



Edital N° 03/2018

CADERNO DE QUESTÕES

Data: 04 de novembro de 2018.

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 estabelecida 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 dois últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Inscrição

Sala

PSU-RESMED/CE - 2019

01. Gestante comparece à sua primeira consulta de pré-natal com idade gestacional de 12 semanas. Durante anamnese identifica-se que a mesma apresenta histórico de síndrome dos ovários policísticos prévio à gestação, bem como encontra-se com sobrepeso e acantose nigricans ao exame físico. Qual exame você solicitaria para o rastreamento de diabetes nesta gestante?
- A) Glicemia de jejum, imediatamente.
B) Teste oral de tolerância a glicose com 75g, imediatamente.
C) Teste oral de tolerância a glicose com 75g, entre 24 e 28 semanas.
D) Glicemia pós-prandial e hemoglobina glicada, entre 24-28 semanas.
02. Paciente secundípara evolui com trabalho de parto eutócico, a termo, sem intercorrências. Refere antecedente obstétrico de sangramento transvaginal importante durante o quarto período do parto anterior. Qual o fator mais importante para reduzir as perdas sanguíneas no pós-parto?
- A) Massagem uterina após delivramento da placenta.
B) Tração controlada do cordão durante expulsão da placenta.
C) Clampeamento precoce do cordão umbilical do recém-nascido.
D) Administração de uterotônicos após o desprendimento da cintura escapular.
03. Paciente gestante, com quadro de hipertensão, realizou avaliação ultrassonográfica do feto, onde constatou-se peso fetal no percentil 7 e doppler com sonograma apresentado na figura abaixo.

