



SURCE

SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA
MÉDICA DO ESTADO DO CEARÁ

Edital Nº 02/2015

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016

CADERNO DE QUESTÕES

DATA: 1º DE NOVEMBRO DE 2015.

PROGRAMAS COM PRÉ-REQUISITO: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
ESPECIALIDADES: Mastologia

INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, bem como 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 50 (cinquenta) 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 o Cartão-Resposta, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure o Cartão-Resposta.
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. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data prevista no Anexo III, conforme no subitem 8.3.18 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e o Cartão-Resposta no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e o Cartão-Resposta 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!

Inscrição

Sala

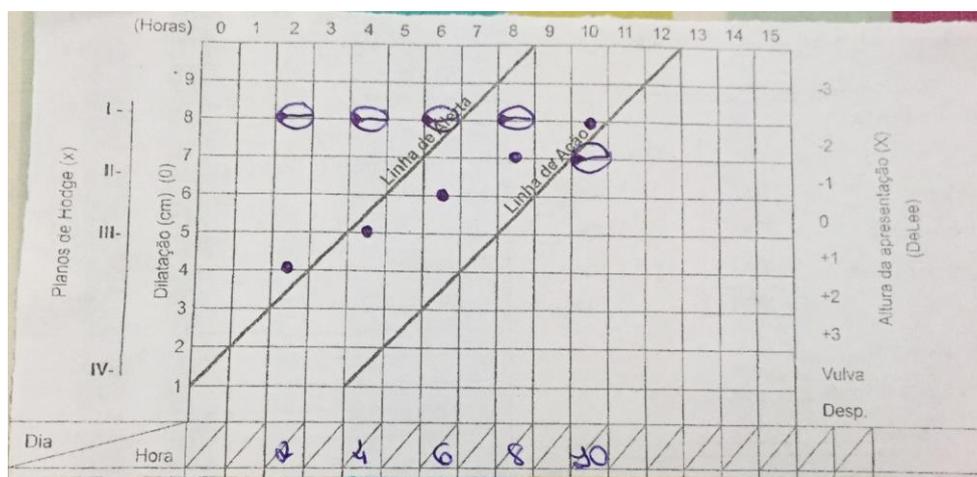
Seleção Residência Médica 2016

- 01.** Durante consulta de avaliação pré-concepcional, você atende uma paciente de 28 anos referindo histórico de gestação anterior há 4 anos, interrompida com 16 semanas devido quadro de anencefalia. Como antecedentes pessoais, a mesma refere ser portadora de epilepsia, em uso de carbamazepina, além de ter sido diagnosticada como sendo portadora de mutação da enzima metilenotetrahidrofolato redutase. Identifique a melhor orientação a ser dada.
- A) Suspender o uso de carbamazepina e iniciar ácido fólico na dosagem de 4,0 mg, no mínimo, 30 dias antes da concepção.
 - B) Orientar quanto ao elevado risco de recorrência de anencefalia em gestações futuras e contra-indicar uma nova gravidez.
 - C) Manter o uso de carbamazepina e iniciar ácido fólico na dosagem de 4,0 mg, no mínimo, 30 dias antes da concepção.
 - D) Substituir o uso de carbamazepina por ácido valpróico e iniciar ácido fólico na dosagem de 0,4mg, no mínimo, 30 dias antes da concepção.
- 02.** Paciente secundigesta, primípara, com gestação atual de 28 semanas, em acompanhamento pré-natal na Unidade Básica de Saúde da Família. Na gestação anterior, ocorrida há dois anos, recebeu duas doses de dT (difteria e tétano) e uma dose de dTpa (difteria, coqueluche e tétano). Ante o histórico vacinal apresentado, qual deve ser a conduta na gestação atual?
- A) Administrar uma dose de dT a partir de 16 semanas.
 - B) Administrar uma dose de dTpa entre 27 e 36 semanas.
 - C) Administrar uma dose de dT e uma de dTpa, com intervalo de 60 dias.
 - D) Não há necessidade de dT ou de dTpa, pois o último parto foi recente.
- 03.** Gestante, com idade gestacional de 9 semanas, realizou HBsAg e Anti-HBs que foram negativos. Relata história de uma dose anterior da vacina contra Hepatite B. Ante o enunciado, qual orientação deve ser dada quanto à vacinação contra hepatite B durante o acompanhamento pré-natal?
- A) Iniciar novo esquema vacinal imediatamente.
 - B) Completar o esquema vacinal após a gestação.
 - C) Completar esquema vacinal após o 2º trimestre.
 - D) Completar o esquema vacinal após o 1º trimestre.
- 04.** MSC, 32 anos, negra, G1P0, no curso de 28 semanas, comparece em consulta pré-natal na Unidade Básica de Saúde da Família com queixas de astenia, cefaleia, palpitações e dispnéia ao caminhar. Ao exame físico, encontra-se hipocorada (2+/4+) e taquicárdica. Após realização de exames complementares, evidencia-se anemia normocítica e normocrômica, com hemoglobina de 7,2 mg/dL, e elevação de reticulócitos. Qual a melhor conduta para o caso?
- A) Solicitar dosagens do ferro sérico, saturação de transferrina e ferritina. Encaminhar a paciente para seguimento exclusivo em pré-natal de alto risco.
 - B) Solicitar eletroforese de hemoglobina, dosagens do ferro sérico e ferritina e avaliação das funções renal e hepática. Encaminhar a paciente para seguimento exclusivo em pré-natal de alto risco.
 - C) Solicitar dosagens do ferro sérico, saturação de transferrina e ferritina. Encaminhar a paciente para seguimento em pré-natal de alto risco, mantendo-se o acompanhamento conjunto em sua Unidade Básica de Saúde da Família.
 - D) Solicitar eletroforese de hemoglobina, dosagens do ferro sérico e ferritina e avaliação das funções renal e hepática. Encaminhar a paciente para seguimento em pré-natal de alto risco, mantendo-se o acompanhamento conjunto em sua Unidade Básica de Saúde da Família.

