue para teste não treponêmico.
 - D) Encaminhar para pré-natal de alto risco e repetir teste rápido para sífilis, com 7 dias, para confirmação diagnóstica.
- 02.** Secundigesta, 37 anos, apresenta IMC de 42 e o primeiro filho pesou 4600g. Realizou glicemia de jejum com 12 semanas cujo resultado foi 84 mg/dl. Qual a conduta conforme as novas recomendações do Ministério da Saúde (2017)?
- A) Definir como diabetes mellitus e tratar.
 - B) Definir como diabetes mellitus gestacional e tratar.
 - C) Realizar teste oral de tolerância a glicose imediatamente.
 - D) Realizar teste oral de tolerância a glicose entre 24-28 semanas.
- 03.** Gestante 16 anos, no curso de 28 semanas, procura emergência obstétrica referindo cefaleia, visão turva e epigastralgia. À avaliação apresentava nível pressórico mantido de 180x120 mmHg e relação proteína/creatinina urinária de 0,5. Qual a hipótese diagnóstica e a melhor conduta a ser seguida?
- A) Pré-eclampsia com gravidade, administrar nifedipina e iniciar sulfato de magnésio.
 - B) Pré-eclampsia sem gravidade, administrar hidralazina e reavaliar após 30 minutos.
 - C) Pré-eclampsia com gravidade, administrar alfametildopa e iniciar sulfato de magnésio.
 - D) Pré-eclampsia sem gravidade, orientar decúbito lateral esquerdo e reavaliar após 30 minutos.
- 04.** Gestante 27 anos, com 36 semanas de idade gestacional, HIV positivo e em uso de antirretrovirais, apresentou carga viral de 700 cópias, com 35 semanas. Procura emergência obstétrica por contrações uterinas regulares, bolsa íntegra e dilatação de colo uterino 5 cm. Sobre a via de parto, qual a melhor conduta nesse caso?
- A) Parto cesárea para diminuir o risco de transmissão vertical.
 - B) Parto vaginal e fórceps de alívio para diminuir o período expulsivo.
 - C) Condução de trabalho de parto vaginal com uso de ocitocina endovenosa.
 - D) Parto vaginal, evitando toques vaginais desnecessários e procedimentos invasivos.
- 05.** Renata, primigesta, 36 semanas de gestação, é admitida na maternidade com queixa de cólicas e perda de líquido há mais de 12 horas. No cartão de pré-natal, todos os exames de rotina realizados e sem alterações, inclusive uma cultura para estreptococos do grupo B negativa com 35 semanas. Ao exame, apresenta-se febril (38,0), com pulso de 110bpm, BCF de 172 bpm, contrações uterinas, líquido amniótico amarelado fluindo do colo que está com dilatação de 6 cm. Diante da situação descrita, qual a melhor conduta?
- A) Fazer ocitocina, ampicilina e sulfato de magnésio.
 - B) Usar antibiótico de amplo espectro e aguardar o parto.
 - C) Iniciar tocólise com nifedipina e usar ampicilina profilática.
 - D) Fazer sulfato de magnésio para neuroproteção e profilaxia com penicilina.