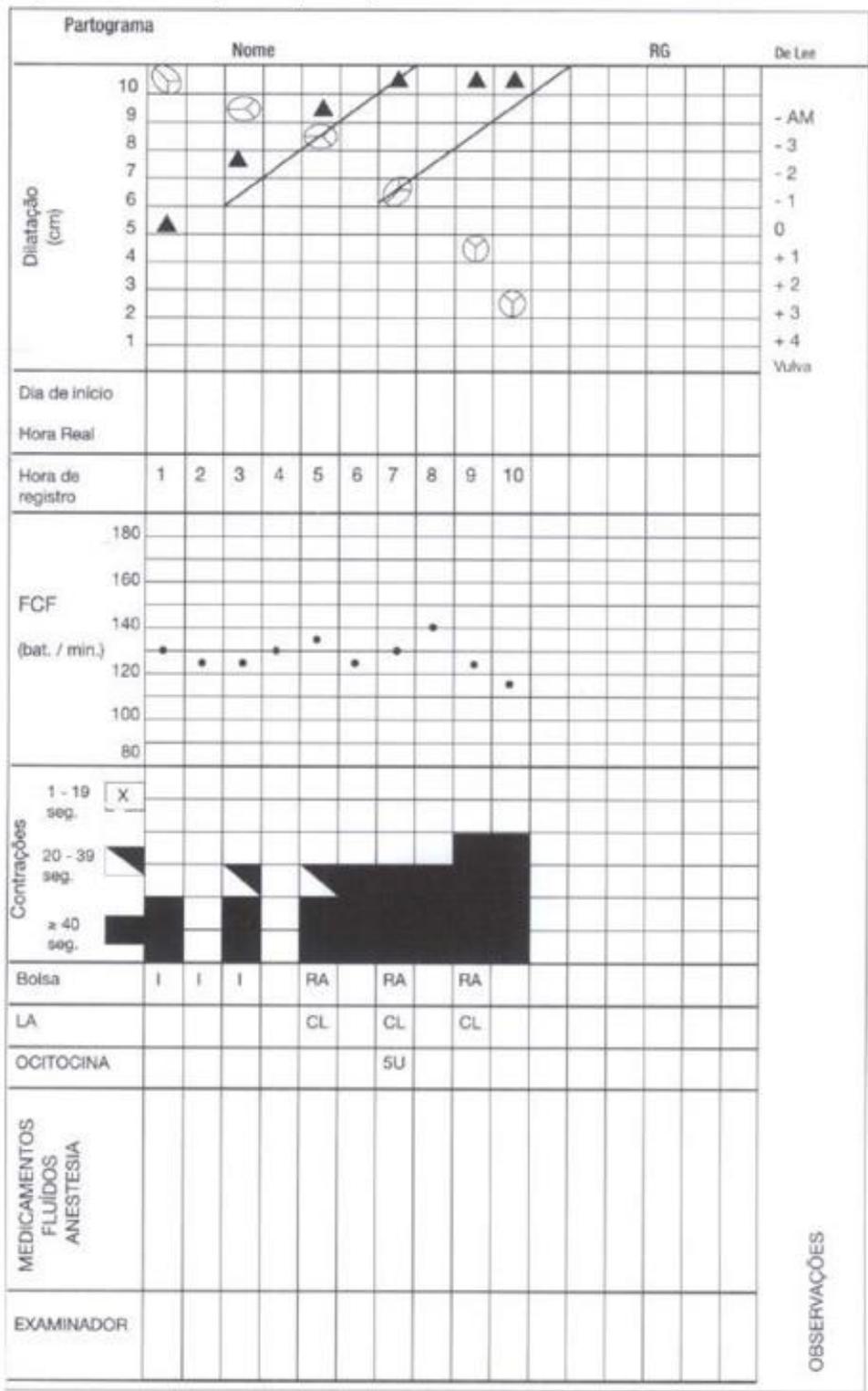


Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

A partir deste exame de imagem, defina qual vaso avaliado e o diagnóstico da alteração de crescimento fetal corretos.

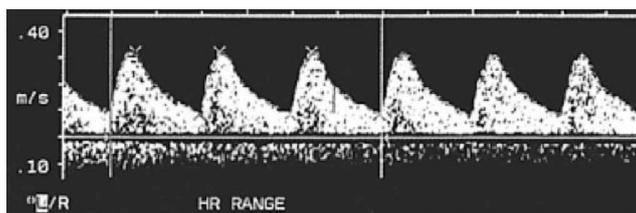
- A) Artéria umbilical e restrição de crescimento fetal estágio 1.
B) Artéria Cerebral Média e Restrição do Crescimento Fetal estágio 2.
C) Artéria Umbilical e Restrição do Crescimento Fetal estágio 3.
D) Ducto Venoso e Restrição do Crescimento Fetal estágio 4.
04. Mulher de 24 anos encontra-se internada por uma gravidez viável de 10 semanas decorrente de violência sexual. Está em indução de aborto com misoprostol e começa a sangrar. Como o médico plantonista pode proceder em relação à objeção de consciência?
- A) O procedimento deve ser adiado até que haja um plantonista sem objeção de consciência.
B) O médico deve realizar o procedimento após autorização judicial por tratar-se de uma gestação viável.
C) O médico pode recusar-se a realizar o procedimento, desde que haja outro plantonista que possa realizá-lo.
D) O médico não tem o direito de alegar objeção de consciência por tratar-se de um procedimento previsto em lei.

05. Você assume o plantão e se depara com o partograma abaixo. Defina a principal causa deste tipo de distócia.



- A) Assinclitismo.
- B) Macrossomia fetal.
- C) Desproporção cefalo-pélvica.
- D) Hipocontratilidade uterina.