05. Multípara, com idade gestacional de 28 semanas, retorna ao pré-natal com os seguintes achados laboratoriais: Hb 8,7g/dl, Ht 26%, VCM 78dL e ferritina 15µg/L. Diante desses achados, categorize a anemia conforme preconizado pela OMS e Ministério da Saúde do Brasil e defina a melhor conduta.
- A) Anemia leve, fazer 40 a 80mg de ferro elementar, via oral ao dia.
 - B) Anemia grave, fazer 40 a 80mg de ferro elementar, via oral ao dia.
 - C) Anemia grave, fazer 120 a 240mg de ferro elementar, via oral ao dia.
 - D) Anemia moderada, fazer 120 a 240mg de ferro elementar, via oral ao dia.
06. Gestante com histórico de epilepsia e em uso de anticonvulsivante. Foi encaminhada ao Setor de Medicina Materno-Fetal de um hospital terciário por apresentar malformações fetais em ultrassom obstétrico de rotina (nível I). Realizou exame de ultrassonografia morfológica fetal com 24 semanas que revelou dismorfismo facial (hipertelorismo, microftalmia, fenda labial e palatina), orelhas anormais e de implantação baixa, redução de ossos longos, cardiopatia, polidactilia com hipoplasia de falanges distais e restrição do crescimento fetal. Não soube informar o nome do anticonvulsivante em uso. Ante os achados encontrados, considerando-se o risco da droga e o padrão das malformações, qual o anticonvulsivante mais provável?
- A) Fenitoína.
 - B) Lamotrigina.
 - C) Fenobarbital.
 - D) Carbamazepina.
07. Gestante em trabalho de parto apresentando a seguinte cardiocografia: Linha de Base: 100 bpm; Variabilidade da FCF: moderada; Desacelerações Variáveis presentes com retorno lento à linha de base; Desacelerações Tardias: ausentes; Desacelerações Precoces: presentes; Acelerações: ausentes. Seguindo as definições do Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (2010) qual a classificação desse padrão?
- A) Categoria zero
 - B) Categoria 1
 - C) Categoria 2
 - D) Categoria 3
08. Primigesta com pré-eclâmpsia leve, assintomática, 30 semanas de gestação, apresentando dopplervelocimetria com diástole zero em artéria umbilical. A conduta tem sido repetir cardiocografia e Doppler diariamente para verificar território venoso. Ante o enunciado, qual o melhor parâmetro do Doppler ducto venoso a indicar a resolução da gravidez?
- A) Avaliação qualitativa.
 - B) Índice de Resistência.
 - C) Índice de Pulsatilidade.
 - D) Relação Sístole/Diástole.
09. Primigesta, 40 anos, 30 semanas de gestação, hipertensa em uso de metildopa, comparece à consulta pré-natal sem queixas. Ao exame: pressão arterial de 130 x 90mmHg, fundo uterino = 24cm e batimentos cardio-fetais = 156 bpm. Traz ultrassonografia obstétrica: peso fetal estimado abaixo do 10º percentil, placenta Grau II e índice de líquido amniótico de 90mm. Ante o enunciado, qual o melhor método para avaliar a vitalidade fetal?
- A) Dopplerfluxometria umbilical e cerebral.
 - B) Índice de Líquido Amniótico.
 - C) Cardiocografia basal.
 - D) Perfil Biofísico Fetal.

10. Gestante, 16 anos, com idade gestacional de 35 semanas por ultrassonografia precoce, encaminhada do pré-natal para a emergência da Maternidade-Escola por apresentar durante consulta pré-natal PA=170x110mmHg. Encontrava-se assintomática. Ao exame físico: PA=180x120mmHg, após 15 minutos de decúbito lateral esquerdo a PA encontrava-se 160x110mmHg, p=84 bpm, ausculta cardiopulmonar normal, ausência de dinâmica uterina e BCF 136bpm. A proteinúria por fita revelava ++/4+. Qual a MELHOR hipótese diagnóstica e conduta?
- A) Pré-eclâmpsia grave, tratar pico hipertensivo e aguardar trabalho de parto.
 - B) Hipertensão crônica, tratar pico hipertensivo e indicar resolução da gestação.
 - C) Pré-eclâmpsia grave, iniciar sulfato de magnésio e indicar resolução da gestação.
 - D) Pré-eclâmpsia superajuntada, iniciar sulfato de magnésio e aguardar trabalho de parto.
11. Mulher de 25 anos, procurou o Setor de Emergência de um hospital secundário por sangramento transvaginal e dores discretas no hipogástrio. Não soube informar a data da última menstruação. Realizou exame de β HCG, que evidenciou títulos de 1550 mUI/ml IRP. Realizou exame de ultrassonografia transvaginal, que evidenciou endométrio de 8mm e não visualização de massa anexial. Orientada a retornar ao Setor de Emergência em 48 horas com novo exame de β HCG, cujo resultado foi 1700 mUI/ml IRP. Ante o enunciado, qual o diagnóstico mais provável?
- A) Gravidez ectópica.
 - B) Gravidez heterotópica.
 - C) Gravidez tópica de evolução normal.
 - D) Gravidez tópica de prognóstico reservado.
12. EGF, 37 anos, G5P3A1, procura emergência obstétrica no curso de 30 semanas de gestação, referindo quadro de dor constante no baixo ventre, associado a sangramento vaginal. Ao exame físico, encontra-se hipocorada (3+/4+) e taquicárdica. Abdome gravídico, doloroso à palpação em baixo ventre e com hipertonia uterina. Realizada ausculta fetal, com batimento cardíaco fetal em torno de 108 bpm. Identifique o mais provável diagnóstico e a conduta adequada para o quadro.
- A) Descolamento de placenta normalmente inserida. Resolução imediata da gestação com parto por via abdominal.
 - B) Placenta prévia. Realizar ultrassonografia obstétrica para confirmação diagnóstica e resolução imediata da gestação com parto por via abdominal.
 - C) Placenta prévia. Realizar ultrassonografia obstétrica para confirmação diagnóstica e aguardar o termo (37 semanas de gestação) para realização do parto em caso de controle do sangramento.
 - D) Descolamento de placenta normalmente inserida. Realizar ultrassonografia obstétrica para confirmação diagnóstica e aguardar o termo (37 semanas de gestação) para realização do parto em caso de controle do sangramento.
13. Gestante com idade gestacional de 30 semanas e 5 dias, encontra-se com dinâmica uterina presente e 7cm de dilatação, bolsa íntegra e apresentação cefálica. Cardiotocografia categoria 1. Qual a melhor conduta para esse momento do trabalho de parto?
- A) Nifedipina, via oral.
 - B) Betametasona, intramuscular.
 - C) Dexametasona, intramuscular.
 - D) Sulfato de Magnésio, endovenoso.
14. Tercigesta, com uma cesariana e um aborto prévio, no curso de 36 semanas de gestação, comparece a emergência obstétrica referindo perda vaginal súbita de líquido claro. Nega dor, sangramento ou outras queixas. Ao exame físico, não se evidenciam contrações uterinas e feto com boa vitalidade. Realizado exame especular que confirma saída de líquido por orifício do colo. Ante o enunciado, qual a melhor conduta?
- A) Aguardar 38 semanas para interrupção da gestação.
 - B) Aguardar início espontâneo do trabalho de parto.
 - C) Indução do trabalho de parto com misoprostol.
 - D) Indução do trabalho de parto com ocitocina.

