



Apoio às Residências em Saúde
Edital N° 03/2019

PSU/RESMED/CE - 2020

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

ESPECIALIDADE: Obstetrícia e Ginecologia (R4) - Área de atuação em Medicina Fetal
Obstetrícia e Ginecologia (R4) Endoscopia Ginecológica

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 20 (vinte) 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 **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data estabelecida no Anexo III, conforme subitem 8.4.15 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!

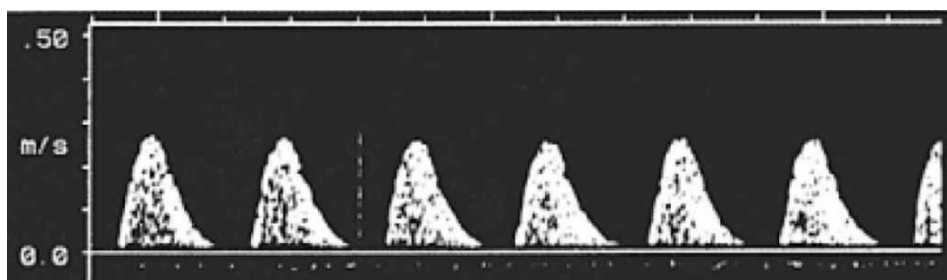
Fortaleza, 17 de novembro de 2019.

Coloque, de imediato, o seu número de inscrição e o número de sua sala nos retângulos abaixo.

Inscrição

Sala

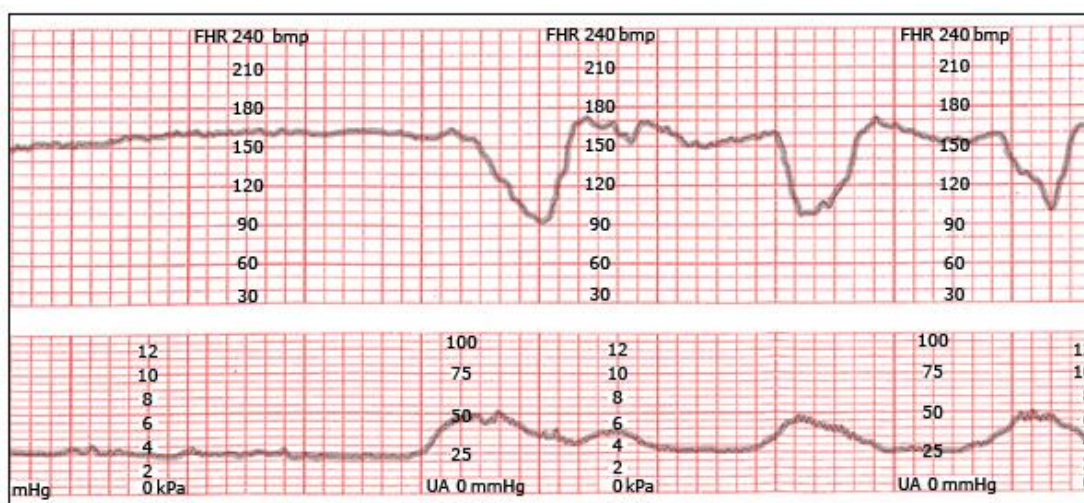
01. Primigesta admitida na sala de parto com 2 contrações uterinas em 10 minutos, colo com 6 cm de dilatação, bolsa das águas íntegras e apresentação cefálica no plano -2 de DeLee. Quatro horas após, as contrações permaneciam inalteradas, o colo estava dilatado 7 cm, a bolsa das águas permanecia íntegra e a apresentação persistia no plano -2 de DeLee. Quais condutas devem ser oferecidas INICIALMENTE a esta paciente?
- A) Posição de decúbito lateral, amniotomia e apoio físico e emocional.
B) Posição verticalizada, apoio físico e emocional e uso de ocitócitos.
C) Posição verticalizada, amniotomia e uso de ocitócitos.
D) Analgesia peridural, amniotomia e uso de ocitócitos.
02. Primigesta 24 anos, com idade gestacional pela última menstruação de 8 semanas, sem patologias prévias, procura atendimento médico por quadro de dor pélvica e sangramento vaginal vermelho vivo em pequena quantidade. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, estável hemodinamicamente, com dor à palpação profunda de baixo ventre e descompressão brusca negativa. Realizou dosagem de B-HCG que foi de 4.250 mUI/ml. O ultrassom transvaginal visualizou apenas uma massa anexial direita de 3,5 cm com ausência de batimentos fetais e sem nenhuma imagem de saco gestacional intrauterino. Qual a melhor conduta nesse caso?
- A) Conduta expectante com observação clínica.
B) Tratamento conservador com metotrexato.
C) Tratamento cirúrgico com salpingectomia por videolaparoscopia.
D) Tratamento cirúrgico com salpingectomia por laparotomia exploradora.
03. Paciente de 30 anos, primigesta, procura atendimento em emergência obstétrica de hospital terciário sem queixas referidas, trazendo exame de Ultrassom (US) com Doppler Obstétrico. O exame físico inicial evidenciou batimentos cardíacos fetais de 135, altura uterina de 31cm e pressão arterial materna de 130x80mmHg. O toque vaginal evidenciou colo impérvio e posterior. O Ultrassom Obstétrico mostra gestação única, feto em apresentação cefálica, placenta corporal posterior Grau 2, idade gestacional de 34 semanas e 5 dias, peso fetal de 1780g (percentil 1) e Índice do Líquido Amniótico(ILA) de 30mm. O Doppler Obstétrico mostra sonograma da Artéria Umbilical (AUmb) conforme a figura anexa abaixo.