06. Multípara de 40 anos, hipertensa, pós-parto vaginal imediato de feto macrossômico, evoluiu com sangramento transvaginal volumoso e palidez. Ao exame físico, evidencia-se pressão arterial de 100x50mmHg e pulso de 100bpm, além de fundo uterino amolecido 2 polpas digitais acima da cicatriz umbilical. Qual a conduta imediata a ser tomada, além das medidas iniciais de suporte como hidratação, oxigênio, monitorização e massagem uterina bimanual?
- Prescrever ocitocina e ácido tranexâmico.
 - Revisar canal de parto e instalar ocitocina.
 - Instalar ácido tranexâmico e 2 concentrados de hemácias.
 - Revisar canal de parto e instalar 2 concentrados de hemácias.
07. Paciente trazida à emergência obstétrica de hospital terciário, apresentando quadro de febre, taquicardia, hipotensão, dispneia, oligúria e confusão mental. Acompanhante refere abortamento provocado em ambiente não hospitalar com manipulação uterina. Qual a conduta inicial correta?
- Coleta de lactato sérico e hemocultura, antibióticos de largo espectro, reposição volêmica agressiva e curetagem uterina.
 - Vasopressores, antibioticoterapia, reavaliação da volemia e perfusão tecidual, coleta de lactato sérico e curetagem uterina.
 - Misoprostol 800mcg via vaginal, antibioticoterapia, curetagem uterina e confirmar esvaziamento uterino por ultrassom.
 - Acesso venoso, solicitar: ABO/Rh, VDRL, anti-HIV, hemograma completo e curetagem uterina 6h após misoprostol 400mcg.
08. Paciente com quadro de gestação gemelar monocoriônica/diamniótica, apresenta Ultrassom Obstétrico evidenciando idade gestacional de 30 semanas, maior bolsão de líquido amniótico em cada cavidade medindo 3 e 4 cm, discordância de pesos fetais de 25% e doppler obstétrico das artérias umbilicais dos fetos 1 e 2 conforme a figura abaixo.



Considerando os achados atuais, defina o diagnóstico e conduta adequada.

- Síndrome de Transfusão feto-fetal e resolução com 37 a 38 semanas.
 - Restrição do Crescimento Fetal Seletiva tipo I e resolução com 34 a 36 semanas.
 - Restrição do Crescimento Fetal Seletiva tipo II e resolução com 32 a 34 semanas.
 - Restrição do Crescimento Fetal Seletiva tipo III e resolução com 26 a 30 semanas.
09. Mulher de 18 anos, procura a emergência da Maternidade Escola com quadro de atraso menstrual de 7 semanas associado a sangramento vaginal de pequena intensidade e cólicas leves. Ao toque, o colo uterino encontra-se fechado. A dosagem de beta HCG quantitativo foi 42.000UI. Realizou ultrassonografia transvaginal que mostra útero aumentado de volume com imagem heterogênea com múltiplas pequenas áreas císticas em permeio. Após esvaziamento uterino, qual o seguimento inicial de beta HCG é recomendado?
- Semanal até 3 valores negativos consecutivos.
 - Semanal até 6 valores negativos consecutivos.
 - Mensal por 12 meses com beta HCG negativo.
 - Mensal por 3 meses após o primeiro valor negativo.
10. Primigesta de 16 anos encontra-se internada no centro obstétrico com atividade uterina regular (3 contrações de 50 segundos em 10 minutos), colo dilatado para 2cm, em apagamento, bolsa íntegra, altura da apresentação cefálica em -1 de De Lee. A parturiente grita desesperadamente de dor apesar do emprego de medidas não farmacológicas de alívio da dor. Qual a melhor conduta?
- Aplicar meperidina endovenosa.
 - Indicar parto cesárea imediatamente.
 - Indicar peridural a partir de 6cm de dilatação.
 - Indicar analgesia peridural imediatamente.

