



PROGRAMA PRÉ-REQUISITO: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

ESPECIALIDADE: Mastologia

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) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. A folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área privativa na data estabelecida no Anexo II, conforme subitem 8.18 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, 22 de novembro de 2020.

Inscrição

Sala

- 01.** Menina, 17 anos, procura atendimento médico por não ter menstruado. Ao exame: mamas M2 e vulva P2 e ausência de hirsutismo. Traz exame laboratorial com FSH de 130 mUI/mL (valor de referência na menacme 1,5 a 33,5 mUI/mL) e estradiol de 20 pg/mL (valor de referência na menacme 19,5 a 355,0 pg/mL). US pélvico evidenciando útero. Qual o diagnóstico mais provável?
- A) Disgenesia gonadal.
 - B) Síndrome de Morris.
 - C) Adenoma hipofisário.
 - D) Hiperplasia adrenal congênita.
- 02.** Mulher, 22 anos, com quadro de recidiva de vaginose bacteriana, comparece ao posto de saúde queixando-se de corrimento com odor fétido que piora durante a relação sexual. O exame bacterioscópico revelou escore 7 de Nugent. O último tratamento realizado ocorreu há três meses e já é o quarto episódio no último ano. Na consulta, foi prescrito metronidazol oral por 10 dias mas não houve melhora. Qual a conduta diante desse problema?
- A) Realizar tratamento com vitamina C vaginal duas vezes por semana por quatro a seis meses.
 - B) Realizar tratamento supressivo com metronidazol oral duas vezes por semana por quatro a seis meses.
 - C) Realizar tratamento com miconazol a 2% creme vaginal duas vezes por semana por quatro a seis meses.
 - D) Realizar tratamento supressivo com metronidazol gel vaginal duas vezes por semana por quatro a seis meses.
- 03.** Mulher, 30 anos, com ciclos menstruais regulares, refere cólica menstrual, desde a menarca, porém com piora importante nos últimos anos. Refere ainda dor na relação sexual. G0P0. Há 18 meses sem uso de anticoncepção pois deseja engravidar. Ao toque vaginal: útero com pouca mobilidade e nódulo doloroso em fundo de saco posterior. Histerossalpingografia normal, boa reserva ovariana e espermograma sem alterações. US evidenciando nódulo em fórnice vaginal e uterossacos espessados. Qual melhor conduta?
- A) Gestrinona.
 - B) Videolaparoscopia.
 - C) Indução da ovulação.
 - D) Dienogest + valerato de estradiol.
- 04.** Mulher de 19 anos procura pronto-atendimento com queixas de dor pélvica de moderada intensidade, corrimento vaginal (CV) de odor fétido e febre. À avaliação clínica, tem bom estado geral, sem sinais de septicemia, abdome flácido, doloroso à palpação profunda do abdome inferior. Nega dor à descompressão súbita do abdome. Ao toque bimanual, dor à mobilização do colo uterino e à palpação de anexos. Diante desse quadro clínico, qual a conduta recomendada?
- A) Solicitar Ultrassonografia do abdome.
 - B) Internar, hidratar e indicar Laparotomia Exploradora.
 - C) Internar para tratamento endovenoso com Penicilina e Metronidazol.
 - D) Iniciar tratamento com Cefotriaxona (dose única), Doxiciclina e Metronidazol ambulatorial.
- 05.** Mãe traz filha adolescente, 13 anos, para uma primeira consulta ginecológica. A adolescente iniciou sua vida sexual, há 6 meses, e apresenta uma lesão única, levemente dolorosa, de pequeno tamanho, da coloração da pele, semelhante a "couve flor", em região perineal, com aparecimento há 15 dias. Mãe e filha encontram-se muito ansiosas e vêm em busca de orientações sobre o que fazer em relação ao achado. Que orientações são recomendadas?
- A) A vacina quadrivalente deve ser ofertada, bem como os testes para detecção de Infecções Sexualmente Transmissíveis e a vacina para hepatite B, caso necessário. Tratar a lesão.
 - B) Deve ser ofertada a realização da citologia oncótica e testes para detecção de HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, além de biópsia da lesão.
 - C) Deve ser fornecida educação em saúde, informações e oferta de preservativos e realizado o tratamento do condiloma, após resultado da citologia oncótica.
 - D) A vacina quadrivalente contra o HPV não deve ser mais ofertada, pois a eficácia ocorre quando a vacinação é realizada antes da primeira relação sexual.

