

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

ESPECIALIDADE: Obstetrícia e Ginecologia (R4) - Área de Atuação 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 8.17 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.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

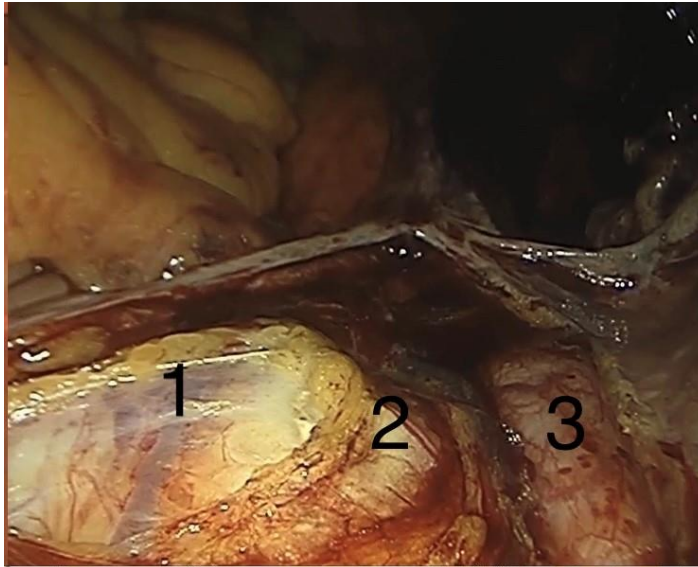
Boa prova!

Fortaleza, 07 de novembro de 2021.

Inscrição

Sala

01. A promontofixação da cúpula vaginal constitui procedimento com maiores taxas de cura objetiva no longo prazo, para tratamento de prolapso de compartimento apical. Constitui procedimento complexo que requer conhecimento da anatomia do retro peritônio pélvico a fim de evitar lesões nervosas, vasculares e ureterais. Observe a figura a seguir que apresenta o promontório sacral após a dissecação do peritônio parietal.



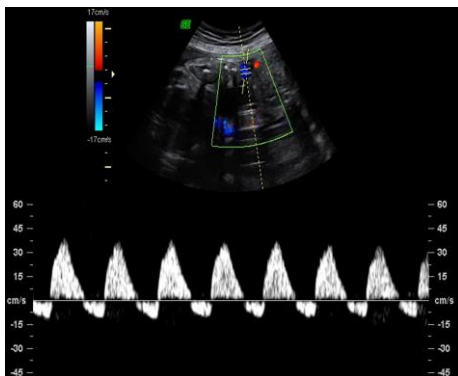
Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

- Assinale a alternativa correta que corresponde aos referenciais anatômicos retroperitoneais das imagens denominadas de 1, 2 e 3.
- A) A veia ilíaca esquerda encontra-se medial ao número 1.
B) A artéria ilíaca direita encontra-se medial ao número 3.
C) A raiz de S1 está 2 cm abaixo e lateral ao número 2.
D) A raiz de S1 está 2 cm abaixo e lateral ao número 3.
02. Mulher, 30 anos, nuligesta, dor pélvica crônica 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 12 cm da borda anal, de 4,5 cm de diâmetro, acometendo 60% da superfície intestinal, com profundidade até a camada muscular própria. Assinale a alternativa correta quanto à conduta cirúrgica, nesse caso, para lesão de endometriose intestinal.
- A) Ressecção intestinal segmentar (retosigmoidectomia com anastomose término-terminal).
B) Hemicolectomia direita com anastomose íleo-cólica por duplo grampeamento linear.
C) Ressecção por tesoura, da parede normal do intestino adjacente à lesão (shaving).
D) Ressecção intestinal de disco de espessura total com grampeador circular.
03. Mulher, 70 anos, com queixa de aumento da frequência urinária, urgência, noctúria e perda urinária ao tossir, espirrar e associada à urgência. Refere ainda sensação de bola e frouxidão vaginal. Ao exame físico, observa-se teste de esforço positivo com perda urinária sincrônica e pela padronização de prolapso de órgãos pélvicos (POP-Q): Aa=+1, Ba=+1, Ap=+2, Bp=+2, C=0, D=-1, HG=3, CP=3, CVT= 9. Qual diagnóstico?
- A) Incontinência urinária mista, prolapso de parede vaginal anterior estadio I, prolapso uterino estadio I e prolapso de parede vaginal posterior estadio II.
B) Síndrome da bexiga hiperativa, prolapso de parede vaginal anterior estadio I, prolapso uterino estadio I e prolapso de parede vaginal posterior estadio II.
C) Incontinência urinária mista, prolapso de parede vaginal anterior estadio II, prolapso uterino estadio II e prolapso de parede vaginal posterior estadio III.
D) Síndrome da bexiga hiperativa, prolapso de parede vaginal anterior estadio II, prolapso uterino estadio II e prolapso de parede vaginal posterior estadio III.

