



DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Não deixe de preencher as informações a seguir:

Nome

Nº de Identidade

Órgão Expedidor

UF

Nº de Inscrição

GRUPO 24

ESPECIALIDADES COM PRÉ-REQUISITO EM OBSTETRÍCIA / GINECOLOGIA (OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA)

PREZADO CANDIDATO

- Você está recebendo o seu Caderno de Prova Escrita, contendo 50 (cinquenta) questões objetivas de múltipla escolha com 05 (cinco) alternativas cada. Verificar se o GRUPO/PROGRAMA impressos se referem àqueles de sua opção no ato da inscrição.
 - Se encontrar alguma informação em desacordo, incompleta ou com algum defeito gráfico que lhe cause dúvidas, informe, imediatamente, ao Fiscal para ele tomar as providências necessárias. Caso não seja atendido em sua reivindicação, solicite que seja chamado o Chefe de Prédio.
 - Para registrar as alternativas escolhidas nas questões objetivas de múltipla escolha, você receberá um Cartão-Resposta de Leitura Ótica. Verifique, também, se o Número de Inscrição e o Grupo/Programa impressos estão de acordo com sua opção.
 - As marcações das suas respostas no Cartão-Resposta devem ser realizadas mediante o preenchimento total das bolhas correspondentes a cada número da questão e da letra da alternativa. Utilize, para isso, caneta esferográfica na cor azul ou preta.
 - Se for necessária a utilização do sanitário, você deverá solicitar permissão ao fiscal de sala que designará um fiscal volante para acompanhá-lo no deslocamento, devendo permanecer em silêncio, durante todo o percurso, podendo, antes de entrar no sanitário e depois da utilização deste, ser submetido à revista (com ou sem detector de metais). Caso, nesse momento, seja detectada qualquer irregularidade ou porte de qualquer tipo de equipamento eletrônico, serão tomadas providências de acordo com o estabelecido no Edital do Concurso.
 - Ao terminar sua Prova e preenchido o Cartão-Resposta, desde que no horário estabelecido para deixar o recinto de Prova, entregue o Cartão-Resposta ao Fiscal e deixe a sala em silêncio.

BOA SORTE!

01. Gestante 30 anos, primigesta e nulípara, 40^a semana de gestação, deu entrada na emergência obstétrica com dor em baixo ventre. Ao toque vaginal o colo uterino apresentava-se com 10 cm de dilatação, bolsa rota, líquido claro com grumos, plano II de De Lee, cefálico e OET. Dinâmica uterina: 3 contrações/ 10 minutos/ 45 segundos. Batimentos cardio-fetais (BCF) de 140 bpm. Após 6 horas, o toque vaginal era inalterado, porém com a presença de bossa serossanguínea. Dinâmica uterina: 4 contrações/ 10 minutos/ 50 segundos. BCF: 136 bpm. Neste momento foi indicado uma cesariana. Ao exame físico do recém nascido (RN) em sala de parto, encontrava-se bem com escore de Apgar 9/10, apresentando uma tumoração em região occípito parietal, predominante no parietal direito de consistência endurecida e forma cacofo.

Analise o exame físico do recém-nascido realizado em sala de parto, os dados do parto e assinale a alternativa CORRETA, que representa uma possibilidade que ocorreu durante a descida e insinuação fetal no período expulsivo.

- A) Obliquidade de Nägele
 - B) Obliquidade de Litzman
 - C) Assinclitismo posterior
 - D) Sinclitismo
 - E) Obliquidade de Baudelocque-Duncan
-

02. Gestante 22 anos, primigesta, veio para nova consulta pré-natal, no dia 11 de janeiro de 2026, referindo que está no 4º mês de gestação e assintomática. Refere ciclos menstruais regulares e fez várias ultrassonografias. Abaixo segue os dados informados pela paciente e as ultrassonografias anteriores com suas idades gestacionais na época do exame:

- Primeiro dia da última menstruação: 18 de agosto de 2025.
- Último dia da última menstruação: 20 de agosto de 2025.
- Data da última ovulação: 30 de agosto de 2025.
- Data da 1^a ultrassonografia: 01 de setembro de 2025 (calculada pelo diâmetro médio do saco gestacional – 4 semanas).
- Data da 2^a ultrassonografia: 31 de outubro de 2025 (IG: calculada pela média do diâmetro biparietal, circunferência abdominal e comprimento do fêmur – 11 semanas).
- Data da 3^a ultrassonografia: 20 de novembro de 2025 (IG: calculada pelo comprimento céfalo-nadegas – 14 semanas).
- Data da 4^a ultrassonografia: 11 de dezembro de 2025 (IG: 17 semanas).

Dante desses dados, qual a idade gestacional CORRETA para acompanhamento da gravidez, no dia da consulta de pré-natal.

- A) 20 semanas e 4 dias
 - B) 22 semanas e 6 dias
 - C) 20 semanas e 6 dias
 - D) 21 semanas e 3 dias
 - E) 19 semanas e 1 dia
-

03. Assinale a alternativa que NÃO representa uma droga classificada como agentes tocolíticos já estudado para essa finalidade.

- A) Sulfato de magnésio
 - B) Inibidores da prostaglandina
 - C) Bloqueadores de canal de cálcio
 - D) Agonistas beta-adrenérgicos
 - E) Progesterona
-

04. Paciente 22 anos, tercigesta, secundípara, 35^a semana de gravidez e chegou na emergência obstétrica referindo dor em baixo ventre e perda de líquido amniótico. No cartão de pré-natal observa-se: tipagem sanguínea A negativo; Coombs indireto positivo e glicemia jejum de 91 mg% (todos realizados no 1º trimestre de gravidez). O teste de tolerância oral a glicose a 75 g foi realizada na 26^a semana com resultado GJ de 91 mg%, com 1h de 171 mg% e com 2h de 149 mg%. Ao exame obstétrico: dinâmica uterina ausente; altura de fundo uterino de 32cm; pressão arterial de 100 x 60 mmHg; toque vaginal, com colo fechado, longo e posterior e feto alto e móvel, bolsa das águas rotas com saída de líquido claro. A ultrassonografia realizada no momento do atendimento revelou: percentil de peso para idade gestacional 89; dopplervelocimetria com índice de pulsatilidade na artéria umbilical de 1,20 e na artéria cerebral média fetal de 2,10; pico sistólico da artéria cerebral média (ACM) fetal maior de 1,5 MoM para a idade gestacional; e maior bolsão (MB) de 9,8cm.