06. Mulher, 30 anos, G3P3A0, compareceu ao ambulatório de patologia cervical com laudo citopatológico de lesão intraepitelial escamosa de alto grau após revisão de lâmina solicitada na atenção primária persistir com o mesmo resultado. Sabendo que na colposcopia foram visualizados achados menores e JEC visível, qual a conduta diante desse resultado?
- A) Indicar conização.
 - B) Repetir citologia oncótica.
 - C) Realizar biópsia como conduta inicial.
 - D) Realizar acompanhamento citológico e colposcópico semestral.
07. Mulher de 38 anos, G2P2, hipertensa de difícil controle, procura atendimento para uso de método contraceptivo. Refere sangramento menstrual volumoso e doloroso. Diante de condições consideradas especiais na escolha de método anticoncepcional hormonal, qual a orientação contraceptiva para mulheres com idade maior que 35 anos e hipertensão arterial sistêmica?
- A) Contraceptivo oral combinado.
 - B) Injetável mensal combinado.
 - C) DIU com Levonorgestrel.
 - D) Anel vaginal.
08. Mulher de 45 anos procura ambulatório de ginecologia por apresentar queixas de perda de urina após forte e incontável desejo de urinar, 3 a 4 micções noturnas e aumento dos números de micções diárias, com frequentes idas ao banheiro que lhe comprometem a qualidade de vida. Refere eventuais episódios noturnos de enurese porém nega queixas de perda de urina ao tossir, espirrar ou quaisquer esforços. Trouxe um estudo urodinâmico com presença de contrações não inibidas do detrusor com amplitude crescente à medida que se aumenta o volume vesical. Diante desses achados, qual a correta prescrição medicamentosa?
- A) Agonistas α -Adrenérgicos.
 - B) Agonistas β 3-Adrenérgicos.
 - C) Bloqueadores β 3-Adrenérgicos.
 - D) Agonistas Colinérgicos M2 e M3.
09. Mulher, 20 anos, parda, desempregada, G3P2, procura serviço de referência terciário para interrupção legal da gestação, alegando ter sido vítima de estupro por desconhecido há 3 meses. Não realizou denúncia na ocasião. IG calculada pela DUM de 14 semanas. Plantonista alega objeção de consciência e se nega a realizar o procedimento. Diante da situação de sua objeção de consciência, qual conduta deve ser adotada pelo plantonista para garantia do direito da mulher?
- A) Internar imediatamente, com a finalidade de regular para outro hospital.
 - B) Solicitar que a mesma realize um boletim de ocorrência e exame médico no IML.
 - C) Conversar sobre outras possibilidades de como manter a gestação seguida de adoção.
 - D) Solicitar a assinatura de termo de consentimento e providenciar outro colega que realize o procedimento.
10. Mulher de 42 anos, 3 filhos vivos, todos de parto normal, chega à consulta no ambulatório de ginecologia com queixa de perda de urina ao tossir, espirrar e saltar há mais de 5 anos, com piora progressiva. Refere uso de absorventes para conter a perda de urina, pois trabalha tendo de levantar muito peso, o que faz piorar os episódios. Ao exame físico, observou-se perda sincrônica de urina aos esforços. Realizou um estudo urodinâmico, que foi compatível com perda de urina após tosse com 100 ml de volume infundido e pressão de perda após valsava de 40 cm de H₂O. Diante desse quadro clínico, assinale a conduta para o tratamento dessa paciente com mais alta taxa de sucesso.
- A) Slings de incisão única ou mini slings.
 - B) Cirurgia de Sling retropúbico de uretra média.
 - C) Cirurgia de Sling transobturatório de uretra média.
 - D) Cirurgia de Colpofixação Retropubica Laparoscópica.
11. Mulher, 22 anos, ciclos menstruais com intervalos variando de 20 a 45 dias, duração de 5 a 9 dias e fluxo aumentado, procura assistência médica preocupada com seu quadro. Qual diagnóstico mais provável?
- A) Adenomiose.
 - B) Pólipo endometrial.
 - C) Distúrbio da ovulação.
 - D) Distúrbio da coagulação.