15. Primigesta admitida em trabalho de parto com 6 cm de dilatação, bolsa íntegra, apresentação cefálica. Não realizou pré-natal. Teste HIV positivo. Qual a conduta para definir via de parto preferencial?
- Solicitar carga viral.
 - Solicitar contagem de CD4.
 - Aguardar nova avaliação clínica.
 - A via de parto preferencial já está definida.
16. Gestante, com idade gestacional de 28 semanas, foi submetida a tratamento para sífilis, de duração ignorada, durante a gestação com penicilina benzatina. O VDRL realizado com 19 semanas era de 1:2 após o tratamento. O novo VDRL solicitado com 27 semanas apresentou o resultado de 1:8. Qual a melhor conduta?
- Repetir o VDRL em 30 dias.
 - Solicitar FTA-ABS, imediatamente.
 - Tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI em dose única.
 - Tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI por 3 semanas.
17. Médica neonatologista, gestante de 8 semanas, retorna para mostrar os exames de rotina pré-natal ao médico da Atenção Básica. A sorologia para Citomegalovírus (CMV) evidenciou: IgG (+) e IgM (-). Ante o enunciado, qual deve ser a orientação com relação aos contatos da médica com os recém-nascidos na Unidade Neonatal?
- Deve evitar contato com as crianças, pois poderá adquirir a doença.
 - Não há necessidade de recomendação especial, pois ela já está imunizada.
 - Pode ter contato, mas deve adotar medidas de prevenção para não se reinfetar.
 - Despreocupar-se com medidas de prevenção para CMV, pela ineficácia das mesmas.
18. Mariana, 23 anos, G2P1, parto vaginal há dois anos, encontra-se em trabalho de parto, cuja evolução é demonstrada no partograma abaixo.



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

Qual o diagnóstico mais provável para essa evolução do trabalho de parto?

- Parto Precipitado.
 - Fase ativa prolongada.
 - Período expulsivo prolongado.
 - Parada secundária da dilatação.
19. Durante assistência ao 2º período do parto é primordial preocupar-se com a proteção ao períneo quando do desprendimento do polo fetal. Para tanto, orienta-se que os dedos de uma das mãos (geralmente a direita) apoiem o períneo, enquanto a outra mão faz leve pressão sobre a cabeça a fim de controlar a velocidade de coroamento, tentando evitar ou reduzir os danos aos tecidos perineais. Identifique o nome da manobra descrita.
- Manobra de McRoberts.
 - Manobra de Kristeler.
 - Manobra de Ritgen.
 - Manobra de Rubin.

