



Edital Nº 03/2017

CADERNO DE QUESTÕES

Data: 05 de novembro de 2017.

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 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.

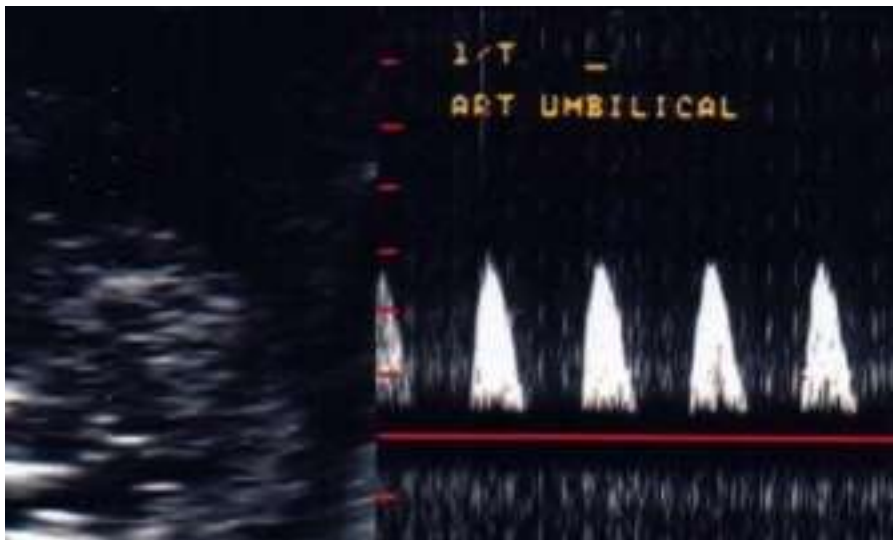
Boa prova!

Inscrição

Sala

PSU-RESMED/CE - 2018

- 01.** Gestante 16 anos, G1P0A0, 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) Iniciar tratamento imediato com penicilina benzatina e colher amostra de sangue para teste não treponêmico.
 - C) Convocar o parceiro para a próxima consulta e coletar amostra de sangue para teste não treponêmico no parceiro.
 - D) Encaminhar para pré-natal de alto risco e repetir teste rápido para sífilis, com 7 dias, para confirmação diagnóstica.
- 02.** 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.
- 03.** 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.

04. 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.
- Massagem uterina isolada.
 - Misoprostol 200mcg por via retal.
 - Ocitocina em doses elevadas (20 UI).
 - Ocitocina (5-10 UI) e ácido tranexâmico (0,5 - 1,0g) endovenosos.
05. 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 2)

- Aspiração intrauterina.
 - Metotrexato intramuscular.
 - Repetir beta HCG em 2 dias.
 - Misoprostol vaginal para eliminação do conteúdo.
06. 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?
- Cesárea com histerotomia corporal clássica, seguida de extração manual da placenta.
 - Cesárea com histerotomia segmento-corporal, seguida de extração manual da placenta e metotrexato.
 - Cesárea com histerotomia corporal clássica, seguida de histerorrafia e histerectomia com placenta "in situ".
 - Cesárea com histerotomia corporal clássica, com ligadura do cordão junto à placenta, seguido de metotrexato.