- 04.** Os espaços anatômicos da pelve são pontos de referência essenciais para tratar a endometriose profunda. Alguns espaços são retroperitoneais e virtuais, formados por dobras de peritônio entre os órgãos e as paredes pélvicas. Esses espaços possuem significância clínica e cirúrgica para histerectomia radical preservadora de nervo, bem como para procedimentos de preservação da fertilidade. Assinale a alternativa correta quanto à descrição dos espaços pararretais.
- A) Os espaços pararretais nas suas porções mediais são formadas pelo ureter e lateralmente pela artéria íliaca interna; cranialmente, o espaço termina na retal média.
 - B) Os espaços pararretais nas suas porções mediais são formadas pelo reto e lateralmente pela artéria íliaca interna; cranialmente, o espaço termina na artéria uterina.
 - C) Os espaços pararretais nas suas porções laterais são formadas pelo ureter e lateralmente pela artéria íliaca interna; cranialmente, o espaço termina na artéria uterina.
 - D) Os espaços pararretais nas suas porções laterais são formadas pelo reto e medialmente pela artéria íliaca interna; cranialmente, o espaço termina na artéria vesical superior.
- 05.** Na cirurgia laparoscópica, o conhecimento da irrigação pélvica é essencial. Sabemos que após a bifurcação dos vasos ilíacos comuns no promontório sacral, a artéria íliaca interna origina-se e então se divide em divisões anterior e posterior. A divisão anterior da artéria íliaca interna é o principal suprimento de sangue para os órgãos vitais da pelve, ou seja, a bexiga e o útero. Assinale a alternativa que descreve as corretas relações anatômicas e cirúrgicas deste vaso, na pelve.
- A) O primeiro ramo da divisão anterior da artéria íliaca interna é artéria uterina (anterior ao ureter), daí se ramifica como a artéria vesical superior e continua como a artéria umbilical obliterada.
 - B) O primeiro ramo da divisão anterior da artéria íliaca interna é artéria vesical superior (anterior ao ureter), daí se ramifica como a artéria uterina e continua como a artéria umbilical obliterada.
 - C) O primeiro ramo da divisão anterior da artéria íliaca interna é artéria vesical superior (posterior ao ureter), daí se ramifica como a artéria uterina e continua como a artéria umbilical obliterada.
 - D) O primeiro ramo da divisão anterior da artéria íliaca interna é artéria uterina (posterior ao ureter), daí se ramifica como a artéria vesical superior e continua como a artéria umbilical obliterada.
- 06.** Na cirurgia para endometriose profunda com acometimento de nervos pélvicos, precisamos expor as raízes nervosas sacrais. Essa dissecação é iniciada fazendo uma incisão do peritônio pararretal medialmente ao ureter. O espaço pararretal anatômico é desenvolvido por dissecação romba para baixo até o nível do osso coccígeo. A dissecação é expandida lateralmente em direção à fáscia hipogástrica, que é seccionada para abrir o espaço lateral a ela. As raízes sacrais de S1 a S4 são seletivamente expostas. Assinale a assertiva correta sobre as relações anatômicas das estruturas dessa região dissecada.
- A) Os vasos glúteos superiores passam posterior ao tronco lombossacral entre a primeira raiz sacral e o tronco lombosacro. O nervo ciático (oriundo da união de raízes nervosas lombossacras L4 a S3) sai da pelve pelo forame ciático abaixo do músculo piriforme.
 - B) Os vasos glúteos inferiores passam posterior ao tronco lombossacral entre a primeira raiz sacral e o tronco lombosacro. O nervo ciático (oriundo da união de raízes nervosas lombossacras L4 a S3) sai da pelve pelo forame ciático abaixo do músculo piriforme.
 - C) Os vasos glúteos superiores passam anterior ao tronco lombossacral entre a segunda raiz sacral e o tronco lombosacro. O nervo pudendo (oriundo da união de raízes nervosas lombossacras L4 a S3) sai da pelve pelo forame ciático acima do músculo piriforme.
 - D) Os vasos glúteos inferiores passam anterior ao tronco lombossacral entre a segunda raiz sacral e o tronco lombosacro. O nervo pudendo (oriundo da união de raízes nervosas lombossacras L4 a S3) sai da pelve pelo forame ciático acima do músculo piriforme.
- 07.** Vários autores descreveram possíveis locais anatômicos de lesão nervosa durante o tratamento cirúrgico da endometriose e, por conseguinte, técnicas de preservação nervosa para cirurgias de endometriose profunda. Os riscos de lesão dos nervos pélvicos podem ser apresentados por localizações anatômicas. Assinale a assertiva correta que corresponde à região anatômica dissecada e à potencial lesão nervosa associada.
- A) Dissecação do ligamento véstico-uterino: plexo hipogástrico superior e nervo hipogástrico.
 - B) Dissecação da área do promontório: risco de lesão à eferência do plexo hipogástrico inferior.
 - C) Dissecação da área dos ligamentos útero-sacros: lesões plexo hipogástrico superior e pudendo.
 - D) Dissecação da área do Parametrio: lesões do nervos esplâncnicos pélvicos, do plexo hipogástrico inferior.