Nesta paciente, o que MELHOR pode representar a causa fisiológica do valor do MB do líquido amniótico?

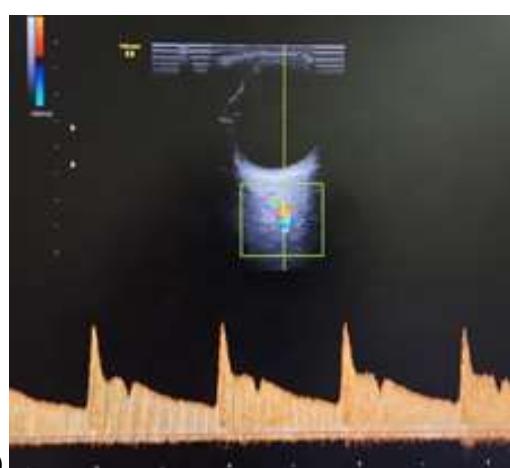
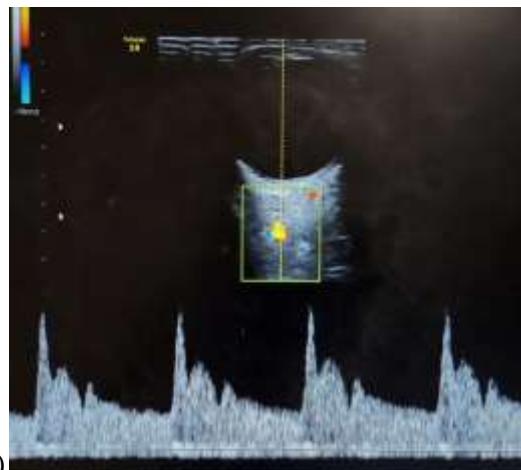
- A) Doença hemolítica fetal e neonatal – Coombs indireto define anemia fetal.
 B) Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida – devido a distensão uterina e rotura prematura das membranas.
 C) Rotura prematura das membranas ovulares – devido a distensão uterina.
 D) Diabetes – devido ao aumento da diurese fetal.
 E) Doença hemolítica fetal e neonatal – pico sistólico da ACM fetal que sugere anemia fetal moderada a grave.

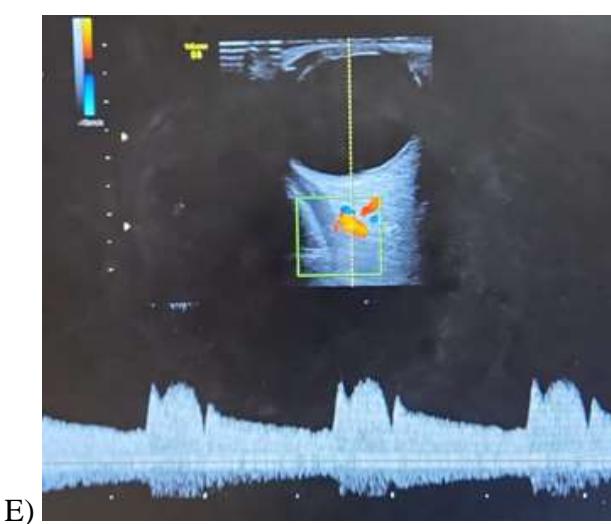
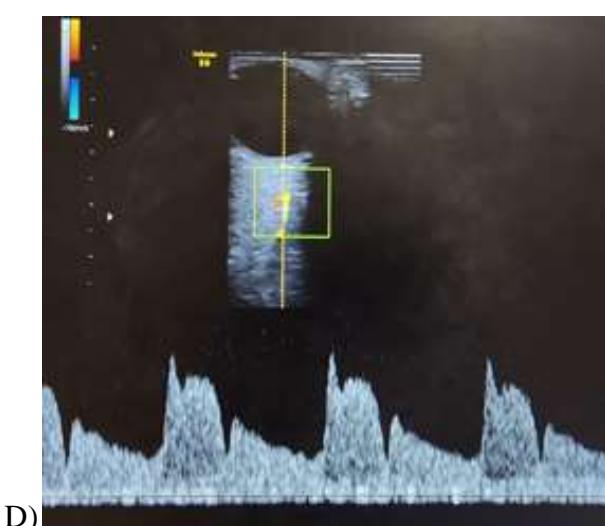
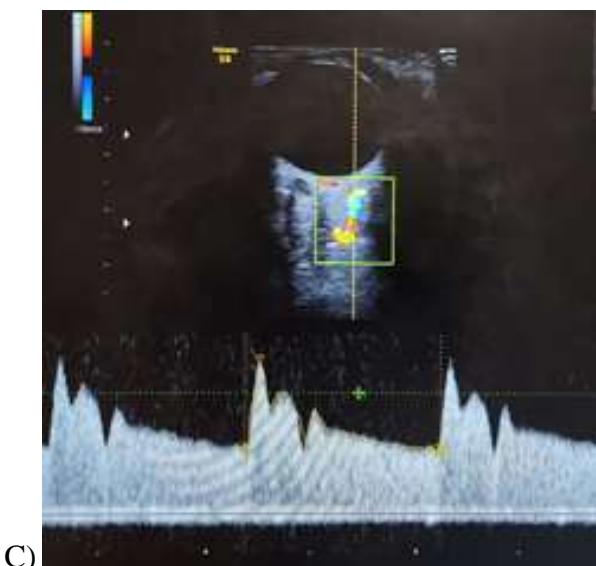
05. Paciente 22 anos, tercigesta, secundípara, 33^a semana de gravidez e chegou na emergência obstétrica referindo náusea e vomitos. No cartão de pré-natal observa-se: tipagem sanguínea A negativo; Coombs indireto positivo. A ultrassonografia realizada no momento do atendimento revelou: percentil de peso para idade gestacional 89; pico sistólico da artéria cerebral média fetal menor de 1,5 MoM para a idade gestacional; e maior bolsão de 5,0 cm. A paciente foi submetida a operação cesariana. Na retirada do recém-nascido o obstetra teve dificuldade porque o mesmo estava em apresentação pélvica. O recém-nascido (RN) apresentou bom tônus e choro forte, escore de Apgar de 9/10.