20. AMS, 32 anos, G1P0, encontra-se no 2º período do trabalho de parto. Realizada ausculta fetal intermitente que evidenciou desaceleração da frequência cardíaca fetal para valores abaixo de 80 bpm. Ao exame obstétrico, observa-se a cabeça fetal visível no intróito vaginal e rechaçando o assoalho pélvico, com variedade de posição occipito-esquerda-anterior. Qual o tipo de aplicação do fórcepe?
- A) Fórcepe alto.
 - B) Fórcepe baixo.
 - C) Fórcepe médio.
 - D) Fórcepe de alívio.
21. Tercigesta de 30 anos, com uma cesárea prévia e um parto vaginal, com idade gestacional de 34 semanas, sem intercorrências clínicas ou obstétricas, solicita ao médico assistente laqueadura tubária a ser feita por ocasião do parto. Ante a solicitação da gestante, pela legislação do nosso país (Lei Federal nº 9.263/1996, conhecida como Lei do Planejamento Familiar), qual deve ser a conduta do médico?
- A) Não atender, pois a gestante é hígida.
 - B) Atender, pois a gestante tem mais de 25 anos.
 - C) Atender, pois a gestante já tem dois filhos vivos.
 - D) Não atender, por desobedecer o prazo mínimo de 50 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.
22. Mulher de 22 anos, portadora de trombofilia, encontra-se na 1ª hora de pós-parto vaginal induzido, cujo recém-nascido pesou 2800g. O delivramento placentar foi ativo. Passou a apresentar sangramento transvaginal volumoso, taquicardia e sudorese. Qual a principal hipótese diagnóstica?
- A) Laceração de trajeto.
 - B) Restos placentários.
 - C) Atonia uterina.
 - D) Coagulopatia.
23. Puérpera, no 4º dia de pós-parto vaginal, procura emergência com quadro de calafrios e febre mensurada (temperatura axilar de 39°C) iniciado há 3 dias. Ao exame: temperatura axilar de 38,7°C, dor em baixo ventre, com útero palpável acima da cicatriz umbilical e amolecido. Ao exame especular: sangramento fluindo pelo orifício externo do colo, com odor fétido. Ante o enunciado, qual o diagnóstico mais provável e qual a conduta?
- A) Tromboflebite pélvica puerperal, sendo mandatório iniciar antibioticoterapia parenteral de largo espectro e heparinização plena.
 - B) Morbidade febril puerperal, sendo mandatório afastar a existência de restos placentários intra-útero e iniciar antibioticoterapia parenteral de largo espectro.
 - C) Tromboflebite pélvica puerperal, sendo mandatório realização de exame de imagem (tomografia computadorizada) antes do início do tratamento.
 - D) Morbidade febril puerperal, sendo mandatório realização de exame de imagem (tomografia computadorizada) antes do início do tratamento.
24. O impacto do aleitamento materno na sobrevivência neonatal e infantil foi quantificado em uma análise de dados de mortalidade de 42 países. Das intervenções estudadas, estimou-se que a amamentação exclusiva durante os 6 primeiros meses de vida, seguida do aleitamento materno continuado dos 6 aos 11 meses de idade, foi a intervenção isolada mais efetiva para prevenir mortalidade infantil, estimando que ela previna 13% de todas as mortes em menores de cinco anos. Qual das opções abaixo está relacionada com benefícios em longo prazo, incluindo os índices de aleitamento materno nos primeiros 4 meses pós-parto, assim como a duração total da amamentação?
- A) Parto vaginal espontâneo.
 - B) Manejo ativo do terceiro período do parto.
 - C) Campeamento precoce do cordão umbilical.
 - D) Contato pele-a-pele ininterrupto entre a mãe e o bebê na primeira hora de vida.

25. Para utilização de translucência nucal como método de rastreamento de anomalia cromossômica, é necessário que os profissionais utilizem os mesmos critérios técnicos, a fim de obter resultados uniformes. Qual o comprimento cabeça-nádega fetal mais adequado para a mensuração da translucência nucal?
- A) 45–84 mm.
 B) 40–82 mm.
 C) 35–78 mm.
 D) 30–76 mm.
26. Mulher de 22 anos de idade, nuligesta, apresenta quadro de hirsutismo leve, obesidade abdominal IMC = 35 kg/m² e irregularidades menstruais, variando de períodos de amenorreia alterando com fluxos intensos e irregulares. Foi diagnosticada clinicamente como Síndrome dos ovários micropolicísticos (SOMP). Assinale a assertiva correta que corresponde ao tratamento de primeira linha para irregularidade menstrual nesse caso e a possível explicação fisiopatológica.
- A) Uso intermitente de progesteronas orais pois reduzem níveis de andrógenos séricos.
 B) Perda de peso pois resulta em aumento nos níveis de insulina e redução nos níveis de SHBG.
 C) Metformina pois reduz a concentração de androgênios resultando em taxas aumentadas de ovulação espontânea.
 D) Contraceptivos orais combinados pois reduzem os níveis androgênicos e aumentam liberação de gonadotrofinas.
27. Mulher de 28 anos, G0P0A0, ciclos menstruais regulares, investigada no ambulatório de infertilidade da MEAC-UFC há 2 anos, por desejo de engravidar. Traz resultado de espermograma do marido normal. Realizou o seguinte exame:



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

- Baseado na história clínica acima e na imagem da Histerossalpingografia da paciente assinale a assertiva correta quanto ao diagnóstico e a conduta mais adequada.
- A) Obstrução tubária à direita, tuba esquerda tortuosa normal, prova de Cotte positiva à direita.
 Conduta: indução da ovulação com citrato de clomifeno.
- B) Obstrução tubária à direita, tuba esquerda tortuosa normal, prova de Cotte positiva à esquerda.
 Conduta: Fertilização in vitro.
- C) Obstrução tubária à Esquerda, tuba direita tortuosa normal, prova de Cotte positiva à direita.
 Conduta: reanastomose tubária.
- D) Obstrução tubária à direita, tuba esquerda tortuosa normal, prova de Cotte negativa à esquerda.
 Conduta: Fertilização in vitro.
28. Mulher de 20 anos com queixa de “nunca ter menstruado na vida”. Refere telarca aos 12 anos e pubarca aos 14. Percebe mamas túrgidas uma vez por mês seguindo-se de dor pélvica com aumento de intensidade progressivo, que atualmente considera incapacitante, não cedendo com analgésicos usuais. Ao exame físico, encontramos caracteres sexuais externos femininos com mamas, pelos e genitália externa bem desenvolvidas. Não se consegue visualizar o colo uterino, pois a vagina parece terminar em fundo cego. A ultrassonografia pélvica encontra útero de 20 cm³ e ovários normais. Assinale a assertiva que corresponde ao diagnóstico mais adequado para esse caso clínico.
- A) Síndrome de Morris.
 B) Síndrome de Turner.
 C) Septo vaginal transverso.
 D) Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser.

