

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 I, conforme subitem 11.20 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!

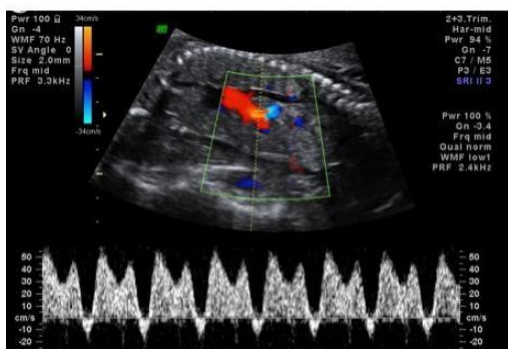
Fortaleza, 02 de novembro de 2023.

Inscrição

Sala

- 01.** Paciente, 27 anos, primigesta, comparece ao atendimento de Emergência do Hospital Regional. Durante o pré-natal, realizou uma ultrassom de rotina, que evidenciou interrupção da gravidez com 14 semanas de gestação de acordo com a biometria fetal. Foi orientada a aguardar o processo de abortamento espontâneo, no entanto refere que já esperou 4 semanas e não expulsou. No momento, encontra-se assintomática, sem queixas, nega sangramento vaginal ou dor pélvica. Ao exame físico: Toque vaginal: colo grosso, posterior, fechado. Novo US realizado na emergência confirmou o diagnóstico. Diante deste caso: qual é a melhor conduta?
- A) Realizar Aspiração Manual IntraUterina (AMIU).
 - B) Realizar dilatação cervical com Vela de Hegar e posterior Curetagem Uterina.
 - C) Prescrever Misoprostol 200 mcg a cada 4 horas, aguardar a expulsão fetal e posterior Curetagem Uterina.
 - D) Indicar Misoprostol 800mcg a cada 3 horas, aguardar amolecimento do colo e posterior Curetagem Uterina.
- 02.** Paciente gestante, no curso das 33 semanas de idade gestacional, procura serviço de emergência em Maternidade de referência para alto risco por apresentar quadro de sangramento vermelho-vivo moderado transvaginal, de início súbito, associado a tónus uterino normal. A Pressão Arterial (PA) materna encontra-se em 110x70mmHg, o pulso materno de 88 bpm e a Saturação de Oxigênio se mantém em 99%. A Cardiotocografia apresenta resultado tranquilizador. Qual a conduta correta, diante do quadro exposto?
- A) Iniciar tocólise com nifedipino para administrar corticoide, neuroproteção e profilaxia para sepse neonatal. Solicitar ultrassom obstétrico.
 - B) Realizar toque vaginal para determinar dilatação do colo uterino e cálculo de Índice de Bishop e avaliar possibilidade de indução.
 - C) Providenciar acesso calibroso, avaliar débito urinário, manter estabilidade hemodinâmica e solicitar Ultrassom Transvaginal para confirmação diagnóstica.
 - D) Indicar resolução da gestação imediata por cesariana.
- 03.** Gestante, 31 anos, secundigesta, com idade gestacional de 32 semanas, comparece a Emergência de Maternidade de Referência para Alto Risco apresentando dor em baixo ventre com contrações uterinas frequentes, além de saída de tampão mucoso. Nega perda de líquido abundante ou sangramento transvaginal. Ao exame: Batimento Cardíacos Fetais de 132 bpm, Movimentações Fetais presentes, Dinâmica Uterina Presente com 2 contrações de 45 segundos em 10 minutos, ao toque vaginal, presença de colo dilatado 3 cm e apagado 30%, bolsa íntegra, apresentação fetal cefálica. De acordo com a idade gestacional e a principal hipótese diagnóstica, qual a conduta inicial?
- A) Internar a paciente e realizar a assistência ao trabalho de parto e parto.
 - B) Manter paciente em observação para avaliar a progressão do trabalho de parto.
 - C) Oferecer analgesia para alívio da dor e realizar orientações sobre quando retornar à maternidade.
 - D) Internar a paciente, iniciar agentes tocolíticos e prescrever corticoide para a maturação pulmonar fetal.
- 04.** Paciente, 22 anos, G3P1A1, 32 semanas de gestação, comparece a Hospital Terciário referindo perda de líquido claro abundante há 2 horas. Nega dor em baixo ventre ou contrações uterinas. Refere boa movimentação fetal. Ao exame: PA:110 x 60 mmHg ; T: 36,2°C; FC: 88 bpm; FR:14 irpm. Abdome gravídico, indolor à palpação profunda, atividade uterina ausente. BCF: 132 bpm. Movimentos fetais presentes. Ao Exame Especular: presença de saída de líquido claro proveniente do Orifício Cervical Externo. Ao toque vaginal: Colo grosso, posterior, fechado. Diante deste caso clínico, qual a conduta inicial?
- A) Indicar cesariana.
 - B) Iniciar indução do trabalho de parto com Misoprostol 25 mcg, via vaginal, a cada 6 horas por no máximo 48 horas.
 - C) Acompanhar no ambulatório a cada semana, observar sinais de trabalho de parto ou sinais de infecção, como febre e saída de secreção vaginal purulenta.
 - D) Orientar repouso relativo, hidratação, controle de sinais infecciosos, solicitar exames laboratoriais, prescrever corticoterapia antenatal e antibioticoprofilaxia.

