



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 individual na data estabelecida no Anexo II, conforme subitem 8.13 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!

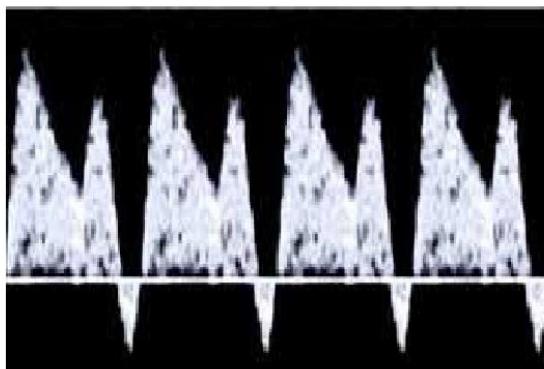
Fortaleza, 02 de novembro de 2022.

Inscrição

Sala

- 01.** Gestante, 32 anos, G2P0A1, chega ao pronto-atendimento com queixa de sangramento vaginal discreto. IG estimada pela DUM: 10 semanas. Altura uterina 18 cm acima da sínfise pubiana. Realizou beta-hCG: 132.000 mUI/mL, TSH e T4 L dentro dos limites da normalidade e ao US transvaginal apresenta ecoendometrial hiperecoico, preenchido por imagens hipo-aneogênicas, irregulares, centrais e ausência de embrião. Útero aumentado para a idade gestacional e os ovários apresentam múltiplos cistos simples, de 4 a 8 cm, anecogênicos. Ao exame físico: PA: 120 x 80 mmHg; FC: 80 bpm; FR: 16 rpm. Exame especular: pequeno sangramento fluindo pelo orifício externo do colo uterino. Toque vaginal: colo impérvio. Diante desse caso clínico, qual a conduta mais adequada?
- A) Repetir B-HCG e Ultrassom transvaginal com intervalo de uma semana.
 - B) Indicar esvaziamento da cavidade uterina após resultado do Rx de Tórax.
 - C) Solicitar Ressonância Magnética Pélvica antes do esvaziamento do útero.
 - D) Solicitar RX de Tórax e Tomografia Pélvica antes do esvaziamento uterino.
- 02.** Durante atendimento à parturiente, em período expulsivo, evidenciou-se que a cabeça fetal se exteriorizava e se retraía (“sinal da tartaruga”), não se conseguindo realizar a extração dos ombros após a tração com emprego de força rotineira. Com a finalidade de solucionar o quadro descrito, qual a técnica obstétrica mais indicada neste momento?
- A) Manobras de Rubin e Woods.
 - B) Manobra de Zavanelli ou clidotomia.
 - C) Manobra de McRoberts e pressão suprapúbica.
 - D) Tração do polo cefálico com pressão no fundo uterino.
- 03.** Mulher G2P2, no oitavo dia de puerpério por cesariana. Há 4 dias, apresentou lóquios fétidos e picos febris de 38 a 39° C. Ferida cirúrgica limpa e mamas flácidas, sem sinais flogísticos. Iniciado esquema de antibiótico para endometrite com Clindamicina e Gentamicina. Após 48 horas do início do tratamento, paciente evoluiu com manutenção dos picos febris e apresentou FC de 100 bpm, sendo acrescentada Ampicilina endovenosa. Hoje, ainda persistem picos febris. Realizado ultrassom abdominal que não evidenciou anormalidades. Diante da evolução do quadro descrito, qual a melhor conduta?
- A) Trocar o esquema antibiótico.
 - B) Realizar laparotomia exploradora.
 - C) Solicitar cultura de lavado endometrial.
 - D) Acrescentar heparina plena ao esquema de antibiótico.
- 04.** Mulher de 40 anos, hipertensa crônica, G2P1CA0, com 35 semanas de idade gestacional, comparece à emergência de uma maternidade por apresentar discreta dor abdominal e sangramento vaginal há 1 hora. Ao exame físico, observam-se: PA: 160/90 mmHg, FC: 108 bpm, BCF 165 bpm, aumento significativo do tônus uterino. Exame especular: colo uterino fechado, discreta quantidade de sangue vermelho escuro em fundo de saco vaginal. Toque vaginal: colo fechado, longo, grosso e posterior. Considerando o provável diagnóstico, qual a conduta mais adequada?
- A) Realizar cesariana de emergência.
 - B) Solicitar ultrassonografia obstétrica com Doppler.
 - C) Iniciar corticoide e programar cesárea após 48 horas.
 - D) Solicitar cardiocografia e observar o sangramento transvaginal.
- 05.** Gestante G2P1A0, 16 semanas de gestação, comparece ao pré-natal com sorologia positiva para toxoplasmose (IgG e IgM). Os exames foram realizados na 14ª semana de gestação. Diante desse resultado, qual a conduta mais adequada a ser tomada?
- A) Manter o seguimento pré-natal de rotina.
 - B) Solicitar o teste de avidéz de IgG para toxoplasmose.
 - C) Iniciar espiramicina (3g/dia) e realizar amniocentese após 18 semanas.
 - D) Iniciar pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico e manter até 36 semanas de gestação.

