



Edital Nº 03/2016

CADERNO DE QUESTÕES

Data: 13 de novembro de 2016.

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

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

INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, bem como 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 prevista no Anexo III, conforme no 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!

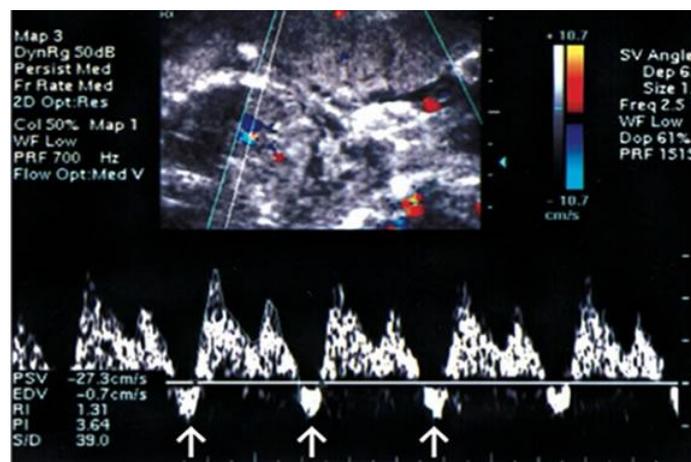
Inscrição

Sala

PSU-RESMED/CE - 2017

- 01.** Primigesta, 15 anos, foi admitida em trabalho de parto ativo, com dilatação cervical de 6 cm, apresentação cefálica em plano "0" de DeLee, com sutura sagital mais próxima do sacro. Como se denomina esse achado na estática fetal?
- A) Sinclitismo.
 - B) Variedade de posição.
 - C) Assinclitismo anterior.
 - D) Obliquidade de Litzman.
- 02.** Gestante, com 40 semanas, encontra-se em acompanhamento de trabalho de parto. Ao verificar o partograma, percebe-se que a mesma apresenta dilatação completa há aproximadamente 3 horas. Ao avaliá-la, há a confirmação da dilatação total do colo, com cabeça do feto visível e presença de contrações de expulsão. Realizada ausculta fetal, identifica-se frequência cardíaca fetal em torno de 100 batimentos por minuto. Conforme a última diretriz de assistência ao parto do Ministério da Saúde do Brasil (2015), qual a melhor conduta a ser adotada?
- A) Considerar o uso de ocitocina e realização de analgesia regional.
 - B) Considerar o uso de parto instrumental, vácuo-extrator ou fórceps.
 - C) Proceder medidas de apoio e encorajamento e nova avaliação após 1 hora.
 - D) Promover medidas de apoio e encorajamento e avaliar a necessidade de analgesia.
- 03.** Primigesta, com 37 semanas, submetida a parto cesárea por gestação gemelar com primeiro feto pélvico. Durante a histerorrafia, a paciente evoluiu com queda importante da pressão arterial, taquicardia e sangramento abundante. Foi realizada massagem uterina e foram utilizadas drogas uterotônicas como ocitocina, ergotamina e misoprostol, sem obtenção de sucesso. Qual o procedimento cirúrgico a ser realizado, a seguir, para o controle da hemorragia?
- A) Histerectomia subtotal.
 - B) Embolização seletiva arterial.
 - C) Sutura hemostática de B-Lynch.
 - D) Ligadura das artérias hipogástricas.
- 04.** Primigesta comparece para avaliação pré-natal e exame de imagens com idade gestacional estimada por ultrassom precoce em 37 semanas e 1 dia. Ao ultrassom, peso fetal estimado em 2100g (percentil 1) e índice de líquido amniótico de 90mm. A ultrassonografia com Doppler evidencia índice de pulsatilidade nas artérias uterinas e umbilicais acima do percentil 95. Artéria cerebral média e relação cérebro/umbilical no percentil 50. Qual a melhor conduta para essa gestação?
- A) Repetir Doppler arterial em uma semana.
 - B) Realizar Doppler do ducto venoso.
 - C) Realizar perfil biofísico fetal.
 - D) Resolver a gestação.
- 05.** Primigesta de 16 anos, idade gestacional de 16 semanas, acompanhada na UBASF, realizou rastreamento inicial para sífilis, tendo apresentado resultado de VDRL reagente (1:64) e confirmado com teste treponêmico (FTA-ABs). Prescreveu-se o tratamento conforme orientado pelo manual do Ministério da Saúde do Brasil. Após término do tratamento, realizou-se nova coleta de VDRL para seguimento terapêutico, com resultado 1:32. Observando-se a queda dos níveis plasmáticos do VDRL, em qual situação melhor enquadra-se a gestante?
- A) Inadequadamente tratada, devendo realizar novo curso de tratamento.
 - B) Inadequadamente tratada, devendo realizar novo teste treponêmico (FTA-ABs).
 - C) Adequadamente tratada, devendo realizar nova dosagem de VDRL próximo ao parto.
 - D) Adequadamente tratada, devendo realizar nova dosagem de VDRL no terceiro trimestre.