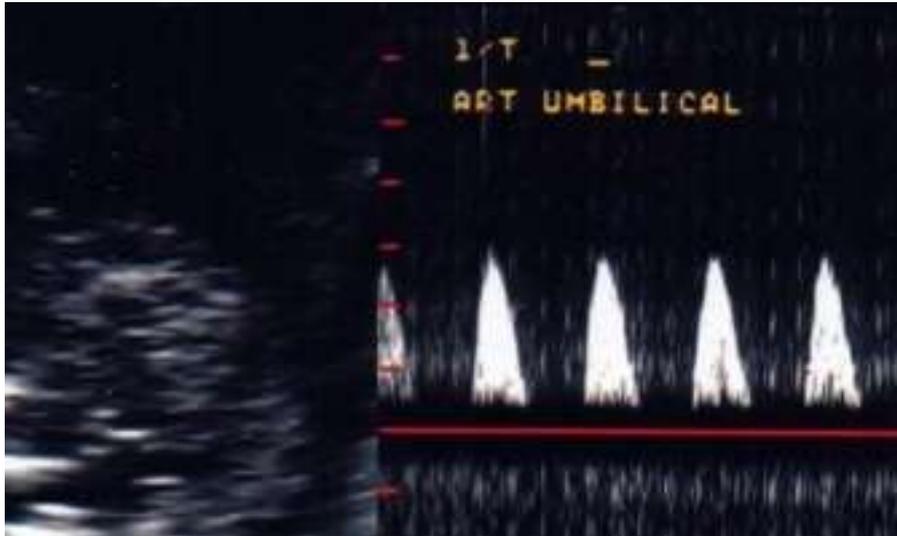
06. Primigesta, com gestação de 39 semanas, com quadro de ansiedade, referindo contrações uterinas muito dolorosas e perda do tampão mucoso. Ao exame: 2 contrações/10 min, com duração de 45 segundos; cervicodilatação de 2cm; apresentação cefálica no plano -2 de De Lee; membranas íntegras. Adotadas medidas de analgesia não farmacológicas, sem sucesso. A paciente solicita analgesia regional (peridural ou combinada: raque-peridural). De acordo com as boas práticas atuais de Assistência ao Parto, preconizadas pelo Ministério da Saúde, qual deve ser a conduta da equipe assistencial ante a solicitação da paciente?
- A) Fazer a analgesia, por ser a solicitação da paciente uma indicação suficiente.
 B) Explicar que a analgesia regional não deve ser feita na fase latente do parto.
 C) Explicar que a analgesia só deve ser feita quando iniciado o período expulsivo.
 D) Explicar que a analgesia regional não deve ser feita na fase ativa inicial do trabalho de parto.
07. Primigesta no curso da 40ª semana de gestação é admitida pelo setor de emergência da maternidade, referindo contrações uterinas e perda do tampão. O acompanhamento do parto encontra-se expresso no partograma a seguir.



Ante a análise do partograma, qual a causa mais frequente da distócia mostrada?

- A) Hipossistolia.
 B) Bradissistolia.
 C) Hipotonia uterina.
 D) Desproporção céfalo-pélvica.
08. Gestante procura a emergência referindo intensa dor abdominal associada a sangramento vaginal de moderada quantidade. Ao exame, identifica-se pressão arterial de 180x110 mmHg, taquicardia materna, hipertonia uterina e batimentos cardíacos fetais presentes (100 bpm). Diante de sua hipótese diagnóstica defina o grau conforme a classificação de Sher.
- A) 1
 B) 2
 C) 3a
 D) 3b