Após o nascimento, para prevenção do recém-nascido com anemia fetal em uma próxima gestação, qual a melhor conduta CORRETA?

- A) Imunoglobulina anti-D pós-parto em até 72h.
 B) Repetir o Coombs indireto, mas quantitativo para avaliar a titulação.
 C) Registrar médico de todos os dados do pré-natal e parto na gestação atual, para um adequado acompanhamento na próxima gestação, fazendo orientações a paciente na alta hospitalar.
 D) Dopplervelocimetria do pico sistólico da artéria cerebral média do recém-nascido.
 E) Realizar o painel de hemácias materno e do atual recém-nascido.

06. Assinale a alternativa CORRETA que representa a imagem de maior risco para pré-eclâmpsia, considerando as pacientes com mesmo quadro clínico e obstétrico.





07. Paciente 21 anos, primigesta, na 20^a semana de gravidez e assintomática. Veio a emergência trazendo uma ultrassonografia com o exame abaixo.

A mesma foi encaminhada pelo ultrassonografista, pois deveria procurar uma emergência.



Baseado nas recomendações atuais, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Iniciar antibioticoterapia (clindamicina e gentamicina)
- B) Iniciar antibioticoterapia (penicilina cristalina)
- C) Iniciar antibioticoterapia (amoxacilina)
- D) Iniciar antibioticoterapia (ampicilina, amoxacilina e azitromicina)
- E) Iniciar apenas progesterona

08. Paciente 25 anos, secundigesta e primípara, com acompanhamento pré-natal de baixo risco bem realizado e sem intercorrências. Vem para acompanhamento pré-natal na 34^a semana de gravidez, quando é percebido uma AFU de 30 cm. Foi submetida a uma ultrassonografia que evidenciou peso fetal estimado entre no percentil 8 para idade gestacional (na 28^a semana o percentil era 70), o índice de pulsatilidade da artéria cerebral média fetal no percentil 3, da artéria umbilical no percentil 80 e da média das artérias uterinas no percentil 50.

Qual a hipótese diagnóstica e conduta provavelmente CORRETA, baseado nas recomendações da International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG)?

- A) Feto pequeno para idade gestacional – provável interrupção da gravidez próximo da 38^a semana.
- B) Feto pequeno para idade gestacional – provável interrupção da gravidez próximo da 36^a semana.
- C) Restrição de crescimento fetal – corticoterapia e provável interrupção da gravidez próximo da 35^a semana.
- D) Restrição de crescimento fetal – reavaliação da dopplervelocimetria, cardiotocografia e perfil biofísico fetal semanal.
- E) Restrição de crescimento fetal – provável interrupção da gravidez próximo da 40^a semana.

09. Paciente 26 anos, na 30^a semana, secundigesta e um aborto anterior, chega na emergência obstétrica referindo perda de líquido há 19 horas. Após anamnese detalhada do médico assistente paciente refere que a perda foi súbita de um líquido transparente, cheirando a água sanitária, escorrendo pelas pernas e se acumulando do chão. Negava outras queixas. Ao exame clínico, temperatura axilar de 36,5°C e frequência cardíaca materna de 80 bpm. Ao exame obstétrico: dinâmica uterina ausente, toque vaginal não realizado e ausente líquido amniótico pelo exame especular e manobra de valsava.

Realizada ultrassonografia a qual foi normal (líquido amniótico e vitalidade fetal). Assinale a alternativa CORRETA baseada nas evidências?

- A) Não se trata de uma rotura prematura das membranas – dar alta para acompanhamento pré-natal.
- B) Realizar toque vaginal para fazer manobra de rechaço do polo cefálico, que poderá ajudar na confirmação diagnóstica.
- C) Solicitar a proteína alfa microglobulina 1 placentária ou proteína transportadora dos fatores de crescimento semelhante à insulina-1.
- D) Repetir a ultrassonografia para confirmar rotura prematura das membranas, após uma semana aproximadamente, quando o líquido poderá ter diminuído.
- E) A manobra de Tarnier não ajudaria nessa situação.

10. Assinale a alternativa CORRETA, baseada na recente sistemática da Cochrane,2025, sobre suplementação de cálcio na gestação.

- A) Evidenciou moderado a alto benefício para prevenção de pré-eclâmpsia.
 B) Evidenciou moderado a alto benefício para prevenção do parto prematuro.
 C) Não existe evidência suficiente que suporte sua utilização para prevenção da pré-eclâmpsia, mas sim para parto prematuro.
 D) Existe evidência suficiente que suporte sua utilização para prevenção da pré-eclâmpsia, mas não para parto prematuro.
 E) Não existe evidência suficiente que suporte sua utilização para prevenção da pré-eclâmpsia e parto prematuro.
-

11. Paciente, 16 anos, primigesta e nulípara e na 34^a semana de gravidez. Foi encaminhada a emergência obstétrica para interrupção da gravidez. Nega hipertensão prévia, diabetes, cardiopatias e outras doenças. Ao exame geral, nada digno de nota. Ao exame obstétrico: dinâmica uterina, ausente; feto em situação transversa, apresentação cônica e alto e móvel; batimentos fetais de 136 bpm; altura de fundo uterino de 30 cm; e pressão arterial (PA) 160 x 90 mmHg (confirmada por duas vezes e após repouso em decúbito lateral esquerdo). Índice de massa corpórea 26,4 kg/m². Proteinúria de fita +++/4+. A mesma foi internada, a gestação foi interrompida por cesariana sem intercorrências e iniciado sulfato de magnésio – MgSO₄ (ataque: 6g e manutenção: 1g/h). Durante a primeira fase da manutenção do MgSO₄, evoluiu com PA: 130 x 80 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm, frequência respiratória de 16 ipm, diurese de 10 ml/h e reflexos profundos ausentes.

Assinale a alternativa que representa a conduta CORRETA.