29. Paciente de 60 anos, com queixa de “bola na vagina” há vários anos, com piora progressiva, principalmente aos esforços, além de dificuldade para iniciar a micção. É multípara com cinco partos normais. Refere ter tido menopausa aos 50 anos sem uso de reposição hormonal. Ao exame físico, observa-se no POP-Q, segundo a classificação da ICS, o seguinte quadro:

Aa	Ba	C
+ 3	+ 3	+ 3
HG	CP	CVT
5	3	8
Ap	Bp	D
-1	0	-5

Assinale a assertiva que corresponde ao diagnóstico correto ao exame físico e um dos procedimentos cirúrgicos adequados.

- A) Prolapso uterino sem alongamento hipertrófico do colo, distopia de parede vaginal anterior que ultrapassa a carúncula, ausência de distopia de parede vaginal posterior – Histerectomia vaginal.
- B) Prolapso uterino sem alongamento hipertrófico do colo, distopia de parede vaginal anterior ultrapassa a carúncula e distopia de parede vaginal posterior que atinge a carúncula – Cirurgia de culdoplastia de MacCall.
- C) Prolapso uterino com alongamento hipertrófico do colo, distopia de parede vaginal anterior que ultrapassa a carúncula e distopia de parede vaginal posterior que ultrapassa a carúncula – Cirurgia de Fixação sacro-espinhal.
- D) Prolapso uterino com alongamento hipertrófico do colo, distopia de parede vaginal anterior que ultrapassa a carúncula e distopia de parede vaginal posterior que atinge a carúncula – Cirurgia de Manchester.
30. Mulher de 50 anos traz resultado de biópsia de colo uterino para o ginecologista: carcinoma de células escamosas com invasão do estroma de 4mm em profundidade e de 3mm em largura. Após exame físico, o médico notou ausência de lesões em vagina e uterossacos, além de exames de imagem ultrassonográficas normais. Assinale a assertiva correta quanto a melhor conduta perante este quadro clínico.
- A) Histerectomia radical com linfadenectomia pélvica laparoscópicas.
- B) Histerectomia radical modificada laparotômica e posterior quimiorradiação.
- C) Radioterapia e quimioterapia neoadjuvantes para melhorar performance cirúrgica.
- D) Laparotomia exploradora inicialmente para estadiamento do Câncer de colo uterino e histerectomia total ampliada se restrito ao colo uterino.
31. Mulher de 63 anos, G3P3A0, com queixas de urgência miccional e incontinência urinária de urgência, além de noctúria importante (>4 episódios noturnos de micção) e frequência urinária. Usa vários forros vaginais ao dia devido perda de urina. Nega disúria, perda de urina aos esforços ou sensação de esvaziamento vesical incompleto. Nega força para iniciar a micção. Ao exame físico, encontramos mucosa vaginal com redução de preguçamento. Observa-se o seguinte exame pela padronização de prolapso POP-Q: Pontos Aa:-2, Ba:-2, C: -6, Ap:-3, Bp:-3, D:-5, Hiato genital: 3, Corpo perineal:2, Comprimento vaginal total: 7. Assinale a assertiva correspondente ao diagnóstico correto desse caso e sua conduta mais adequada.
- A) Síndrome Dolorosa vesical – Toxina botulínica intravesical.
- B) Dissinergia detrusor-esfincteriana – Cloridrato de oxibutinina.
- C) Síndrome da bexiga hiperativa – Fisioterapia do assoalho pélvico.
- D) Prolapso Genital estágio II – terapia estrogênica tópica e Colpoperineoplastia.

32. Mulher de 40 anos, G5P4A1, 3 cesáreas anteriores, 1 parto normal. Realizou histerectomia vaginal há 10 dias por sangramento uterino anormal e adenomiose. Evoluiu no pós-operatório sem queixas clínicas importantes. Há 48 horas refere perda urinária contínua, não associada aos esforços, sem urgência ou urgeincontinência e está em uso contínuo de forros vaginais. Refere sentir vontade de urinar com episódios de micção espontânea, mas a perda contínua é predominante. Ao exame genital visualiza-se fluxo urinário pela cicatriz da histerectomia em fundo de saco vaginal. Realizou cistoscopia que foi laudada como normal, sem lesões vesicais ou soluções de continuidade. Assinale a assertiva correta quanto à conduta e o diagnóstico provável para esse caso clínico.
- A) Urografia excretora para avaliar lesão de parênquima renal.
 - B) Repetir a cistoscopia com vaginoscopia pois trata-se de fístula vésico-vaginal.
 - C) Pielografia miccional retrógrada para avaliar comprometimento ureteral proximal.
 - D) Fenazopiridina com o teste de exame físico dos três swabs para avaliar envolvimento uretral.
33. Casal homoafetivo, uma mulher com 52 anos e a outra com 35 anos, comparece ao ambulatório de infertilidade com desejo de gestar uma criança do sexo masculino. Ambas referem regularidade menstrual e que o embrião pode ser transferido para qualquer uma. De acordo com a resolução CFM nº 2.121/2015 é correto afirmar que as técnicas de reprodução assistida podem ser utilizadas:
- A) sem idade máxima das candidatas à gestação. É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que não exista infertilidade e o diagnóstico genético do sexo é permitido para seleção de embrião.
 - B) sem idade máxima das candidatas à gestação. É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que não exista infertilidade e o diagnóstico genético do sexo não é permitido para seleção de embrião.
 - C) com idade máxima das candidatas à gestação de 50 anos. Não é permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que não exista infertilidade e o diagnóstico genético do sexo não é permitido para seleção de embrião.
 - D) com idade máxima das candidatas à gestação de 50 anos. É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que não exista infertilidade e o diagnóstico genético do sexo não é permitido para seleção de embrião.
34. No centro cirúrgico, mulher de 25 anos será submetida à ooforoplastia laparoscópica por cisto simples de ovário. Ela tem índice de massa corpóreo de 40kg/m^2 . Assinale a assertiva correta sobre a inserção do trocater e a insuflação de CO_2 nesta paciente.
- A) A inserção do trocater umbilical deve ter angulação mais próximo a 30 graus e os registros iniciais de pressão intrabdominal, à insuflação de CO_2 , devem ser menores que 8 mmHg.
 - B) A inserção do trocater umbilical deve ter angulação mais próximo a 90 graus e os registros iniciais de pressão intrabdominal, à insuflação de CO_2 , devem ser menores que 8 mmHg.
 - C) A inserção do trocater umbilical deve ter angulação mais próximo a 30 graus e os registros iniciais de pressão intrabdominal, à insuflação de CO_2 , devem ser maiores que 8 mmHg.
 - D) A inserção do trocater umbilical deve ter angulação mais próximo a 90 graus e os registros iniciais de pressão intrabdominal, à insuflação de CO_2 , devem ser maiores que 8 mmHg.
35. Após histeroscopia diagnóstica com biópsia endometrial por sangramento uterino pós-menopausa, mulher de 60 anos, obesa, hipertensa e nuligesta, traz resultado do histopatológico: adenocarcinoma endometriode de endométrio grau 3. Com base nesse resultado, assinale a assertiva que corresponde à conduta mais adequada.
- A) Histerectomia radical modificada sem linfadenectomia pélvica, independente do estadiamento cirúrgico.
 - B) Laparotomia exploradora para estadiamento cirúrgico e biópsia de congelação. A partir desse resultado, decidir a melhor conduta cirúrgica.
 - C) Histerectomia extrafascial, salpingo-oforectomia bilateral e linfadenectomia pélvica e paraórtica independente do estadiamento cirúrgico.
 - D) Laparotomia exploradora para estadiamento cirúrgico, abordagem laparoscópica deve ser evitada em qualquer estágio, pelo risco de estadiamento incompleto, comprometendo prognóstico.

