



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) horas**.
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 8.17 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.

Boa prova!

Fortaleza, 07 de novembro de 2021.

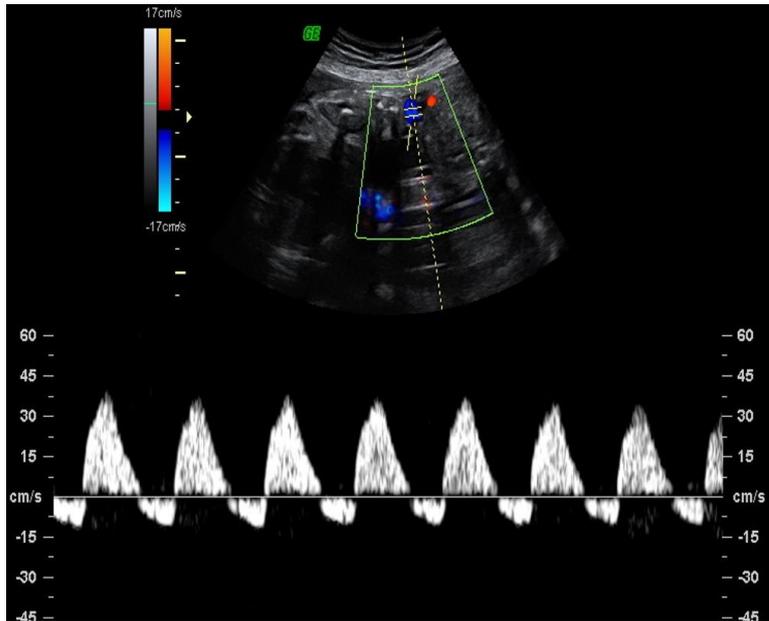
Inscrição

Sala

- 01.** Primigesta, 20 anos, inicia seu acompanhamento pré-natal com 10 semanas de gestação. Traz exames solicitados por médico em uma consulta anterior, há 15 dias, com os seguintes resultados: Hemoglobina: 12,0; Glicemia em jejum: 92 mg/dl; TSH: 4,2; Urinocultura negativa; Tipagem sanguínea: O positivo. Diante do resultado dos exames realizados, que orientação deve ser dada à paciente?
- A) Reduzir carboidratos na dieta, repetir glicemia de jejum com 14 semanas.
 - B) Reduzir ingestão calórica e realizar teste oral de tolerância à glicose entre 20 e 24 semanas.
 - C) Realizar teste oral de tolerância à glicose de imediato e se diabetes confirmada iniciar insulina.
 - D) Iniciar mudanças no estilo de vida, orientação nutricional e monitorização glicêmica diariamente.
- 02.** Paciente, 18 anos, primigesta, idade gestacional pela data da última menstruação: 7 semanas e 5 dias. Comparece ao Pronto Atendimento Obstétrico trazendo ultrassonografia, realizada há 1 dia, mostrando saco gestacional tópico, contendo embrião com CCN 10mm, sem batimentos cardíacos, no curso de 7 semanas. Não apresenta queixas de dor, nem sangramento transvaginal. Ao exame físico, encontra-se com colo uterino fechado. Qual a conduta correta a ser tomada nessa situação?
- A) Aguardar sintomas de abortamento e expulsão, nas próximas quatro semanas.
 - B) Realizar curetagem uterina de imediato e antibioticoterapia, pelo risco de infecção uterina.
 - C) Repetir a ultrassonografia em quinze dias para confirmação do diagnóstico de óbito embrionário.
 - D) Indicar dilatação do colo uterino com misoprostol, seguido de curetagem e antibioticoterapia oral.
- 03.** Paciente, 18 anos, comparece ao Pronto Atendimento em Obstetrícia com data da última menstruação incerta e portando Ultrassonografia Transvaginal evidenciando Gestação Tópica no curso de 10 semanas. Refere que a gestação foi decorrente de uma violência sexual e deseja interromper gestação. De acordo com a legislação brasileira para interrupção da gestação, qual a conduta mais adequada nesse caso?
- A) Orientar registro de Boletim de Ocorrência para resguardar a equipe médica que irá realizar a interrupção da gestação.
 - B) Realizar atendimento interdisciplinar com assistente social, psicólogo, enfermeira, obstetra, e anestesista antes de definir e realizar o procedimento.
 - C) Encaminhar paciente para exame de corpo e delito para constatação da violência sexual antes de prosseguir com os procedimentos para o abortamento.
 - D) Realizar procedimento mesmo que não concorde com o aborto, uma vez que é vedado ao médico alegar objeção de consciência nos serviços de referência para interrupção legal da gestação.
- 04.** Primigesta, 27 anos, IMC 23,5 kg/m², esportista, chega para consulta pré-natal de 25 semanas trazendo US morfológico de 2º trimestre, realizado há 1 semana, sem evidências de malformações, líquido amniótico e placenta normais. Colo uterino medindo 22 mm. Diante do US descrito e com base nas evidências mais atuais, qual a melhor conduta?
- A) Repetir US com 2 semanas para reavaliação da medida do colo.
 - B) Iniciar nifedipino na dose de 10mg 3 vezes ao dia, até 36 semanas de gestação.
 - C) Indicar o uso de pessário cervical e repouso relativo até 36 semanas de gestação.
 - D) Iniciar o uso de progesterona vaginal 200mg, 1 vez ao dia, até 36 semanas de gestação.
- 05.** Paciente, G2P1A0, 32 semanas de gestação, chega ao Pronto-Atendimento de uma Maternidade com enrijecimento do abdome de 5 em 5 minutos. Refere eliminação vaginal tipo um "catarro" com "raios de sangue". Nega perda de líquido ou sangramento transvaginal intenso. Refere boa movimentação fetal. Tem antecedente obstétrico de parto prematuro com 34 semanas e histórico de infecção do trato urinário tratada nesta gestação. Ao exame: BCF = 132 bpm, Movimentação fetal presente e Dinâmica Uterina = 2/30"/10'. Ao toque: Colo posterior, amolecido 50% apagado, dilatado 2 centímetros, membranas íntegras e apresentação cefálica. Diante do quadro clínico e possível diagnóstico, qual a conduta inicial?
- A) Orientar acompanhamento em nível ambulatorial com prescrição de nifedipino.
 - B) Orientar retorno para o domicílio e retornar com sinais de trabalho de parto ativo.
 - C) Internar com prescrição de nifedipino para tocólise e betametasona para maturação pulmonar fetal.
 - D) Internar com prescrição de antibioticoterapia profilática e sulfato de magnésio para neuroproteção fetal.