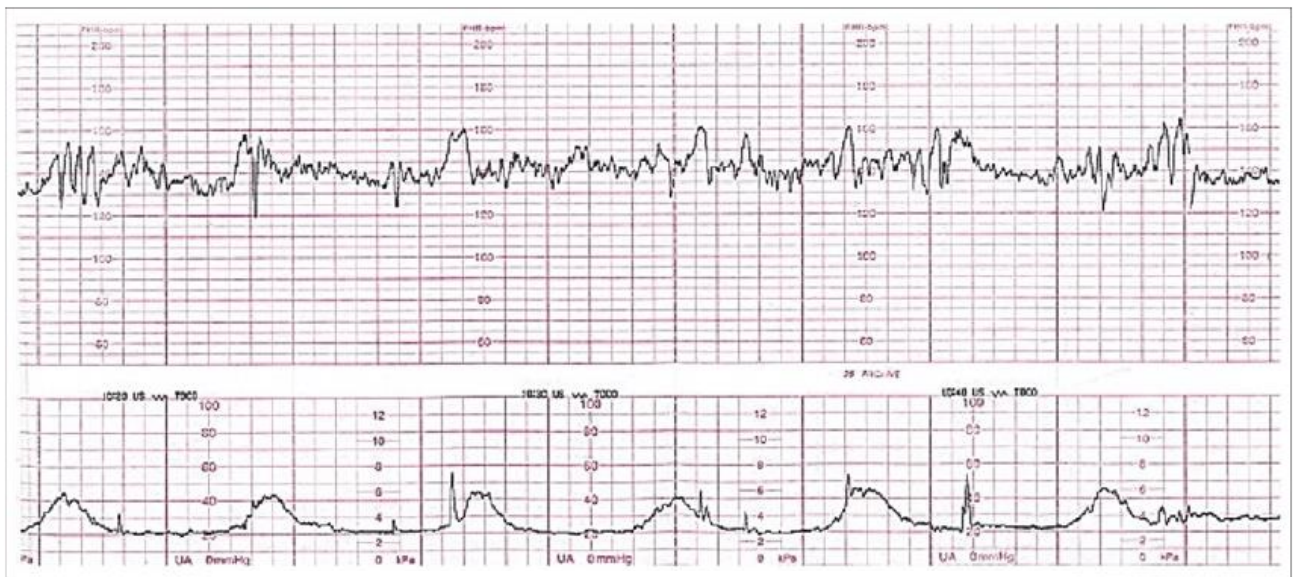
06. Paciente primigesta, com idade gestacional de 32 semanas, procura assistência obstétrica por apresentar quadro de rotura das membranas ovulares há 12 horas, sem sinais de trabalho de parto ou de infecção, sendo internada em hospital terciário. Diante desse quadro clínico, qual a conduta mais adequada?
- A) Fazer corticoide (2d) e realizar cesárea após 48h do início do corticoide.
 B) Fazer corticoide, profilaxia antibiótica e sulfato de magnésio por 48h. Resolver o parto com 37 semanas.
 C) Fazer sulfato de magnésio, nifedipino e corticoide. Colher swab vaginal para definir profilaxia antibiótica.
 D) Fazer corticoide (48h), profilaxia antibiótica por 7 dias. Monitorar mãe e feto diariamente para definição do parto.
07. Secundigesta de 27 anos, idade gestacional de 33 semanas, último parto vaginal há 5 anos, prematuro, deu entrada na emergência de uma maternidade terciária com contrações uterinas. Ao exame, apresentou 4 cm de dilatação, com membranas íntegras e batimentos cardíacos fetais de 140 por minuto. Qual a conduta mais adequada diante desse quadro clínico?
- A) Salbutamol e penicilina.
 B) Sulfato de magnésio e corticoide.
 C) Nifedipino, penicilina e corticoide.
 D) Nifedipino, penicilina e progesterona.
08. Paciente internada em sala de parto de hospital secundário, em seguimento de período expulsivo, evidenciando em avaliação obstétrica, através de toque vaginal, apresentação cefálica com variedade de posição em ODP persistente. Qual a melhor conduta?
- A) Indicar cesárea.
 B) Usar o vácuo extrator.
 C) Aplicar o fórceps de Barton.
 D) Aplicar o fórceps de Kielland.
09. Mulher de 40 anos, G2 P1CA0, hipertensa crônica, com idade gestacional de 28 semanas, em acompanhamento semanal com Doppler desde 25 semanas por feto se encontrar entre o percentil 3 e 10 de peso estimado pela tabela de Hadlock. Doppler das artérias uterinas apresenta aumento da resistência, porém da artéria umbilical e cerebral média até então, vêm se apresentando dentro dos limites da normalidade. Hoje, ao realizar novo exame, apresentou um aumento da resistência da artéria umbilical e o ducto venoso pode ser avaliado na imagem do Doppler em anexo.



