

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 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.

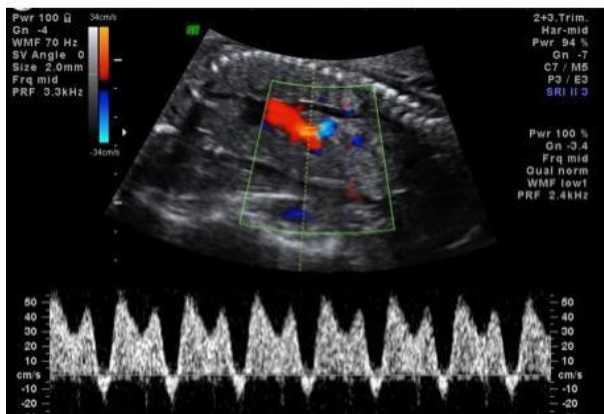
Boa prova!

Fortaleza, 02 de novembro de 2023.

Inscrição

Sala

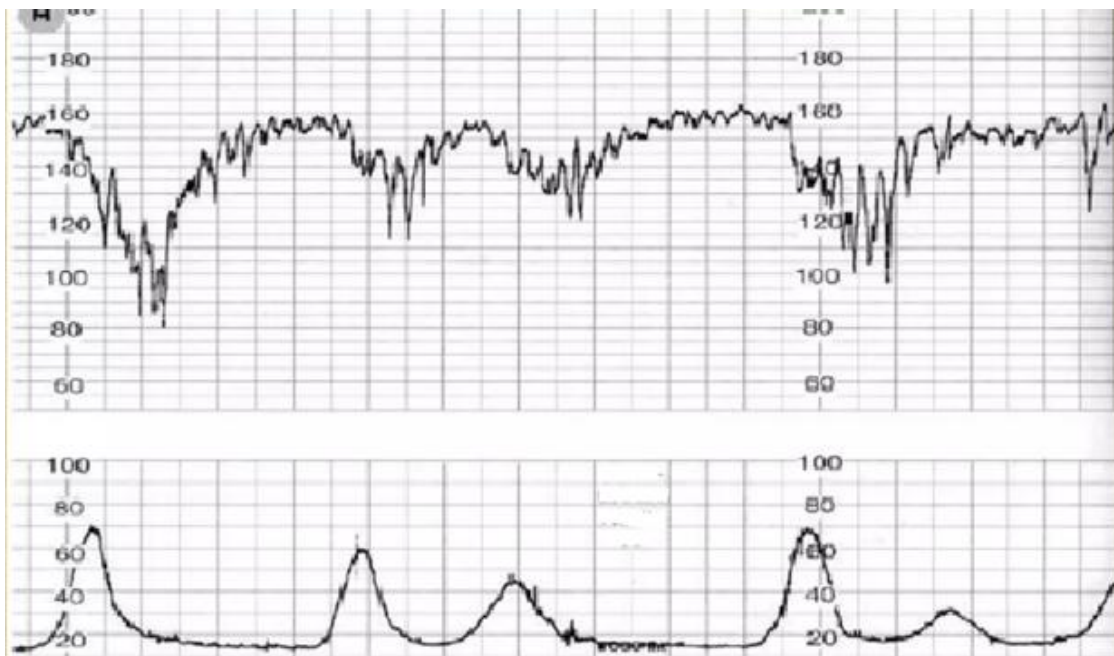
- 01.** Gestante, 31 anos, secundigesta, com idade gestacional de 32 semanas, comparece a Emergência de Maternidade de Referência para Alto Risco apresentando dor em baixo ventre com contrações uterinas frequentes, além de saída de tampão mucoso. Nega perda de líquido abundante ou sangramento transvaginal. 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.
- 02.** 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?
- A) Resolução imediata da gestação pelo alto risco de mortalidade perinatal.
 B) Repetição de metade da dose do corticoide e resolução da gestação em 24h.
 C) 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.
 D) 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.
- 03.** 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.

04. 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.
05. 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.
- Indicar resolução da gestação pela via de parto mais rápida, por sofrimento fetal agudo.
 - Assistência obstétrica habitual, com ausculta intermitente antes, durante e após as contrações uterinas.
 - Iniciar manobras de reanimação fetal intrauterino, realizar amniotomia para reduzir tempo de trabalho de parto.
 - Iniciar manobras de reanimação fetal intrauterino, corrigir causas reversíveis, realizar monitorização contínua e reavaliar o caso após concluída a reanimação.
06. 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?
- Indução eletiva imediata.
 - Aguardar Idade Gestacional de 42 semanas para ter conduta ativa.
 - Avaliar vitalidade fetal com USG Obstétrico com Dopplervelocimetria.
 - Realizar parto cesariano pelo risco aumentado do parto vaginal após as 41 semanas.

- 07.** 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 cardiocografia computadorizada). Parto com 34 semanas.
 - D) Internar e monitorizar a vitalidade fetal diariamente (Doppler, perfil biofísico fetal e cardiocografia computadorizada). Resolução da gestação individualizada, em torno de 30 semanas.
- 08.** 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 insulino-terapia.
 - D) Diabetes Mellitus Tipo II. Dieta, atividade física, monitorização glicêmica, avaliação de órgãos alvo e hipoglicemiantes orais.
- 09.** 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.
- 10.** 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: 100bpm; PA: 180x 110mmhg, SatO₂: 99% em ar ambiente; bcf:155bpm; dinâmica uterina ausente. Diante do quadro apresentado, qual a melhor conduta a ser seguida?
- A) Iniciar sulfato de mg e indicar resolução da gestação.
 - B) Iniciar Sulfato de Mg e drogas anti-hipertensivas. Solicitar avaliação laboratorial materna e cardiocografia fetal.
 - C) Iniciar Sulfato de Mg, Betametasona e drogas anti-hipertensivas. Solicitar avaliação laboratorial materna, cardiocografia e US com Doppler.
 - D) Solicitar exames laboratoriais e cardiocografia; Iniciar sulfato de mg e curva pressórica a cada hora.
- 11.** 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?
- A) Histerossalpingografia.
 - B) Histeroscopia com biopsia.
 - C) Acompanhamento semestral.
 - D) Anticoncepcional oral combinado.

12. 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 uterossacos 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.
13. 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) Embolização das artérias uterinas.
 - C) Anticoncepcional oral combinado.
 - D) Ablação endometrial histeroscópica.
14. 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.
15. 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.
16. 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.

17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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.