06. Paciente, 37 anos, G3P1A1, cesárea anterior, 33 semanas de gestação, refere perda de líquido claro há 3 dias em pequena quantidade. Hoje o líquido encontra-se amarelado, observou diminuição dos movimentos fetais e está se sentindo febril. Ao exame: PA:110 x 60 mmHg ; T: 38,1°C; FC: 112 bpm; FR:17 irpm. Abdome doloroso à palpação difusamente, atividade uterina ausente. BCF: 166 bpm. Especular revela saída de secreção amarelada e fétida por OCE. Ao toque: colo intermediário, amolecido, apagado 40% e dilatado 3 cm, apresentação pélvica, plano -3 De Lee, membranas rotas. Em relação ao tratamento, qual a conduta mais adequada?
- A) Iniciar nifedipino associado a ampicilina, gentamicina e metronidazol IV.
 - B) Fazer betametasona IM associado a penicilina cristalina e metronidazol IV.
 - C) Indicar cesárea com esquema antibiótico com clindamicina e gentamicina IV.
 - D) Iniciar ampicilina com gentamicina e metronidazol IV e indução do parto com ocitocina.
07. Puérpera, 25 anos, G1P1A0, no quarto dia de pós-operatório de parto abdominal por desproporção cefalopélvica, queixando-se de febre alta, dor no baixo ventre e loquiação fétida. Ao exame, apresenta-se eupneica e orientada. T: 39 graus C, PA: 100x60mmHg, P:100bpm. Ferida operatória limpa e seca, útero palpável na altura da cicatriz umbilical, doloroso e com consistência amolecida. Ao exame especular, visualiza-se secreção purulenta e fétida transpondo o orifício cervical. Conforme o diagnóstico, qual a conduta terapêutica?
- A) Tratar com cefalotina e metronidazol IV.
 - B) Internar com prescrição de clindamicina e gentamicina IV.
 - C) Tratar ambulatoriamente com amoxicilina com clavulanato VO por 7 dias .
 - D) Fazer ceftriaxona 1g IM em dose única e doxiciclina 200mg/dia VO por 14 dias.
08. Primigesta, 23 anos, 32 semanas de gestação, deu entrada na emergência obstétrica com queixa de cólicas. Ao exame, apresenta 2 contrações de 40 segundos em 10 minutos, 140 batimentos cardiorfetais por minuto, colo centralizado, 50% apagado e 2cm de dilatação, bolsa íntegra, apresentação cefálica móvel. Antecedentes: gestante portadora de retrovírose diagnosticada antes da gestação, encontrando-se em uso regular de terapia anti-retroviral (TARV) no pré-natal. Qual a conduta terapêutica mais adequada nesse caso clínico?
- A) Internação, AZT intravenoso e parto abdominal.
 - B) Internação, betametasona IM e AZT endovenoso até o parto.
 - C) Internação, nifedipino oral, betametasona IM e AZT endovenoso até a inibição do trabalho de parto.
 - D) Internação, sulfato de magnésio IV, dexametasona IM e AZT oral até a inibição do trabalho de parto.
09. Primigesta, 40 anos, 30 semanas de idade gestacional, acompanhada em Pré-Natal de Risco Habitual, comparece à Emergência Obstétrica com quadro clínico de cefaleia intensa que não melhora com uso de sintomáticos. Ao aferir a pressão arterial, identificada medida de 160 x 110 mmHg. Mantida em decúbito lateral esquerdo (DLE) por 15 minutos, PA aferida novamente está 150 x 110 mmHg. Ao ser questionada, refere ainda turvação visual, náuseas e epigastralgia. Iniciado sulfato de magnésio e solicitados exames de rotina para Síndrome Hipertensiva Gestacional que não apresentaram alterações significativas. Diante do quadro clínico, qual a conduta mais adequada?
- A) Manter paciente em decúbito lateral esquerdo, curva pressórica horária e anti-hipertensivo de resgate.
 - B) Iniciar betametazona IM; manter monitorização materna e fetal; resolução da gravidez por via obstétrica mais adequada.
 - C) Repetir avaliação laboratorial e avaliação fetal diariamente. Indicar cesárea em caso de detecção de comprometimento materno ou fetal.
 - D) Manter paciente em observação; prescrever anti-hipertensivo de resgate e liberar paciente com anti-hipertensivo oral, em caso de estabilização materna.
10. Paciente, 42 anos, G2P1(C)A0, 34 semanas de gestação por ultrassom precoce, cesárea anterior por pré-eclâmpsia, comparece à emergência encaminhada do Pré-Natal de Alto Risco com alterações pressóricas persistentes ao uso de Metildopa de 250 mg de 6/6 horas. Pressão Arterial aferida ao chegar = 150 x 100 mmHg e após decúbito lateral esquerdo por 15 minutos = 140 x 90 mmHg. Nega sinais e sintomas de iminência de eclâmpsia. Traz os seguintes exames laboratoriais realizados hoje: Plaquetas 97.000, TGO 122, TGP 132, LDH 720, BT 1.3, BI 1.0. Diante desse quadro clínico, qual a conduta mais indicada?
- A) Estabilização materna e vigilância do bem-estar fetal.
 - B) Iniciar corticoideoterapia e programar interrupção por cesárea.
 - C) Interrupção imediata da gestação, sendo a via de parto indicação obstétrica.
 - D) Realização de biópsia hepática para confirmação de fígado gorduroso e posterior resolução da gestação.