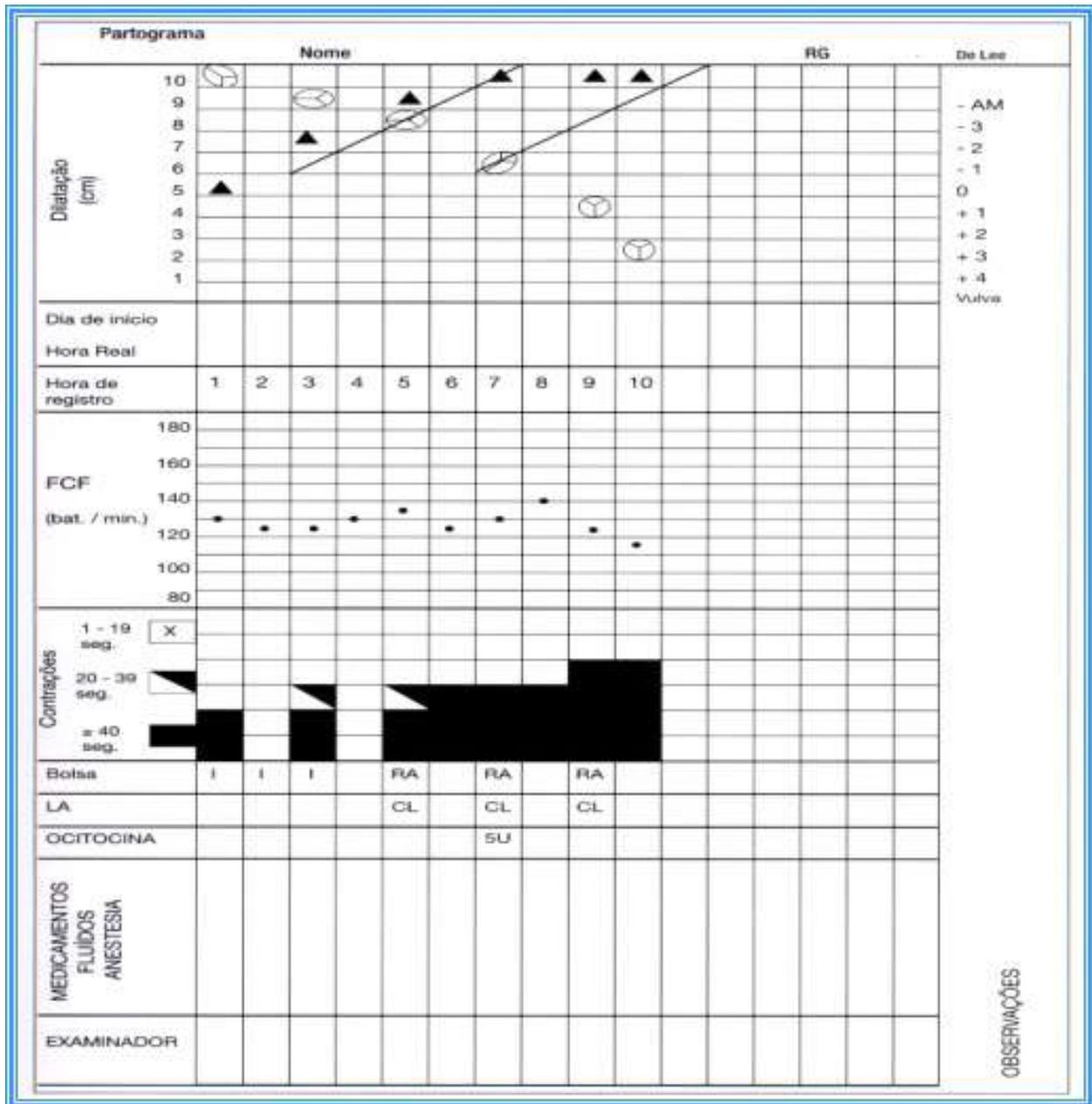
09. Gestante de 22 anos, tem idade gestacional de 35 semanas estimada por ultrassonografia precoce, apresenta PA = 150x100mmHg e relação proteína/creatinina = 1 mg/dl. A altura do fundo uterino é de 28 cm. Realizou ultrassonografia cujo peso fetal estimado estava abaixo do 3º percentil para 35 semanas. Diante do doppler de artéria umbilical abaixo, defina a melhor conduta.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

- A) Indicar o parto.
B) Reavaliar em 7 dias.
C) Reavaliar em 2 a 3 dias.
D) Realizar doppler do ducto venoso.
10. Gestante 35 anos, no curso de 40 semanas e portadora de diabetes mellitus tipo 2, foi admitida em trabalho de parto. Após avaliação inicial, identifica-se altura de fundo uterino de 39 cm. Apresentava resultado de ultrassonografia realizada há uma semana, com feto pesando 4090 g e índice de líquido amniótico de 280 mm. Após trabalho de parto prolongado foi indicado cesárea por desproporção cefalo-pélvica. Identifique a melhor conduta a ser seguida no intuito de prevenir a hemorragia pós-parto.
- A) Massagem uterina isolada.
B) Misoprostol 200mcg por via retal.
C) Ocitocina em doses elevadas (20 UI).
D) Ocitocina (5-10 UI) e ácido tranexâmico (0,5 - 1,0g) endovenosos.
11. Tercigesta, com duas cesáreas prévias, com idade gestacional de 36 semanas, realizou ultrassonografia obstétrica de rotina que evidenciou placenta prévia centro-total, com perda da interface placenta-miométrio na região segmentar anterior, com lacunas irregulares intraplacentárias, com aumento da vascularização sanguínea na interface serosa uterina-bexiga, com fluxo sanguíneo turbulento nas lacunas (ao Doppler colorido). Ante o quadro apresentado, qual deve ser a conduta obstétrica proposta?
- A) Cesárea com histerotomia corporal clássica, seguida de extração manual da placenta.
B) Cesárea com histerotomia segmento-corporal, seguida de extração manual da placenta e metotrexato.
C) Cesárea com histerotomia corporal clássica, seguida de histerorrafia e histerectomia com placenta "in situ".
D) Cesárea com histerotomia corporal clássica, com ligadura do cordão junto à placenta, seguido de metotrexato.
12. Talita chegou à maternidade em período expulsivo do seu quarto filho, que nasceu logo, com Apgar 9 e pesando 3800g. Considerando o manejo ativo do terceiro período do parto, qual a conduta mais adequada a seguir?
- A) Massagem uterina e tração controlada do cordão.
B) Ocitocina intramuscular antes do clampeamento do cordão.
C) Clampeamento do cordão umbilical no primeiro minuto pós-parto.
D) Tração controlada do cordão umbilical seguida de ocitocina intramuscular.