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

- Diante do caso, qual a melhor conduta?
- A) Realizar cesariana de imediato.
 B) Repetir o Doppler a cada 48 horas.
 C) Realizar cesárea 4 h depois de fazer Sulfato de Magnésio endovenoso.
 D) Prescrever corticoide por 48h, fazer novo Doppler para definir quando e como resolver a gestação.
10. Primigesta com 14 semanas de gestação, apresenta-se no pré-natal com glicemia de jejum de 96 mg/dl realizada há 1 semana. Qual a conduta mais adequada?
- A) Realizar TOTG entre 24-28 semanas.
 B) Iniciar dieta orientada por nutricionista, exercício físico e monitoramento glicêmico diário.
 C) Iniciar de imediato a insulina NPH e regular conforme perfil glicêmico diário e encaminhar para nutricionista.
 D) Controlar o perfil glicêmico, mantendo glicemia de jejum entre 50 a 85 mg/dl e glicemia 1h após as refeições menor que 160 mg/dl.

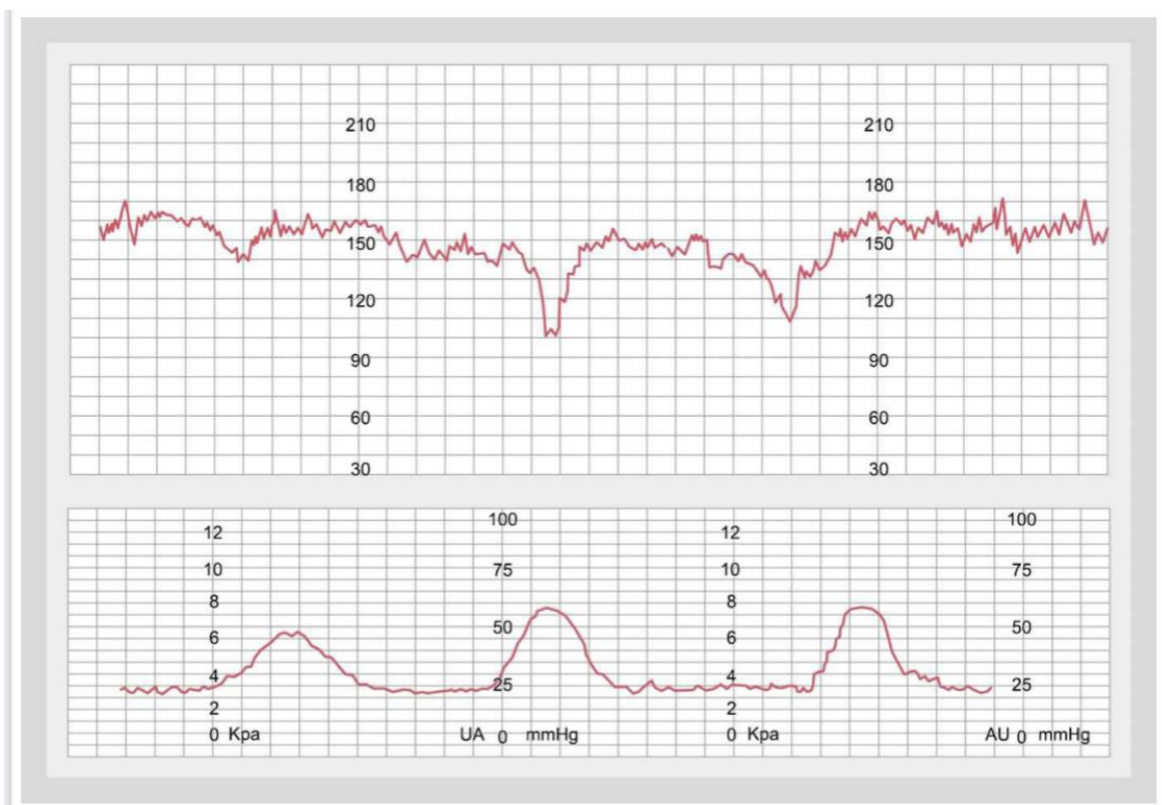
11. Paciente de 23 anos, com 4 semanas de atraso menstrual, comparece à emergência de maternidade terciária referindo leve sangramento transvaginal. A mesma traz beta HCG realizado no mesmo dia mostrando valor de 2.000mUI/mL e ultrassom transvaginal com massa anexial de 2,5 cm sem saco gestacional intrauterino. Qual a conduta mais adequada?
- Realizar esvaziamento do útero com AMIU.
 - Realizar laparotomia com salpingectomia.
 - Iniciar tratamento com metotrexato IM.
 - Repetir beta HCG após 48 horas.
12. Mulher de 22 anos, G1P0, com IG de 41 semanas (estimada pelo US de primeiro trimestre). Nega comorbidades e ao exame não apresenta atividade uterina. PA:120x80 mmHg. FC: 78 bpm. Ao toque: colo uterino amolecido, 25% apagado, posterior, pérvio 2cm, feto cefálico, no I plano de Hodge, bolsa íntegra. Realizada ultrassonografia com feto cefálico, dorso à esquerda, peso fetal estimado de 3.800g e maior bolsão de líquido amniótico de 60 mm. Cardiotocografia abaixo.