36. Mulher de 26 anos, com vida sexual ativa em união estável, queixa-se de corrimento vaginal e surgimento de doloroso "cisto na vagina" há cerca de três semanas. Ao exame físico, encontrou-se a seguinte imagem.



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

Assinale a assertiva que corresponde à conduta adequada para esse caso.

- A) Ceftriaxona 250 mg dose única + 2 g de azitromicina por via oral.
 - B) Imiquimode creme a 5% ou Podofilox solução ou gel a 0,5%.
 - C) Trimetoprima-sulfametoxazol 160/800mg por 7 a 10 dias.
 - D) Aciclovir 400 mg, 3 vezes ao dia, por 7 a 10 dias.
37. Mulher, 30 anos, retorna ao ambulatório de ginecologia geral com queixa de prurido vulvar, conteúdo vaginal branca e grumosa e sensação de disúria terminal. Refere que é o quarto episódio nos últimos 6 meses com essas mesmas queixas. Refere muito incômodo e que isso está diminuindo sua qualidade de vida. À microscopia do conteúdo vaginal foram encontrados esporos e leveduras. Assinale a assertiva correta sobre o diagnóstico e a conduta mais adequada para esse caso clínico.
- A) Infecção recorrente por *Candida non-albicans* e o tratamento é feito com terapia tópica com azóis prolongada por 3 semanas empiricamente. Não há necessidade de cultura para confirmar o diagnóstico.
 - B) Infecção recorrente por *Candida albicans*, o tratamento é feito com fluconazol oral, 100 a 200mg por semana, por seis meses e culturas devem ser obtidas para confirmar o diagnóstico.
 - C) Infecção recorrente por *Candida non-albicans* e o tratamento é feito com itraconazol oral, 100mg, 2 vezes ao dia, uma vez por semana, por seis meses e culturas devem ser obtidas para confirmar o diagnóstico.
 - D) Infecção recorrente por *Candida albicans* e o tratamento é feito com uma cápsula contendo 600mg de gelatina de ácido bórico por via intravaginal, diariamente, durante duas semanas. Não há necessidade de cultura para confirmar o diagnóstico.
38. Mulher de 21 anos, G1P1A0, sem comorbidades, realizou exame de citologia do colo uterino de rotina e trouxe o resultado para a consulta com o seguinte laudo: Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau. Ao exame genital, o colo uterino foi descrito como normal. Paciente encontra-se aflita, com medo de câncer e pede orientações. Assinale a assertiva correta sobre a conduta mais adequada.
- A) Orientar realização de colposcopia.
 - B) Orientar seguimento com realização de teste de DNA para HPV.
 - C) Orientar somente seguimento com realização de citologia a cada 6 meses.
 - D) Orientar imediata excisão eletrocirúrgica em alça para diagnóstico de lesão de colo uterino.