13. Tercigesta, secundípara, com gestação de 39 semanas, deu entrada no Setor de Emergência da maternidade, com contrações uterinas e perda do tampão mucoso. O acompanhamento do parto transcorreu conforme partograma a seguir.



Pela análise do partograma, qual o tipo de distocia apresentado?

- A) Parto precipitado.
 - B) Período pélvico prolongado.
 - C) Parada secundária da descida.
 - D) Parada secundária da dilatação.
14. Mariana iniciou pré-natal na 31ª semana da gestacional. Realizou exames de rotina no mesmo dia e ao trazer os resultados na semana seguinte, você constata que a sorologia para Toxoplasmose está positiva para IgM e IgG. Qual a melhor conduta a seguir?
- A) Solicitar teste de avidéz do IgG.
 - B) Prescrever espiramicina até o final da gestação.
 - C) Iniciar sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico.
 - D) Repetir sorologia toxoplasmose com três semanas.

15. Gestante de 14 semanas, com gravidez resultante de estupro, é submetida à indução do abortamento com misoprostol. Evolui com cólicas intensas e sangramento transvaginal significativo, com pressão arterial de 90 x 50mmHg e pulso de 120bpm. Encaminhada ao Centro Obstétrico, o obstetra, encontrando-se sozinho no plantão, realiza exame de toque e verifica cervicodilatação com conteúdo do aborto transpondo o canal cervical. Ao tomar conhecimento de que o aborto foi resultante de estupro, o médico alega objeção de consciência e nega-se a realizar a curetagem uterina. Ante o quadro apresentado, como avaliar a conduta do médico?
- A) Correta, pois a objeção de consciência é um direito do médico previsto no Código de Ética Médica.
 B) Correto, pois o médico tem autonomia e a objeção de consciência respeita os seus valores morais e religiosos.
 C) Incorreta, pois não cabe objeção de consciência quando há riscos de danos ou agravos à saúde, ou risco de morte.
 D) Incorreta, pois não há o direito à objeção de consciência para os médicos que atendam pacientes em serviços de urgência.
16. Primigesta de 18 anos, com gestação gemelar monocoriônica e diamniótica, realizou ultrassonografia que mostrou um dos fetos com peso abaixo do percentil 3 e diferença de 25% do peso em relação ao outro. Avaliando a imagem do doppler de artéria umbilical abaixo, classifique o distúrbio de crescimento fetal.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

- A) Restrição seletiva tipo I
 B) Restrição seletiva tipo II
 C) Restrição seletiva tipo III
 D) Restrição seletiva tipo IV
17. Paciente no 4º pós-operatório de cesárea evoluindo com quadro de febre (T – 39 °C), taquicardia, taquidispneia, hipotensão e confusão mental. Apresentando útero amolecido acima da cicatriz umbilical e lóquios aumentados de volume com odor fétido. Identifique a melhor conduta a ser seguida.
- A) Coleta de lactato sérico e hemocultura, realização de curetagem uterina e reposição volêmica agressiva.
 B) Coleta de hemocultura com posterior início de antibióticos de largo espectro e realização de curetagem uterina.
 C) Coleta de lactato sérico e hemocultura com posterior início de antibióticos de largo espectro e reposição volêmica agressiva.
 D) Coleta de hemocultura com posterior início de antibióticos de largo espectro, sendo contra-indicado a realização de curetagem uterina.