06. Primigesta de 32 anos, com gestação de 29 semanas, realizou exame de ultrassonografia que evidenciou peso fetal de 900g e índice de líquido amniótico = 50mm. O Doppler da artéria umbilical evidenciou diástole zero. O Doppler da artéria cerebral média evidenciou índice de pulsatilidade (IP) com valor diminuído. O Doppler de ducto venoso foi o encontrado na figura a seguir, com IP do ducto = 2,0. Ante o quadro apresentado, qual a melhor conduta obstétrica?



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

- A) Resolução imediata da gravidez.
 B) Administrar corticoide e resolução em 72 horas.
 C) Reavaliação diária com Doppler e cardiocotografia.
 D) Reavaliação duas vezes por semana, com Doppler e perfil biofísico.
07. Você está de plantão em uma maternidade terciária e atende uma paciente de 25 anos, G2P1 (1 parto cesárea anterior há 3 anos), com idade gestacional de 34 semanas com queixa de perda de grande quantidade de líquido há mais ou menos 1 hora. Ao exame: PA: 110x70mmHg; BCF: 150bpm; cardiocotografia tranquilizadora, dinâmica uterina ausente; Exame especular: identificada grande quantidade de líquido claro fluindo pelo orifício cervical externo. Qual a conduta mais adequada?
- A) Antibioticoterapia, tocolítico, corticoide e indução com misoprostol.
 B) Profilaxia antibiótica para estreptococo do grupo B e parto cesárea imediato.
 C) Antibioticoterapia, tocolítico, corticoide e aguardar completar dose de corticoide para programar resolução.
 D) Corticoide, profilaxia antibiótica para estreptococo do grupo B e programar resolução após completar dose de corticoide.
08. Tercigesta, 38 anos, com 10 semanas de gestação pela data da última menstruação, procura a emergência com queixa de sangramento transvaginal. Refere náuseas e vômitos persistentes. Ao toque vaginal: colo semipérvio, amolecido, com sangramento moderado. Exame abdominal: altura uterina de 20cm, batimentos fetais não identificados com sonar. BHCG: 100.000mUI/mL. Ultrassonografia mostrou cavidade uterina preenchida por inúmeras áreas arredondadas anecoicas e ovários aumentados de volume com diâmetro longitudinal de 15cm e com múltiplas coleções simples com conteúdo anecogênico. Diante da principal suspeita diagnóstica, a melhor conduta seria:
- A) Aspiração manual intrauterina.
 B) Histerectomia com ooforectomia bilateral.
 C) Curetagem uterina convencional, devido ao volume uterino.
 D) Aspiração manual intrauterina, seguida de ooforectomia bilateral.
09. As medidas de rastreamento das principais complicações da gestação incluem avaliações bioquímicas e biofísicas. Levando em consideração a oportunidade e a possibilidade de prevenção baseada em evidências científicas, qual medida deve ser acrescentada ao exame morfológico fetal de segundo trimestre em populações de alto risco, assintomáticas?
- A) Swab retal e vulvar para cultura de estreptococos do grupo B.
 B) Dosagem da Fibronectina fetal no conteúdo vaginal.
 C) Dopplervelocimetria de artérias uterinas.
 D) Medida do colo uterino via transvaginal.