05. Gestante de 37 anos, G2P0A1 (abortamento anterior com 7 semanas, sem curetagem), atleta de alto desempenho (IMC 19,2 Kg/m²), sem comorbidades, realiza US morfológico e transvaginal com 22 semanas evidenciando colo com 22 mm de comprimento, sem afunilamento. Diante desse resultado, qual a melhor conduta a ser tomada?
- Indicar cerclagem do colo uterino.
 - Iniciar progesterona 200mg/dia via vaginal.
 - Acompanhar o pré-natal, solicitando novo ultrassom obstétrico com 32 semanas de gestação.
 - Acompanhar paciente com ultrassonografia transvaginal seriada até 34 semanas de gestação.
06. Durante consulta pré-natal de risco habitual, uma gestante, primigesta, no curso das 33 semanas de gestação, apresenta quadro de elevação da pressão arterial (PA: 150X105mmHg) e proteinúria em fita (Labistix) de 2+, assintomática. Encaminhada imediatamente para uma avaliação em Hospital Terciário onde evidenciou-se rotina laboratorial de Pré-Eclâmpsia sem alterações, ausência de sinais de iminência de eclâmpsia ao exame e ausência de edema agudo de pulmão. A relação proteína/creatinina urinárias teve o valor de 0,9. A partir dos dados disponíveis, qual a conduta mais adequada a seguir?
- Acompanhamento ambulatorial com consultas semanais.
 - Repouso prolongado no leito e uso de anti-hipertensivos.
 - Internamente com uso de diuréticos e dieta hipossódica.
 - Resolução da gestação após corticoidoterapia.
07. Primigesta, 36 anos, G3P2A0 (2 cesáreas anteriores), idade gestacional de 35 semanas, busca atendimento na emergência obstétrica por quadro de mal estar geral, cefaleia, dor de moderada intensidade em hipocôndrio direito e 3 episódios de vômitos nas últimas 6 horas. Os achados dos exames físico e laboratorial revelam: Pressão arterial 175 x 108 mmHg, temperatura 36,6°C e plaquetas 42.000/mm³. Diante do quadro clínico apresentado, qual a conduta mais adequada a ser tomada?
- Iniciar anti-hipertensivo sublingual (nifedipino) e corticoide para maturação pulmonar fetal. Resolução da gestação em 24h.
 - Iniciar anti-hipertensivo venoso (hidralazina), sulfato de magnésio e resolução imediata da gestação por cesariana, com transfusão de plaquetas imediatamente antes da cirurgia.
 - Iniciar anti-hipertensivo via oral (metildopa) e corticoide para maturação pulmonar fetal. Solicitar enzimas hepáticas, bilirrubina e desidrogenase láctica. Resolução da gestação em 48h.
 - Iniciar sintomáticos (antiemético, analgésico e anti-hipertensivo), solicitar enzimas hepáticas, bilirrubina (total e frações) e desidrogenase láctica. Resolução da gestação com 36 semanas.
08. Gestante de 36 semanas, G2P1A0, diabética tipo 2 e hipertensa crônica, em uso de insulina e nifedipino, apresenta elevação da PA há 2 semanas e realiza US obstétrico que evidencia líquido amniótico normal, peso fetal no 11º percentil e Doppler obstétrico do ducto venoso com seguinte resultado abaixo (vide figura). Corticoide para maturação pulmonar já realizado há 4 dias.

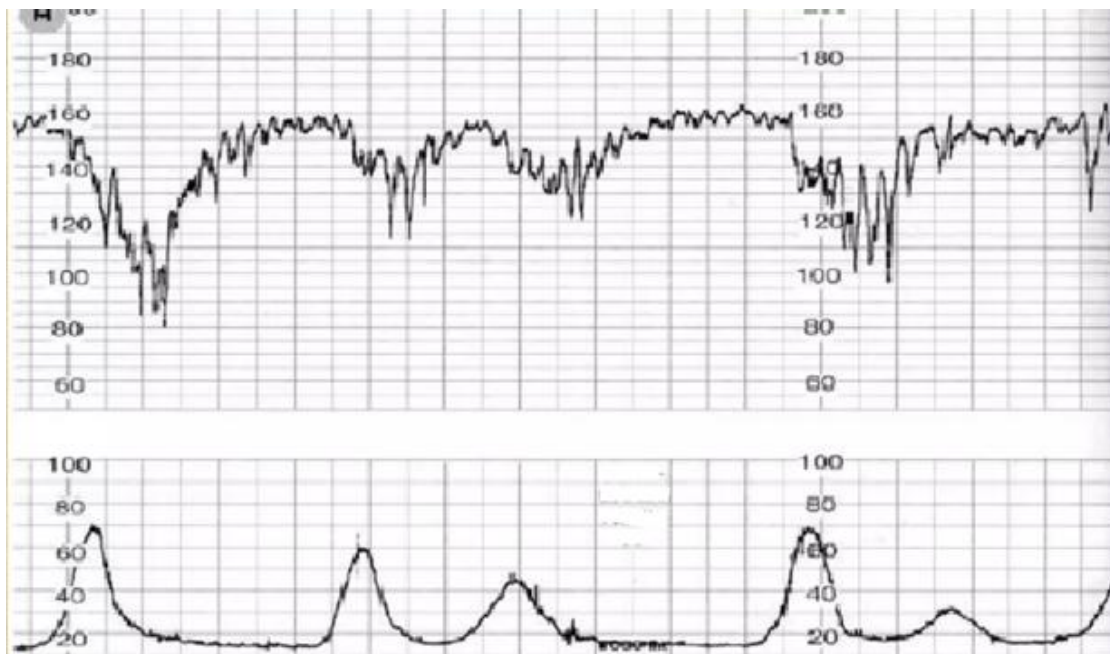


Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

Qual a conduta mais adequada para manejo dessa paciente?