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

- Diante do quadro clínico, dos exames físicos e complementares, qual a melhor conduta para o caso?
- Indução de parto com Misoprostol.
 - Indução de parto com Ocitocina.
 - Cesariana de urgência.
 - Cesárea eletiva.
13. Paciente E.F.S.A., 18 anos, secundigesta, atualmente no curso do primeiro trimestre de gestação, apresentando antecedente obstétrico de pré-eclâmpsia na gestação anterior. Diante do histórico da paciente, qual a conduta mais adequada?
- Acompanhar os níveis pressóricos semanalmente.
 - Aconselhar repouso no leito e restrição de sódio na dieta.
 - Fazer suplementação com cálcio durante toda a gestação.
 - Prescrever ácido acetilsalicílico em baixa dose, 100-150 mg/dia à noite até o parto.
14. Primigesta com idade gestacional de 9 semanas, em primeira consulta de pré-natal no posto de saúde, testa positivo para sífilis em teste rápido treponêmico de fita imunocromatográfica. Paciente nega diagnóstico prévio dessa doença e afirma alergia grave à penicilina. Qual a conduta a ser adotada?
- Solicitar teste intradérmico de alergia a penicilina.
 - Prescrever tratamento com ceftriaxona por 10 dias.
 - Aguardar resultado de VDRL para decidir necessidade de tratamento.
 - Recomendar a dessensibilização e o tratamento com penicilina em ambiente hospitalar.

15. Mulher de 30 anos, G5 P3 A1, ainda não conseguiu iniciar pré-natal. Atraso menstrual de 18 semanas. Realiza sua primeira ultrassonografia, onde se observa feto de 13 semanas, com batimentos cardíacos ausentes. Nega sangramento vaginal e febre. Exame físico: PA 120 x 80mmHg, T: 37 °C, FC: 72 bpm. Toque vaginal com colo fechado, longo e exame especular sem sangramentos. Hemograma com Ht 35%, Hb 12,0g% e leucócitos 9000/mm³. Qual a melhor conduta para o caso?
- A) Conduta expectante.
 B) Aspiração Manual Intrauterina (AMIU).
 C) Curetagem uterina após dilatação cervical com misoprostol.
 D) Ocitocina intravenosa seguida de curetagem uterina após eliminação do feto.
16. Você foi chamado para avaliar paciente queixando-se de dor epigástrica e náuseas. Ao exame: PA= 140x90 mmHg e BCF= 140 batimentos por minuto. Paciente primigesta com 30 semanas de idade gestacional, internada em enfermaria de maternidade terciária por pré-eclâmpsia grave há 10 dias, ocasião em que foi administrado sulfato de magnésio por 24h e 24mg de betametasona. Paciente agora em uso de nifedipino 60mg por dia + metildopa 2g por dia. Os exames colhidos na manhã de hoje são os seguintes: Hb 12g/dL; Plaquetas 110.000/mm³; TGO 90UI; LDH 700U/L; CR 0,7; Bilirrubinas totais 1,3mg/dL. Qual a conduta mais adequada?
- A) Iniciar sulfato de magnésio e realizar cesárea após 4h.
 B) Fazer 12mg de betametasona e realizar cesárea após 24h.
 C) Fazer inibidor de bomba de próton e suspender a metildopa.
 D) Fazer inibidor de bomba de próton e aumentar a dose de nifedipino.
17. Primigesta em trabalho de parto, avaliada com intervalo de 3 horas, sendo identificada boa dinâmica uterina e persistência da dilatação em 7 cm, membranas íntegras e apresentação em plano I de Hodge. Plantonista indica realização de cardiotocografia (ver imagem).



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 3)

Diante da evolução do trabalho de parto e do resultado da cardiotocografia, qual a melhor conduta a ser seguida?

- A) Indicação imediata de cesariana.
 B) Seguir acompanhamento normal do trabalho de parto.
 C) Romper membranas ovulares e seguir acompanhamento normal do trabalho de parto.
 D) Romper membranas ovulares, solicitar nova cardiotocografia e definir conduta conforme resultado.