10. MTTA, solteira, 25 anos, com atraso menstrual seguido de discreto sangramento transvaginal e beta-hCG de 4.500mUI/mL. Realizou exame de ultrassonografia transvaginal, que evidenciou saco gestacional em anexo direito, com maior diâmetro de 3,8cm e embrião com CCN de 8mm, sem batimentos cardíacos. Assinou termo de consentimento para tratamento clínico com metotrexato (MTX), dose única de 50mg/m², intramuscular. O beta-hCG foi dosado nos dias 4º e 7º após o uso de MTX, apresentando queda de 5% no 7º dia. Ante o exposto, qual a melhor conduta?
- A) Expectante, com acompanhamento seriado do beta-hCG.
 - B) Repetir o MTX no 7º dia, na mesma dosagem.
 - C) Duplicar a dosagem do MTX no 7º dia.
 - D) Associar MTX com actinomicina D.
11. Mulher, 30 anos, procura assistência médica referindo dor pélvica crônica há 2 anos. Além disso, apresenta dismenorreia primária de grande intensidade, dispareunia de profundidade e disquezia no período menstrual. Quanto à estratégia diagnóstica assinala a alternativa correta.
- A) Associar o exame físico ginecológico e o ultrassom transvaginal com dopplervelocimetria para avaliação da principal hipótese que é adenomiose.
 - B) Realizar exame ginecológico minucioso. Se no toque bimanual houver dor à mobilização uterina, iniciar tratamento para Doença Inflamatória pélvica.
 - C) Após exame físico ginecológico, realizar ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal adequado para visualizar lesões profundas de endometriose.
 - D) Após exame físico ginecológico, solicitar tomografia computadorizada pélvica para melhor avaliação e melhor determinação de desordens de partes moles como a endometriose.
12. Mulher de 60 anos com diagnóstico de incontinência urinária de esforço após tosse, deambulação e mudança de decúbito, com uso frequente de fraldas. Apresentava, ao estudo urodinâmico, pressão de perda aos 200ml de 50 cm de H₂O com perda de urina a partir de 100 ml de volume infundido após tosse, sem contrações não inibidas. Ao exame físico apresenta pela padronização de prolapso de órgãos pélvicos (POP-Q): Aa=-1, Ba=0, Ap=-2, Bp=-2, C=-6, D=-8, HG=3, CP=3, CVT= 9. Quanto à conduta nesse caso, assinala a assertiva correta referente ao melhor procedimento cirúrgico e sua respectiva justificativa.
- A) Correção cirúrgica com sling transobturatório, devido ao grave defeito esfinteriano.
 - B) Correção cirúrgica com sling transobturatório e fixação sacroespinal, devido ao prolapso genital.
 - C) Correção cirúrgica com sling retropúbico e colpoplastia anterior, devido ao grave defeito esfinteriano.
 - D) Correção cirúrgica com sling retropúbico e redução de ligamentos uterossacrais, devido ao prolapso genital.
13. Casal infértil quer iniciar tratamento para conseguir engravidar. Foram investigados clínica e laboratorialmente os fatores masculinos, ovulatórios e hormonais, sendo a causa tubária a mais aparente da infertilidade (histerossalpingografia com opacidade de ambas as trompas). Realizou ainda ultrassonografia pélvica transvaginal para mapeamento de endometriose com imagem sugestiva de lesão intestinal profunda em reto. Paciente permanece assintomática clinicamente, sem dor pélvica ou dispareunia. Uma vez que o casal permanece com forte desejo de engravidar, o tratamento indicado deve ser:
- A) inseminação artificial, com capacitação espermática anterior associada à indução da ovulação.
 - B) salpingoplastia bilateral laparoscópica, associada à inseminação artificial e indução da ovulação.
 - C) tratamento cirúrgico laparoscópica, com ressecção das lesões intestinais e, só depois, indução da ovulação com coito programado.
 - D) fertilização *in vitro* inicialmente. Se não houver sucesso, realizar cirurgia laparoscópica para ressecção de focos de endometriose.