12. Mulher, 16 anos, com queixa de acne em face e costas. Refere ainda ciclo menstrual com duração de 6 a 10 dias e intervalos variando de 15 a 50 dias. Nega início da atividade sexual. Menarca aos 12 anos. Ao exame físico, observa-se acne e escore de Ferriman-Gallwey de 7. Traz US pélvico que evidenciou ovário direito de 14cm³ e esquerdo de 12cm³ com microcistos na periferia. Que exames devem ser solicitados na propedêutica diagnóstica, para excluir possíveis diagnósticos diferenciais?
- A) TSH, FSH e prolactina.
 - B) FSH, T4-livre, androstenediona, prolactina e cortisol.
 - C) Prolactina, testosterona, androstenediona e 17-OH progesterona.
 - D) TSH, T4-livre, testosterona, prolactina, cortisol e 17-OH progesterona.
13. Mulher nuligesta de 28 anos e seu companheiro de 30 anos, saudáveis, ambos sem uso de medicações ou cirurgias prévias procuram o ginecologista para consulta. Inicialmente aflitos referem que estão há 3 anos casados, tendo relações sexuais, sem uso de métodos contraceptivos e não conseguem engravidar. Diante desse quadro, quais exames são indispensáveis na avaliação inicial desse casal infértil?
- A) Visualização direta da cavidade uterina e da cérvix por histeroscopia, biópsia endometrial e a análise do sêmen.
 - B) Avaliação da função ovulatória, estrutura e patência do trato reprodutivo feminino por histerosalpingografia e a análise do sêmen.
 - C) Níveis séricos basais de FSH e LH, dosagem do Hormônio Anti-Mulleriano, visualização direta da cavidade uterina e da cérvix por histeroscopia.
 - D) Dosagem do Hormônio Anti-Mulleriano, estrutura e patência do trato reprodutivo feminino por histerosalpingografia e a análise do sêmen.
14. Mulher, 55 anos, pós menopausa, sem queixas clínicas, procurou ginecologista para "fazer a prevenção". Ao realizar o USG pélvico transvaginal foi surpreendida com os seguintes achados: Imagem complexa em anexo direito com presença de componente sólido, alguns cistos multiloculados de permeio, com presença de septo grosseiro, cápsula de aspecto espessado, diâmetro de 5 cm e duas projeções papilares. O ginecologista dosou-lhe o CA-125 sérico, cujo valor foi de 85 U/mL. Qual a conduta adequada nesse caso?
- A) Ooforectomia laparoscópica.
 - B) Histerectomia total por cirurgia aberta.
 - C) Referência para serviço de oncoginecologia.
 - D) Encaminhar para quimioterapia e radioterapia.
15. Mulher de 62 anos, história familiar negativa de câncer de mama, apresentou episódios de descarga mamilar sanguinolenta à direita, tendo percebido na roupa íntima ao acordar e confirmado ao exame das mamas no ambulatório. Diante de um quadro de descarga mamilar sanguinolenta espontânea, quais exames são indicados para elucidação diagnóstica?
- A) Mamografia, ultrassonografia e biópsia cirúrgica de ducto(s) mamários.
 - B) Mamografia, ductografia e citologia do esfregaço do fluxo mamilar.
 - C) Mamografia, ductografia, e ressonância magnética das mamas.
 - D) Ultrassonografia, ductoscopia e citologia do aspirado ductal.
16. Mulher, 20 anos, procura emergência ginecológica referindo ter sido vítima de estupro. Violência ocorreu há menos de 12 horas. A mesma refere ter tido sexarca aos 18 anos, sem atividade sexual há 1 ano. Nega uso de método anticoncepcional. Refere não tratar nenhuma patologia prévia. Chega na sala de atendimento chorosa, acompanhada de uma amiga. Qual a conduta adequada?
- A) Solicitar sorologias para HIV, hepatites e sífilis e iniciar a profilaxia para IST's, após o resultado dos exames.
 - B) Solicitar profilaxia para IST's, realizar vacinação (Hepatite e HPV) e anticoncepção de emergência se β -hCG negativo.
 - C) Realizar coletas para pesquisa de clamídia, gonococo, HIV, hepatites e sífilis; iniciar profilaxia para IST's e contracepção de emergência, de imediato.
 - D) Realizar exame ginecológico e, na ausência de lesões, realizar profilaxia para IST's e anticoncepção de emergência, a depender do resultado do exame de β -hCG.

17. Mulher, 25 anos, com sangramento menstrual aumentado em volume e dias, mesmo com uso de desogestrel. G0P0. Traz RM evidenciando mioma do tipo 6, de 7cm no maior diâmetro em região fúndica. Qual o tratamento mais indicado?
- A) Miomectomia laparoscópica.
 - B) Miomectomia histeroscópica.
 - C) Histerectomia Total Abdominal.
 - D) Embolização das artérias uterinas.
18. Jovem, 17 anos, busca atendimento ginecológico devido a corrimento vaginal amarelado, em grande volume, com odor e sensação de queimação vaginal, iniciado há 5 dias. Fez uso de creme de miconazol, sem melhora. Sexualmente ativa, refere estar evitando relações sexuais, por vergonha do odor vaginal e por apresentar dispareunia superficial. Ao exame ginecológico, observa-se hiperemia e edema importantes de grandes lábios e corrimento purulento em fundo de saco vaginal, com bolhas. Colo apresentando sufusões hemorrágicas em aspecto de morango.