18. Paciente I.A.F.S., 16 anos, primigesta, 13 semanas de gestação está iniciando o pré-natal e em seus exames iniciais tem confirmado o diagnóstico de infecção pelo HIV. Visando diminuir o risco de transmissão vertical, qual a conduta mais adequada?
- A) Solicitar contagem de LT-CD4+ e CV- HIV e a depender do seu resultado solicitar Genotipagem e iniciar TARV.
 - B) Solicitar contagem de LT-CD4+, CV-HIV e Genotipagem. Aguardar resultado da genotipagem para iniciar TARV.
 - C) Solicitar contagem de LT-CD4+, CV-HIV e Genotipagem. Iniciar TARV independente dos resultados dos exames.
 - D) Solicitar Genotipagem e iniciar TARV. A contagem de LT-CD4+ e CV- HIV será solicitada 2 a 4 semanas após o início da TARV.
19. Adolescente primigesta, 15 anos, comparece em emergência obstétrica com US evidenciando gestação de 14 semanas. Relata que a gestação ocorreu após violência sexual e deseja interromper a gestação. Paciente encontra-se sem queixas obstétricas. Sobre o aborto previsto por Lei é correto afirmar que:
- A) Por se tratar de menor de 16 anos, os pais devem acompanhar a paciente e assinar a autorização para interrupção da gestação.
 - B) O médico plantonista não pode se recusar a iniciar o processo de interrupção da gestação alegando questões religiosas, por se tratar de um direito da paciente.
 - C) É obrigatória a apresentação pela paciente do boletim de ocorrência ou laudo do exame pericial emitido pelo IML para prosseguir com o processo de interrupção da gestação.
 - D) Apenas hospitais terciários estão autorizados a realizar a interrupção legal da gestação por se tratar de procedimento de alta complexidade e exigir equipe multidisciplinar.
20. Plantonista é chamado ao alojamento conjunto para avaliar puérpera múltipara, hipertensa e que está apresentando sangramento transvaginal aumentado. Seu parto vaginal ocorreu há 2 horas. Ao exame, evidencia-se paciente pálida, pele fria, pulso 110 bpm, PA 90 x 50 mmHg, útero amolecido à palpação abdominal e fundo uterino palpável 3 cm acima da cicatriz umbilical. Qual a conduta imediata mais adequada?
- A) Aplicar metilergonovina intramuscular.
 - B) Empregar protocolo de transfusão maciça.
 - C) Realizar compressão uterina bimanual e iniciar ocitocina endovenosa.
 - D) Solicitar contagem de plaquetas, tempo de protrombina (TP), D-dímero e concentração de fibrinogênio.
21. Mulher, solteira, nuligesta, 25 anos, comparece à consulta ginecológica com queixa de corrimento amarelado, fluido, com odor fétido, com piora após a atividade sexual. Fez uso de ducha vaginal e corticoide tópico sem grande melhora. Não faz uso de preservativo e teve dois parceiros, no último mês. O exame especular está demonstrado a seguir. Coletado material para bacterioscopia com presença de células chave.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 4)

Considerando o quadro clínico, o exame especular e a bacterioscopia qual o tratamento adequado?

- A) Azitromicina oral em dose única para o casal.
- B) Metronidazol oral por 7 dias e abstinência sexual.
- C) Cetoconazol oral por 5 dias associado a metronidazol gel.
- D) Creme de miconazol associado com fluconazol via oral em dose única.

22. Mulher de 40 anos, assintomática. Exame físico normal. Traz resultado da mamografia que evidenciou microcalcificações agrupadas e pleomórficas (BI-RSADS 4) e ultrassom mamário sem alterações. Qual melhor propedêutica diagnóstica?
- A) Tomossíntese.
 - B) Mamotomia.
 - C) Biópsia guiada por ultrassom.
 - D) Punção aspirativa por agulha fina.
23. Paciente de 24 anos, nuligesta, procura emergência com fortes dores na região pélvica de caráter progressivo, tipo cólica há mais de uma semana, associado à dispareunia, nega uso de métodos contraceptivos, não se lembra da data da última menstruação. Nega corrimento vaginal. Ao exame físico, apresenta temperatura axilar de 38.5°C. Estado geral regular desidratada +/4, hipocorada ++/4, fácies de dor. Abdome plano, ruídos hidroaéreos presentes, dor à palpação superficial e profunda nas fossas ilíacas e hipogástrio, sem abaulamentos e retrações abdominais. Giordano negativo, Blumberg negativo. Toque vaginal: dor à mobilização do colo uterino e fundo de saco de Douglas. Exame especular: colo uterino hiperemiado, presença de pequena quantidade de corrimento purulento com odor fétido. Qual o tratamento mais adequado?
- A) Ceftriaxona 250 mg endovenoso dose única com Azitromicina 1g oral dose única e Clindamicina 300mg oral por 7 dias.
 - B) Ceftriaxone 250mg endovenoso dose única com Doxiciclina 100mg oral 12/12h e Metronidazol 500 mg oral de 12/12h por 14 dias.
 - C) Ciprofloxacino 500mg oral dose única com Azitromicina 1g oral dose única.
 - D) Azitromicina 1g oral com Doxiciclina 100mg oral 12/12h com Metronidazol 250 mg oral, 8/8h, por 14 dias.
24. Mulher, 25 anos, G1P1A0, teve parto vaginal há um ano, sem comorbidades procurou consulta médica no pronto-atendimento queixando-se de prurido vaginal intenso acompanhado de corrimento branco em grande quantidade e dispareunia. Relata que havia feito três tratamentos anteriores para o mesmo problema. Mostrava-se ansiosa e preocupada com a frequência dos episódios que estavam atrapalhando sua qualidade de vida e relacionamento conjugal. No exame ginecológico, observou-se corrimento branco em grande quantidade conforme a figura.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 5)

