



PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

ESPECIALIDADE: Mastologia

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. 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.** 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 uterossacros espessados. Qual melhor conduta?
- A) Gestrinona.
 - B) Videolaparoscopia.
 - C) Indução da ovulação.
 - D) Dienogest + valerato de estradiol.
- 02.** 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.
- 03.** Mulher de 45 anos procura ambulatório de ginecologia por apresentar queixas de perda de urina após forte e incontrolável 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 Colinérgicos M2 e M3.
 - B) Bloqueadores β 3-Adrenérgicos.
 - C) Agonistas β 3-Adrenérgicos.
 - D) Agonistas α -Adrenérgicos.
- 04.** 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.
- 05.** 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.

06. 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) Avaliação da função ovulatória, estrutura e patência do trato reprodutivo feminino por histerosalpingografia e a análise do sêmen.
 - B) Níveis séricos basais de FSH e LH, dosagem do Hormônio Anti-Mulleriano, visualização direta da cavidade uterina e da cérvix por histeroscopia.
 - C) Dosagem do Hormônio Anti-Mulleriano, estrutura e patência do trato reprodutivo feminino por histerosalpingografia e a análise do sêmen.
 - D) Visualização direta da cavidade uterina e da cérvix por histeroscopia, biópsia endometrial e a análise do sêmen.
07. 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.
08. 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)

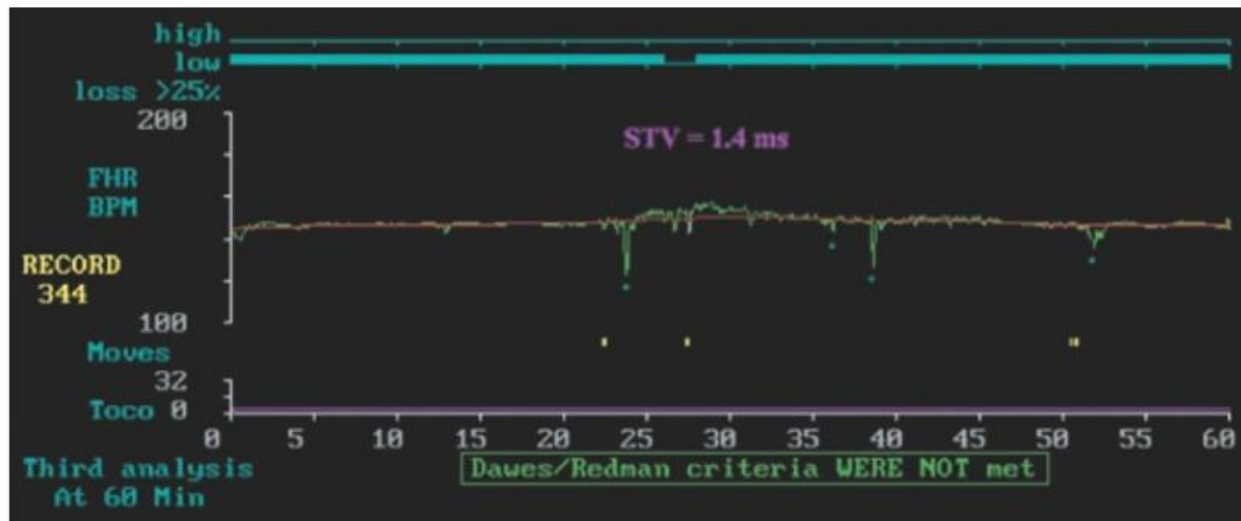
Diante desse quadro, qual a terapêutica indicada?

- 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.

09. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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) 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).
 - B) Betametasona 12 mg IM a cada 24h (2 doses) + antibioticoprofilaxia (ampicilina IV).
 - C) Betametasona 12 mg IM a cada 24h (2 doses) + antibioticoprofilaxia (clindamicina e gentamicina IV por 7 dias).
 - D) Dexametasona 6 mg IM a cada 12h (4 doses) + sulfato de magnésio + antibioticoprofilaxia (penicilina cristalina IV).
13. 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.

14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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?
- A) Utilizar Velas de Hegar para dilatação do colo uterino e posterior realização de curetagem uterina.
 - B) Usar misoprostol 400 mcg via vaginal, e realizar esvaziamento uterino através da Aspiração Manual Intra-Útero – AMIU.
 - C) Usar misoprostol 400 mcg via vaginal e aguardar a expulsão completa do embrião e saco gestacional, evitando o procedimento invasivo.
 - D) Aguardar o aparecimento de cólicas ou sangramento. Orientar a paciente quando deverá retornar a unidade hospitalar para realização da curetagem uterina.

19. 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) A CTG computadorizada mostra padrão terminal. Indicado cesárea.
- B) A CTG computadorizada mostra padrão tranquilizador. Indicado parto normal por indução.
- C) A CTG computadorizada mostra padrão tranquilizador. Indicado aguardar trabalho de parto com avaliação contínua da vitalidade fetal.
- D) A CTG computadorizada foi utilizada de forma equivocada, não necessitando avaliação de vitalidade fetal para indicar resolução e via de parto.
20. 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 cardiocotografia 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.