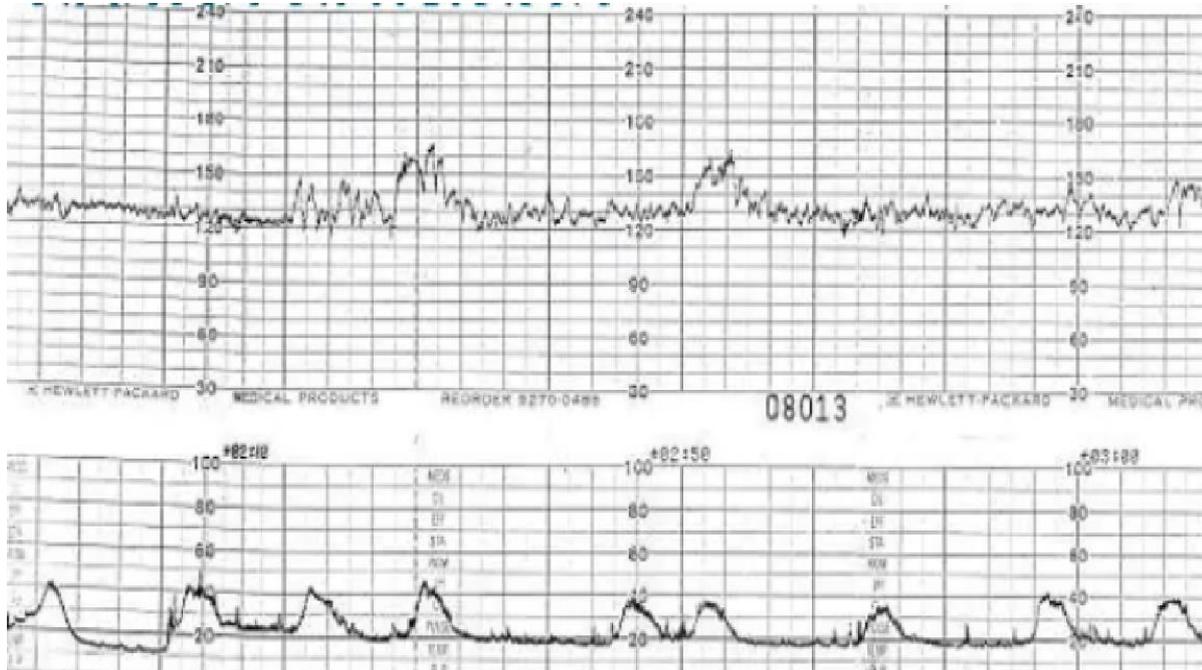
11. Primigesta, 25 anos, 32 semanas de gestação, sem queixas e sem morbidade conhecida, foi encaminhada à consulta de pré-natal com resultado de ultrassom evidenciando MBV (maior bolsão vertical) de líquido amniótico medindo 14 mm e peso fetal no percentil 8. Realizou doppler obstétrico que evidenciou doppler normal do ducto venoso e doppler da artéria umbilical demonstrado na imagem anexa.