Defina o diagnóstico e conduta adequados.

- A) Feto Pequeno para a Idade Gestacional. Seguimento com Doppler 14/14 dias.
B) Restrição do Crescimento Fetal estágio 1. Seguimento com US Doppler semanal.
C) Restrição do Crescimento Fetal estágio 2. Resolução da gestação por via vaginal.
D) Restrição do Crescimento Fetal estágio 2. Resolução da gestação por via abdominal.
04. Primigesta, 17 anos, 37 semanas de idade gestacional, é admitida na emergência obstétrica com 3 contrações uterinas em 10 minutos, bolsa íntegra e colo uterino com 6 cm de dilatação. Apresentação cefálica em plano +1 de De Lee. BCF: 140bpm. Fez 10 consultas de pré-natal, sendo diagnosticada infecção pelo HIV e iniciado uso de antirretrovirais. Traz exames realizados na semana anterior, com carga viral de 800 cópias. Qual a melhor conduta?
- A) Fórceps de alívio para abreviar o período expulsivo.
B) Ocitocina endovenosa para antecipação do parto vaginal.
C) Cesárea imediata para reduzir o risco de transmissão vertical.
D) Aguardar o parto vaginal, espontâneo, evitando procedimentos invasivos.

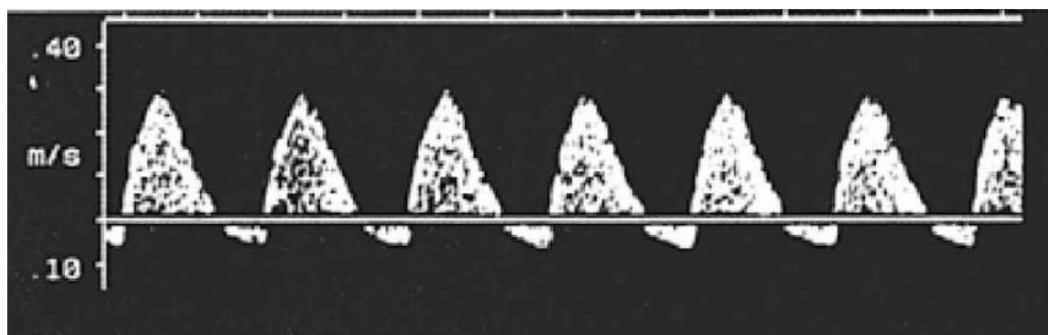
05. Ao chegar ao plantão, você é chamado para avaliar uma secundigesta a termo com cesárea anterior, previamente hipertensa. Enfermeira afirma que a paciente está com dilatação completa há 3 horas e que iniciou sangramento vaginal moderado há 20 minutos. Sua avaliação foi a seguinte: Pressão arterial materna de 160x90mmHg, Ausculta fetal de 100bpm, Dinâmica uterina de 3 contrações de 60 segundos em 10 minutos, Toque vaginal com dilatação completa, bolsa rota, altura da parte mais baixa da apresentação de 4 cm abaixo do diâmetro biespinha ciática. A cardiocardiografia realizada segue abaixo.



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

- Qual a conduta ideal?
- Fórceps.
 - Ocitocina.
 - Cesárea imediata.
 - Ressuscitação intraútero.
06. Paciente no puerpério imediato de parto fórceps, apresentando sangramento transvaginal aumentado com coágulos, palidez, sudorese fria, pulso 122 ppm e pressão arterial 85 x 55 mmHg. Considerando-se o índice de choque (pulso/pressão arterial sistólica) da paciente, qual a conduta correta?