- A) Suspender definitivamente o MgSO₄ e ficar reavaliando os sinais vitais e parâmetros clínicos – se sinais de iminência de eclâmpsia, reintroduzir.
 B) Suspender o MgSO₄ e realizar imediatamente gluconato de cálcio a 10% – reintroduzir após melhora da diurese e presença dos reflexos.
 C) Suspender definitivamente o MgSO₄, realizar imediatamente gluconato de cálcio a 10% e ficar reavaliando os sinais vitais e parâmetros clínicos – se sinais de iminência de eclâmpsia, reintroduzir.
 D) Suspender o MgSO₄ e realizar hidratação com cloreto de sódico a 5% – reavaliar após; e reintroduzir se melhora da diurese e presença dos reflexos.
 E) Suspender definitivamente o MgSO₄ e realizar hidratação com cloreto de sódico a 5% – como a pressão arterial normalizou, reintroduzir se sinais de iminência de eclâmpsia.
-

12. Paciente 30 anos, secundigesta e primípara, chega ao pré-natal na 26^a semana de gravidez, assintomática para segunda consulta pré-natal, trazendo os exames de rotina, realizados na semana anterior. A curva glicêmica realizada com 75g de dextrosol teve como resultado: jejum 93 mg/dL; 1h 250 mg/dL; 2h 155 mg/dL.

Assinale a alternativa CORRETA quanto ao diagnóstico e quantos valores encontram-se alterados nessa curva glicêmica.

- A) Diabetes mellitus gestacional – três valores alterados.
 B) Diabetes mellitus pré-gestacional – três valores alterados.
 C) Diabetes mellitus gestacional – dois valores alterados.
 D) Diabetes mellitus pré-gestacional – dois valores alterados.
 E) Diabetes mellitus pré-gestacional – um valor alterado.
-

13. Paciente 35 anos, tercigesta e primípara (parto vaginal anterior á fórceps), chega a emergência obstétrica na 37^a semana de gravidez, com queixa de dor em baixo ventre. Refere está fazendo pré natal na unidade básica de saúde, sem intercorrência. Nega outras queixas e uso de medicações. No cartão de pré natal apresenta uma curva glicêmica realizada com 75g de dextrosol com resultado: jejum 87 mg/dL; 1h 185 mg/dL; 2h 155 mg/dL. O médico assistente solicita um hemoglicoteste (HGT) e uma ultrassonografia (USG). HGT: 143 mg/dL (após uma hora de jejum). Ultrassonografia: peso fetal estimado no percentil 92 e maior bolsão de 8,1 cm. Ao exame: dinâmica uterina ausente, batimentos cardio fetais de 136 bpm e pressão arterial de 120 x 70 mmHg. O toque vaginal evidenciou colo posterior e pélvico 2 cm de dilatação, com 50% de apagamento,cefálico e insinuado, bolsa das águas íntegra.

Assinale a alternativa CORRETA quanto à conduta.

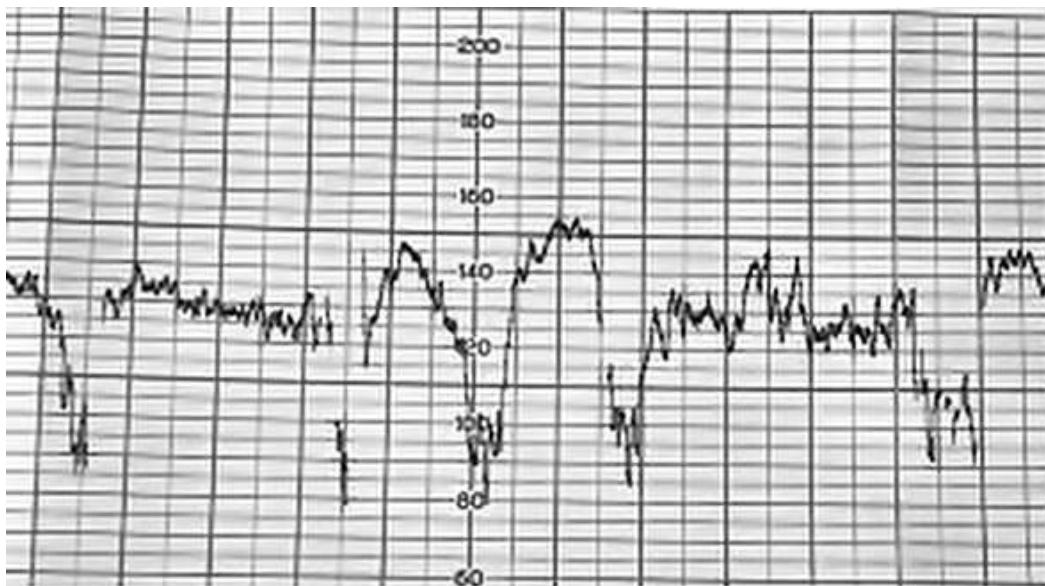
- A) Aguardar trabalho de parto espontâneo até a 39^a semana de gravidez.
 B) Cesariana
 C) Indução do trabalho de parto com ocitocina
 D) Indução do trabalho de parto com prostaglandina
 E) Indução do trabalho de parto pelo método de Krause
-

14. Paciente 25 anos, primigesta e nulípara, chega a emergência obstétrica na 31^a semana de gravidez, com queixa de dor em baixo ventre. Refere gestação gemelar. Traz ultrassonografia (USG) realizada no dia anterior: peso fetal estimado no percentil 50 em ambos os fetos e maior bolsão de 8,1 cm; placenta única e posterior sem a presença de membrana divisória; e fetos em apresentação cefálica. Ao exame: dinâmica uterina 2 contrações/ 10 minutos/ 40 segundos, batimentos cardio fetais de 136 bpm e 156 bpm e pressão arterial de 120 x 70 mmHg. O toque vaginal evidenciou colo posterior e pérvio 2 cm de dilatação, com 80% de apagamento, primeiro feto cefálico e bolsa das águas íntegra.

Assinale a alternativa CORRETA quanto a melhor conduta baseada nas recomendações atuais.

- A) Tocólise, corticoterapia e aguardar a partir da 32^a para indução do trabalho de parto.
- B) Tocólise, corticoterapia e aguardar a partir da 32^a para realização de cesariana.
- C) Tocólise, corticoterapia e aguardar a partir da 35^a para indução do trabalho de parto.
- D) Tocólise, corticoterapia e aguardar a partir da 35^a para realização de cesariana.
- E) Corticoterapia e deixar o trabalho de parto evoluir espontaneamente.