Qual a conduta adequada à situação?

- A) Realizar exame a fresco, bacterioscopia e cultura com antifungigrama do conteúdo vaginal. Tratar com fluconazol 150 mg oral a cada três dias (3 doses) seguido de fluconazol 150mg oral semanal por 6 meses.
- B) Realizar bacterioscopia e cultura do conteúdo vaginal. Fazer miconazol creme vaginal a 2 % por 7 dias, seguido de uma aplicação por semana por 12 meses.
- C) Realizar exame a fresco do conteúdo vaginal e tratar com metronidazol gel vaginal por sete dias e fluconazol 150mg oral semanal por 6 meses.
- D) Tratar com fluconazol 150 mg semanal por 12 meses.

25. Mulher nulípara, 45 anos, com história de ciclos menstruais irregulares e diagnóstico de síndrome de ovários policísticos, obesidade e intolerância à glicose. Refere longos períodos de amenorreia intercalados por fluxo menstrual intenso de longa duração, cerca de 15 dias, com coágulos e cólicas incapacitantes. Realizou exame físico sem achados relevantes e ao Ultrassom transvaginal observou-se aumento do volume uterino, formato globoso, assimetria entre paredes uterinas, heterogeneidade difusa, cistos anecóicos no miométrio e estrias radiadas partindo do endométrio irregular. Assinale a assertiva correta quanto à mais provável combinação de diagnósticos para esse padrão de sangramento uterino anormal.

- A) Hiperplasia endometrial e Adenomiose.
- B) Mioma submucoso e Atrofia endometrial.
- C) Endometrio decidualizado e Pólipo endometrial.
- D) Pólipo endometrial e Adenocarcinoma de endometrio.

26. Paciente, 18 anos, iniciou atividade sexual aos 16 anos, deu entrada no pronto-atendimento com queixa de ardência e feridas dolorosas na região vulvar. Relatou ainda tratar-se do segundo episódio do mesmo quadro clínico em um ano. Ao exame ginecológico, observou-se vesícula e úlcera em fúrcula vulvar além de úlceras em grandes lábios conforme figura.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 6)

De acordo com o diagnóstico, qual o esquema de tratamento adequado?

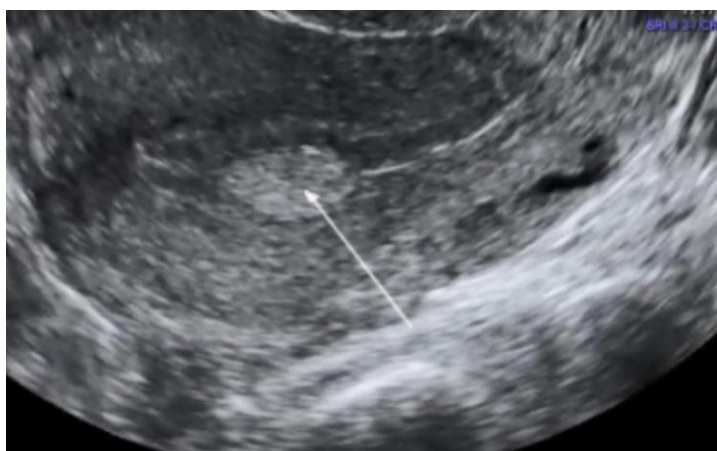
- A) Aciclovir 400mg via oral 8/8 horas por 5 dias.
 - B) Aciclovir 400mg via oral 8/8 horas por 7 dias.
 - C) Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos via oral em dose única.
 - D) Penicilina G Benzatina 2, 4 milhões de unidades em dose única.
27. Mulher 23 anos, G1P1A0, assintomática, sexarca aos 14 anos, compareceu à consulta para receber o resultado da citologia em meio líquido realizada há 2 meses. Ao entregar-lhe o exame cujo resultado foi compatível com Lesão intraepitelial de alto grau (LIEAG), o ginecologista esclareceu qual seria a orientação diante desse resultado. Qual a conduta adequada diante do resultado de LIEAG na situação exposta?
- A) “Ver e Tratar”.
 - B) Repetir a citologia de imediato.
 - C) Repetir citologia com seis meses.
 - D) Colposcopia e biópsia se achado anormal.
28. Paciente, 45 anos, viúva há 3 anos, G2P2CA0, ciclos menstruais regulares de 5 dias, volumoso. Iniciou, recentemente, novo relacionamento e tem receio de uma nova gestação. É hipertensa, em uso de hidroclorotiazida e losartana, há 2 anos. PA na consulta 130 x 80mmHg. Traz citologia e mamografia normais. Ultrassonografia transvaginal sem anormalidades. Ela deseja sugestões de métodos anticoncepcionais para que escolha o que mais se sentir confortável. Considerando a paciente em questão, qual método poderia ser sugerido?
- A) Anel vaginal.
 - B) Implante de etonogestrel.
 - C) Diu não hormonal T de cobre.
 - D) Progesterona micronizada oral.