Fonte: Tratado de Ginecologia da FEBRASGO, 2019

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

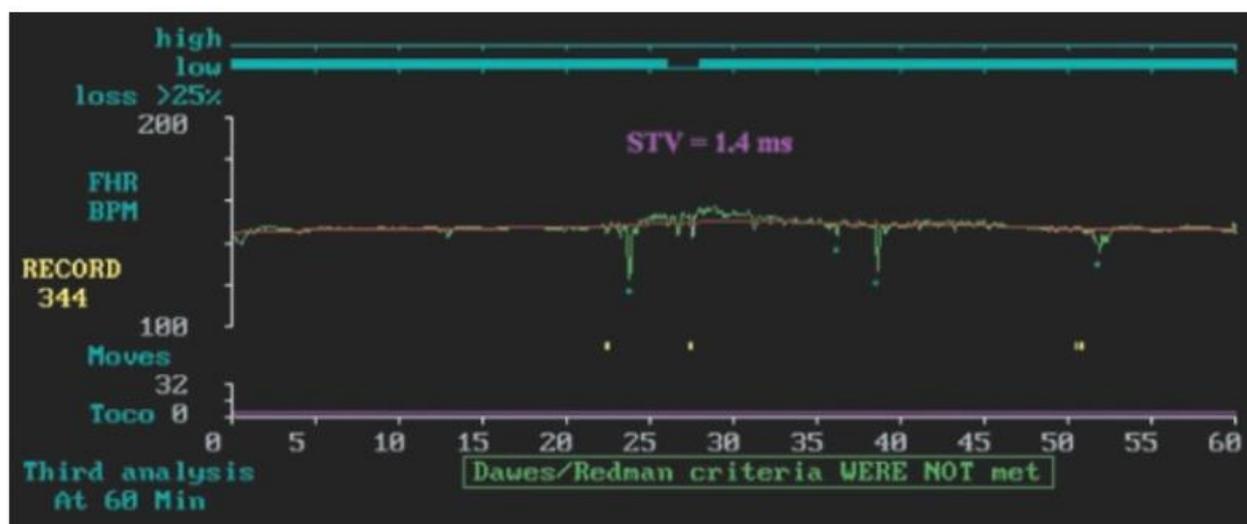
- Diante desse quadro, qual a terapêutica indicada?
- A) Ceftriaxona 500 mg IM dose única.
 - B) Nistatina creme aplicação vaginal por 7 noites seguidas.
 - C) Metronidazol 500 mg via oral a cada 12 horas por 7 dias.
 - D) Fluconazol 150 mg 1 comprimido via oral por semana, 4 semanas.
19. Mulher, 35 anos, nulípara, casada, procurou ginecologista devido queixa de progressivo aumento de dor pélvica associada ao fluxo menstrual, agravada nos últimos meses. Refere que o quadro de dor e incapacitação social associada (absenteísmo laboral) inicia-se 3 dias antes do início do fluxo menstrual tendo de fazer uso de cetoprofeno e muitas vezes, medicações endovenosas em pronto-socorro. Refere aumento dos episódios de evacuação e até mesmo diarreia associada ao quadro, apesar do hábito intestinal habitualmente constipado fora desse período. Refere não conseguir ter intercursos sexuais devido a dores à penetração vaginal. Realizou exame de ultrassonografia pélvica transvaginal que evidenciou útero e ovários de volume e formas normais. Diante desse quadro clínico, qual a melhor propedêutica complementar para elucidação diagnóstica e orientação terapêutica?
- A) Colonoscopia.
 - B) Videolaparoscopia diagnóstica.
 - C) Tomografia computadorizada pélvica.
 - D) Ultrassonografia pélvica transvaginal com preparo intestinal.