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

- Qual a melhor consulta a ser tomada nesse caso?
- A) Interrupção imediata da gestação.
 - B) Repetição semanal do Doppler obstétrico até 36 semanas.
 - C) Seguir com pré-natal de rotina em unidade terciária e doppler quinzenal.
 - D) Interrupção da gestação após administração de corticoide para maturação pulmonar fetal.
12. Gestante, G4P3A0 (3 partos vaginais), 41 semanas de gestação, completa dilatação cervical após 18h de trabalho de parto induzido com misoprostol. Qual a conduta mais adequada para a prevenção da hemorragia pós-parto nesta paciente?
- A) Massagem uterina associada a tração controlada do cordão umbilical.
 - B) Clampeamento precoce e tração controlada do cordão umbilical seguida de ocitocina endovenosa por 24 horas.
 - C) Ocitocina intramuscular logo após o desprendimento do polo cefálico, seguido de clampeamento oportuno e tração controlada do cordão umbilical.
 - D) Ocitocina endovenosa, logo após desprendimento do polo cefálico seguida de clampeamento oportuno do cordão umbilical.
13. Plantonista é chamado para avaliar paciente com sangramento transvaginal importante de início recente, 4h após parto fórceps de alívio. Ao exame, paciente pálida, com pele fria e sudoreica, agitada, pulso de 120 bpm e PA de 75 x 54 mmHg. Diante do quadro acima qual a melhor conduta a ser tomada?
- A) Iniciar hidratação com ocitocina endovenosa, enquanto realiza revisão de canal de parto.
 - B) Iniciar hidratação venosa com 2000ml de SG 5% e oxigenoterapia com O₂ 3L/min por catéter.
 - C) Acionar banco de sangue, enquanto se maneja a reposição volêmica e a revisão do canal de parto.
 - D) Solicitar a tipagem sanguínea seguida de indicação imediata de protocolo de hemotransfusão maciça.
14. Primigesta, 35 anos, admitida em trabalho de parto há mais de 20 horas, encontra-se exausta e durante reavaliação obstétrica, observa-se bradicardia fetal depois de cada contração. Intencionando aplicação de fórceps de alívio, foi realizado um toque vaginal. Que condições são necessárias para a praticabilidade do fórceps?
- A) Colo dilatado, apresentação cefálica fletida em OP e plano III de Hodge.
 - B) Apresentação cefálica em plano +3 de De Lee e colo dilatado completamente.
 - C) Dilatação completa, apresentação cefálica fletida em primeiro plano de Hodge.
 - D) Apresentação cefálica fletida entre no plano III de Hodge e uma orla de colo à direita.

15. Primigesta, 20 anos, 41 semanas de gestação, assintomática, comparece ao serviço de pronto atendimento de uma maternidade com desejo de resolver a gestação. Ao exame: PA 110 x 70 mmHg, FC: 80 bpm, Saturação de O₂ 98%. Contrações uterinas irregulares de baixa intensidade e não percebidas pela gestante como dolorosas. BCF: 144 bpm. Toque vaginal: colo centralizado, consistência intermediária, 50% apagado e dilatado 1,5 cm, membrana íntegra, feto no plano -2 de DeLee. US realizado hoje evidencia feto cefálico, com dorso à esquerda, IG de 41 semanas (calculado pelo US de 9 semanas), peso fetal estimado de 3580g e maior bolsão de líquido amniótico de 35 mm. Realizada cardiografia (imagem anexa).



Qual a conduta mais adequada a ser indicada para essa paciente?

- A) Realizar cesariana de imediato.
 B) Iniciar indução com misoprostol.
 C) Indicar indução com ocitocina.
 D) Programar cesariana eletiva.
16. Puérpera, 35 anos, G2 P2 retorna à maternidade no oitavo dia de pós-cesariana com quadro de febre com calafrios, dor abdominal e odor vaginal há três dias. Ao exame, apresenta-se sonolenta, taquipneica, hipocorada (++) e febril (39° C). FC: 110 bpm, FR: 20 rpm, PA: 80 x 60 mmHg. Mamas semi-túrgidas e sem sinais flogísticos. Abdome um pouco distendido, doloroso difusamente à palpação superficial e profunda, com útero palpável a 2 cm abaixo da cicatriz umbilical, doloroso e amolecido. Exame especular com presença de loquiação purulenta e fétida exteriorizando-se através de colo uterino que se encontra pérvio à pinça de Cheron. Ultrassom abdominal com útero aumentado de volume, cavidade endometrial dilatada com conteúdo líquido espesso, sem imagens sugestivas de restos placentários. Exames laboratoriais: Hb 8,0 mg/dl; leucócitos 23.000/mm³; Plaquetas 135.000; Creatinina 1,3 mg/dl. Diante do quadro exposto, qual a conduta mais apropriada para essa paciente?
- A) Iniciar tratamento antibiótico com cefalotina e metronidazol.
 B) Realizar curetagem uterina seguida de tratamento com clindamicina e gentamicina IV.
 C) Indicar laparotomia seguida de esquema antibiótico com ampicilina e metronidazol IV.
 D) Internar em UTI com ampicilina, gentamicina e metronidazol IV e tromboprofilaxia com heparina.
17. Mulher, 20 anos, G1P1, parto normal há 15 dias, comparece ao serviço de pronto-atendimento com queixa de aumento do volume mamário à direita, associado a dor local e febre. Ao exame: febril (T 39°C), mamas túrgidas, com drenagem espontânea de secreção láctea bilateralmente. Observa-se volumosa massa dolorosa ocupando os quadrantes superiores da mama direita, com importante edema, vermelhidão e calor associado, com área central amolecida. Qual o tratamento mais indicado para essa paciente?
- A) Ampicilina 500 mg vo de 6/6h por 7 dias.
 B) Clindamicina 300 mg vo de 12/12 h por 7 dias.
 C) Punção da lesão seguida por cefalotina 1g IV ao dia por 5 dias.
 D) Drenagem cirúrgica da lesão associada a cefalexina 500 mg vo de 6/6h por 7 dias.