15. Paciente 36 anos, primípara, na 36^a semana de gravidez, sendo acompanhada no pré-natal de alto risco por diabetes mellitus gestacional com apenas orientações de mudanças do estilo de vida. Durante o pré-natal, todos os perfis glicêmicos foram normais. Nessa consulta veio trazendo o resultado de novo perfil glicêmico: jejum – 102 mg/dL; 1h pós-café - 143 mg/dL; 1h pós-almoço - 128 mg/dL; 1h pós-jantar - 132 mg/dL. O médico assistente solicitou um perfil biofísico fetal (PBF) cujo resultado: movimento corporal fetal – presença de dois movimentos fetais; movimento respiratório fetal – um movimento com duração de 15 segundos; tônus fetal – um movimento de abertura e fechamento das mãos; maior bolsão – 3 cm; e a cardiotocografia abaixo.



Analise o PBF e assinale a alternativa CORRETA que representa o valor final do exame baseado nos parâmetros clássicos de Manning.

- A) 5
- B) 4
- C) 6
- D) 8
- E) 10

16. Considerando a ultrassonografia morfológica de 1º trimestre, assinale a alternativa que representa o marcador ultrassonográfico CORRETO para risco de defeitos abertos do tubo neural.

- | | |
|--------------------------------|-----------------------|
| A) Translucência nucal | D) Refluxo tricuspide |
| B) Translucência intracraniana | E) Ducto venoso |
| C) Osso nasal | |

17. Na ultrassonografia morfológica de 2º trimestre, assinale a alternativa CORRETA que o “sinal da banana” encontra-se associado.

- A) Síndrome de Down
 B) Tórax estreito secundário a malformações vertebrais
 C) Pés tortos congênitos
 D) Ventriculomegalia isolada sem fenda do tubo neural
 E) Síndrome de Arnold-Chiari
-

18. Puérpera no 9º dia após parto vaginal com fórceps. Assinale a alternativa CORRETA que melhor representa o tipo de lóquio predominante neste período, considerando a classificação rubra, fusca, flava e alba.

- A) Sangue vermelho vivo predominante, fragmentos de decídua e muco.
 B) Sangue escuro misturado com restos de tecido decidual e muco.
 C) Exsudato amarelado, células deciduais, leucócitos, muco cervical e flora vaginal.
 D) Leucócitos predominantes, restos de epitélio e células basais, mínimo sangue vermelho vivo.
 E) Sangue vivo e muco em quantidade significativa.
-

19. Considerando gestações múltiplas, algumas apresentam incidência relativamente constante na população geral, independentemente de fatores externos (como idade materna ou técnicas de reprodução assistida), enquanto outras variam significativamente.

Com base nisso, assinale a alternativa que **não apresenta incidência estável na população geral**.

- A) Dizigótica
 B) Monocoriônica monoamniótica
 C) Monocoriônica triamniótica
 D) Monocoriônica diamniótica
 E) Monozigótica
-

20. Considerando o programa de cálculo de risco para pré-eclâmpsia da *Fetal Medicine Foundation*, assinale a alternativa CORRETA que sugere o ponto de corte para iniciar profilaxia medicamentosa com ácido acetil salicílico.

- A) Risco acima de 1/300
 B) Risco acima de 1/250
 C) Risco acima de 1/200
 D) Risco acima de 1/150
 E) Risco acima de 1/100
-

21. Gestante na 30ª semana de gravidez, decorrido de uma violência sexual, assinale a alternativa CORRETA, conforme a legislação brasileira.

- A) Devido à elevada idade gestacional, a interrupção da gravidez não é permitida. Paciente deve seguir a gravidez com a opção de entregar para adoção.
 B) Nessa idade gestacional, para interrupção da gravidez deve-se solicitar via judicial.
 C) A interrupção da gravidez é permitida via boletim de ocorrência.
 D) A interrupção da gravidez é permitida independente da idade gestacional, sendo uma opção realizar assistolia fetal.
 E) A interrupção da gravidez é permitida, porém se deve identificar a culpabilidade da violência sexual.
-

22. Paciente 22 anos, 39ª semana de gravidez, tercigesta e primípara, índice de massa corpórea de 30 kg/m², foi admitida na emergência obstétrica com dor em baixo ventre. Ao exame: dinâmica uterina 4 contrações/ 10 minutos/ 50 segundos, batimentos cardio fetais (BCF) de 100 bpm, pressão arterial de 110 x 80 mmhg e toque vaginal com colo dilatado para 10 cm, bolsa rota com líquido claro e grumos e feto em + 3 de De Lee e OP. A paciente foi levada a sala de parto com urgência, onde não houve melhora dos BCF e nem progressão na descida fetal.

Assinale a alternativa CORRETA com relação ao parto e avaliação do risco fetal durante o período expulsivo do trabalho de parto.

- A) Cesariana – desproporção céfalo pélvica verdadeira.
 B) Decúbito lateral esquerdo, oxigênio materno, hidratação e aguardar o período expulsivo – desconforto respiratório.
 C) Fórceps de Simpson – distocia de ombro.
 D) Fórceps de Kielland – rotura uterina.
 E) Cesariana – distocia de ombro.
-

23. Assinale a alternativa INCORRETA que representa um risco de hemorragia pós-parto por hipotonia uterina.

- A) Gestação múltipla
B) Trombocitopenia materna
C) Restos placentários
D) Polidrâmnio
E) escloramento prematuro da placenta

24. O acretismo placentário ocorre quando há aderência anormal da placenta à parede uterina, podendo evoluir para acreta, increta ou percreta.

Assinale a alternativa que NÃO há causalidade direta ou indireta com o acretismo placentário.

- A) Placenta prévia
B) Cesarianas anteriores
C) Procedimentos uterinos prévios
D) Cocaina
E) Multiparidade

25. Assinale a alternativa CORRETA que representa a principal manobra simples e resolutiva para distocia de ombro.

- A) Mc Roberts
B) Rubim I
C) Rubim II
D) Zavanelli
E) Menticoglou/Shrug

26. O ciclo ovariano necessita de uma interação perfeita entre enzimas, esteroides e desenvolvimento folicular. A ovulação só acontecerá, se todos os mecanismos ocorrerem de forma harmoniosa e adequada.