- Resolução imediata da gestação pelo alto risco de mortalidade perinatal.
- Repetição de metade da dose do corticoide e resolução da gestação em 24h.
- Monitorização fetal com Doppler a cada 12h e resolução da gestação com 37 semanas ou a qualquer momento se piora do Doppler do ducto venoso.
- Monitorização fetal com cardiocografia computadorizada (CTGc) a cada 24h e resolução da gestação com 37 semanas ou a qualquer momento se traçado anormal da CTGc.

09. Gestante, 40 anos, IG: 36 semanas, hipertensa crônica, vinha em uso de metildopa 750mg/dia durante a gestação. Deu entrada no Pronto Atendimento em trabalho de parto, com 7 cm de dilatação. Realizou cardiotocografia cujo traçado encontra-se abaixo.



- Diante do quadro, assinale a alternativa que representa a melhor conduta a ser tomada.
- A) Indicar resolução da gestação pela via de parto mais rápida, por sofrimento fetal agudo.
 - B) Assistência obstétrica habitual, com ausculta intermitente antes, durante e após as contrações uterinas.
 - C) Iniciar manobras de reanimação fetal intrauterino, realizar amniotomia para reduzir tempo de trabalho de parto.
 - D) Iniciar manobras de reanimação fetal intrauterino, corrigir causas reversíveis, realizar monitorização contínua e reavaliar o caso após concluída a reanimação.
10. Gestante, 40 anos, tabagista, G3P1(C)A1, Cesárea anterior por Pré-Eclampsia, acompanhada em Pré-Natal de Alto Risco por Hipertensão Crônica e Diabetes Gestacional Tipo 2, em uso de Metildopa 2g/dia e Metformina 1,5 g/dia, comparece à Emergência Obstétrica com 34 semanas de gestação, apresentando Ultrassom Obstétrico com Doppler, evidenciando Peso Fetal Estimado menor que o percentil 3 (PFE < p3), Líquido Amniótico com Maior Bolsão de 12 mm, Doppler da Artéria Umbilical com Índice de Pulsatilidade Maior que o Percentil 95 (IP AU > p95) com Diástole Zero e Ducto Venoso com Índice de Pulsatilidade Venosa no Percentil 90 (IPV DV = 90). De acordo com o Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde de 2022, qual é o seguimento mais adequado?
- A) Avaliar o crescimento e a vitalidade fetal (Doppler e perfil biofísico fetal) quinzenalmente até 34 semanas; e, a partir disso, semanalmente. Parto com 38 semanas.
 - B) Avaliar o crescimento e a vitalidade fetal (Doppler e perfil biofísico fetal) semanalmente. Considerar a internação da paciente após 34 semanas. Parto com 37 semanas.
 - C) Realizar monitorização fetal a cada dois dias. Internar a partir da viabilidade para avaliações diárias (Doppler, perfil biofísico fetal e cardiotocografia computadorizada). Parto com 34 semanas.
 - D) Internar e monitorizar a vitalidade fetal diariamente (Doppler, perfil biofísico fetal e cardiotocografia computadorizada). Resolução da gestação individualizada, em torno de 30 semanas.
11. Paciente secundigesta, com idade gestacional de 41 semanas e 5 dias procura atendimento em emergência obstétrica onde realizou cardiotocografia com resultado tranquilizador, USG Obstétrico com Maior Bolsão Vertical (MBV) de 40 mm, movimentação fetal presente, tônus fetal normal e movimento respiratório presentes. Toque vaginal: colo centralizado, amolecido, 60% apagado, dilatado para 2 cm. Membranas íntegras e apresentação cefálica insinuada. Após avaliação do quadro descrita, qual a conduta correta?
- A) Indução eletiva imediata.
 - B) Aguardar Idade Gestacional de 42 semanas para ter conduta ativa.
 - C) Avaliar vitalidade fetal com USG Obstétrico com Dopplervelocimetria.
 - D) Realizar parto cesariano pelo risco aumentado do parto vaginal após as 41 semanas.

12. Paciente C.B.A., 20 anos, primigesta, procura assistência em hospital maternidade com quadro de trabalho de parto em período expulsivo com feto em apresentação pélvica completa. Evolui com expulsão das cinturas pélvica e escapular, porém apresentou aprisionamento do polo cefálico, mesmo após uso de manobras iniciais (Bracht-Mauriceau). Diante do quadro apresentado, quais as condutas mais adequadas a serem realizadas?

- A) Aplicação de Fórceps de Piper, Sinfisiotomia e Manobra de Zavanelli.
- B) Aplicação de Fórceps de Simpson, Fratura de clavículas e Sinfisiotomia.
- C) Aplicação de Fórceps de Pajot Manobra de Rojas e Posição Genito-peitoral.
- D) Aplicação de Fórceps de Kielland Manobra de Zavanelli e Posição de Gaskin.

13. Paciente, 22 anos, G2P1(V)A0, IG = 39 sem 2 dias, está internada em Hospital Secundário para Assistência ao Trabalho de Parto, de acordo com o Partograma a seguir:

Dilatação (cm) (▲)	10	X																-3	Altura da Apresentação - Planos de De Lee (X)
	9				X													-2	
	8								X									-1	
	7								▲									0	
	6					▲												+1	
	5	▲																+2	
	4																	+3	
	3																	Desp	
Data																			
Hora		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13					
Frequência Cardíaca Fetal (BCF)	180																		
	160																		
	140								X		X								
	120	X		X		X			X				X	X					
	100																		
	80																		
	Contrações (Qtde/Tempo) em 10'		2/30"				2/35"				2/30"							2/35"	
	Bolsa	BI					BI				BI							BI	
LA																			
Ocitocina																			
Medicamentos																			

Qual a conduta mais adequada?