39. Mulher de 25 anos, G2P2A0, submeteu-se a inserção de DIU há 18 dias e há 5 dias evolui com dor pélvica, dispareunia e corrimento vaginal amarelado. Ao exame: dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita, sem dor à descompressão brusca. À ultrassonografia foi observado presença de abscesso tubo-ovariano direito. Nesse caso, a melhor opção terapêutica é:
- A) não remover o DIU, iniciar antibiótico de amplo espectro e reavaliar com 48 horas.
 - B) não remover o DIU, iniciar penicilina e solicitar nova ultrassonografia após 48 horas.
 - C) remover o DIU imediatamente, após iniciar cobertura sistêmica de antibióticos.
 - D) remover o DIU imediatamente, realizar salpingectomia direita e iniciar cobertura sistêmica de antibióticos.
40. Em consulta ginecológica, mulher de 28 anos, nuligesta, refere dor menstrual há muitos anos. Refere também dispareunia profunda há 6 meses, sinusiorragia, disquezia e aumento da frequência de evacuações intestinais e diminuição da consistência das fezes no período menstrual. Realizou Ultrassom transvaginal que evidenciou útero em retroversoflexão, volume de 75cm^3 , homogêneo, espessura endometrial de 5mm, ovário direito com imagem císticas com ecos internos de baixa intensidade de 3cm de diâmetro e ovário esquerdo de 7cm^3 . Nesse caso, assinale a assertiva correta quanto ao diagnóstico e conduta.
- A) O quadro clínico é sugestivo de endometriose pélvica, está indicado videolaparoscopia.
 - B) O quadro clínico é sugestivo de massa cística anexial simples e dismenorreia, sem indicação de intervenção cirúrgica.
 - C) O quadro clínico é sugestivo de endometrioma e aderências periovarianas, com indicação de laparotomia exploradora.
 - D) O quadro clínico é sugestivo de massa anexial complexa com características de malignidade, com indicação de laparotomia exploradora.
41. Mulher, 32 anos, dois partos cesáreas anteriores. Nega comorbidades ou cirurgias no passado. Refere perda de urina ao tossir e espirrar e aos exercícios, há cerca de dois anos. Nega noctúria, urgência ou urgeincontinência. Ao exame físico, apresenta perda de urina sinfônica à tosse, em gotas, com a bexiga cheia, e apresenta a seguinte quantificação da prolapso de órgãos pélvicos: Aa: -2, Ba: -2, C: -6, Hiato Genital: 3, Corpo perineal: 2, Comprimento vaginal total: 9, Ap:-2, Bp:-2, D: -8. De acordo com o exposto, assinale a assertiva correta.
- A) Devido ao prolapso estágio II de parede vaginal anterior, requer realização concomitante de colpoplastia anterior.
 - B) Anticolinérgico oral para a hiperatividade vesical, neste caso, deve ser oferecido antes da intervenção cirúrgica.
 - C) Trata-se de caso de incontinência urinária mista com indicação de tratamento cirúrgico com sling transobturatório.
 - D) A incontinência urinária desse caso pode ser tratada com medidas comportamentais e fisioterapia do assoalho pélvico.

42. Mulher, 48 anos, G6P6A0, apresenta quadro de dor pélvica e sangramento anormal há 8 meses. Realizou Ultrassom transvaginal que evidenciou: útero com formato globular, mas regular, de 250cm³ de volume, o miométrio encontra-se assimetricamente espessado com regiões heterogêneas e áreas anecoicas no miométrio e estrias lineares hipocóicas na musculatura.



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

- Assinale a assertiva correta quanto ao diagnóstico desse caso e a justificativa adequada.
- A) Adenomiiose, devido às imagens anecoicas de permeio no miométrio.
 - B) Endometriose, devido ao aspecto sugestivo de infiltrado inflamatório e edema.
 - C) Adenocarcinoma de endométrio, devido ao aspecto de infiltração endometrial no miométrio.
 - D) Degeneração hialina de nódulos sugestivos de mioma, devido às imagens nodulares hiperecogênicas.
43. Paciente, 40 anos, hipertensa e obesa, comparece à emergência com um quadro de sangramento transvaginal de grande monta há 3 dias. Há 1 ano notou aumento do fluxo menstrual, tanto em intensidade quanto em número de dias. Ao exame físico, encontra-se orientada, eupneica, nota-se palidez cutâneo mucosa, FC: 90bpm, PA 110x70mm Hg, especular com evidência de sangramento proveniente do orifício do colo uterino, este sem lesões. Apresenta no momento 7.0 g/dl de hemoglobina. O exame ultrassonográfico revelou imagem uterina miometrial sugestiva de múltiplas massas sólidas, isoladas, bem-definidas, com borda fina hipocóica, e volume uterino de 350 cm³. Assinale a assertiva correta quanto ao tratamento desse caso clínico.
- A) Imediata transfusão sanguínea com concentrados de hemácias para estabilização clínica e indicar histerectomia abdominal logo em seguida.
 - B) Correção da anemia com ferro oral, iniciar agonistas do GnRH e depois de estabilidade hematimétrica realizar histerectomia vaginal.
 - C) Correção da anemia com ferro oral, iniciar cetoprofeno oral e depois de estabilidade hematimétrica realizar histerectomia vaginal.
 - D) Imediata transfusão sanguínea com concentrados de hemácias para estabilização clínica e indicar histerectomia vaginal guiada por laparoscopia, logo em seguida.
44. Mulher de 23 anos, G1P1A0, com queixa de dor em baixo ventre e dispareunia profunda há 7 dias. Tem vida sexual ativa em uso de contraceptivo oral, nega atraso menstrual. Ao exame físico, apresenta: T=36°C, Pulso=75bpm, PA=120x80mmHg. À palpação abdominal, observa-se discreta defesa muscular difusa sem dor à descompressão brusca. Ao exame especular: colo com orifício externo em fenda sem lesões, conteúdo vaginal branco acinzentado sem odor. Toque vaginal: dor à mobilização do colo uterino, sem abaulamento de fundo de saco. Hemograma: Hb: 12g/dl, Ht: 39%, Leucócitos 9.000 cels/mm³. Em relação ao caso clínico descrito, assinale a conduta mais adequada.
- A) Tratamento cirúrgico com laparoscopia e acompanhamento da paciente ambulatorialmente.
 - B) Tratamento com Cefotriaxona + Vibramicina e acompanhamento da paciente ambulatorialmente.
 - C) Tratamento com Clindamicina + Gentamicina e Metronidazol endovenosos e acompanhamento da paciente ambulatorialmente.
 - D) Tratamento com Clindamicina + Gentamicina e Metronidazol endovenosos e solicitar ultrassonografia pélvica transvaginal.