Em relação ao ciclo ovariano e ao desenvolvimento folicular, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O desenvolvimento do folículo primordial depende do aumento das gonadotrofinas.
 - B) O oócito estaciona sua maturação embriológica na fase de diplóteno da prófase I da meiose; a partir deste ponto, precisa de FSH.
 - C) A elevação do FSH no início do ciclo é estimulada pelo aumento de estrogênio e progesterona do ciclo anterior.
 - D) O folículo primordial é caracterizado por uma camada única de células da granulosa e outra camada única da teca.
 - E) A produção hormonal do folículo antral promove *feedback* negativo para o LH e positivo para o FSH.

27. Paciente de 25 anos, G3 P3, partos vaginais, veio ao ambulatório de ginecologia com queixas de corrimento de odor desagradável e sangramento genital durante o ato menstrual há cerca de seis meses. O exame ginecológico revela tumoração necrosada restrito ao colo uterino de cinco centímetros no maior diâmetro. Vagina livre. Toque retal sem alterações.

De acordo com o provável diagnóstico e diante das informações acima, assinale a alternativa que indica o estadiamento do momento.

28. Paciente de 35 anos, G2P2, partos vaginais. Vai ao ambulatório de ginecologia para realizar exame preventivo. Informa ter sido submetida à histerectomia total há três anos por miomatose uterina.

De acordo com o caso acima, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O exame deve ser feito com a coleta do fundo de saco uterino com espátula.
 - B) Deve ser realizada a esfoliação da cúpula vaginal através de escova.
 - C) A realização do exame preventivo (Papanicolau) é desnecessária.
 - D) O exame de Papanicolau deve ser realizado a cada três anos.
 - E) Nos casos de histerectomia, deve ser realizada a colposcopia anual.

29. Paciente de 55 anos, G5 P5, queixa-se de sensação de “bola” na vagina há um ano. Durante o exame ginecológico, foi observado o seguinte exame, conforme o POPq:

-3	-3	-6
4	3	10
+3	+9	-8

Considerando a avaliação acima, assinale a alternativa que indica o provável diagnóstico.

- A) Prolapo de parede anterior estádio III
 B) Prolapo de parede posterior estádio IV
 C) Prolapo apical estádio II
 D) Prolapo anterior e posterior estádio II
 E) Hipertrofia de colo uterino
-

30. Nos embriões com gônadas femininas, os ductos mesonéfricos regredem, e os ductos paramesonéfricos se desenvolvem, respectivamente, às custas da ausência das seguintes substâncias:

- A) testosterona e hormônio anti-mulleriano
 B) estrogênio e diidrotestosterona
 C) DHEA e fator determinante de testículo
 D) estrogênio e células germinativas
 E) progesterona e androstenediona
-

31. Assinale a alternativa CORRETA quanto à anatomia pélvica e aos mecanismos de continência urinária feminina.

- A) Os ligamentos uretropélvicos e pubouretrais estão envolvidos no mecanismo esfínteriano de continência urinária.
 B) A atividade esfínteriana uretral é observada mais intensamente no terço distal da uretra.
 C) O músculo elevador do ânus é composto pelos músculos transversos profundo e superficial do períneo, bulbocavernoso, isquiocavernoso e esfínter estriado do ânus.
 D) A integridade do septo retovaginal evita a formação de cistoceles e retoceles.
 E) Na uretra, as fibras musculares do tipo II predominam sobre as do tipo I.
-

32. Mulher de 16 anos, G0P0, DUM há três meses. Sem métodos contraceptivos, chega ao ambulatório de ginecologia com queixas de irregularidade menstrual (com períodos de atraso menstrual que já chegou há seis meses). Reclama de aparecimento de pelos escuros e ásperos em várias regiões do corpo. Menarca aos 09 anos e primeira atividade sexual aos 15 anos.

De acordo com o descrito acima, qual o provável diagnóstico?

- A) Síndrome de Morris
 B) Síndrome de Cushing
 C) Síndrome hiperandrogênica
 D) Síndrome Metabólica
 E) Síndrome de Herlyn-Wener-Wunderlich
-

33. O ciclo endometrial é dividido em duas fases bem definidas, onde predomina a ação de dois principais hormônios esteroides (estrógenos e progestágenos).

Assinale a alternativa que reúne a característica da fase proliferativa.

- A) Permeabilidade vascular aumentada
 B) Síntese de DNA e aumento das mitoses
 C) Decidualização da camada compacta
 D) Vacuolização e liberação do conteúdo glandular
 E) Atrofia endometrial generalizada
-

34. Paciente de 60 anos, G1P1 (vaginal) foi ao consultório de ginecologia com história de sangramento genital há uma semana. Sem cólicas. O exame ginecológico demonstrou útero com volume, superfície e consistência normais. O exame ecográfico revelou estrutura endometrial hiperecogênica arredondada em fundo de cavidade uterina, sem demais achados.

Diante do exposto, qual o provável diagnóstico?

- A) Adenomiose
 B) Pólipo endometrial
 C) Mioma submucoso
 D) Hiperplasia endometrial
 E) Adenocarcinoma endometrial
-

35. Paciente de 50 anos, G1P1, procurou o ambulatório com queixa de “caroço” no peito esquerdo percebido há um mês. Nega descarga papilar. Ao exame, palpa-se nódulo no quadrante superior da mama esquerda indolor, bem delimitado, móvel, lobulado e contornos arredondados. A descrição do exame ecográfico revela massa sólida de média atenuação acústica, relativamente homogênea com limites precisos.

De acordo com o cenário acima, qual o diagnóstico mais provável?

- A) Fibroadenoma hipercelular
 - B) Papiloma intraductal
 - C) Hamartoma
 - D) Fibroadenoma simples
 - E) Cisto sebáceo
-

36. Paciente de 60 anos de idade, G0P0, encontra-se na pós-menopausa há 10 anos, procurou o ambulatório de ginecologia para avaliar resultado de ultrassonografia que evidenciou espessamento endometrial (1,3 cm). Realizou histeroscopia que evidenciou espessamento endometrial heterogêneo e difuso com vascularização aumentada e atípica. Foi feita biópsia dirigida. Aguarda-se o resultado da avaliação histopatológica.