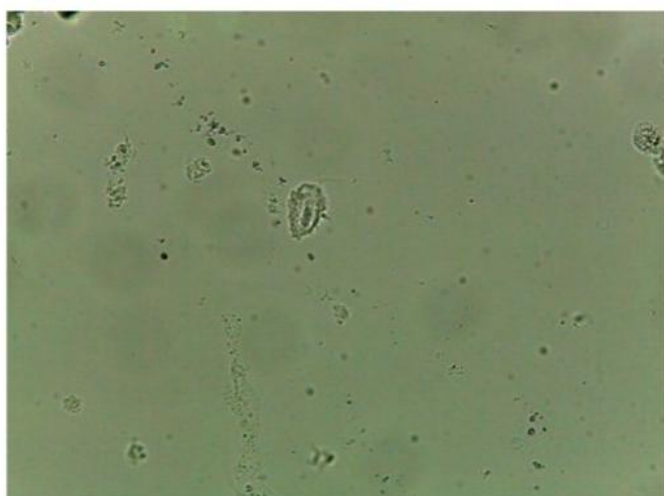
- A) Aplicar fórceps.
- B) Indicar cesariana.
- C) Aguardar o parto normal.
- D) Iniciar ocitocina em bomba de infusão contínua.

14. Paciente G5P5A0 (5 partos vaginais), apresenta hemorragia pós-parto significativa logo após o delivramento placentário. Parto ocorreu após 25h de trabalho de parto (TP), uso de ocitocina e manobra de Kristeller. Delivramento placentário sem intercorrências. Após 10 minutos de instituídas as medidas iniciais (acesso venoso, exames laboratoriais, massagem uterina bimanual, ocitocina EV, ergotrate IM e misoprostol retal) paciente permanece com sangramento aumentado, má delimitação dos contornos uterinos e índice de choque de 1,0. Qual o diagnóstico mais provável e a conduta indicada na situação?

- A) Coagulopatia; transfusão de concentrado de plaquetas e crioprecipitado, na proporção 1:1.
- B) Rotura uterina; laparotomia exploradora para avaliação e sutura uterina ou histerectomia.
- C) Retenção placentária; realizar curagem uterina de imediato sob raquianestesia ou peridural.
- D) Atonia uterina; repetir medicações já utilizadas e colocar paciente em traje pneumático de transporte.

15. Paciente G2P1(1N)A0, IG: 39 sem, sem comorbidades, chega ao Pronto Atendimento com queixa de dor em baixo ventre e perda de tampão mucoso. Ao exame, apresentou BCF: 146bpm, dinâmica uterina presente e colo com 10 cm de dilatação ao toque. Cinco minutos após o internamento, as membranas romperam espontaneamente e ocorreu o parto vaginal. Diante do caso e levando em consideração o manejo ativo do terceiro período, qual a melhor conduta?
- A) Uso de 10UI de ocitocina IM; clampeamento oportuno do cordão umbilical; tração controlada do cordão umbilical.
 - B) Uso de 10UI de ocitocina IM; com dose suplementar de manutenção EV; massagem uterina associada à tração do cordão umbilical.
 - C) Uso de 10UI de ocitocina IM; clampeamento imediato do cordão umbilical; massagem uterina vigorosa a cada 15 min nas primeiras 2h.
 - D) Uso de 10UI de ocitocina IM; associado a ácido tranexâmico EV ou misoprostol via retal; tração controlada do cordão; massagem uterina vigorosa.
16. Puérpera, procura Serviço de Emergência no 8º dia pós-cesariana indicada por Ruptura Anteparto de Membranas Ovulares (RAMO) por 30 horas e Trabalho de Parto Prolongado. Queixa-se de febre, secreção vaginal com odor fétido, sensação de mal-estar, dor pélvica, mialgia e confusão mental. Ao exame: PA = 90 x 50 mmHg, T = 39°C, FC = 110 bpm, FR = 20 irpm, Sat O₂ = 94%, Abdome: dor à palpação profunda com sensibilidade uterina e útero palpável ao nível da cicatriz umbilical. Especular: saída de secreção purulenta com odor fétido. Ao toque: Colo aberto. Diante do caso clínico, qual a melhor conduta?
- A) Solicitar Hemograma e PCR. Iniciar anticoagulação plena.
 - B) Solicitar Hemograma, PCR e US transvaginal. Iniciar antibiótico oral.
 - C) Solicitar cultura de secreção vaginal. Iniciar antibiótico endovenoso.
 - D) Solicitar avaliação laboratorial e exames de imagem. Iniciar antibiótico endovenoso em UTI.
17. Paciente A.B.C., 21 anos, primigesta, atualmente no curso das 14 semanas de gestação, segue em acompanhamento pré-natal, tendo realizado, dentre os exames iniciais de primeira consulta, Glicemia de Jejum com valor de 140mg/dl.
- Qual o correto diagnóstico e tratamento adequado ao quadro acima descrito?
- A) Diabetes Mellitus Gestacional. Dieta, atividade física e monitorização glicêmica.
 - B) Diabetes Mellitus Pré-Gestacional. Dieta, atividade física, monitorização glicêmica. e avaliação de órgãos alvo.
 - C) Diabetes Mellitus Tipo I. Dieta, atividade física, monitorização glicêmica, avaliação de órgãos alvo e insulinoaterapia.
 - D) Diabetes Mellitus Tipo II. Dieta, atividade física, monitorização glicêmica, avaliação de órgãos alvo e hipoglicemiantes orais.
18. Gestante de 28 semanas chega à emergência com quadro clínico de mal-estar geral, polaciúria, disúria, dor em flanco direito, calafrios e temperatura de 39,2°C. Ao exame físico, apresenta sinal de Giordano presente (dor à punho-percussão do flanco direito). Qual alternativa apresenta a conduta mais adequada para o caso?
- A) Fazer ceftriaxona ambulatorial IM por 14 dias. No retorno após tratamento, colher urocultura e sumário de urina.
 - B) Colher sumário de urina e urocultura. Iniciar amoxicilina+sulbactam VO ambulatorial por 10 dias. No retorno repetir exames.
 - C) Colher hemograma, PCR, sumário de urina e urocultura. Iniciar ceftriaxona EV até 48h afebril. Alta com cefuroxima VO até completar 14 dias.
 - D) Colher hemograma, PCR, creatinina e urocultura. Iniciar ciprofloxacino EV até 48h afebril. Alta com ciprofloxacino VO por 7 dias.
19. Gestante de 36 anos, IMC 31,2 kg/m², G4P3A0, IG 8 semanas, chega à emergência obstétrica com quadro de dor na panturrilha esquerda de início há 2 dias. Ao exame físico, evidencia-se edema (circunferência da panturrilha esquerda 4 cm maior que da direita), hiperemia, calor local e sinal de Homans presente. Diante dos achados, qual a conduta imediata mais adequada?
- A) Iniciar meias elásticas de média compressão e aguardar Ultrassom-Doppler para definir tratamento.
 - B) Iniciar warfarina VO em dose terapêutica, e solicitar ultrassom-Doppler para confirmação diagnóstica.
 - C) Solicitar Ultrassom-Doppler e iniciar enoxaparina em dose terapêutica (1mg/kg SC de 12/12h), mesmo sem resultado do exame.
 - D) Iniciar heparina não fracionada, 5.000 UI SC de 12/12h, além de botas de compressão pneumática intermitentes.