29. Mulher de 28 anos, nuligesta, com queixa de dor pélvica crônica cíclica e dispareunia. Realizou ultrassonografia pélvica transvaginal com os seguintes achados: cisto de ovário com paredes espessas, septado, arredondado, margens regulares, ecotextura homogênea, com ecos internos difusos de baixa ecogenicidade e débris. Foi orientada a repetir o exame em 3 meses e apresentou as mesmas imagens.



Diante desse quadro clínico e imagem, qual o diagnóstico provável e conduta adequada?

- A) Endometrioma ovariano, laparoscopia para capsulectomia.
 - B) Cisto Lúteo ovariano, conduta expectante e repetir imagem.
 - C) Carcinoma ovariano, histerectomia total com salpingooforectomia bilateral.
 - D) Endometrioma ovariano, laparoscopia para drenagem e cauterização de focos de endometriose.
30. Carmem, 57 anos, menopausa há 8 anos com queixa de perda urinária ao tossir e espirrar. Como antecedente obstétrico, informa um parto vaginal há 37 anos. Ao exame ginecológico, apresenta sinais de hipoposterogenismo e ausência de distopias. Não foi observada perda urinária com a manobra de Valsalva. Qual exame faz parte da avaliação inicial dessa paciente?
- A) Cistoscopia.
 - B) Sumário de urina.
 - C) Estudo urodinâmico.
 - D) Teste do cotonete (Q-tip test).
31. Mulher 38 anos, G5P4A1, sem comorbidades. Apresenta ciclos menstruais regulares, mensais de 4 dias de duração. Há 6 meses com sangramento anormal intermenstrual intermitente, pequena quantidade, aspecto escuro “em borra de café” que ocorre até durante 5 dias depois do fluxo menstrual habitual. Ao Ultrassom transvaginal apresentou a seguinte imagem (ver figura abaixo):



Assinale a alternativa que corresponde ao diagnóstico mais provável da paciente.

- A) Atrofia endometrial.
- B) Pólipio endometrial.
- C) Endométrio decidualizado.
- D) Adenocarcinoma de Endométrio.