18. Gestante, 32 anos, G2P1A0, com 30 semanas de idade gestacional, chega na emergência com contrações regulares a cada 3 minutos, bolsa íntegra e dilatação de colo de 6 cm. A paciente apresenta HBsAg e HBeAg reagentes. No caso citado acima, qual a melhor conduta?
- A) A amniotomia está indicada para acelerar o trabalho de parto e diminuir a chance de transmissão vertical.
 - B) Os principais fatores de risco nesse caso para a transmissão vertical são o trabalho de parto prematuro e a presença de HBsAg e HBeAg reagentes.
 - C) Maiores cuidados não se fazem necessários porque o feto já deve estar contaminado, visto que a principal via de transmissão é a transplacentária.
 - D) O perfil imunológico HBeAg reagentes indica somente a imunoprofilaxia passiva-ativa do RN, não sendo necessária a terapia antiviral profilática no pré-natal.
19. Mulher de 22 anos, procura atendimento com ultrassonografia obstétrica transvaginal apresentando embrião sem vitalidade e com idade gestacional de 9 semanas. No exame físico, apresenta ausência de sangramento com colo uterino fechado. Qual a conduta mais apropriada nesse caso?
- A) Iniciar antibióticos de amplo espectro devido ao risco alto de infecção.
 - B) Realizar curetagem uterina imediata, sem necessidade de preparo de colo uterino.
 - C) Utilizar misoprostol 100 microgramas vaginal a cada 6 horas até expulsão completa do saco gestacional.
 - D) Utilizar misoprostol 200 microgramas vaginal dose única e após 4 horas realizar aspiração manual intrauterina.
20. Mulher, com atraso menstrual de 2 meses, procura a emergência com beta HCG de 50.000 UI e sangramento transvaginal de pequena intensidade. Ao exame, o colo uterino encontra-se amolecido mas com orifício externo fechado. Defina a melhor conduta diante da imagem da ultrassonografia transvaginal abaixo.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 3)

- A) Aspiração intrauterina.
- B) Metotrexato intramuscular.
- C) Repetir beta HCG em 2 dias.
- D) Misoprostol vaginal para eliminação do conteúdo.