08. Mulher de 28 anos, nuligesta, sem comorbidades, com queixa de dor pélvica crônica e infertilidade, apresenta diagnóstico de provável endometriose profunda com acometimento intestinal. Encontra-se à ultrassonografia pélvica transvaginal com preparo intestinal lesão que acomete 60% da circunferência da alça intestinal com 4 cm de maior diâmetro e a 12 cm do ânus. Além de extensa lesão em manto que acomete septo reto-vaginal, ligamentos úterossacos e torus uterino. Irá realizar procedimento laparoscópico para ressecção das lesões com equipe multidisciplinar.
- Assinale a assertiva correta de conduta pós-operatória que corresponde às recomendações do protocolo Enhanced Recovery After Surgery “E.R.A.S.”
- A) Preconiza-se o adequado preparo intestinal (enteróclise) com soluções orais previamente à cirurgia para evitar complicações relacionadas às possíveis abordagens intestinais.
 - B) Preconiza-se o uso de solução balanceada salina 0,9% preferidas às cristaloides, pois as últimas estão associadas a complicações (acidose hiperclorêmica).
 - C) Preconiza-se, no ato anestésico, o paciente esteja com mais de 2 horas de jejum para líquidos claros e mais de 6 horas de jejum para sólidos.
 - D) Preconiza-se profilaxia antibiótica 1 hora antes do procedimento, novas doses a cada 3-4 horas e manutenção por 48 a 72 h no pós-operatório.
09. A Promontofixação laparoscópica para tratamento de prolapso de compartimento apical constitui procedimento complexo que requer conhecimento da anatomia do retroperitônio pélvico a fim de evitar lesões nervosas, vasculares e ureterais. A dissecação do peritônio do promontório sacral é tempo fundamental. A sutura do promontório sacral à altura do ligamento longitudinal da coluna lombar é crucial para fixação do ápice vaginal utilizando-se tela de polipropileno monofilamentar. Assinale a alternativa correta quanto aos vasos sanguíneos mais próximo do ponto de sutura e a posição mais segura do ponto de sutura no ligamento longitudinal da coluna.
- A) Artéria ilíaca direita e sacral média, à direita a 1 cm da bifurcação da aorta.
 - B) Artéria ilíaca direita e sacral média, à direita 6 a 9 cm da bifurcação da aorta.
 - C) Veia ilíaca direita e sacral média e à esquerda 6 a 9 cm da bifurcação da aorta.
 - D) Artéria ilíaca esquerda e veia ilíaca direita, à direita a 1cm da bifurcação da aorta.
10. Ao realizar a histerectomia laparoscópica, duas estruturas são importantes referências: o paramétrio, estrutura anatômica de tecido conjuntivo e adiposo, vasos sanguíneos e gânglios linfáticos organizados em torno as estruturas vasculares e nervosas que cruzam da parede pélvica aos órgãos pélvicos centrais e o ligamento uterossacro, estrutura fibrosa que se origina na parede do sacro e se estende para frente até se fundir com a fáscia vaginal posterior em ambos os lados do útero. Assinale a assertiva correta quanto às relações anatômicas dessas estruturas ao serem dissecadas:
- A) Separando o ligamento uterossacro: os vasos uterinos e a artéria retal medial mais profundamente, os nervos da raiz esplâncnica pélvica. Já a abertura do paramétrio posterior expõe o plexo hipogástrico inferior.
 - B) Separando o paramétrio posterior: os vasos uterinos e a artéria retal medial mais profundamente, os nervos da raiz esplâncnica pélvica. Já a abertura do ligamento uterossacro expõe o plexo hipogástrico inferior.
 - C) Separando o paramétrio posterior: os vasos uterinos e a artéria vesical anterior mais profundamente, os nervos do plexo hipogástrico inferior. Já a abertura do ligamento uterossacro expõe a raiz esplâncnica pélvica.
 - D) Separando o ligamento uterossacro: os vasos uterinos e a artéria vesical anterior mais profundamente, os nervos da raiz esplâncnica pélvica. Já a abertura do paramétrio posterior expõe o plexo hipogástrico inferior.
11. 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 tocolise e betametasona para maturação pulmonar fetal.
 - D) Internar com prescrição de antibioticoterapia profilática e sulfato de magnésio para neuroproteção fetal.