18. Gestante 33 anos, G3 P2 A0, 38 semanas e 3 dias de gestação, internada na maternidade há mais de três horas. No primeiro exame, apresentou três contrações uterinas de 50 segundos em 10 minutos, colo centralizado, amolecido, 75% apagado, e 6 cm de dilatação, bolsa íntegra e apresentação fetal no plano I de Hodge. Novo exame, realizado com intervalo de três horas, demonstra a mesma atividade uterina e as mesmas características de colo, que permanece com 6 cm de dilatação. Realizada cardiotocografia, demonstrada abaixo.



Diante desta avaliação, qual a conduta mais adequada?

- A) Iniciar hidratação e mudança de decúbito.
 - B) Realizar cesariana imediatamente.
 - C) Iniciar ocitocina endovenosa.
 - D) Indicar analgesia.
19. Gestante, 28 anos, secundigesta, com parto vaginal prévio, 39 semanas e 5 dias de gestação, encontra-se em seguimento na sala de parto de hospital secundário, com bolsa amniótica rota há 6 horas. Na última avaliação, apresenta 4 contrações uterinas rítmicas, com duração de 60 segundos a cada 10 minutos. O registro da evolução do trabalho de parto está registrado no partograma abaixo.

Partograma		Nome	RG	De Lee										
Dilatação (cm)	10													
	9	⊗	⊗	-AM										
	8	⊗	⊗	-3										
	7		⊗	-2										
	6		⊗	-1										
	5	▲		0										
	4	▲		+1										
	3	▲		+2										
	2			+3										
	1			+4										
				Vulva										
	Dia de início													
	Hora real													
Hora do registro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	

Qual a conduta mais adequada para essa parturiente?

- A) Administrar ocitocina IV.
- B) Orientar repouso em decúbito lateral esquerdo e iniciar hidratação venosa.
- C) Reavaliar vitalidade fetal periodicamente e necessidade de ocitocina na próxima avaliação.
- D) Verticalizar rapidamente a parturiente e tentar rotação manual do polo cefálico ou indicar cesárea.