21. Mulher, nuligesta, 23 anos, procura ginecologista por apresentar uma imagem ultrassonográfica sugestiva de endometrioma à esquerda de 6 cm de diâmetro. Refere dismenorreia ocasional, nega dispareunia e dor pélvica crônica. Qual a conduta mais indicada para esse caso?
- A) Aspiração do cisto pelo fundo de saco de Douglas guiado por ultrassom, para preservação da fertilidade.
 - B) Laparoscopia cirúrgica com drenagem e excisão da cápsula do endometrioma, além de exérese de outros focos de endometriose, se existirem.
 - C) Expectante, pois paciente é oligossintomática e a endometriose é uma doença benigna sem necessidade de abordagem cirúrgica nesses casos.
 - D) Prescrição de dianogeste para diminuir progressão da lesão e acompanhar a cada 6 meses com ultrassom com mapeamento para endometriose.
22. Mulher, 32 anos, nuligesta, com desejo de gestar, apresenta fluxo menstrual aumentado e duração de 8 dias. Realizou histeroscopia que evidenciou mioma do tipo 1 em parede posterior, de cerca de 3,5 cm, em terço inferior e base ocupando 2/3 da parede. Qual a conduta subsequente?
- A) Miomectomia histeroscópica.
 - B) Miomectomia laparoscópica.
 - C) Miomectomia laparotômica.
 - D) Agonista do GnRH.
23. Mulher jovem, 16 anos, G1P1A0, vem para revisão de parto vaginal após 45 dias. Encontra-se em aleitamento exclusivo e ainda não voltou a ter atividade sexual. Relata antecedente de enxaqueca com aura antes da gestação. Ao exame físico, observa-se corrimento esverdeado com odor fétido e bolhoso, sugestivo de vaginose bacteriana. Qual a melhor opção contraceptiva para a paciente nesse momento?
- A) Inserção de DIU T de cobre.
 - B) Adesivo transdérmico anticoncepcional.
 - C) Inserção de implante subdérmico com etonogestrel.
 - D) Anticoncepcional oral combinado de baixa dosagem.
24. Mulher de 30 anos, assintomática, procura o mastologista para orientações de rastreamento de câncer de mama. Relata que sua mãe teve câncer de cólon e de mama. De acordo com o risco individual dessa mulher, qual a estratégia propedêutica adequada?
- A) A mamografia deve ser iniciada a partir dos 50 anos, bienal, como recomendado pelas Diretrizes do Instituto Nacional do Câncer (INCA)/2015.
 - B) Não há provas suficientes para fazer uma recomendação a favor ou contra a RNM anual na triagem de mulheres com risco aumentado de câncer de mama.
 - C) Mamografia e ressonância magnética das mamas devem ser iniciadas com a idade de 30 anos e continuadas enquanto a mulher estiver em boa saúde.
 - D) Ressonância magnética das mamas é indicada no rastreamento, não sendo recomendada a avaliação mamográfica simultânea em mulheres jovens devido a maior densidade mamária.
25. Mulher, 55 anos, com queixa de perda urinária ao tossir, espirrar e ao caminhar. Realizou estudo urodinâmico que evidenciou pressão de perda à manobra de Valsalva de 40cmH₂O. Qual o tratamento efetivo a longo prazo mais indicado?
- A) Fisioterapia.
 - B) Sling retropúbico.
 - C) Sling transobturatório.
 - D) Agentes de preenchimento uretral.
26. Mulher, 39 anos, apresenta perda urinária contínua há 1 mês, com necessidade de uso de fralda, diariamente. Refere que os sintomas iniciaram 2 semanas após realizar histerectomia total abdominal. Considerando o diagnóstico mais provável, qual a melhor conduta a ser tomada?