20. Paciente E.F.S, 15 anos, 10 semanas de gestação está iniciando seu pré-natal na Unidade Básica de Saúde e apresentou teste rápido positivo para sífilis. Baseado nas orientações do Ministério da Saúde 2020, qual a conduta correta nesse caso?
- A) Solicitar VDRL da gestante antes de definir tratamento. Oferecer teste rápido para o parceiro.
 - B) Administrar dose única de 1,2 milhão de UI de benzilpenicilina benzatina IM na Atenção Básica de Saúde e convocar parceiros.
 - C) Fazer 1 dose de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões, UI, IM, solicitar VDRL, FTA-ABS e acompanhar com VDRL mensal até o final da gestação.
 - D) Fazer 3 doses de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões, UI, IM com intervalo de 7 dias entre as doses e oferecer tratamento presuntivo aos parceiros sexuais com dose única.
21. Primigesta, 15 anos, 30 semanas de gestação, procura emergência com queixas de cefaleia, vertigem e visão turva há 1 hora. Ao exame: PA 180 x 120 mmHg. Após 15 minutos de decúbito lateral esquerdo, mantida PA 180x120mmHg. Gestante refere boa movimentação fetal. Nega cólicas, sangramento transvaginal ou perda de líquido. BCF=152bpm. Qual a conduta inicial mais adequada para a paciente?
- A) Indicar cesariana de imediato.
 - B) Iniciar alfametildopa em até 4 doses diárias e sulfato de magnésio a 50% EV, 1g/h.
 - C) Iniciar sulfato de magnésio 50% EV (ataque e manutenção), além de nifedipino 10-20mg VO a cada 30 minutos (máximo 50mg em 1h).
 - D) Manter paciente em decúbito lateral esquerdo, com oxigênio sob máscara (5 l/min) e iniciar nifedipino 10mg-20 VO a cada 30 minutos (máximo 50mg em 1h).
22. Gestante 20 anos, G1P0A0, 37 semanas de gestação, HIV positivo e em uso de antirretrovirais, apresentação de carga viral de 500 cópias, com 36 semanas. Procura emergência em trabalho de parto com dilatação de 6 cm, apresentação cefálica e bolsa íntegra. BCF=148bpm. Qual a conduta adequada?
- A) Iniciar profilaxia com AZT injetável e aguardar o parto vaginal.
 - B) Fazer dose de ataque do AZT e realizar parto abdominal.
 - C) Aguardar o parto vaginal.
 - D) Indicar cesárea.
23. Primigesta, 32 semanas e 5 dias de gestação chega à emergência da maternidade com relato de perda de líquido claro há mais de 12 h. Ao exame físico, pulso e temperatura estão normais, e exame especular evidencia saída de líquido claro e abundante pelo orifício cervical externo do colo uterino, confirmando o diagnóstico de rotura prematura de membranas ovulares. Nega cólicas e ao exame não se observa contração uterina. Cardiotocografia realizada no pronto-atendimento com laudo categoria I. Qual a conduta adequada?
- A) Betametasona 12 mg IM a cada 24h (2 doses) + antibioticoprofilaxia (ampicilina IV).
 - B) Betametasona 12 mg IM a cada 24h (2 doses) + antibioticoprofilaxia (clindamicina e gentamicina IV por 7 dias).
 - C) Dexametasona 6 mg IM a cada 12h (4 doses) + sulfato de magnésio + antibioticoprofilaxia (penicilina cristalina IV).
 - D) Dexametasona 6 mg IM a cada 12h (4 doses) + antibioticoprofilaxia (azitromicina VO 1g dose única + ampicilina EV por 48h, seguida de amoxicilina VO por 5 dias).
24. Primigesta, 17 anos, 38 semanas de gestação de acordo com ultrassonografia do primeiro trimestre, comparece na Emergência Obstétrica referindo dores intensas em baixo ventre, com escala de dor de 10 em 10, frequentes, rítmicas, de 3 em 3 minutos, referindo que "a barriga fica dura" de modo intermitente. Ao exame: BCF = 143 bpm, movimentação fetal presente, presença de 3 contrações de 30 segundos em 10 minutos. Ao toque: Colo posterior, amolecido, 50% apagado, dilatado 2 centímetros, membranas íntegras e apresentação cefálica. Paciente refere que as contrações estão muito intensas e deseja analgesia de parto. Qual a conduta mais adequada nesse caso?
- A) Oferecer analgesia regional.
 - B) Oferecer analgesia farmacológica e intramuscular.
 - C) Oferecer métodos não-farmacológicos de analgesia.
 - D) Orientar paciente sobre a necessidade de aguardar a fase ativa do trabalho de parto para iniciar analgesia.