20. Paciente G1P0A1, comparece em consulta pós-curetagem de gestação molar, com diagnóstico anatomopatológico de mola hidatiforme completa. Ultrassonografia pós-curetagem mostra útero completamente esvaziado. Para o seguimento dessa paciente, qual a conduta mais adequada a seguir?
- A) Orientar anticoncepção hormonal por dois anos.
 - B) Dosar β -hCG quantitativo, mensalmente, até negativar e em seguida inicial anticoncepção por um ano.
 - C) Iniciar anticoncepção por um ano. Dosar β -hCG quantitativo, semanal até três dosagens negativas, seguido de β -hCG mensal por seis meses.
 - D) Dosar β -hCG quantitativo mensalmente, por seis meses, seguido de B-HCG trimestral, por um ano. Anticoncepção por um ano.
21. Adolescente de 16 anos vai ao posto de saúde com queixa de amenorreia, sem outras queixas clínicas. Mãe refere que ela teve telarca aos 12 anos, e tem poucos pelos pubianos. Ao exame, tem mamas Tunner III, a genitália com pelos pubianos Tunner III, clítoris aumentado e pequenos lábios fundidos, apresentando um orifício único. Trouxe uma ultrassonografia onde não foi visualizado o útero. Qual sua hipótese diagnóstica?
- A) Má formação mülleriana.
 - B) Disgenesia gonadal somática.
 - C) Insensibilidade androgênica parcial.
 - D) Insensibilidade androgênica completa.
22. Mulher 23 anos, nuligesta, vida sexual ativa com uso de preservativos, queixa-se de ciclos menstruais irregulares desde a menarca aos 13 anos. Refere longos períodos de amenorreia (3-4 meses) e fluxo menstrual intenso com duração de 12 a 15 dias. Ao exame: IMC: 30,5; acne; hirsutismo e acantose nigra. Qual a conduta mais adequada?
- A) Contraceptivo oral combinado e metformina.
 - B) Mudança no estilo de vida e perda de peso.
 - C) Atividade física + metformin.
 - D) Ciproterona + perda de peso.
23. Mulher, 30 anos, G1 P1 A0, procura atendimento médico com queixa de cefaleia com aura desde que iniciou anticoncepcional oral. Refere hipertensão arterial controlada com uso de anti-hipertensivo e medo de usar DIU. Não tem condições financeiras de engravidar agora e deseja ser orientada a usar contracepção eficaz. Ao exame, PA: 130X90mmHg, Peso= 95Kg, IMC= 32. Qual a melhor escolha contraceptiva para essa paciente?
- A) Anel vaginal.
 - B) Progestágeno oral.
 - C) Adesivo transdérmico.
 - D) Anticoncepcional injetável combinado.
24. Mulher, 50 anos, nuligesta, procura o ginecologista com queixa de fogachos e perda do apetite sexual. Refere última menstruação há 18 meses. Informa ter hipertensão e colesterol elevado. Faz uso de anti-hipertensivos e antilipemiantes. Nega outras comorbidades ou cirurgias ginecológicas prévias. Qual a opção terapêutica mais adequada para essa paciente?
- A) Estrógeno e progesterona transdérmicos.
 - B) Estrógeno e progesterona orais.
 - C) Estradiol transdérmico.
 - D) Promestrieno vaginal.
25. Mulher de 54 anos, casada, vem à Unidade Básica de Saúde com queixas de dispareunia superficial, pouca lubrificação vaginal e ardência leve eventual ao urinar. Nega fogachos ou insônia. Última menstruação há 8 anos. Nega comorbidades, exceto dislipidemia. Relatou histerectomia aos 35 anos por leiomiomas uterinos. Qual o tratamento mais indicado?
- A) Tibolona via oral diariamente.
 - B) Estradiol e progestínico via oral diariamente.
 - C) Estradiol isolado via transdérmica diariamente.
 - D) Estriol isolado via vaginal duas vezes por semana.

26. Mulher, 25 anos, procura atendimento na Unidade Básica de Saúde com queixa de corrimento branco abundante várias vezes ao ano, com melhora transitória após uso de cremes vaginais por conta própria. Traz resultado de bacterioscopia: Presença de bacilos Gram positivos, esporos de leveduras, leucócitos +++. Qual a melhor recomendação terapêutica?
- A) Miconazol creme vaginal por 10 dias, seguido de metronidazol vaginal duas vezes por semana por seis meses.
 - B) Fluconazol via oral, 3 doses com intervalos de 72 horas, seguido de fluconazol semanal por 6 meses.
 - C) Nistatina e tinidazol via vaginal por 7 dias, seguidos de miconazol vaginal semanal por 3 a 6 meses.
 - D) Metronidazol e miconazol via vaginal durante 7 dias, seguidos de Nistatina semanal por 6 meses.
27. Mulher, 30 anos, solteira, vai na Unidade Básica de Saúde com queixa de úlcera genital recorrente. Refere que a lesão é bastante dolorosa e sempre vem precedida de ardor, formigamento e vesículas. No momento lesões regrediram, mas paciente trouxe uma foto da última crise há menos de 1 mês.



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

- Qual a conduta mais adequada para prevenir a recorrência da úlcera?
- A) Fanciclovir 125 mg, duas vezes ao dia (1 ano).
 - B) Aciclovir 400 mg, uma vez ao dia (seis meses).
 - C) Valaciclovir 500 mg, uma vez ao dia (três meses).
 - D) Fanciclovir 250 mg, três vezes ao dia (7 a 14 dias).
28. Mulher, 32 anos, com dor pélvica crônica, dispareunia e disquezia. Apresenta infertilidade primária e deseja engravidar. Ao exame, encontramos achados sugestivos de espessamento em lig uterosacrais e nódulo palpável em fundo de saco vaginal. Na suspeita clínica de endometriose, foi solicitado USG com mapeamento para endometriose. Assinale a alternativa correta quanto a demais exames complementares mais adequados para a avaliação da Dor pélvica crônica e infertilidade.
- A) Colonoscopia e cistoscopia.
 - B) Urografia excretora e dosagens hormonais.
 - C) Laparoscopia diagnóstica e Histerossalpingografia.
 - D) Tomografia computadorizada e venografia pélvica.