- A) Sling suburetral.
 - B) Cirurgia de Burch.
 - C) Correção cirúrgica via vaginal.
 - D) Cirurgia com retalho de Martius.

27. Mulher, 60 anos, casada, com queixa de bola na vagina. Nega perda urinária. Ao exame: POP-Q com ponto Aa: +3, Ba: +4, C +4, HG: 4, CP: 3, CVT: 8, Ap: +2, Bp: +2, D: +2. Qual diagnóstico e conduta indicada?
- Prolapso de parede vaginal anterior E-III, posterior E-III, apical E-III. Colpocleise.
 - Prolapso de parede vaginal anterior E-III, posterior E-II, apical E-III. Cirurgia de Manchester, colpoplastia anterior e posterior.
 - Prolapso de parede vaginal anterior E-III, posterior E-II, apical E-III. Histerectomia vaginal com fixação da cúpula no ligamento uterossacro, colpoplastia anterior e posterior.
 - Prolapso de parede vaginal anterior E-III, posterior E-III, apical E-III. Histerectomia vaginal com fixação da cúpula no ligamento sacroespinal, colpoplastia anterior e posterior.
28. Primigesta, 30 anos, com idade gestacional de 28 semanas, hipertensa crônica controlada, relata desejo de realizar laqueadura tubária. O marido da paciente comparece à consulta de pré-natal e concorda com o desejo da paciente. Qual é a alternativa correta em relação à laqueadura tubária?
- Deve-se respeitar a vontade do casal e realizar parto cesárea com a laqueadura tubárea durante o parto.
 - Deve-se respeitar a vontade do casal, porém o procedimento de laqueadura tubárea só pode ser realizado após 42 dias do parto.
 - A laqueadura não é possível nesse caso porque a paciente não tem filhos vivos e a hipertensão não contra-indica nova gestação.
 - A via de parto dessa paciente é obstétrica, mas a laqueadura tubárea pode ser realizada logo a seguir de um parto vaginal, por via umbilical.
29. Mulher de 40 anos, casada, G3PN3, retorna após cirurgia de alta frequência para resultado do histopatológico da peça: carcinoma escamoso com invasão estromal de 5mm. Nega queixas clínicas e não apresenta comorbidades. Qual a melhor conduta terapêutica a seguir?
- Conização a frio com margens amplas.
 - Traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica.
 - Radioterapia neoadjuvante e quimioterapia com cisplatina.
 - Histerectomia radical modificada e linfadenectomia pélvica.
30. Jovem de 23 anos é atendida em emergência com dor pélvica intensa há 4 dias, associada a febre e náuseas. Ao exame, apresenta dor mais intensa em fossa ilíaca esquerda, sem dor à descompressão. Ao toque, apresenta colo móvel e doloroso à mobilização, com dor à palpação anexial à esquerda e massa palpável no local. Realizou-se ultrassom no local, com evidência de massa anexial esquerda de 4cm, com debris em seu interior. Ausência de líquido em fundo de saco posterior. Qual a melhor conduta terapêutica?
- Cefoxitina endovenosa + metronidazol oral associado a vídeo-laparoscopia.
 - Azitromicina + ciprofloxacina orais associado a drenagem por culdocentese.
 - Cefoxitina endovenosa + doxiciclina oral associado a laparotomia exploradora.
 - Clindamicina + gentamicina endovenosa associado a reavaliação clínica em 48 horas.
31. Mulher de 33 anos, casada, queixa-se de acne e dificuldade para engravidar. Ao exame, apresenta IMC de 29 kg/m², além de hirsutismo em grau leve e acne. Traz exames laboratoriais colhidos no 3º dia do ciclo menstrual, que revelaram:

Exame laboratorial	Valor	Referência
TSH	2,0	0,3-4,0 mUI/L
Prolactina em repouso	9	2-15 ng/mL
17- hidroxiprogesterona	2.500 ng/dL	Fase folicular: Até 130 ng/dL

Qual o melhor tratamento a seguir?

- Dexametasona 0,25 mg/ dia.
- Metformina 500 mg após jantar.
- Espironolactona 100 a 200 mg/dia.
- Etinilestradiol 0,03 mg e Drospirenona 3mg.

32. Mulher, 70 anos, com queixa de urgência urinária, aumento da frequência e noctúria. Nega perda urinária aos esforços. Já realizou tratamento com fisioterapia, solifenacina e mirabegron, sem sucesso. Qual conduta subsequente?
- A) Imipramina.
 - B) Oxibutinina.
 - C) Ampliação vesical.
 - D) Neuromodulação sacral.
33. Mulher, 52 anos, refere sangramento uterino anormal de padrão contínuo, há 6 meses, sem melhora com o uso de progestágenos. Realizou uma biopsia endometrial, cujo resultado foi hiperplasia endometrial com atipias. Qual é a melhor conduta a seguir?
- A) Histerectomia total, preferencialmente via vaginal.
 - B) Ablação endometrial histeroscópica, com monitoramento ultrassonográfico anual.
 - C) Histerectomia total laparoscópica com anexectomia bilateral e linfadenectomia pélvica.
 - D) Acetato de medroxiprogesterona 10 a 20mg/dia cíclico por via oral, com nova biopsia endometrial após 6 meses.
34. Mulher com 26 anos e parceiro com 28 anos procuram ginecologista por infertilidade há 18 meses. Ela refere períodos em amenorreia de 4 meses e períodos de sangramento aumentado, além de aumento de pelos. Durante a investigação, apresentaram: histerossalpingografia normal, espermograma normal, aumento dos níveis de testosterona livre (mulher) e aumento de LH e diminuição de FSH na fase folicular do ciclo menstrual. Qual a primeira indicação de tratamento da infertilidade para esse casal?
- A) Captação de óvulos após indução para fertilização in vitro.
 - B) Inseminação artificial após capacitação de espermatozoides durante ovulação.
 - C) Drilling ovariano laparoscópico bilateral com controle de ovulação para coito programado.
 - D) Indução da ovulação com citrato de clomifeno na fase folicular inicial associado à metformina.
35. Mulher, 69 anos, tabagista, com hipotireoidismo, realizou densitometria óssea com T score de colo de fêmur de -2,9. Apresenta níveis séricos de cálcio e paratormônio normais. Qual tratamento mais indicado?
- A) Bifosfonato.
 - B) Carbonato de cálcio.
 - C) Terapia de reposição hormonal.
 - D) Atividade física de baixo impacto.
36. Criança de 7 anos e 3 meses é acompanhada por telarca aos 6 anos e pubarca aos 7 anos. Apresenta velocidade de crescimento estimada de 10 cm/ano. Traz as dosagens hormonais normais, apenas com FSH 4,5 UI/L e LH 0,6 UI/L. Fez ultrassom pélvico normal para a faixa etária e raio-x de punho com idade óssea de 10 anos. Qual a próxima conduta para essa paciente?
- A) Dosar LH após uso de agonista de GnRH.
 - B) Permanecer em acompanhamento trimestral.
 - C) Não indicar bloqueio devido à idade óssea avançada.
 - D) Repetir ultrassom pélvico após 6 meses e tratar se houver alterações nesse exame.
37. Mulher de 30 anos, solteira, procura atendimento na Unidade Básica de Saúde devido a violência sexual com penetração vaginal sofrida há cerca de 36 horas, por agressor desconhecido. Não foi usado preservativo. Nega queixas clínicas ou uso de medicações. Usa DIU de cobre há 5 anos. Qual a melhor orientação medicamentosa para infecções sexualmente transmissíveis não virais?
- A) Ceftriaxona, metronidazol e azitromicina.
 - B) Penicilina benzatina, ceftriaxona e azitromicina.
 - C) Zidovudina/lamivudina, ciprofloxacino e doxiciclina.
 - D) Metronidazol ou clindamicina, azitromicina e doxiciclina.

38. Menina de 11 anos comparece à Unidade Básica de Saúde para consulta de rotina, com a mãe. Traz o cartão de vacina adequado, mas sem preenchimento há 5 anos. Quais as recomendações de vacinação, nesse momento, pelo calendário vacinal brasileiro?
- A) HPV, Hepatite B e meningocócica C.
 - B) Hepatites A e B, dTpa e Tríplice viral.
 - C) Hepatite B, HPV, Tríplice viral e Dupla adulto.
 - D) Dupla adulto, HPV, Tríplice viral e pentavalente.
39. Mulher de 31 anos, em relação homoafetiva, solicita útero de substituição para a parceira, de 29 anos. Não apresentam infertilidade. Deseja transferir o número máximo de embriões para aumentar chance de gestação. De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina de 2015 sobre Reprodução assistida, qual a melhor recomendação?
- A) Permitir a transferência de até 2 embriões para o útero da parceira.
 - B) Permitir a transferência de até 3 embriões para o útero da parceira.
 - C) Contra-indicar o procedimento, visto que não há diagnóstico de infertilidade.
 - D) Contra-indicar o procedimento, visto que não têm parentesco consaguíneo para a doação temporária do útero.
40. Mulher, 44 anos, vem à emergência com quadro de sangramento uterino anormal iniciado há 3 dias, com intensificação nas últimas horas. Realizou laqueadura tubária há 10 anos. Nega uso de medicações. Ao exame físico, apresenta-se orientada, com pressão arterial de 80/50 mmHg, pulso 108 ppm, além de palidez cutâneo-mucosa importante. Relatou que a última menstruação ocorreu há 60 dias. Foi iniciada reposição volêmica com solução de ringer lactato, e colhido hematócrito e hemoglobina. Qual a conduta mais adequada a seguir?
- A) Introduzir sistema intrauterino liberador de levonorgestrel.
 - B) Prescrever acetato de gossirelina 3,6 mg subcutâneo enquanto aguarda exames de investigação.
 - C) Iniciar contraceptivo combinado oral na dose de 30mcg de etinilestradiol de 6/6 horas, via oral.
 - D) Indicar acetato de medroxiprogesterona 150mg intra-muscular enquanto se aguarda a estabilização.