14. Mulher, 45 anos, refere perda urinária contínua. Relata que não tem controle urinário com necessidade de uso de fralda há 3 meses. Nega urgência urinária. Refere que há cerca de 3 meses submeteu-se à histerectomia total por mioma uterino. Realizou o teste das gases com azul de metileno e houve embebição de azul das gases vaginais. Realizou ainda Uretrocistoscopia diagnóstica cujo laudo foi normal. Considerando o diagnóstico mais provável, qual exame complementar e qual correção cirúrgica seriam indicados?
- A) Tomografia computadorizada contrastada/ Cirurgia de O'Connor.
 - B) Cistografia com pielografia retrógrada/Cirurgia de ureteroneocistostomia.
 - C) Cistografia com pielografia retrógrada/Cirurgia de Latzko com retalho de Matzius.
 - D) Tomografia computadorizada contrastada /Cirurgia de Latzko com retalho de Matzius.
15. Paciente, 28 anos, nuligesta, é encaminhada para assistência terciária com quadro algico pélvico importante, dispareunia e disquezia, sem melhora clínica após tratamento com progestágeno. Realizou ultrassom transvaginal com preparo intestinal para mapeamento de endometriose que mostrou imagem sugestiva de lesão na superfície do reto a 10 cm da borda anal, de 2 cm de diâmetro, com profundidade até muscular própria. Foi indicada laparoscopia para ressecção de endometriose profunda. Quanto à lesão endometriótica intestinal, a técnica cirúrgica mais adequada é:
- A) cauterização do foco intestinal com pinça bipolar.
 - B) ressecção da parede anterior do reto com grampeador circular.
 - C) ressecção segmentar do intestino acometido, associado à ileostomia.
 - D) "Shaving" da lesão do reto e sutura laparoscópica, para reforço da camada excisada.
16. Mulher, 70 anos, com prolapso genital, submeteu-se à correção cirúrgica do prolapso por via vaginal e uma das técnicas utilizadas foi a fixação da cúpula vaginal no ligamento sacroespinal. Dentre as assertivas abaixo, assinale a correta quanto a indicação adequada e duas complicações associadas a essa técnica cirúrgica.
- A) Prolapso uterino Estádio-III / Prolapso de parede vaginal anterior e dor na nádega.
 - B) Prolapso de parede vaginal posterior Estádio-IV / Enteroccele e dor na face interna da coxa.
 - C) Prolapso de cúpula vaginal Estádio-IV / Prolapso de parede vaginal posterior e ligadura de ureter.
 - D) Prolapso de parede vaginal anterior Estádio-III / lesão de artéria pudenda e prolapso de parede vaginal posterior.
17. Mulher, 25 anos, obesidade grau 3, apresenta-se assintomática à consulta ginecológica. Realizou ultrassonografia transvaginal que mostrou imagem heterogênea em anexo esquerdo com contornos regulares e conteúdo sólido em seu interior. Será submetida à ooforoplastia laparoscópica por suspeita de teratoma ovariano. Ao iniciar a cirurgia laparoscópica, o acesso inicial à cavidade deve ser:
- A) inserção inicial de trocarer de 10mm umbilical com angulação de 90 graus do tecido sem confecção de pneumoperitônio.
 - B) inserção inicial de agulha de veress, para confecção de pneumoperitônio, seguida de inserção de trocarer de 10mm umbilical com angulação mínima de 30 graus do tecido.
 - C) inserção inicial de agulha de veress, para confecção de pneumoperitônio e, em seguida, inserir o trocarer de 10mm com angulação de 30 graus para inserção técnica fechada.
 - D) técnica aberta infraumbilical para confecção de pneumoperitônio pela facilidade de escassez de tecido adiposo, nesse local, seguido de inserção de trocarer de 10mm umbilical com angulação de 90 graus do tecido.
18. Mulher, 58 anos, submeteu-se a sacrocolpopexia laparoscópica para correção de prolapso de cúpula vaginal. Após passagem de agulha no ligamento longitudinal anterior do promontório sacral, foi observado sangramento significativo. A passagem dessa sutura está associada à maior risco de lesão de que vasos?
- A) Artéria retal média e veia ilíaca comum direita.
 - B) Artéria ilíaca comum direita e artéria sacral lateral.
 - C) Artéria sacral média e veia ilíaca comum esquerda.
 - D) Artéria ilíaca comum esquerda e plexo venoso pré-sacral.

19. Paciente, 63 anos, realizou histerectomia abdominal total com salpingectomia bilateral e esvaziamento ganglionar ilíaco, obturatório e para-aórtico para neoplasia de endométrio. Submeteu-se à incisão de Maylard para acesso à cavidade pélvica. Evolui, após 3 meses da cirurgia, com dor e sensação de formigamento sobre a cicatriz cirúrgica à altura da fossa ilíaca esquerda, irradiada para a porção superior da coxa, além de dificuldade de urinar e defecar. Assinale a assertiva correta quanto à principal hipótese diagnóstica.
- A) Encarceramento cicatricial dos nervos ílio-hipogástrico (L1) e subcostal (T12) e lesão dos nervos hipogástricos superiores (S1-S4), nervi erigenti.
 - B) Encarceramento cicatricial dos nervos ílio-hipogástrico e ilioinguinal (L1) e lesão do plexo hipogástrico inferior (S1-S4), gânglio de Frankenhäuser.
 - C) Encarceramento cicatricial de extensões abdominais dos nervos intercostais (T7–11) e nervo subcostal (T12) e lesão dos nervos hipogástricos superiores (S1-S4), nervi erigenti.
 - D) Encarceramento cicatricial de extensões abdominais dos nervos intercostais (T7–11) e nervo subcostal (T12) e lesão do plexo hipogástrico superior (S1-S4), gânglio de Frankenhäuser.
20. Mulher, 62 anos, com queixa de prurido vulvovaginal que piora à noite. Ao exame: pele vulvar fina e enrugada com pápulas atróficas branquicentas coalescentes em placas semelhantes à porcelana, com regressão dos pequenos lábios, encobrimento do clitóris sem envolvimento vaginal. A lesão estende-se ao períneo e ao ânus em forma de um “8”. Quanto ao diagnóstico mais provável e à conduta adequada, assinale a assertiva correta.
- A) Vulvovaginite atrófica – Estriol creme vaginal.
 - B) Líquen plano erosivo – pomada de testosterona a 2%.
 - C) Líquen plano papuloescamoso – pomada de nistatina 100.000 U/g.
 - D) Líquen escleroso – pomada de propionato de clobetasol a 0,05%.