11. Para iniciar uma cirurgia laparoscópica ginecológica é necessário ter conhecimento anatômico da parede abdominal para inserção de trocartes e agulha de Veres. A localização da inserção e as estruturas que se deve evitar lesar com a técnica adequada são:
- A) A agulha de Veres deve ser inserida 2 cm abaixo do apêndice xifóide quando há forte suspeita de aderências em cicatriz umbilical, evitando lesão de artéria umbilical obliterada.
 - B) Os trocartes laterais devem ser inseridos no terço médio do músculo reto-abdominal bilateralmente para evitar lesão de artéria circunflexa superficial, ramo da artéria torácica superior.
 - C) O trocar lateral não deve ser inserido no músculo oblíquo externo infraumbilical para evitar lesão de artéria epigástrica inferior ramo direto da artéria ilíaca comum próximo ao canal inguinal.
 - D) O trocar acessório da fossa ilíaca direita deve ser inserido lateral ao músculo reto-abdominal visualizando sob transiluminação a artéria epigástrica superficial ramo da artéria femoral.
12. Durante a realização de uma histerectomia por via laparoscópica suspeita-se de lesão de ureter após dificultosa hemostasia da artéria uterina esquerda. Como avaliar se houve lesão ureteral?
- A) A avaliação da lesão pode ser feita através da visualização da origem da artéria uterina emergindo da artéria hipogástrica inferior que cruza o ureter posteriormente próximo ao fórnice vaginal lateral.
 - B) Avaliar a parte caudal do ureter que passa medialmente à fossa obturadora e cruza a artéria uterina, localizando-se entre esta (anterior ao ureter) e a artéria ilíaca interna ramo posterior (posterior ao ureter).
 - C) Avaliar o trajeto do ureter através do seu curso caudal paralelo e lateral à artéria ilíaca interna próximo ao ligamento uterossacro, sendo cruzado anteriormente pela artéria uterina, posteriormente pela artéria vaginal.
 - D) Avaliar a dissecação do espaço vesicovaginal se houve secção do pilar vesical onde o ureter entra pela parte inferior do ligamento cardinal, sendo uma área bastante comum de lesão durante a colpectomia após ligadura de artéria uterina.
13. Mulher, 30 anos, será submetida a cirurgia laparoscópica para exérese de foco de endometriose intestinal, em ligamento uterossacro esquerdo e septo retovaginal de 2 cm de diâmetro. No exame de imagem, evidencia-se hidronefrose leve à esquerda com estreitamento na porção distal do ureter. Qual estratégia cirúrgica para iniciar a ressecção cirúrgica do foco de endometriose, nesse caso?
- A) Identificação inicial do nervo hipogástrico e dissecação do espaço pararretal esquerdo.
 - B) Identificação dos espaços de Okabayashi e retovaginal para retirada das lesões descritas.
 - C) Dissecação de espaço retovaginal e retrorretal com neopreservação da fásia pré-sacral e retirada do uterossacro esquerdo e septo retovaginal.
 - D) Abertura do peritônio à altura de artéria ilíaca comum, identificação no espaço de Lasko do nervo hipogástrico e retirada das lesões descritas.
14. Durante a dissecação do espaço de Retzius para realização do Burch laparoscópico, quais limites devem ser seguidos e onde devem ser dados os pontos para corrigir a incontinência urinária de esforço?
- A) Bexiga posteriormente / paracolpo, lateral ao colo vesical e arco tendíneo.
 - B) Arco tendíneo lateralmente / paracolpo lateral à uretra média e arco tendíneo.
 - C) Ligamentos pubo-uretrais lateralmente / paracolpo lateral à uretra média e ligamento de Cooper.
 - D) Ligamentos umbilicais lateralmente / paracolpo lateral ao colo vesical e ligamento de Cooper.
15. Paciente, 40 anos, com sangramento uterino anormal por leiomiomas uterinos, realizará histerectomia laparoscópica de útero de 150cm³, nuligesta, sem cirurgias anteriores, IMC 40, sem outras comorbidades. Quanto à inserção do primeiro trocar, qual a melhor conduta?
- A) Realizar punção com Agulha de Veres umbilical para pneumoperitônio com angulação de 30 graus para minimizar a chance de insuflação extraperitoneal e lesão de grandes vasos.
 - B) Deve-se realizar a técnica de punção direta com trocar de 10mm na cicatriz umbilical a 90° com paciente em posição de Trendelenburg para diminuir risco de lesão de aorta e de alça intestinal.
 - C) Utilizar a técnica direta com trocar sem lâmina, 90° do abdome, realizando rotação em sentido horário e sob controle da visão em ótica de 0°, avançando sem necessidade de força axial de penetração até entrar na cavidade.
 - D) Após punção com Agulha de Veres, realiza-se o teste da gota pendente, que deve ser aspirada para a cavidade e, em seguida, deve ser colocada a mangueira do insuflador, com medida inicial de pressão intra-abdominal de 15mmHg.