25. Paciente, 36 anos, G5P4A0, 39 semanas de gestação, 4 partos vaginais anteriores, apresentou ganho excessivo de peso na gestação, sendo diagnosticada com Diabetes Mellitus Gestacional. Admitida na Emergência Obstétrica em período expulsivo, evoluindo para parto vaginal com feto pesando 4250g. Qual a conduta recomendada no terceiro período do parto para a paciente em questão?
- A) Clampear o cordão umbilical após parar a pulsação e aguardar a expulsão espontânea da placenta.
 - B) Fazer Ocitocina IM, clampeamento e secção precoce do cordão umbilical e tração controlada do cordão após sinais de separação placentária.
 - C) Aguardar 60 minutos para iniciar os cuidados puerperais maternos e fetais, a fim de que sejam estabelecidos os vínculos familiares com o Recém-Nascido.
 - D) Fazer ocitocina após 60 minutos do parto, respeitando-se a "hora de ouro", seguido de massagem uterina e tração do cordão umbilical, para o delivramento total da placenta.
26. MSAP, 39 anos, G8P5A3, procura Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de dores embaixo que se iniciaram há pelo menos três horas e que tem aumentado de intensidade, associado a um quadro de sudorese, tonturas e adinamia. Paciente refere ainda sangramento vaginal discreto e não lembra da data da última menstruação. Fez β -hCG positivo ontem. Ao exame físico: Regular Estado Geral, orientada, taquipnéica, afebril, acionótica, hipocorada, Pulso = 100; PA = 90x50 mmHg; FR: 20 ipm; ACV: ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas; AP: murmúrio vesicular em ambos os hemitórax; Abdome plano, algo tenso em abdome inferior, com sinais de dores à descompressão brusca em fossa ilíaca direita. Qual a melhor conduta a ser adotada pelo médico plantonista?
- A) Transferir paciente para maternidade terciária.
 - B) Solicitar hemograma completo e ultrassonografia transvaginal.
 - C) Iniciar hidratação venosa, solicitar hematócrito e hemoglobina e fazer culdocentese.
 - D) Iniciar hidratação venosa, sonda vesical de demora, solicitar hemograma completo e ultrassonografia transvaginal.
27. ATS, 43 anos, G1P0A0, 33 semanas e 3 dias de idade gestacional (calculada por US de 6s3d), em acompanhamento pré-natal em ambulatório de alto risco, apresenta laudo de ultrassonografia realizada hoje evidenciando 29 semanas de gestação, peso fetal = 1050 gramas (percentil 3), placenta anterior grau 2 de maturação e líquido amniótico com volume de 18 ml no maior bolsão. Informa uso irregular de Metildopa (750 mg/ dia) e de Metformina (500 mg/ dia). Ao exame físico observou: PA: 150X 80 mmHG; altura uterina = 29 cm; BCF: 120 bpm; extremidades perfundidas e com edema de 3+/4+. Diante do quadro da gestante citada acima, qual a melhor maneira de avaliar a vitalidade do feto nesse exato momento de gestação?
- A) Mobilograma.
 - B) Cardiotocografia.
 - C) Perfil Biofísico Fetal.
 - D) Dopplervelocimetria da artéria cerebral média fetal.
28. Paciente, 40 anos, G3P1A1, tabagista, com histórico de abortamento anterior e necessidade de curetagem uterina, além de cesárea anterior por apresentação pélvica, acompanhada em ambulatório de pré-natal de alto risco, devido ter apresentado sangramento com 32 semanas de gestação, sendo realizada ultrassom transvaginal, com evidência de placenta que recobre parcialmente o orifício cervical interno. No momento, com 35 semanas de gestação, comparece a Emergência Obstétrica com sudorese, taquicardia materna, pressão arterial 80 x 50 mmHg, sangramento transvaginal volumoso, indolor, vermelho vivo, de início súbito e progressivo. Considerando o diagnóstico da paciente, qual é a conduta mais adequada?
- A) Toque vaginal para avaliar progressão do trabalho de parto.
 - B) Repouso absoluto, suplementação de ferro elementar e monitoramento da vitalidade fetal em ambulatório.
 - C) Internação hospitalar, hidratação venosa, reserva de concentrado de hemácias, hemograma e realização de cesariana imediatamente.
 - D) Internação hospitalar, hidratação venosa, estabilidade hemodinâmica, repouso absoluto, maturação pulmonar fetal e observar sangramentos.
29. Paciente M.I.S., 25 anos, G2P1A1, em seguimento de pós-curetagem por Mola Hidatiforme (MH), apresentou aumento de 10% dos valores de β -hCG de 3 valores no período de 2 semanas (D1, D7 e D14). Exame clínico e ginecológico normal. A conduta mais adequada a ser instituída é:
- A) Solicitar Ultrassonografia Transvaginal com Dopplerfluxometria e Radiografia do Tórax.
 - B) Solicitar Radiografia do tórax e Ressonância Nuclear Magnética do cérebro e abdome.
 - C) Administrar metotrexato (MTX) em dose única.
 - D) Realizar histerectomia total abdominal.