- Oxigenioterapia, prevenção da hipotermia e infusão de 2500 ml de cristaloides.
 - Oxigenioterapia, infusão de 2500 ml de cristaloides e controle do sítio de sangramento.
 - Oxigenioterapia, abertura do protocolo de transfusão maciça e controle do sítio de sangramento.
 - Prevenção da hipotermia, infusão de 2500 ml de cristaloides e controle do sítio de sangramento.
07. Primigesta, 36 semanas de gestação, é admitida na maternidade com queixa de cólicas e perda de líquido há mais de 18 horas. Realizou pré-natal sem intercorrências. Exames de rotina sem alterações. Cultura para estreptococos do grupo B negativa com 35 semanas. Ao exame, apresenta-se afebril, BCF 144 bpm, contrações uterinas, líquido amniótico claro fluindo do colo que está com dilatação de 6 cm. Apresentação cefálica no plano +1 de De Lee. Diante desse caso clínico, qual a melhor conduta?
- Tocólise com nifedipina.
 - Profilaxia antibiótica com ampicilina.
 - Neuroproteção com sulfato de magnésio.
 - Ausculta fetal intermitente e aguardar o parto.
08. Médico plantonista chamado para avaliar trauma perineal pós-parto de feto de 4.200 g em primípara. Observou lesão de mucosa vaginal, pele e músculos perineais e esfíncteres anal interno e externo sem comprometimento do epitélio anorectal. Qual o grau da laceração obstétrica descrita acima?
- Terceiro grau, nível a.
 - Terceiro grau, nível b.
 - Terceiro grau, nível c.
 - Quarto Grau.

09. Paciente 35 anos, secundigesta, acompanhada em pré-natal de alto risco por gestação gemelar. Apesar de ausência de fatores de risco e de boa nutrição materna, percebe-se alteração do crescimento fetal. O Ultrassom realizado mostra gestação gemelar monocoriônica/diamniótica com idade gestacional de 24 semanas de gestação e fetos com diferença de peso de 29%. O Doppler do feto de maior peso é normal. O Doppler do feto de menor peso apresenta Ducto Venoso com onda “A” normal e Artéria Umbilical conforme figura abaixo.