45. Uma mulher de 32 anos comparece à consulta com ginecologista referindo dor pélvica há 3 anos, de caráter diário, que a impossibilita de vestir calça mais apertada e a faz faltar o emprego pelo menos uma vez por semana. Apresenta ainda queixas sexuais importantes associadas à dispareunia, tanto superficial quanto profunda. Nega alterações evacuatórias e miccionais. Ao exame físico: presença de sinal de Carnett e pontos de gatilho com alodínia e hiperalgesia em parede abdominal e assoalho pélvico através do toque vaginal. De acordo com o quadro clínico é correto afirmar que se trata de:
- A) dor pélvica crônica por provável Síndrome miosfacial.
 - B) dor pélvica crônica com provável diagnóstico de endometriose.
 - C) dor pélvica crônica, sendo agravada por doença inflamatória pélvica aguda.
 - D) sintomas psicossomáticos, não se encontrando substrato físico para doença orgânica.
46. Mulher de 30 anos, G2P2A0, sem comorbidades ou uso de medicações e sem antecedentes de neoplasias na família. Procura ambulatório com queixa de descarga mamária papilar espontânea, uniductal, simples, serosanguinolenta. Ao exame físico de palpação das mamas não se encontram alterações. Assinale a assertiva correta quanto a conduta imediata mais adequada para esse caso.
- A) Expectante, pois trata-se de descarga espontânea com exame físico normal.
 - B) Preparar lâmina com amostra da descarga para avaliação citológica.
 - C) Orientar realização imediata de mamografia.
 - D) Orientar dosagem séria de Prolactina.
47. Mulher, 25 anos, G1P1A0, vida sexual ativa, em uso de contraceptivo oral, apresenta queixa de conteúdo vaginal abundante, branco-acinzentado com bolhas, que piora após a menstruação, com odor desagradável após o coito. Refere que estas queixas são perenes e não se associam com prurido vaginal, ardor, febre ou dispareunia. Assinale a assertiva correta que corresponde aos achados de pH e exame microscópico do conteúdo vaginal mais adequados ao diagnóstico desse caso clínico.
- A) O pH vaginal de 4,5. Identificação microscópica de células epiteliais vaginais com muitas bactérias aderidas, com borda celular pontilhada mal definida.
 - B) O pH vaginal de 4,5 e o exame microscópico do conteúdo vaginal, após aplicação de solução salina ou KOH a 10%, permite a identificação de leveduras.
 - C) O pH vaginal de 6,0. Identificação microscópica de parasitas móveis ovais e ligeiramente maiores que um leucócito em um preparado salino do conteúdo vaginal.
 - D) O pH vaginal de 3,5 o exame microscópico do conteúdo vaginal, observa ausência ou redução significativa de espécies normais de *Lactobacillus* produtores de peróxido de hidrogênio.
48. Após 24 horas de histerectomia total abdominal por leiomiomas uterinos com raquianestesia, mulher de 42 anos, G3P3A0, 3 cesáreas anteriores, evoluiu com anúria em uso de sonda vesical de demora. Segundo descrição cirúrgica não houve intercorrências, sangramentos ou lesões viscerais. O residente de plantão foi chamado e imediatamente realizou hidratação vigorosa com cristaloides sem diurese posterior. Assinale a assertiva correta sobre o diagnóstico e a conduta adequada para esse caso.
- A) Deve-se tratar de oligúria pré-renal por perdas durante a cirurgia, sendo necessário o uso de diuréticos.
 - B) Deve tratar-se de lesão cirúrgica bilateral de ureter, devendo solicitar ultrassonografia de vias urinárias ou tomografia computadorizada.
 - C) Deve-se solicitar a dosagem de sódio e creatinina sérica e urinária, com forte suspeita de lesão intrarrenal pela nefrotoxicidade da raquianestesia.
 - D) Deve-se solicitar creatinina e ureia para avaliação do estado urêmico da paciente. Se creatinina acima de 4 mg/dL, iniciar hemodiálise por provável etiologia intrarrenal devido à resposta ao trauma cirúrgico.

49. Mulher de 27 anos, G0P0A0, infertilidade primária, refere ciclos menstruais irregulares desde a menarca. Apresenta longos períodos de amenorreia, seguidos de fluxos intensos de até quinze dias de duração. Ao exame físico: IMC: 40 kg/m², hirsutismo, acne. A ultrassonografia transvaginal mostra múltiplos cistos hipoecóicos pequenos. Assinale a assertiva correta que correlaciona diagnóstico diferencial desse caso e o seu exame adequado.
- A) Excreção de cortisol livre na urina de 24 horas – hiperplasia suprarrenal congênita de início tardio.
 - B) Dosagem de 17-hidroxiprogesterona – neoplasia de células da granulosa.
 - C) Dosagens de níveis de FSH e LH – insuficiência ovariana prematura.
 - D) Dosagem de Sulfato de desidroepiandrosterona – síndrome de cushing.
50. Mulher de 55 anos, nulípara, com amenorreia há 2 anos, procura assistência médica por sangramento transvaginal há 7 dias. Durante o exame físico, encontraram-se os seguintes achados positivos: Pressão arterial de 150x100mmHg, peso de 82Kg e altura de 1,61m. Ao exame especular: colo uterino sem alterações, presença de sangramento discreto oriundo do orifício do colo. Realizou ultrassonografia transvaginal que evidenciou útero em anteversoflexão, volume 100cm³, espessura endometrial de 4mm, com coleção líquida na cavidade endometrial. Diante desses achados, qual a melhor conduta?
- A) Histerectomia vaginal.
 - B) Histeroscopia com biópsia.
 - C) Seguimento clínico com uso de progestágenos.
 - D) Expectante, repetir ultrassonografia em 3 meses.