20. Primigesta, IG: 31 semanas, chega ao Pronto Atendimento com quadro de cefaleia intensa, refratária ao uso de analgésico simples, escotomas visuais e epigastralgia. Nega dor em baixo ventre, sangramento transvaginal ou perda de líquido amniótico. Ao exame, apresenta pulso: 100b/m; PA: 180x 110mmhg, SatO₂: 99% em ar ambiente; bcf:155bpm; dinâmica uterina ausente. Diante do quadro apresentado, qual a melhor conduta a ser seguida?
- Iniciar sulfato de mg e indicar resolução da gestação.
 - Solicitar exames laboratoriais e cardiocografia; Iniciar sulfato de mg e curva pressórica a cada hora.
 - Iniciar Sulfato de Mg e drogas anti-hipertensivas. Solicitar avaliação laboratorial materna e cardiocografia fetal.
 - Iniciar Sulfato de Mg, Betametasona e drogas anti-hipertensivas. Solicitar avaliação laboratorial materna, cardiocografia e US com Doppler.
21. Mulher, 19 anos, com início da atividade sexual há 2 meses, busca atendimento médico devido a corrimento amarelado, com odor, associado a dispareunia superficial e ardor genital. Faz uso do preservativo masculino, esporadicamente, e teve 3 parceiros sexuais no último mês. No especular: colo com presença de pequenas sufusões hemorrágicas e conteúdo vaginal amarelado, algo purulento. Teste do Ph 6,0. Foi coletado exame a fresco, demonstrado a seguir.



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

- Baseado nos sintomas, no exame ginecológico e na imagem do exame coletado, qual o tratamento para esse caso?
- Metronidazol gel vaginal por 7 dias. Tratar parceiro via oral.
 - Metronidazol 2 gramas via oral, em dose única. Tratar parceiro.
 - Metronidazol 500 mg, oral, a cada 12 horas por 7 dias. Não tratar parceiro.
 - Tinidazol 2g, oral, uma vez ao dia, por 7 dias. Tratar parceiro, se sintomas.
22. Paciente, 20 anos, procurou ginecologista com queixa de corrimento vaginal, negou febre ou dispareunia. Ao exame, apresentou conteúdo vaginal amarelado, colo edemaciado, hiperemiado, friável. Baseado no quadro clínico, qual alternativa apresenta a melhor opção terapêutica?
- Azitromicina 1g VO e Ceftriaxona 500mg IM (dose única).
 - Penicilina Benzatina 2.400.000ui IM 1x/semana por 3 semanas.
 - Ciprofloxacina 500mg VO e Ceftriaxona 500mg IM (dose única).
 - Metronidazol gel 0,75%- 5g 01 aplicador intravaginal por 05 dias.
23. Mulher, 35 anos, com queixa de sangramento menstrual com fluxo aumentado há cerca de 1 ano. Nega dismenorreia ou irregularidade menstrual. Realizou US transvaginal que observou endométrio com área hiperecoica alongada de cerca de 2cm de extensão. Qual conduta mais indicada?
- Histerossalpingografia.
 - Histeroscopia com biopsia.
 - Acompanhamento semestral.
 - Anticoncepcional oral combinado.