30. Puérpera, 10º dia pós-parto normal, apresenta dor em mama esquerda com aumento de volume em relação à mama direita, há 2 dias, acompanhada de febre (39 °C) e sensação de mal estar. Apresentou dificuldade na pega, durante os primeiros dias de puerpério. Procurou atendimento médico e realizou ultrassonografia que evidenciou um grande abscesso ocupando todo quadrante superior lateral de mama esquerda. Qual a conduta adequada do caso relatado?
- A) Drenagem do abscesso com inserção de dreno e antibioticoterapia venosa.
 - B) Suspender a amamentação da mama afetada, aspirar conteúdo do abscesso e antibioticoterapia oral.
 - C) Iniciar anti-inflamatório e antibioticoterapia oral. Suspender amamentação e solicitar US controle com 48 horas da antibioticoterapia.
 - D) Solicitar bacterioscopia, cultura e antibiograma do leite, iniciar antibioticoterapia oral e realizar drenagem do abscesso, após 48 horas, se não houver regressão dos sintomas.
31. APS, 18 anos, G1P0A0, retorna para sua 2ª consulta de pré-natal sem queixas, referindo uso de ácido Fólico 5 mg um vez ao dia, no curso da 10ª semana de gestação, portando consigo resultado de exames solicitados na primeira consulta, apresentando Sorologia de Toxoplasmose reagente: IGG (+) e IGM(+). Diante dos resultados da paciente, qual a melhor conduta a ser tomada?
- A) Solicitar teste de avidéz de IGG para toxoplasmose.
 - B) Tratar com Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido fólico.
 - C) Iniciar Espiramicina 500 mg e solicitar teste de avidéz de IGG para toxoplasmose.
 - D) Iniciar Espiramicina e solicitar a realização de amniocentese guiada por ultrasonografia para pesquisa de DNA do toxoplasma no PCR do líquido amniótico.
32. Mulher 35 anos, G1P1A0, no quarto dia de puerpério de parto vaginal, foi internada com quadro clínico de dor no baixo ventre, febre de 38,5°C persistente e loquiação fétida. Ao exame físico, apresentava dor à palpação do fundo uterino, que se encontrava amolecido e dois centímetros abaixo da cicatriz umbilical. Foi iniciado tratamento para endometrite puerperal com Gentamicina 240 mg por dia, IV, dose única diária, associada à Clindamicina 900 mg, IV, de 8/8h. Após 72 horas de tratamento, puérpera permanece febril. Qual sua conduta diante dessa situação?
- A) Investigar outras causas de febre com recursos de imagem.
 - B) Substituir o tratamento iniciado por Clavulonato de Amoxicilina oral.
 - C) Aumentar a dose do tratamento iniciado com Clindamicina e Gentamicina.
 - D) Manter o tratamento iniciado por pelo menos 5 dias para avaliar a resposta terapêutica.
33. Paciente L.A.T., 25 anos, primigesta, 34 semanas de gestação, procura emergência obstétrica com queixas de cólicas e perda de tampão mucoso. Ao exame, dinâmica uterina irregular palpável, BCF= 148bpm e colo uterino posterior, apagado 50% e dilatado 2 cm. Apresentação cefálica. Membranas Íntegras. Qual a melhor conduta?
- A) Atosibana, sulfato de magnésio e ampicilina.
 - B) Nifedipino, betametasona e penicilina cristalina.
 - C) Indometacina, dexametasona e sulfato de magnésio.
 - D) Repouso no leito, hidratação, betametasona e penicilina cristalina.
34. Gestante, 35 anos, G1P0A0, compareceu à consulta de rotina pré-natal com 15 semanas de gestação, apresentando resultado de glicemia de jejum de 120mg/dl realizada há duas semanas. Desconhece antecedentes familiares de Diabetes e no momento sem queixas. Qual a conduta conforme as novas recomendações do Ministério da Saúde (2016)?
- A) Repetir glicemia de jejum de imediato.
 - B) Realizar Teste de Tolerância à Glicose (TTGO 75g) imediatamente.
 - C) Realizar Teste de Tolerância à Glicose (TTGO 75g) entre 24 a 28 semanas de gestação.
 - D) Iniciar conduta de acompanhamento pré-natal para o Diabetes Mellitus Gestacional diagnosticado.
35. Mulher, 65 anos, com queixa de prurido vulvovaginal que piora à noite. Ao exame: pele vulvar fina e enrugada com pápulas e placas brancas peroladas bem definidas, que envolvem a vulva e o ânus em forma de um “8”. Qual o tratamento adequado?
- A) Pomada de propionato de clobetasol a 0,05%.
 - B) Pomada de testosterona a 2%.
 - C) Nistatina creme.
 - D) Estriol creme.

36. Paciente, 37 anos, G1P0A0, procura a emergência com laudo de ultrassonografia demonstrando gravidez única de 11s2d de idade gestacional com presença de embrião, mas atividade cardíaca não foi visualizada durante o exame. Gestante traz Ultrassonografia realizada há 30 dias com o mesmo laudo de ausência de atividade cardíaca. Paciente informa desejo de engravidar novamente, nega cólicas ou sangramento vaginal no momento. Diante do quadro exposto acima, qual a melhor conduta a ser tomada?
- Utilizar Velas de Hegar para dilatação do colo uterino e posterior realização de curetagem uterina.
 - Usar misoprostol 400 mcg via vaginal, e realizar esvaziamento uterino através da Aspiração Manual Intra-Útero – AMIU.
 - Usar misoprostol 400 mcg via vaginal e aguardar a expulsão completa do embrião e saco gestacional, evitando o procedimento invasivo.
 - Aguardar o aparecimento de cólicas ou sangramento. Orientar a paciente quando deverá retornar a unidade hospitalar para realização da curetagem uterina.
37. Paciente N.J.A., 19 anos, secundigesta e gestação a termo com quadro associado de diabetes mellitus (glicemia em jejum apresentado na 1ª consulta: 205mg/dl). Encaminhada pelo pre-natalista ao atendimento obstétrico de hospital terciário com finalidade de decisão sobre resolução da gestação e via de parto. Realizada avaliação da vitalidade fetal com cardiocotografia (CTG) computadorizada, onde evidenciou-se variação de curta duração (short-term variation/STV) = 1,4ms, conforme figura abaixo. Após avaliação do exame e quadro clínico, devemos definir que:



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

- A CTG computadorizada mostra padrão terminal. Indicado cesárea.
 - A CTG computadorizada mostra padrão tranquilizador. Indicado parto normal por indução.
 - A CTG computadorizada mostra padrão tranquilizador. Indicado aguardar trabalho de parto com avaliação contínua da vitalidade fetal.
 - A CTG computadorizada foi utilizada de forma equivocada, não necessitando avaliação de vitalidade fetal para indicar resolução e via de parto.
38. Mulher, 40 anos, G5P4A1, concebeu feto vivo de 39 semanas após 12 horas de trabalho de parto por via vaginal em maternidade do interior. Feto pesou 3.900 g, APGAR 8 e 10 no primeiro e quinto minutos respectivamente. Após o parto, foram realizados clampeamento tardio do cordão e estímulo à amamentação na primeira hora. Além disso, realizados tração controlada do cordão, aplicação de 10 UI de Ocitocina IM, delivramento assistido da placenta em BS com cotilédones íntegros e 3 vasos no cordão, além de revisão do trajeto vaginal conforme recomendações da OMS (2012) para prevenção de hemorragia uterina. Duas horas após o delivramento, a mulher queixou-se de tontura, e apresentou-se hipocorada (3+/4+), hipotensa (PA:80 x 40 mmHg), FC: 110 bpm e com sangramento transvaginal volumoso. Considerando as principais causas de hemorragia puerperal, proponha a melhor conduta para abordagem dessa paciente.
- Reposição de sangue. Compressão bimanual do útero. Histerectomia.
 - Reposição de cristaloides. Compressão bimanual do útero. Ocitócitos.
 - Reposição de cristaloides. Compressão bimanual do útero. Curetagem uterina.
 - Reposição de cristaloides. Compressão bimanual do útero. Tamponamento uterino.

39. Mulher de 50 anos, nuligesta, IMC=35 Kg/m², menopausada há 2 anos, diabética; nega terapia hormonal, no entanto apresentou episódio de sangramento transvaginal discreto por 3 dias. Realizou ultrassom transvaginal que evidenciou endométrio heterogêneo e espessura de 18 mm. Biópsia do endométrio revelou hiperplasia endometrial atípica. Diante desse quadro, qual a melhor conduta?
- A) Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel.
 - B) Histerectomia total com salpingooforectomia bilateral e coleta de lavado peritoneal.
 - C) Histeroscopia com ablação do endométrio e monitoramento anual com ultrassonografia.
 - D) Repetir biópsia endometrial após 6 ciclos de acetato de medroxiprogesterona 10 a 20mg/dia.
40. Mulher, 19 anos, G1P0, comparece ao pronto-atendimento de maternidade de referência para atenção de nível terciário com 32 semanas de gestação, queixando-se de cefaleia intensa e visão turva. Refere boa movimentação fetal e nega dor abdominal ou perda de secreções vaginais. Ao exame: PA= 150 x 100 mmHg, altura uterina = 30 cm, contrações uterinas ausentes, FC:80 bpm, FR:18 rpm e toque vaginal não realizado. Realizada cardiotocografia categoria I. Exames laboratoriais: Labstix (+/4+) de proteínas. TGO, TGP, Plaquetas, Creatinina, Bilirrubinas e LDH em níveis dentro da normalidade. Diante do caso, qual a melhor conduta para o binômio materno-fetal?
- A) Internar, iniciar sulfato de magnésio e indicar cesárea de imediato.
 - B) Estabilizar com anti-hipertensivo e sulfato de magnésio. Fazer corticoide e resolução de gestação após 48h, se não houver estabilidade clínica materno e fetal.
 - C) Estabilizar com anti-hipertensivo e sulfato de magnésio. Fazer esquema de corticoide. Acompanhar ambulatorialmente até 37 semanas se mãe e feto estáveis.
 - D) Iniciar anti-hipertensivo; corticoide e sulfato de magnésio. Vigilância fetal e materna diárias em serviço de alto risco. Resolução da gestação no termo se mãe e feto estáveis.