De acordo com o cenário acima, em se tratando de doença atípica, qual seria o tipo histológico mais provável?

- A) Adenocarcinoma endometrioide tipo I
 - B) Adenocarcinoma endometrioide tipo II
 - C) Adenossarcoma
 - D) Carcinossarcoma
 - E) Tumor neuroendócrino
-

37. Paciente de 39 anos veio ao ambulatório de ginecologia para avaliar resultado de exame citológico. O resultado revelou alterações de células glandulares de significado indeterminado (ASG-US).

De acordo com o quadro acima, qual a melhor conduta?

- A) Repetir com três meses se não houver lesão visível.
 - B) Colposcopia para possível biópsia e avaliação endometrial com USG.
 - C) Traquelectomia parcial com avaliação do canal endocervical.
 - D) Conização clássica e avaliação do canal endocervical.
 - E) Biópsia cervical por excisão sem colposcopia.
-

38. Mulher de 30 anos de idade veio ao ambulatório por ausência de menstruação há seis meses. G2P2 (vaginais), LTB +. Traz exames: Beta-HCG negativo, dosagem sérica de TSH e T4 livre normais, dosagem sérica de prolactina normal. Fez o teste de progesterona que foi negativo e realizou também o teste de estrógeno e progesterona que foi positivo. Exame físico sem alterações. Exame ecográfico normal.

Considerando o quadro acima, qual o próximo passo para o diagnóstico?

- A) Dosagem de FSH
 - B) Dosagem de Sulfato de DHEA
 - C) Biópsia de endométrio
 - D) Ressonância nuclear da hipófise
 - E) Dosagem do anti-mulleriano
-

39. Paciente de 40 anos procura ambulatório de ginecologia com queixa de corrimento genital branco, abundante sem odor desagradável. Informa prurido não muito intenso e ardência vaginal associada à dispareunia leve. Os sintomas pioram na fase lútea. O exame ginecológico revelou corrimento esbranquiçado espesso e um leve processo inflamatório. O pH vaginal estava em 3,5. No exame a fresco, não foram vistos patógenos e nenhum leucócito, mas sim excesso de lactobacilos e restos celulares em abundância.

De acordo com o quadro acima, qual o provável diagnóstico?

- A) Candidíase
 - B) Vaginose bacteriana
 - C) Trichomoníase
 - D) Vaginite citolítica
 - E) Vaginite atrófica
-

40. Uma menina de 6 anos e 8 meses é trazida à consulta por aumento progressivo das mamas há 4 meses. A mãe relata também surgimento de odores axilares e aumento da velocidade de crescimento. Ao exame físico, paciente em Tanner M2, P1, sem sinais de virilização. A velocidade de crescimento está em +2,5 DP. A radiografia de mão e punho revela idade óssea de 8 anos e 4 meses. A dosagem hormonal mostra: LH basal 0,3 mUI/mL; LH pós-estímulo com GnRH 8,4 mUI/mL; estradiol discretamente elevado para a idade. Ultrassom pélvico mostra útero aumentado para a idade (volume 25,0 mL) e ovários com múltiplos folículos.

Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Adrenarca precoce isolada
- B) Telarca precoce isolada
- C) Puberdade precoce central
- D) Puberdade precoce periférica por tumores ovarianos
- E) Hipotireoidismo de longa data (síndrome de Van Wyk-Grumbach)

41. Uma mulher de 63 anos, pós-menopausa há 11 anos, procura atendimento após uma fratura de rádio distal ocorrida depois de queda da própria altura. Ela faz uso crônico de omeprazol e relata histórico materno de fratura de quadril. Nega tabagismo. No último ano, refere dor torácica baixa intermitente, sem trauma associado. Exame físico sem alterações relevantes. A densitometria óssea revela Coluna lombar: t-score -2,9 e colo do fêmur: t-score -2,3. Os exames laboratoriais mostram: cálcio sérico normal, vitamina D 19 ng/mL, PTH no limite superior da normalidade, TSH normal, função renal preservada.

Considerando o caso, qual é a conduta mais adequada neste momento?

- A) Iniciar apenas suplementação de cálcio e vitamina D e repetir DXA em 12 meses.
- B) Solicitar radiografia de coluna e, se normal, manter apenas vitamina D.
- C) Iniciar tratamento farmacológico com bisfosfonato e suplementar vitamina D.
- D) Solicitar cintilografia óssea para afastar metástases ósseas.
- E) Iniciar terapia hormonal estrogênica para melhora da densidade mineral óssea.

42. Paciente vai ao ginecologista com lesão cicatricial hipertrófica e retraída em região inguinal direita há um mês. Informa ainda que há dois meses tinha realizado tratamento para “bulbão” no mesmo local da lesão atual com sulfametoxazol e trimetoprim.

Considerando o quadro acima, qual o provável diagnóstico e a possível complicação destacada?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| A) Linfogranuloma venéreo, estiomene | D) Herpes genital, vesículas coalescentes |
| B) Sífilis primária, protossifiloma | E) Cancro mole, corpúsculo de Donovan |
| C) Cancro duro, úlcera de Rollet | |

43. Na fase embriológica, o desenvolvimento das gônadas depende de uma complexa relação entre determinação genética e atuação hormonal.

De acordo com a embriologia do aparelho genital, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O braço curto do cromossomo Y abriga o código genético para diferenciação em gônada feminina
- B) O hormônio anti-mulleriano é produzido pelas células gonadais testiculares de Leydig
- C) A região genética conhecida como SRY é o responsável pela produção do Fator Determinante Testicular
- D) Os tubérculos genitais são responsáveis pelo desenvolvimento dos grandes lábios
- E) A prega urogenital é responsável pelo desenvolvimento do clitóris na mulher e pênis no homem.

44. Uma paciente de 29 anos, G0P0, procura consulta relatando irritabilidade intensa, labilidade emocional, sensação de “inchaço”, cefaleia e hipersensibilidade mamária que surgem regularmente cerca de 7 dias antes da menstruação e cessam completamente no primeiro dia do fluxo. Refere prejuízo importante no trabalho e conflitos frequentes com familiares nesse período. Seu ciclo menstrual é regular, 28/28 dias. Nega uso de medicamentos, não faz terapia e não tem histórico psiquiátrico prévio. O quadro já permanece por alguns ciclos com impacto funcional significativo. Considerando o quadro e as evidências atuais, qual é a conduta inicial mais adequada?