24. Paciente, 44 anos, G2P2A0, em uso de dispositivo intrauterino de cobre, última atividade sexual há 5 meses, dá entrada na emergência referindo dor pélvica intensa, em pontada, associada a vômitos e febre, há 2 dias, com aumento progressivo. Refere corrimento amarelado, sem odor. Durante a realização do toque vaginal, apresentou dor intensa à mobilização do colo e anexos, não permitindo a realização do exame especular. Foram solicitados exames laboratoriais: presença de leucocitose com bastões, proteína C reativa reagente; b-hcg negativo e ultrassonografia transvaginal com presença de líquido em pequena quantidade e massa anexial com septos intratubéreos. Considerado o quadro clínico citado, qual a conduta a ser tomada?
- A) Tratamento ambulatorial com Doxiciclina e Metronidazol via oral por 3 semanas.
 - B) Tratamento ambulatorial com Azitromicina, Doxiciclina e Metronidazol por 14 dias.
 - C) Tratamento em internação com Ceftriaxona e Clindamicina venosas por, pelo menos, 24 horas.
 - D) Tratamento em internação com Clindamicina e Metronidazol venosos por, pelo menos, 24 horas.
25. Paciente, 14 anos, chega em seu consultório referindo dor pélvica intensa cíclica, principalmente nos 3 primeiros dias do ciclo menstrual. Vinha em uso de ibuprofeno, sem melhora expressiva do quadro. Nega febre, calafrios, corrimento vaginal ou disúria. Traz US pélvica que não evidenciou alterações. Hg: menarca aos 11 anos, sem vida sexual ativa. HPP: sem comorbidades conhecidas; Ao exame: IMC: 30; ABD: plano, flácido, indolor à palpação; Exame ginecológico: sem anormalidades. Diante da avaliação clínica da paciente, qual a melhor conduta a ser seguida?
- A) Orientar sobre benignidade do caso e manter conduta expectante.
 - B) Iniciar tratamento com antibióticos para Doença Inflamatória Pélvica.
 - C) Iniciar mudança do estilo de vida e oferecer contraceptivos hormonais.
 - D) Prosseguir investigação para definição diagnóstica de dismenorreia secundária.
26. Mulher de 28 anos, nuligesta com história de dismenorreia progressiva desde menarca. Refere uso de analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais com idas eventuais à emergência para tratar as dores cíclicas menstruais com medicação endovenosa. Encontra-se em uso de dienogeste na dose de 2 mg oral diário, mas sem bloqueio menstrual. Trouxe ressonância pélvica com o seguinte laudo: Útero de volume normal com sinais de adeniose, Envolvimento endometriótico útero-ovariano bilateral, com sinais de aderência do útero com ovário direito e do ovário esquerdo com o sigmoide, bem como da região posterior do colo uterino com o sigmoide. Envolvimento endometriótico dos ligamentos uterossacros e do fórnix vaginal posterior. Qual a opção de tratamento mais adequada para esse caso?
- A) Laparoscopia para exérese de focos de endometriose peritoneal.
 - B) Laparoscopia para ressecção de lesão de endometriose intestinal e ooforoplastia bilateral.
 - C) Laparoscopia para exérese de focos de endometriose seguida de histeroscopia para ablação endometrial.
 - D) Laparoscopia para exérese de focos de endometriose e ressecção intestinal segmentar com anastomose termino terminal.
27. Mulher, 31 anos, solteira, G1P1A0, com fluxo menstrual aumentado e dismenorreia. Faz uso de anti-inflamatório quando menstruada, porém sem melhora. Ao exame, toque vaginal com útero globoso, sem nodulações em fundo de saco e indolor a mobilização. US evidenciando paredes uterinas assimétricas e volume uterino discretamente aumentado para paridade. Qual conduta mais indicada?
- A) Análogo do GnRH.
 - B) Anticoncepcional oral combinado.
 - C) Embolização das artérias uterinas.
 - D) Ablação endometrial histeroscópica.
28. Mulher, 34 anos, G0P0, IMC 30, refere fluxo menstrual regular com duração de 9 dias e fluxo aumentado. Realizou avaliação endometrial com histopatológico de hiperplasia endometrial sem atipia. Qual a melhor conduta?
- A) DIU de levonogestrel.
 - B) Avaliação endometrial com 6 meses.
 - C) Histeroscopia com ablação endometrial.
 - D) Anticoncepcional oral combinado contínuo.