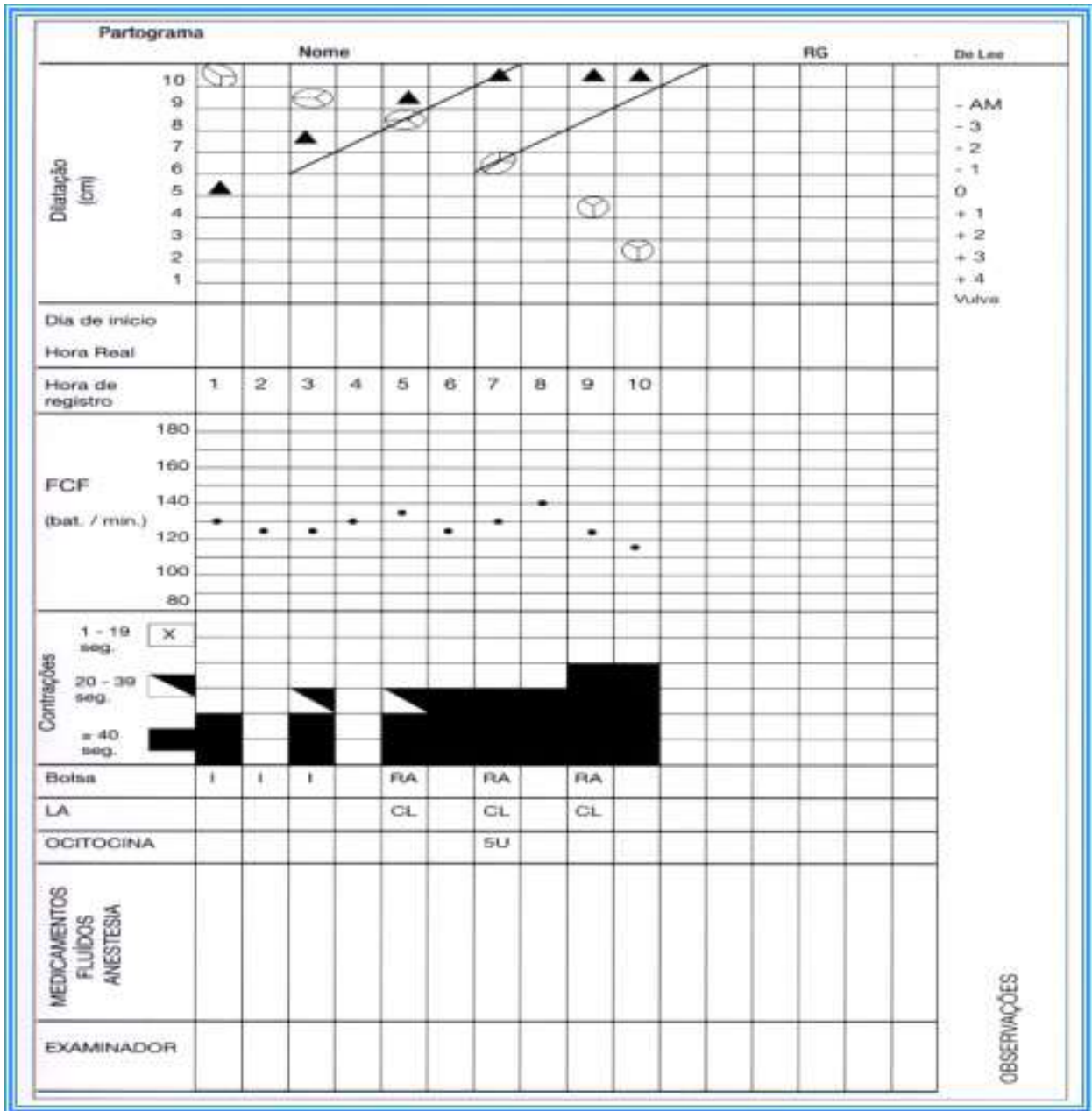
07. Gestante de 14 semanas, com gravidez resultante de estupro, é submetida à indução do abortamento com misoprostol. Evolui com cólicas intensas e sangramento transvaginal significativo, com pressão arterial de 90 x 50mmHg e pulso de 120bpm. Encaminhada ao Centro Obstétrico, o obstetra, encontrando-se 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.
08. 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.
09. 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 3)

- A) Restrição seletiva tipo I
 B) Restrição seletiva tipo II
 C) Restrição seletiva tipo III
 D) Restrição seletiva tipo IV

10. 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.
11. 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.

12. 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 disporeunia 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) Prescrição de dianogeste para diminuir progressão da lesão e acompanhar a cada 6 meses com ultrassom com mapeamento para endometriose.
 - C) Laparoscopia cirúrgica com drenagem e excisão da cápsula do endometrioma, além de exérese de outros focos de endometriose, se existirem.
 - D) Expectante, pois paciente é oligossintomática e a endometriose é uma doença benigna sem necessidade de abordagem cirúrgica nesses casos.
13. 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 etonorgestrel.
 - D) Anticoncepcional oral combinado de baixa dosagem.
14. 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) Mamografia e ressonância magnética das mamas devem ser iniciadas com a idade de 30 anos e continuadas enquanto a mulher estiver em boa saúde.
 - C) 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.
 - D) Ressonância magnética das mamas é indicada no rastreamento, não sendo recomendada a avaliação mamográfica simultânea em mulheres jovens devido a maior densidade mamária.
15. 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.
16. 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?
- A) Prolapso de parede vaginal anterior E-III, posterior E-III, apical E-III. Colpocleise.
 - B) Prolapso de parede vaginal anterior E-III, posterior E-II, apical E-III. Cirurgia de Manchester, colpoplastia anterior e posterior.
 - C) 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.
 - D) 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.

17. 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?
- A) Conização a frio com margens amplas.
 - B) Traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica.
 - C) Radioterapia neoadjuvante e quimioterapia com cisplatina.
 - D) Histerectomia radical modificada e linfadenectomia pélvica.
18. 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?
- A) Cefoxitina endovenosa + metronidazol oral associado a vídeo-laparoscopia.
 - B) Azitromicina + ciprofloxacina orais associado a drenagem por culdocentese.
 - C) Cefoxitina endovenosa + doxiciclina oral associado a laparotomia exploradora.
 - D) Clindamicina + gentamicina endovenosa associado a reavaliação clínica em 48 horas.
19. 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.
20. 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.