12. 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?
- Reduzir carboidratos na dieta, repetir glicemia de jejum com 14 semanas.
 - Reduzir ingestão calórica e realizar teste oral de tolerância à glicose entre 20 e 24 semanas.
 - Realizar teste oral de tolerância à glicose de imediato e se diabetes confirmada iniciar insulina.
 - Iniciar mudanças no estilo de vida, orientação nutricional e monitorização glicêmica diariamente.
13. 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?
- Repetir US com 2 semanas para reavaliação da medida do colo.
 - Iniciar nifedipino na dose de 10mg 3 vezes ao dia, até 36 semanas de gestação.
 - Indicar o uso de pessário cervical e repouso relativo até 36 semanas de gestação.
 - Iniciar o uso de progesterona vaginal 200mg, 1 vez ao dia, até 36 semanas de gestação.
14. 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 2)

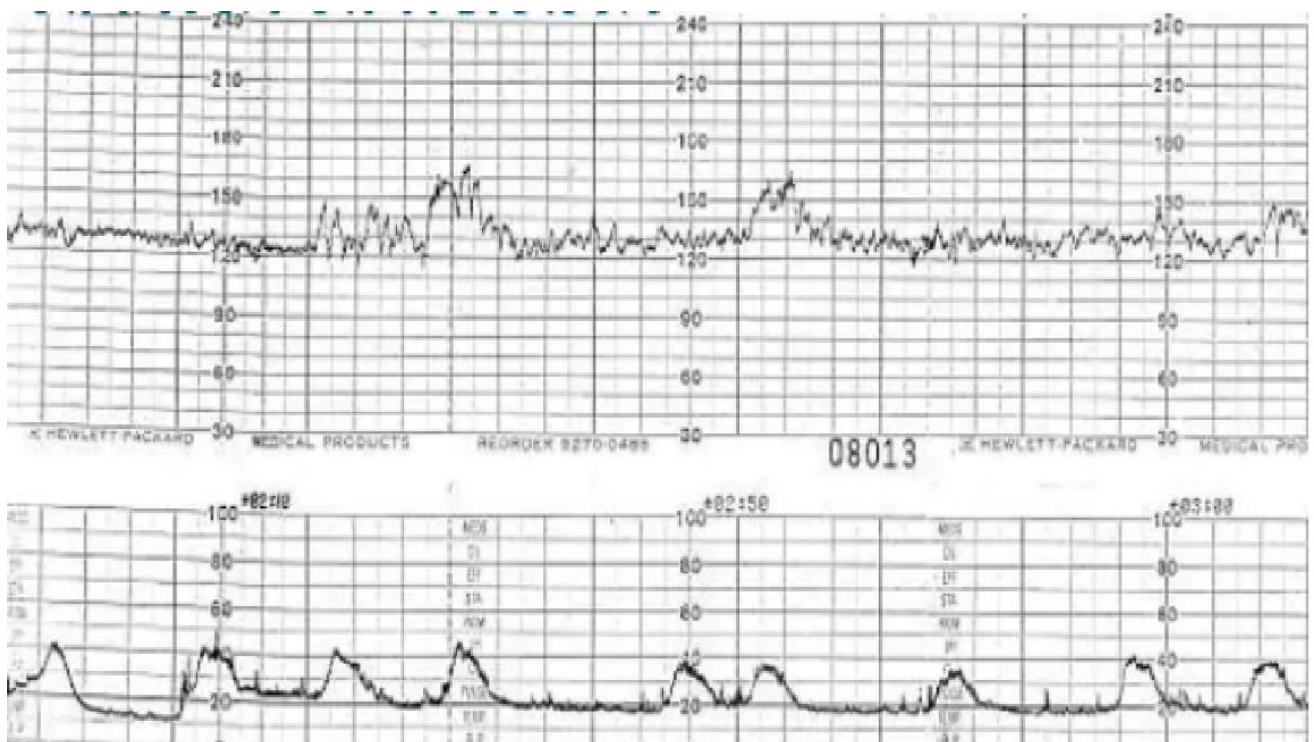
Qual a melhor consulta a ser tomada nesse caso?

