



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 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!

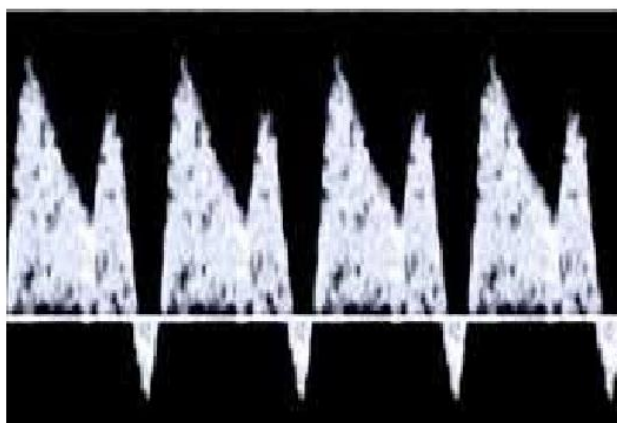
Fortaleza, 02 de novembro de 2022.

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-anecogênicas, 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.** 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.
- 03.** 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.
- 04.** 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.
- 05.** 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?
- A) Repetir beta HCG após 48 horas.
 - B) Iniciar tratamento com metotrexato IM.
 - C) Realizar laparotomia com salpingectomia.
 - D) Realizar esvaziamento do útero com AMIU.

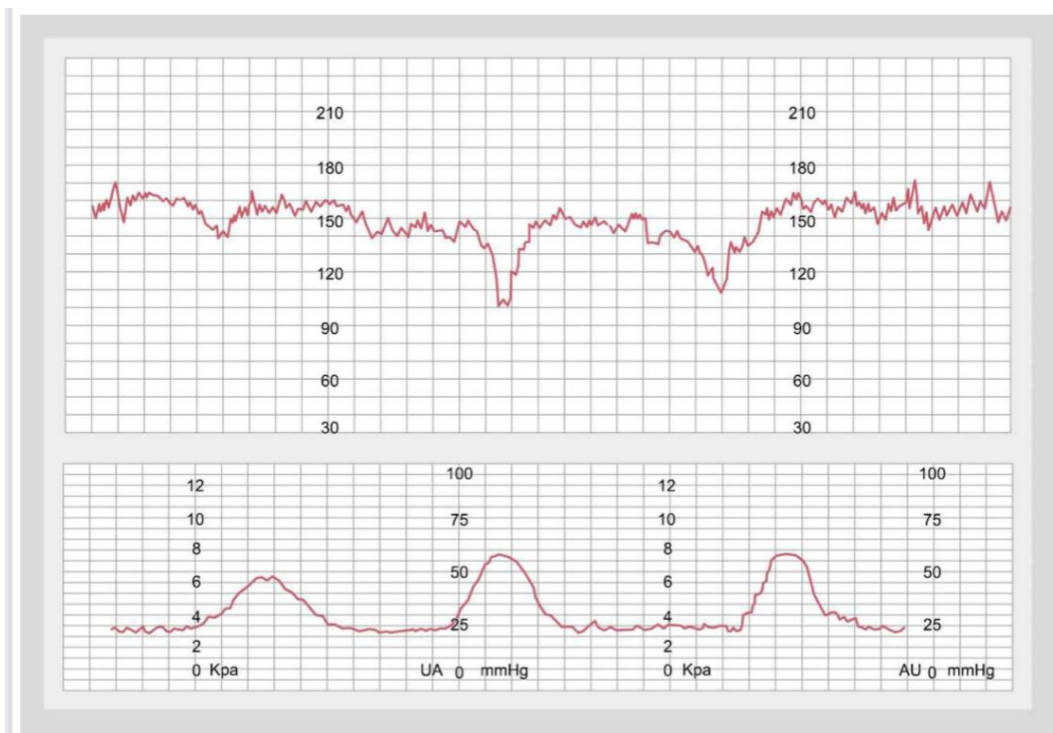
06. Paciente E.F.S.A., 18 anos, secundigesta, atualmente no curso do primeiro trimestre de gestação, apresentando antecedente obstétrico de pré-eclâmpsia na gestação anterior. Diante do histórico da paciente, qual a conduta mais adequada?
- A) Acompanhar os níveis pressóricos semanalmente.
 - B) Aconselhar repouso no leito e restrição de sódio na dieta.
 - C) Fazer suplementação com cálcio durante toda a gestação.
 - D) Prescrever ácido acetilsalicílico em baixa dose, 100-150 mg/dia à noite até o parto.
07. 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.
08. 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.
09. 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.

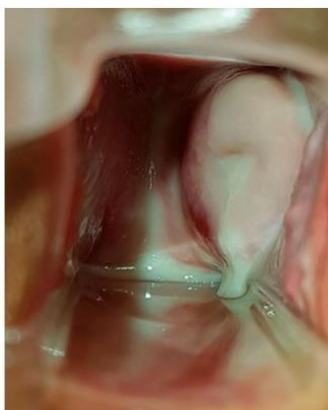
10. Primigesta em trabalho de parto, avaliada com intervalo de 3 horas, sendo identificada boa dinâmica uterina e persistência da dilatação em 7 cm, membranas íntegras e apresentação em plano I de Hodge. Plantonista indica realização de cardiotocografia (ver imagem).



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

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.
11. 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 3)

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.

12. 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.
13. 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.
14. 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.



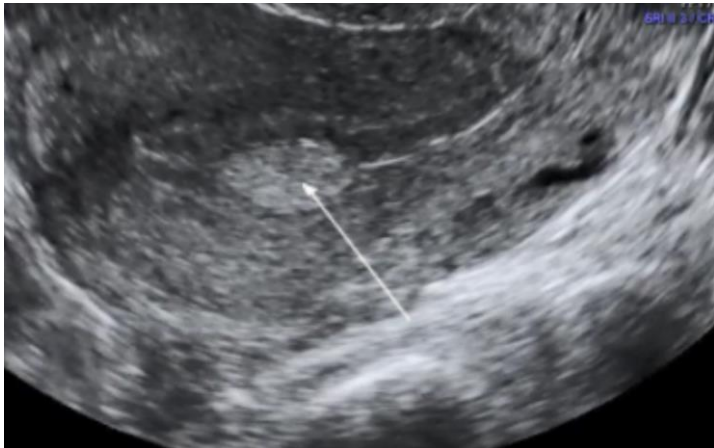
Diante desse quadro clínico e imagem, qual o diagnóstico provável e conduta adequada?

- 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.

15. 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.

16. 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) Pólipo endometrial.
 - C) Endométrio decidualizado.
 - D) Adenocarcinoma de Endométrio.
17. 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) Inibidor de recaptção da serotonina.
 - B) Fitoestrogênio ou Fitoesteroides.
 - C) Atividade física e perda de peso.
 - D) Antidepressivos tricíclicos.
18. 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.

19. 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 primula e vitamina E.
 - D) Orientação verbal sobre o caráter autolimitado dos sintomas e a ausência de relação com o câncer de mama.
20. Mulher de 40 anos, múltipara, com sangramento menstrual abundante e prolongado, associado à dismenorreia 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.