29. Mulher de 24 anos, solteira com namorado, comparece à emergência de hospital terciário com quadro de dor pélvica intensa há 4 dias. Relata ainda sangramento transvaginal moderado intermitente, intercalado com corrimento amarelado de odor fétido. Faz uso de Sistema Intrauterino (SIU) de Levonogestrel há 3 anos, e vinha em amenorreia desde sua inserção. Ao exame físico, apresenta estado geral bom, normocorada e afebril. Presença de conteúdo vaginal amarelado com leve odor. Ao toque vaginal, evidenciado útero de volume normal, com dor à mobilização do colo uterino. Dor à palpação em fossas ilíacas direita e esquerda. Qual a melhor conduta, além de metronidazol via oral?
- A) Clindamicina e gentamicina endovenosos e retirada do SIU.
 - B) Azitromicina via oral, ceftriaxona intramuscular e retirada do SIU.
 - C) Doxiciclina via oral, ceftriaxona intramuscular e reavaliação após 72 horas.
 - D) Doxiciclina via oral, ceftriaxona endovenoso e retirada do SIU, com reavaliação em 72 horas.
30. Mulher nuligesta, 21 anos, chega ao ginecologista com ultrassonografia transvaginal compatível com massa anexial sugestiva de endometrioma ovariano de 3 cm de maior diâmetro. Permanece assintomática (nega dispareunia ou dismenorreia) e sem desejo de engravidar no momento. Ciclos menstruais regulares. Assinale a assertiva que contempla a conduta mais acertada para esse caso.
- A) Recomenda-se uso de Dienogest oral contínuo para redução do cisto.
 - B) Recomenda-se cistectomia ovariana total com ablação da cápsula cística.
 - C) Recomenda-se aspiração do cisto guiada por ultrassonografia transvaginal.
 - D) Recomenda-se nova UTV em 6 a 12 semanas para excluir a possibilidade de cisto hemorrágico.
31. Mulher, 55 anos, casada, G5P5A0, 5 partos vaginais, com queixa de frouxidão vaginal, bola e peso na vagina. Ao exame, observa-se pelo POP-Q: Aa +3, Ba +4, C +1, Ap 0, Bp 0, D -1, HG 4, CP 3, CVT 8. Qual melhor opção terapêutica?
- A) Colpoplastia anterior, cirurgia de Manchester e colpoplastia posterior.
 - B) Colpoplastia anterior, correção de defeito lateral e colpoplastia posterior.
 - C) Colpoplastia anterior, histerectomia total vaginal e colpoplastia posterior.
 - D) Colpoplastia anterior e posterior, histeropexia com fixação no ligamento sacroespinal.
32. Mulher de 40 anos, G5P5A0, 4 cesáreas anteriores e um parto normal. Refere ciclos menstruais regulares com progressivo volume de sangramento após a última cesárea (sangramento aumentado em volume) com presença de múltiplos coágulos e duração que vem aumentando chegando até 10 dias de duração no último ano. Refere que, em associação ao fluxo intenso, observa muita cólica menstrual de aumento progressivo em intensidade, que piora de intensidade proporcional ao fluxo e resolve-se após o seu término, necessitando de uso de analgésicos e antiinflamatórios para cessar. Exame físico sem alterações, colo uterino normal e útero não palpável devido adiposidade. Realizou Ultrassonografia transvaginal que evidenciou aumento do volume uterino sem nódulos hipoecóicos, formato globoso, assimetria entre paredes uterinas, heterogeneidade difusa com cistos anecóicos no miométrio. Assinale a alternativa que corresponde à principal hipótese diagnóstica nesse caso.
- A) Adenomiiose.
 - B) Leiomiomas uterinos.
 - C) Leiomiosarcoma uterino.
 - D) Neoplasia intraepitelial endometrial.
33. Mulher de 35 anos com quadro de fluxo menstrual aumentado em duração 10 a 12 dias, grande quantidade com coágulos e intervalos cíclicos regulares de 25 dias. Nega dor pélvica ou dispareunia, apresentou ao exame ginecológico colo uterino normal com útero palpável acima da sínfise púbica, móvel homogêneo, elástico e indolor à mobilização. Realizou ultrassonografia transvaginal que mostrou imagens sugestivas de múltiplos leiomiomas: intramurais, subserosos e submucosos. Segundo a classificação da International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO) que classifica os miomas de 0 a 7 de acordo com seu grau de submucoso, intramural ou subseroso. podemos esperar correlação ou não com o mioma e a causa do sangramento anormal. Assinale a assertiva correta quanto aos miomas verdadeiramente associados à causa de sangramento anormal neste caso.
- A) Miomas FIGO 0 e 1.
 - B) Miomas FIGO 0 e 4.
 - C) Miomas FIGO 2 e 7.
 - D) Miomas FIGO 6 e 7.