- Defina o diagnóstico e conduta adequada.
- A) Sequência TRAP. Ablação do cordão umbilical.
B) Restrição Crescimento Fetal Seletiva tipo 2. Terapia a laser.
C) Restrição do Crescimento Fetal estágio 3. Resolução com 30 semanas.
D) Síndrome da Transfusão Feto-Fetal. Amniotomia do Septo Inter-amniótico.
10. Tercigesta, com idade gestacional de 36 semanas, com duas cesáreas prévias, apresenta ultrassom que mostra placenta anterior, prévia centro total e perda da interface miométrio-placenta na região segmentar. Qual a conduta mais apropriada?
- A) Cesárea com incisão mediana e histerotomia fúndica.
B) Cesárea com incisão mediana e histerotomia segmentar.
C) Cesárea com incisão tipo Pfannenstiel e histerotomia fúndica.
D) Cesárea com incisão tipo Pfannenstiel e histerotomia segmentar.
11. Os espaços anatômicos da pelve são verdadeiros planos naturais de dissecação para a laparoscopia. Nesses espaços encontram-se numerosos vasos e nervos. É necessário dissecar da maneira correta, no tecido conectivo frouxo dos espaços para adentrar à cavidade peritoneal. Assinale a assertiva correta quanto às relações anatômicas dos espaços da pelve feminina.
- A) O espaço retovaginal está localizado entre o retossigmoide e o peritônio da parede posterior do abdome e o sacro inicia-se abaixo da bifurcação da aorta e estende-se inferiormente até o assoalho pélvico.
B) O espaço pré-vesical, também é denominado espaço retropúbico, começa abaixo da prega ou reflexão peritoneal, que representa as ligações frouxas do peritônio na região do fundo de saco anterior.
C) O espaço retovaginal estende-se inferiormente a partir do fundo de saco de Douglas até a borda superior da vagina, que se estende acima do anel himenal e os pilares retais separam o espaço retovaginal da linha média do espaço pararretal.
D) O espaço vesico-vaginal pode ser acessado por meio de perfuração da fáscia transversal da parede abdominal anterior. É limitado anterior e lateralmente pela pelve óssea e pelos músculos da parede pélvica e pela parede anterior do abdome, superiormente.
12. Mulher 34 anos, G1P1A0, apresenta ciclos irregulares com fluxo muito aumentado e anemia. Realizou investigação que mostrou anemia leve e mioma submucoso LASMAR 6. Deseja engravidar ainda. Qual a melhor conduta?
- A) Miomectomia laparotômica.
B) Miomectomia por videolaparoscopia.
C) Ressecção histeroscópica com betoque.
D) Uso de análogo de GnRh com ressecção histeroscópica a seguir.