32. Paciente, 13 anos, procurou consulta ginecológica por não ter menstruado ainda e não apresentar desenvolvimento mamário. Questionou ao ginecologista o motivo de não ter menstruado já que suas irmãs tiveram menarca aos 11 anos. Sem outras queixas ou comorbidades. Possui alimentação saudável, faz atividade física regularmente e encontra-se com bom estado nutricional. Durante o exame físico, observou-se na inspeção ausência de telarca e pubarca. Qual a propedêutica diagnóstica inicial na avaliação dessa adolescente?
- A) FSH, LH e estradiol sérico.
 - B) Cariótipo, TSH, estradiol e progesterona.
 - C) Cariótipo e ressonância magnética do crânio.
 - D) Raio X de punhos e mãos e estradiol sérico.
33. Paciente, 50 anos, G1P1A0, compareceu à consulta ginecológica de rotina queixando-se de ondas de calor, acordando na madrugada com sudorese noturna. Relatou ainda ciclos menstruais irregulares nos últimos seis meses. Nos antecedentes negou comorbidades, mas referiu mãe com CA de mama aos 50 anos e solicitou ao ginecologista um tratamento não hormonal para alívio desses sintomas. Qual terapia não hormonal seria adequada diante da situação exposta?
- A) Antidepressivos tricíclicos.
 - B) Atividade física e perda de peso.
 - C) Fitoestrogênio ou Fitoesteroides.
 - D) Inibidor de recaptção da serotonina.
34. Jovem de 23 anos, nuligesta, comparece à consulta com queixa de sangramento menstrual aumentado, intercalado com períodos de amenorreia de até 4 meses. Quadro iniciado há 1 ano, após ganho ponderal de 10 kg. Notou, também, aumento da oleosidade da pele e surgimento de acne em face e dorso. Uma amiga que teve um quadro semelhante orientou que fizesse uma ultrassonografia transvaginal, pois poderia estar com "ovários policísticos". Sabendo que a síndrome dos ovários policísticos é um diagnóstico de exclusão, quais os principais exames laboratoriais necessários para exclusão de outras causas?
- A) Prolactina, TSH, FSH e SHBG.
 - B) TSH, prolactina e androstenediona.
 - C) LH, FSH, SHBG, androstenediona e cortisol.
 - D) TSH, prolactina, testosterona, 17 hidroxiprogesterona, SDHEA e cortisol.
35. Germana, 32 anos, G0P0, comparece para consulta com seu parceiro Gabriel, 42 anos, que tem dois filhos de relacionamento prévio. Estão há 18 meses tentando engravidar sem sucesso. Que exames devem ser solicitados para a avaliação inicial deste casal?
- A) FSH, TSH, prolactina e histerossalpingografia.
 - B) FSH, estradiol, histerossalpingografia e cariótipo.
 - C) TSH, prolactina, histerossalpingografia e espermograma.
 - D) FSH, hormônio antimulleriano, histerossalpingografia, espermograma e cariótipo.
36. Juliana, 28 anos, queixa-se de dismenorreia desde a menarca que tem evoluído com piora nos últimos anos. Refere ainda disporeunia profunda e episódios de diarreia no período menstrual. Ao toque vaginal combinado, paciente refere dor e observa-se espessamento de ligamentos uterossacos. Qual a principal hipótese diagnóstica e o exame complementar mais indicado para Juliana?
- A) Adeniose – ultrassom transvaginal.
 - B) Síndrome do intestino irritável – colonoscopia.
 - C) Endometriose – ressonância magnética de pelve.
 - D) Doença inflamatória pélvica crônica – videolaparoscopia.
37. Mulher, 30 anos, nuligesta, sem antecedentes de câncer de mama, vem à consulta do ambulatório de ginecologia com queixa de mastalgia e sensação de "edema nas mamas" antes e durante o período menstrual. Quadro presente há 3 anos, mas piorou nos últimos 6 meses, o que gerou sua preocupação. Tem ciclos menstruais regulares e como método anticoncepcional faz uso do DIU de cobre. Exame físico das mamas sem anormalidades. Diante da queixa desta paciente, qual a conduta a ser tomada?
- A) Sugestão de medidas comportamentais e indicação de retirada do DIU de cobre.
 - B) Solicitação de mamografia e indicação de prática de exercícios físicos e uso de sutiã esportivo.
 - C) Orientação verbal sobre benignidade dos sintomas e prescrição de óleo de prímula e vitamina E.
 - D) Orientação verbal sobre o caráter autolimitado dos sintomas e a ausência de relação com o câncer de mama.

38. Adolescente, 15 anos, chega na emergência com sangramento transvaginal importante, vermelho vivo com coágulos, trazida por familiares. Apresenta-se hipocorada, taquicárdica, com palidez cutâneo mucosa. Quadro iniciado há 2 dias, com piora progressiva. Nega sexarca. Não faz uso de métodos anticoncepcionais. Não fez uso de outras medicações antes da chegada ao hospital. Sinais vitais: PA 80 x 40; pulso:130 bpm; temperatura: 37°C. Considerando a paciente e o quadro apresentado, qual a conduta adequada?
- A) Iniciar estrogênio conjugado oral em doses altas e solicitar exames laboratoriais.
 - B) Realizar estabilização hemodinâmica e, posteriormente, o exame físico detalhado.
 - C) Realizar exame físico, solicitar exames e encaminhar para seguimento ginecológico ambulatorial.
 - D) Solicitar ultrassonografia transvaginal e betaHCG e aguardar resultados para início do tratamento.
39. Mulher de 40 anos, múltipara, com sangramento menstrual abundante e prolongado, associado à dismenorria que antecede a menstruação e persiste até uma semana após o fluxo menstrual. Ao exame ginecológico, encontramos útero aumentado uniformemente de volume, amolecido e doloroso. Realizou Ultrassonografia transvaginal com a imagem apresentada a seguir.



- Diante do quadro clínico e da imagem do ultrassom, qual a hipótese diagnóstica mais provável?
- A) Adenomiose.
 - B) Pólipo endometrial.
 - C) Leiomioma submucoso.
 - D) Gestação ectópica em cicatriz de cesárea.
40. Camila, 24 anos, com queixa de atraso menstrual há 4 meses. Relata ainda acne e saída de secreção branca pelos mamilos. Refere que apresentava ciclo menstrual regular previamente. Traz exame beta-hCG negativo. Faz uso de medicação de uso rotineiro. Qual medicação pode estar envolvida nesse quadro clínico?
- A) Sertralina.
 - B) Risperidona.
 - C) Bupropiona.
 - D) Nortriptilina.