- A) Iniciar benzodiazepíncio na fase lútea para controle da ansiedade e cólicas.
- B) Iniciar Inibidor Seletivo da Recaptção da Serotonina, intermitente na fase lútea.
- C) Oferecer contraceptivo combinado com etinilestradiol 20 mcg e levonorgestrel.
- D) Solicitar dosagem sérica de progesterona e estradiol para confirmar o diagnóstico.
- E) Iniciar tratamento com espirolactona como primeira linha para todos os sintomas.

45. Uma mulher de 34 anos, nuligesta, procura atendimento por dispareunia profunda, dismenorreia progressiva e desconforto pélvico crônico há 2 anos. Refere que, apesar do uso regular de anti-inflamatórios, a dor tem piorado. Seu ciclo é regular. Ela tentou engravidar por um ano sem sucesso. Ao exame físico, apresenta sensibilidade acentuada ao toque profundo do fundo de saco vaginal e nódulo palpável na região do ligamento uterossacro direito. Foi realizado ultrassom transvaginal com preparo intestinal, que evidenciou espessamento fibromuscular retrocervical com infiltração de 0,8 cm, ovário direito com endometrioma de 3,2 cm e mobilidade uterina diminuída.

Considerando as recomendações clínicas atuais, qual é a melhor conduta inicial?

- A) Cirurgia laparoscópica imediata para ressecar todas as lesões.
 - B) Anticoncepcional combinado cíclico por três meses.
 - C) Progestagênio contínuo, como primeira linha para controle da doença.
 - D) Ressonância magnética pélvica como exame obrigatório no pré-tratamento.
 - E) Agonista de GnRH como terapia inicial por menor risco de efeitos adversos.
-

46. Uma mulher de 22 anos, previamente saudável, procura o pronto-atendimento com dor pélvica intensa há 3 dias, pior à mobilização. Refere corrimento amarelado, febre de 38,5 °C e sangramento intermenstrual leve. Nega uso de DIU. Ao exame físico, apresenta dor à mobilização do colo uterino, dor anexial bilateral e sensibilidade abdominal inferior sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais: leucócitos: 14.800/mm³, PCR: 6 mg/dL, β-hCG: negativo, testes para clamídia e gonococo: coletados, resultado pendente. Ultrassonografia transvaginal com espessamento das tubas uterinas, sem abscesso e leve líquido livre em fundo de saco. A paciente se mantém estável hemodinamicamente e tolera via oral.

Qual é a conduta mais adequada nesse momento segundo diretrizes atuais?

- A) Internar e iniciar ceftriaxona IV associada à doxiciclina e metronidazol.
 - B) Iniciar tratamento ambulatorial com ceftriaxona IM + doxiciclina.
 - C) Aguardar o resultado dos testes para clamídia e gonococo antes de iniciar antibióticos.
 - D) Tratar apenas com doxiciclina por 14 dias, pois não há abscesso.
 - E) Suspender antibiótico e repetir ultrassom em 48h para confirmar o diagnóstico.
-

47. Um casal procura atendimento por infertilidade há 24 meses. A mulher tem 32 anos, ciclos regulares de 28–30 dias, sem dismenorreia significativa e sem histórico de cirurgia pélvica. IMC 23 kg/m². O parceiro tem 35 anos, sem comorbidades e sem uso de medicamentos. USG TV com útero normal; contagem de folículos antrais de 18. TSH e prolactina normais, histerossalpingografia com trompas périvas. Hormônio Antimuleriano 2,8ng/mL. Espermograma normal.

Qual é a conduta inicial mais apropriada?

- A) Indicar fertilização in vitro (FIV) devido ao fator masculino subfértil.
 - B) Repetir o espermograma em três meses antes de qualquer conduta.
 - C) Iniciar inseminação intrauterina (IIU) por infertilidade sem causa aparente.
 - D) Prescrever clomifeno para induzir ovulação, apesar de ciclos regulares.
 - E) Realizar laparoscopia diagnóstica antes de definir o tratamento.
-

48. Paciente de 55 anos, G0 P0, menopausa há quatro anos, com queixas de sangramento genital moderado, vermelho vivo, há uma semana. Nega dor ou mal cheiro. Exame físico sem alterações. USG TV: útero de 100 cm³, eco endometrial de 0,9 cm, anexos diminuídos.

De acordo com o quadro acima, assinale a alternativa que destaca a melhor conduta.

- A) Histeroscopia diagnóstica
 - B) Histerectomia total
 - C) Progesterona altas doses
 - D) Ablação endometrial
 - E) Embolização
-

49. Paciente de 55 anos, G2P2 (cesariana), não amamentou. Procura a ginecologista com mama direita crescida e assimétrica. No exame, foi evidenciada uma lesão de pele ulcerada em mama direita com sinais de dilatação venosa importante no local da mama comprometida. Realizou-se biópsia que revelou comprometimento de tecido epitelial e conjuntivo, além de projeções em forma de folhas no interior das cavidades císticas.

O quadro acima destaca o seguinte tipo de tumor mamário:

- A) Fibroanemoma simples
 - B) Papiloma intraductal
 - C) Tumor *Phyllodes*
 - D) Hamartomas
 - E) Lipomas
-

50. Mulher de 28 anos, G2P2 (cesariana) procura a unidade básica de saúde em busca de método contraceptivo de longa duração. Está amamentando um bebê de 4 meses, em aleitamento materno exclusivo. Nega comorbidades. Refere que, após o parto, usou anticoncepcional combinado por 1 mês, mas interrompeu porque percebeu redução da produção de leite. O exame físico é normal, não há história de trombose pessoal ou familiar. A paciente deseja um método eficaz, seguro durante a amamentação e que não interfira na produção de leite.

Qual é o método mais adequado nesse momento?

- A) Anticoncepcional combinado oral com etinilestradiol 20 mcg.
 - B) Adesivo contraceptivo combinado.
 - C) DIU de levonorgestrel (SIU-LNG).
 - D) Diafragma associado a espermicida.
 - E) Trimestral de medroxiprogesterona de depósito (DMPA).
-

**GRUPO 24
(OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA)**