- Interrupção imediata da gestação.
 - Repetição semanal do Doppler obstétrico até 36 semanas.
 - Seguir com pré-natal de rotina em unidade terciária e doppler quinzenal.
 - Interrupção da gestação após administração de corticoide para maturação pulmonar fetal.
15. 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?
- Iniciar hidratação com ocitocina endovenosa, enquanto realiza revisão de canal de parto.
 - Iniciar hidratação venosa com 2000ml de SG 5% e oxigenoterapia com O₂ 3L/min por catéter.
 - Acionar banco de sangue, enquanto se maneja a reposição volêmica e a revisão do canal de parto.
 - Solicitar a tipagem sanguínea seguida de indicação imediata de protocolo de hemotransfusão maciça.
16. 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 cardíofetais 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?
- Internação, sulfato de magnésio IV, dexametasona IM e AZT oral até a inibição do trabalho de parto.
 - Internação, nifedipino oral, betametasona IM e AZT endovenoso até a inibição do trabalho de parto.
 - Internação, betametasona IM e AZT endovenoso até o parto.
 - Internação, AZT intravenoso e parto abdominal.

17. 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.

18. Primigesta, 20 anos, 41semanas 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?

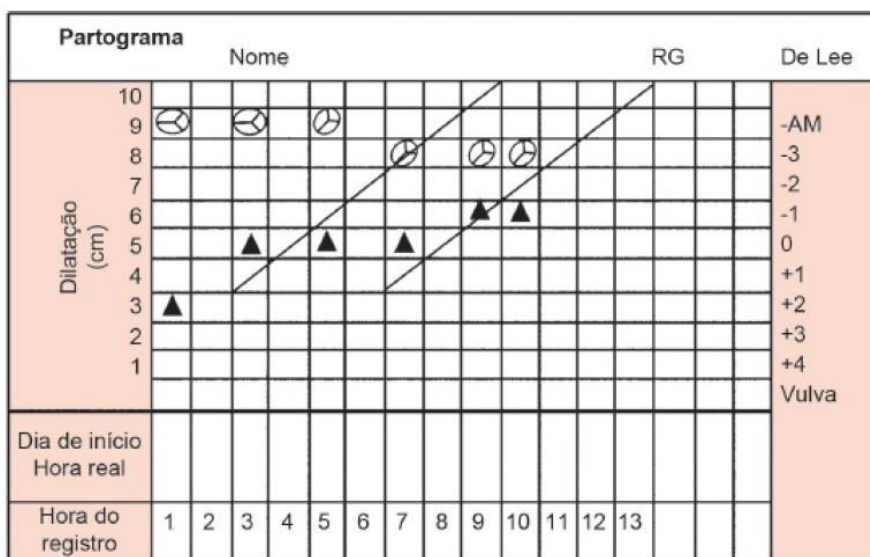
- A) Iniciar indução com misoprostol.
- B) Realizar cesariana de imediato.
- C) Indicar indução com ocitocina.
- D) Programar cesariana eletiva.

19. 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.
20. 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.



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.