13. Paciente, 55 anos, sexualmente ativa, sem comorbidades, com prolapso genital estadio IV Ba= +3, Bp= -3, C= +4. Queixa de perda de urina somente aos grandes esforços e dificuldade de urinar, com sensação de esvaziamento vesical incompleto. Refere ainda sensação de bola na vagina. Realizou estudo Urodinâmico com uso de pessário vaginal compatível com pressão de perda ao esforço de 40 cm de H₂O e curva de fluxo urinária comprimida. Assinale a assertiva correta quanto ao diagnóstico e tratamento da paciente acima.
- A) Identificamos incontinência urinária aos esforços por defeito esfíncteriano com expressão clínica menor do que o esperado pelo exame urodinâmico após uso de pessário, devido obstrução uretral do prolapso. Indica-se sling retropúbico para reproduzir a sustentação obtida dos ligamentos pubouretrais.
 - B) Identificamos incontinência urinária aos esforços por hiper mobilidade vesical com expressão clínica maior do que o esperado pelo exame urodinâmico após uso de pessário, por obstrução uretral do prolapso. Indica-se sling transobturatório para reproduzir a sustentação obtida dos ligamentos pubouretrais.
 - C) Identificamos disfunção miccional por obstrução de uretra dobrada em um cenário de prolapso de parede vaginal anterior ou por disfunção neurológica com contratilidade insuficiente do detrusor. Está indicado o uso de medicações que estimulem a contração do detrusor, melhorando o esvaziamento vesical.
 - D) Identificamos prolapso genital de parede vaginal anterior sem posterior, com pressão de perda compatível com incontinência urinária por hiper mobilidade vesical. Indica-se cistopexia retropúbica (usar ligamento ileopectíneo para suspender a parede vaginal anterior e o tecido fibromuscular periuretral e perivesical).
14. O conhecimento dos princípios para o uso correto dos instrumentos eletrocirúrgicos é essencial na prática segura de laparoscopia. Os mesmos princípios descritos para a eletrocirurgia aberta se aplicam à laparoscopia. Entretanto, o cirurgião laparoscópico nem sempre mantém toda a extensão do instrumento em seu campo de visão, com risco de queimadura eletrocirúrgica não intencional. Assinale a assertiva correta quanto ao uso adequado e riscos relacionados às energias em laparoscopia.
- A) No bisturi Harmônico o uso de nível menor de potência, menor tensão tecidual e lâmina afiada levam ao efeito de corte. Potência maior, maior tensão tecidual e lâmina cega produzem maior hemostasia.
 - B) Com instrumentos de energia Bipolar, falhas de isolamento, acoplamento direto ou acomplamento capacitativo podem todos resultar em queimadura eletrocirúrgica não intencional e potencialmente grave.
 - C) Falhas de isolamento quando o instrumento Monopolar é ativado são causadas por brechas no isolamento com uma via alternativa para o fluxo de corrente elétrica, produzindo descarga sobre qualquer tecido que esteja em contato.
 - D) Há maior preocupação com queimaduras quando se usam instrumentos bipolares, considerando que as correntes utilizadas normalmente são maiores. Além disso, a corrente, em grande parte, fica confinada entre dois eletrodos muito próximos.
15. Lesões vasculares ou nervosas acidentalmente ocorridas na dissecação do espaço pré-sacral durante a laparoscopia podem ocasionar graves complicações. Assinale a assertiva correta quanto à anatomia e trajeto dos nervos e vasos do espaço pré-sacral.
- A) O plexo hipogástrico inferior divide-se em nervos hipogástricos. Esses nervos unem eferentes simpáticos de S2 a S4 (nervos esplâncnicos pélvicos) para formar o plexo hipogástrico inferior, ou plexo pélvico.
 - B) A artéria sacral mediana, cursa na proximidade da veia sacral mediana, origina-se do segmento posterior e distal da artéria ilíaca comum direita, enquanto a veia sacral mediana comumente drena para a veia ilíaca comum direita.
 - C) O plexo hipogástrico superior, também conhecido como nervo pré-sacral, é uma extensão do plexo aórtico que se encontra abaixo da bifurcação da aorta ele contém principalmente fibras parassimpáticas e fibras motoras aferentes do útero.
 - D) A veia ilíaca comum esquerda é o maior e mais próximo vaso identificado em posição cefálica e lateral ao promontório sacral médio. Encontra-se medial à artéria ilíaca esquerda, diferente da veia ilíaca direita que se encontra posterior à respectiva artéria ilíaca direita.
16. Casal comparece à consulta ginecológica após 15 meses de tentativa de gravidez, sem sucesso. Após avaliação, constata-se que o espermograma, a histerossalpingografia e ciclos ovulatórios normais, mas apresenta ao ultrassom transvaginal sugestivo de endometrioma ovariano de 4 cm. Já realizou três tentativas de indução do ciclo com citrato de clomifeno. Nega dismenorreia ou dispareunia. Qual conduta mais adequada como próximo passo?
- A) Indicar Fertilização in vitro.
 - B) Realizar Inseminação artificial.
 - C) Indicar cirurgia para ooforoplastia.
 - D) Indicar fertilização com óvulos doados.