16. A passagem do ponto de fixação da tela da cúpula vaginal no promontório sobre o ligamento longitudinal da coluna, após dissecação adequada do peritônio e individualização das estruturas, durante realização da cirurgia de promontofixação laparoscópica implica risco de laceração de que vasos?
- A) Veia íliaca comum direita e plexo venoso sacral.
 - B) Veia íliaca comum esquerda e artéria sacral média.
 - C) Artéria íliaca comum esquerda e plexo venoso sacral.
 - D) Artéria íliaca comum direita e artéria mesentérica inferior.
17. Mulher, 54 anos, refere aumento da frequência urinária, noctúria, dificuldade em iniciar a micção e sensação de esvaziamento vesical incompleto. Queixa ainda de perda urinária ao levantar do leito. Realizou cirurgia de sling retropúbico há 6 meses para incontinência urinária. Realizou estudo urodinâmico que mostra Fluxometria com fluxo máximo de 8ml/seg e fluxo médio de 5 ml/seg. Qual a melhor conduta?
- A) Uretrolise parcial ou total com ou sem sling.
 - B) Sling de aponeurose com colpoplastia anterior.
 - C) Anticolinérgicos e fisioterapia do assoalho pélvico.
 - D) Injeção intravesical de Toxina Botulínica ou Eletroestimulação sacral.
18. Na realização da correção de prolapso uterino por via vaginal com a fixação da cúpula vaginal no ligamento sacroespinhal, qual cuidado na técnica da passagem da agulha deve ser tomado e qual lesão vascular mais temida?
- A) Passar o ponto 2,5 cm lateral à espinha ciática / artéria pudenda.
 - B) Passar o ponto 2,5 cm medial à espinha ciática / artéria pudenda.
 - C) Passar o ponto 2,5 cm medial à espinha ciática / artéria retal inferior.
 - D) Passar o ponto 2,5 cm lateral à espinha ciática / artéria glútea inferior.
19. Durante procedimento laparoscópico para endometriose, após dissecação do espaço de Lasko, iniciou-se sangramento ativo de moderada quantidade. Qual conduta adequada para esse caso?
- A) Utilizar a Maryland monopolar no modo fulguração para controle imediato do sangramento, pois provavelmente o vaso lesado é a retal média.
 - B) Utilizar energia bipolar em pinça Kelly laparoscópica após individualização do vaso acometido e aspiração do local, sem necessidade de hemostático local.
 - C) Conter o sangramento o mais rápido possível cauterizando toda a área acometida com o bisturi ultrassônico sem necessidade de individualização das estruturas devido a segurança desse tipo de energia.
 - D) Aspirar o sangramento e manter sob pressão a área do sangramento sem necessidade de individualização das estruturas, colocando após 5 minutos substância hemostática devido risco de lesão de ureter se uso de energia no local.
20. Mulher de 35 anos retorna com resultado de exames solicitados devido a sangramento uterino anormal. Relata desejo de gestar. À histeroscopia, apresenta um mioma intramural/submucoso de 4 cm, com extensão menor do que 50% no miométrio, em topografia média de parede lateral direita, com classificação STEP-W de 5. A ultrassonografia mostrou distância do mioma até a serosa uterina de 9 mm. Qual o melhor procedimento terapêutico?
- A) Histeroscopia cirúrgica com ressectoscópio em solução manitol, mantendo balanço hídrico de até 500mL.
 - B) Histeroscopia diagnóstica com óptica de 3mm durante procedimento de Miomectomia laparoscópica.
 - C) Histeroscopia cirúrgica com ressectoscópio em solução salina, programando dois tempos cirúrgicos previamente ao procedimento.
 - D) Histeroscopia cirúrgica com material Bettocchi, programando uso de análogos de GnRH previamente ao procedimento, cerca de 2 meses antes.