29. Mulher de 35 anos, G4P4, sexarca aos 17 anos é encaminhada para consulta especializada devido a laudo de exame citológico com Lesão Escamosa Intraepitelial de Alto Grau/ LIEAG. Traz exame anterior, coletado há 3 anos, com Lesão Escamosa Intraepitelial de Baixo Grau/ LIEBG, sem seguimento. De queixas, refere sinusiorragia esporádica e corrimento amarelado, com odor. Submetida a colposcopia: inadequada por inflamação, ZT tipo 1, com presença de epitélio acetobranco denso, de aparecimento rápido, periorifical, em lábio anterior. Baseado nos dados informados, o que deve ser feito nesse caso, conforme as orientações mais recentes do Ministério da Saúde?
- A) Repetição da citologia para confirmação do laudo; definir a conduta, a depender do resultado da nova coleta, em até 12 semanas.
 - B) Solicitar revisão da citologia; realizar biopsia do colo uterino; coletar nova citologia em 6 meses, a depender do anatomopatológico.
 - C) Excisão conforme o tipo da zona de transformação; citologia semestral por 1 ano, se margens livres, seguido de citologia anual até 5 anos.
 - D) Avaliação do canal endocervical; realizar biopsia do colo uterino; excisão conforme o tipo de zona de transformação se ambos exames alterados.
30. Mulher de 42 anos, nulípara, sem uso hormonal, comparece à consulta com queixa de saída de líquido claro, com sangue, do mamilo esquerdo. Notou uma pequena mancha na roupa, há 6 meses, porém não buscou atendimento por medo. Relata que a roupa vem sujando com maior frequência, o que a preocupou. Nega casos de câncer de mama na família. Não notou anormalidades na mama, nos últimos meses. Ao exame: ausência de nódulos ou adensamentos palpáveis; presença de secreção sero-hemorrágica em gaze, uniductal. Observando o relato da paciente e as informações fornecidas do exame físico, o que deve ser feito, inicialmente, para auxiliar no esclarecimento diagnóstico?
- A) Tomossíntese e mamografia.
 - B) Mamografia e ultrassonografia mamária.
 - C) Ductografia com mamografia sequencial.
 - D) Citologia oncótica por esfregaço do fluxo.
31. Mulher 63 anos, múltipara, sem cirurgias prévias, sem comorbidades, vida sexual ativa, com queixa de bola na vagina e sensação de peso nos genitais, nega perda de urina aos esforços. Apresenta ao exame (POP-Q) pontos Ba, Bp, C e D respectivamente em +5, -3, +4, 0 com medida do comprimento vaginal total de 9cm. Qual o melhor tratamento para essa paciente?
- A) Sling retropúbico e colpoplastia posterior.
 - B) Colpoplastia anterior e sling transobturatório.
 - C) Histerectomia vaginal, fixação retropúbica e perineoplastia.
 - D) Histerectomia vaginal, fixação sacroespinal e colpoplastia anterior.
32. Mulher, 30 anos, solteira, refere dor pélvica quase diária, com piora no período menstrual, associada à dispareunia de profundidade. Ao exame físico, palpa-se nodulação retrocervical, dolorosa ao toque vaginal. Realizou US com mapeamento de endometriose que observou nodulação de cerca de 2cm em septo retovaginal, envolvendo vagina e pinçando parede de reto anteriormente. Faz uso de analgésicos como dipirona e ibuprofeno para dor. Qual tratamento mais indicado no momento?
- A) Progestágeno oral contínuo.
 - B) Análogo do GnRH trimestral.
 - C) Inibidor da aromatase contínuo.
 - D) Cirurgia por videolaparoscopia.
33. Menina, 7 anos e 9 meses, comparece à consulta ginecológica trazida pela mãe que notou aumento do volume das mamas e aparecimento de pelos axilares e pubianos, há 4 meses. Não apresentou sangramento transvaginal. Mãe nega anormalidades no desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Ao exame: Tanner M3P2; altura 1,30m (canal familiar 1,50 - 1,78m), peso: 28 kg; PA: 100 x 70 Vulva sem malformações; hímen íntegro. Traz exames: Radiografia de mãos e punhos para avaliação da idade óssea: compatível com 9 anos e 8 meses/ FSH: 5,8 mUI/mL/ LH: 4,2 mUI/mL/ TSH: 2,8 mUI/L. A mãe encontra-se muito ansiosa e preocupada com a situação da filha. Nesse momento, qual a conduta que deve ser realizada?
- A) Prescrever inibidor da aromatase para evitar progressão da idade óssea.
 - B) Conduta expectante, com retorno precoce e repetição dos exames em 6 meses.
 - C) Solicitar teste de estímulo do GnRH para avaliar eixo hipotálamo-hipófise-ovário.
 - D) Prescrever análogo do GnRH mensal para bloqueio do eixo hipotálamo-hipófise-ovário.