17. No pós-operatório imediato de cirurgia laparoscópica, alguns aspectos relativos a potenciais complicações devem ser observados. Assinale a assertiva correta quanto aos aspectos da avaliação da paciente pós-operatório de cirurgia ginecológica.
- A) Comumente, a atelectasia está associada à febre alta. Existe forte associação entre atelectasia e febre pós-operatória, sendo causa mais frequente.
 - B) Observou-se maior efetividade com retomada precoce da alimentação no pós-operatório sem necessidade de ruídos intestinais auscultáveis. A alimentação precoce beneficia a cicatrização da ferida, estimula a motilidade intestinal, reduz a estase intestinal.
 - C) Uma vez identificada retenção urinária, cateterização e drenagem vesical devem ser realizadas. Comparada com uso de cateter de demora, a cateterização episódica intermitente mostrou-se muito menos efetiva e com mais risco de infecção.
 - D) Ao se observar risco de íleo paralítico, a instalação rotineira de tubo nasogástrico para promover o repouso intestinal é efetiva. Observa-se retorno muito mais precoce à função intestinal normal, e redução dos riscos de infecção da ferida e de hérnia ventral.
18. Mulher, 30 anos, apresenta dor pélvica crônica intensa e dispareunia de profundidade há 2 anos, mesmo em uso de progestágeno com amenorreia há 1 ano. Ao exame físico: bloqueio de fundo de saco posterior e lesão de 2 cm em fórnice vaginal ao toque retal e vaginal. Realizou ultrassom com preparo intestinal com presença de lesão de retossigmoide de 1,2 cm com comprometimento de 10% de circunferência da alça e localizada a 10 cm da borda anal. Qual melhor conduta?
- A) Suspender progestágeno e implantar dispositivo intrauterino de levonogestrel.
 - B) Realizar exérese de lesão endometriótica com ressecção com grampeador circular intestinal.
 - C) Realizar ressecção de parede anterior retal no local da lesão ("shaving") com ileostomia protetora.
 - D) Indicar retossigmoidectomia segmentar com colostomia temporária, seguida de reconstrução de trânsito intestinal.
19. Em razão da proximidade do ureter pélvico com muitas das estruturas encontradas durante as cirurgias ginecológicas, deve-se dar ênfase à necessidade de sua identificação intraoperatória precisa para evitar lesões iatrogênicas durante a cirurgia laparoscópica. Assinale a assertiva que descreve corretamente as relações anatômicas do ureter na pelve feminina.
- A) O ureter dirige-se no sentido anteromedial à base da bexiga e corre próximo ao terço superior da parede vaginal anterior, no espaço de Yabuki.
 - B) O ureter entra na pelve cruzando a bifurcação da artéria ilíaca comum em artérias ilíacas interna e externa, imediatamente lateral aos vasos ovarianos.
 - C) O ureter cruza o ligamento transversal do colo, aproximadamente 1 a 2 cm lateral ao colo uterino, e cursa acima da artéria uterina no paramétrio lateral.
 - D) O ureter, ao longo de seu trajeto, cursa em posição lateral aos ramos ilíacos internos, e anterolateral aos ligamentos uterossacrais, definindo aí o espaço de Okabayashi.
20. Mulher, 40 anos, IMC 35, apresenta sangramento uterino normal com suspeita de miomas uterinos com indicação de histerectomia laparoscópica. Apresenta duas cirurgias prévias, esplenectomia e ooforoplastia laparoscópica. Qual melhor conduta diante da realização do pneumoperitônio?
- A) Aposição de Agulha de veres 110° em relação à cicatriz umbilical para posterior insuflação de gás.
 - B) Realizar punção umbilical direta com trocater de 10 mm e iniciar insuflação com fluxo de 40 litros por minuto.
 - C) Realizar punção com trocater de 5 mm 90° da cicatriz umbilical com fluxo de até 5 litros por minuto, inicialmente.
 - D) Puncionar com agulha de veress no ponto de Palmer para pneumoperitônio com passagem de trocater de 10 mm nesse ponto.