34. Mulher, 43 anos, G5P4A1, apresenta ciclos menstruais regulares, de intervalos mensais de 4 dias de duração. Queixa-se de há cerca de 6 meses apresenta sangramento anormal intermenstrual intermitente, pequena quantidade, aspecto escuro “em borra de café” que ocorre até durante 5 dias depois do fluxo menstrual habitual. Exame físico sem alterações com colo uterino de aspecto normal. Ao Ultrassom transvaginal solicitado observou-se imagem na cavidade endometrial, de aspecto ecogênico e homogêneo. Qual seria o próximo passo na conduta mais adequada para esse caso?
- A) Ressonância magnética.
 - B) Histeroscopia diagnóstica com biópsia.
 - C) Histeroscopia cirúrgica com endometrectomia.
 - D) Desogestrel oral contínuo e seguimento ambulatorial.
35. Uma paciente de 22 anos procura o serviço médico com quadro de ciclos menstruais irregulares desde a menarca, passando 3 a 4 meses sem menstruar e quando sangra dura em torno de 10 dias com fluxo forte. Relata ainda não ter iniciado atividade sexual. Nega outras queixas e, ao exame físico, observa-se IMC de 32 e escore de Ferriman 04, sem outras alterações. Sabendo que ela tem os critérios de Rotterdam para ovários policísticos, qual a conduta inicial?
- A) Ciproterona.
 - B) Metformina.
 - C) Desodestrel
 - D) Exercício físico e perda de peso.
36. Mulher de 32 anos, solteira, nuligesta, realizou exame de Papanicolau de rotina e trouxe o resultado para consulta de retorno na Unidade Básica de Saúde. No laudo, consta a seguinte conclusão: células escamosas atípicas de significância indeterminada (ASC-US), inflamação moderada, cocos e bacilos. Qual a melhor orientação a seguir, de acordo com as Diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil?
- A) Repetição do exame citopatológico em seis meses.
 - B) Tratamento do processo inflamatório e colposcopia com biópsia de lesões.
 - C) Tratamento do processo inflamatório e repetição do Papanicolaou a seguir.
 - D) Colposcopia imediata e repetição do exame citopatológico em doze meses.
37. Mulher de 30 anos, nuligesta, comparece ao setor de emergência do hospital com quadro de atraso menstrual de dois meses, dor abdominal difusa, tontura e sangramento vaginal discreto. Ao exame, nota-se palidez cutâneo-mucosa, sudorese, PA: 90 x 50 mmHg, FC: 120bpm, abdome doloroso com descompressão brusca presente em fossa ilíaca direita. Ao Ultrassom pélvico transvaginal, observa-se imagem sugestiva de prenhez ectópica. O tratamento medicamentoso é realizado com metotrexato. Assinale a alternativa correta quanto ao critério de indicação:
- A) Massa anexial íntegra < 9 cm.
 - B) Níveis de β -hCG < 5.000 UI/L.
 - C) Presença de atividade cardíaca fetal.
 - D) Gestações ectópica rota com hemoperitoneo.
38. Mulher de 25 anos, G2P2A0, com queixa de dor em baixo ventre e dispareunia profunda há cerca de 7 dias. Tem vida sexual ativa em uso de contraceptivo oral, nega atraso menstrual. Ao exame físico, apresenta: T=36°C, Pulso=75bpm, PA=120x80mmHg. À palpação abdominal, observa-se discreta defesa muscular difusa à palpação profunda sem dor à descompressão brusca. Ao exame especular: colo com orifício externo em fenda sem lesões, conteúdo vaginal branco acinzentado sem odor. Toque vaginal: dor à mobilização do colo uterino, sem abaulamento de fundo de saco. Hemograma: Hb: 12g/dl, Ht: 39%, Leucócitos 9.000 cels/mm³. Assinale a assertiva que corresponde à conduta mais adequada neste caso.
- A) Tratamento com Cefotriaxona intra-muscular+ Vibramicina via oral e acompanhamento da paciente ambulatorialmente.
 - B) Tratamento com Clindamicina + Gentamicina e Metronidazol endovenosos e acompanhamento da paciente ambulatorialmente.
 - C) Tratamento com Clindamicina + Gentamicina e Metronidazol endovenosos e solicitar ultrassonografia pélvica transvaginal.
 - D) Tratamento com Cefotriaxona intra-muscular+ Vibramicina via oral e abordagem cirúrgica urgente por laparoscopia.

- 39.** Paciente, 30 anos, nuligesta, procura atendimento por queixa de infertilidade. Veio em consulta com espermograma normal e história de ciclos menstruais regulares sem dismenorreia com dosagens hormonais normais. Quanto ao exame adequado na propedêutica a seguir, assinale a assertiva correta.
- A) Histeroscopia e contagem de folículos atrais.
 - B) Histerossalpingografia e ultrassom pélvico transvaginal.
 - C) Histerossonografia e Dosagem de Hormônio Anti-Mulleriano.
 - D) Ressonância Magnética e mapeamento pélvico para endometriose.
- 40.** Mulher de 40 anos, nulípara, assintomática, traz resultado de exame citológico recente com o laudo de "Células Glandulares Atípicas". Nega gravidez. Nega imunossupressão ou outras comorbidades. Exame ginecológico sem alterações. Qual a conduta mais adequada a seguir?
- A) Colposcopia, escovado endocervical e ultrassonografia transvaginal.
 - B) Investigar patologia extrauterina e ultrassonografia transvaginal.
 - C) Colposcopia com biópsia do canal cervical e do endométrio.
 - D) Repetir citologia com 6 meses e teste para DNA HPV.