34. Paciente, 42 anos, um parto normal prévio à fórceps, refere perda urinária ao tossir, espirrar e correr. Faz uso de forro vaginal e cita grande infortúnio social. Queixa-se ainda de urgência e urgeincontinência, e acorda, à noite, por volta de 3 a 4 vezes para urinar. Ao exame físico, observa-se o POP-Q = Ba: - 2, Bp: - 1, CVT: - 9, Hg: 9, CP: 1. Realizou Estudo Urodinâmico com capacidade cistométrica máxima de 300 ml; pressão de perda à Valsava de 20 cmH₂O, presença de contrações não inibidas do detrusor com 250 e 300 ml, com esvaziamento vesical. Diante deste caso clínico, qual diagnóstico e a terapêutica mais adequada?
- A) Incontinência urinária de esforço por defeito esfíncteriano e hiperatividade vesical - Fisioterapia pélvica, agonista dos receptores adrenérgicos do tipo beta-3, sling retropúbico.
 - B) Incontinência urinária de esforço por defeito esfíncteriano e hiperatividade vesical - Fisioterapia, pélvica, agonista dos receptores adrenérgicos do tipo beta-3, sling transobturatório.
 - C) Incontinência urinária de esforço por defeito esfíncteriano e Prolapso genital estágio 3/ Fisioterapia pélvica, antagonista dos receptores adrenérgicos do tipo beta-3, sling retropúbico.
 - D) Incontinência urinária de esforço sem defeito esfíncteriano e Prolapso genital estágio 3/ Fisioterapia pélvica, antagonista dos receptores adrenérgicos do tipo beta-3, sling transobturatório.
35. Mulher, 26 anos, apresenta ciclos menstruais com intervalos de 30 a 50 dias, com duração de 7 dias. Relata, ainda, surgimentos de pelos grossos na face, abdome e região interna das coxas e aumento da oleosidade da pele e cabelos. Realizou ultrassonografia transvaginal com resultado sem anormalidades. Traz exames laboratoriais: TSH 2,5 µUI/mL; prolactina 15 ng/mL, 17-OH-progesterona 70 ng/dL, testosterona total 62 ng/dL. Qual diagnóstico mais provável?
- A) Tumor ou neoplasia de ovário.
 - B) Tumor da adrenal ou suprarrenal.
 - C) Síndrome dos ovários policísticos.
 - D) Hiperplasia adrenal congênita tardia.
36. Mulher 30 anos, raça negra, nuligesta, procurou o serviço médico de urgência com sangramento vaginal há 10 dias. Apresentava ciclos com aumento em duração e volume e anemia de difícil controle. Realizou os exames de sangue com os seguintes resultados: Hb 8 Ht 24. Sangramento ativo com saída de vesículas pelo colo do útero e vagina sem lesões. Toque: útero aumentado de volume ao nível da sínfise púbica. Ao exame de ultrassonografia pélvica transvaginal, foi encontrado útero com deformidade da cavidade endometrial. A partir desses dados de história clínica e exames complementares, assinale a assertiva correta sobre a conduta relativa ao tratamento mais efetivo:
- A) miomectomia laparoscópica.
 - B) miomectomia histeroscópica.
 - C) tratamento com ablação endometrial.
 - D) tratamento exclusivo com análogos do GnRh.
37. Mulher, 54 anos, menopausa aos 49 anos, comparece à consulta com queixas de ressecamento vaginal, dispareunia superficial e perda de urina aos grandes esforços, de início recente. Sexualmente ativa, afirma que as queixas têm atrapalhado sua vida pessoal, causando transtornos no seu relacionamento. Em uso de terapia hormonal oral combinada, há 3 anos, em esquema contínuo, com boa tolerância e controle dos sintomas vasomotores. Exame ginecológico mostrando atrofia intensa de introito e de canal vaginal, ausência de prolapsos de paredes vaginais e manobra de Valsalva negativa. Frente às queixas referidas e os achados do exame físico, qual a medida inicial efetiva que deve ser tomada para melhoria da qualidade de vida da paciente?
- A) Substituir a terapia oral combinada por tibolona; iniciar uso de lubrificantes.
 - B) Iniciar uso de lubrificantes; solicitar estudo urodinâmico para avaliar incontinência urinária.
 - C) Iniciar estrogênio transdérmico e hidratantes vaginais; reajustar a dose da terapia hormonal oral.
 - D) Iniciar estrogênio tópico vaginal; associação com lubrificantes vaginais e fisioterapia do assoalho pélvico.
38. Mulher, 52 anos, refere desejo súbito para urinar que não consegue postergar e, em alguns momentos, relata perda urinária antes de chegar ao banheiro. Cita ainda que durante o dia vai nove vezes ao banheiro urinar e, à noite, acorda duas vezes para urinar. Qual exame complementar é indispensável ao seu diagnóstico e tratamento clínico inicial?
- A) Estudo urodinâmico.
 - B) Sumário de urina e urocultura.
 - C) Cistoscopia e citologia urinária.
 - D) Ultrassonografia dos rins e vias urinárias.

- 39.** Mulher, 40 anos, G4P2A2, com história de sangramento uterino com 60 dias de duração, acíclico, intermitente, de grande volume que extravasa do absorvente, refere anemia crônica e adinamia. Nunca realizou consulta ginecológica. Realizou ultrassonografia pélvica transvaginal que excluiu a possibilidade de leiomiomas, apresentando útero de forma e volume normais. Paciente foi à emergência, devido aumento do sangramento menstrual, evoluindo com instabilidade hemodinâmica e desorientação. Diante deste quadro clínico, qual o procedimento diagnóstico mais adequado e conduta mais efetiva?
- A) Avaliar coagulopatias pois é a causa mais comum de sangramento anormal nessa faixa etária. Iniciar ácido tranexâmico oral.
 - B) Investigar anovulação crônica, pois esse padrão de sangramento é fortemente sugestivo de síndrome dos ovários policísticos. Fazer contraceptivos combinados orais.
 - C) Avaliar vulva, vagina e colo uterino para descartar a presença de neoplasias ou lesões traumáticas. Solicitar tipagem sanguínea e iniciar expansão volêmica com solução salina.
 - D) Realizar histeroscopia cirúrgica, de imediato, para realização de biópsia e descartar patologia endometrial. Iniciar anti-inflamatórios não esteroidais, como ibuprofeno ou ácido mefenâmico.
- 40.** Nuligesta, 25 anos, assintomática, apresenta, ao ginecologista, Ultrassom Transvaginal que evidencia massa sólida, hipoeoica, homogênea, com atenuação do feixe acústico posterior e medindo 5cm³ em anexo esquerdo. Útero e anexo direito sem anormalidades. Fez B-HCG negativo, hemograma e PCR sem alterações. Qual a melhor conduta?
- A) Encaminhar para cirurgia oncológica.
 - B) Solicitar Ressonância Magnética da Pelve.
 - C) Realizar biópsia da lesão por videolaparoscopia.
 - D) Repetir Ultrassonografia Transvaginal após 4 semanas do primeiro exame.