

**PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA
MÉDICA 2026**Data da prova:
Domingo, 21/12/2025**PROGRAMAS – GRUPO 4****Reprodução Assistida (518),****Endoscopia Ginecológica (607) e Medicina Fetal (615).****INSTRUÇÕES**

- Você recebeu do fiscal:
 - 1 (um) caderno de questões da prova objetiva contendo 80 (oitenta) questões de múltipla escolha, com 4 (quatro) alternativas de resposta cada uma e apenas 1 (uma) alternativa correta; e
 - 1 (uma) folha de respostas personalizada da prova objetiva.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva no espaço apropriado da folha de respostas da prova objetiva, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

As palavras têm a leveza do vento e a força da tempestade.

- Verifique se estão corretas a numeração das questões e a paginação do caderno de questões, bem como a codificação da folha de respostas da prova objetiva.
- Você dispõe de 4 (quatro) horas para fazer a prova objetiva e deve controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas da prova objetiva.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas da prova objetiva e o caderno de questões, bem como retirar-se da sala.
- Somente quando faltarem 30 (trinta) minutos para o término do tempo fixado para realização da prova, você poderá deixar o local levando consigo o caderno de questões.
- Após o término da prova, entregue ao fiscal do IADES a folha de respostas da prova objetiva, devidamente assinada.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de nenhum aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.
- Os três últimos candidatos só poderão deixar a sala após entregarem suas folhas de respostas e assinarem o termo de fechamento do envelope, no qual serão acondicionadas as folhas de respostas da sala.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunique ao fiscal.
- Leia atentamente cada questão e assinale, na folha de respostas da prova objetiva, uma única alternativa.
- A folha de respostas da prova objetiva não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem pode conter nenhum registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas da prova objetiva é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”Realização
iades
Instituto Americano de Desenvolvimento

PROVA OBJETIVA

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
Questões de 1 a 80

QUESTÃO 1

Uma paciente de 42 anos de idade, nuligesta, sem histórico familiar de câncer de mama ou de ovário, compareceu à consulta de ginecologia para rotina. Ela trouxe consigo uma reportagem a respeito da importância da mamografia a partir dos 40 anos e solicitou o exame. Ao exame físico, apresentou mamas simétricas, sem nódulos palpáveis ou descargas papilares; axilas livres. Os sinais vitais mostaram FC = 72 bpm, FR = 16 irpm e SatO2 = 98%.

Considerando o cenário atual de divergência entre as sociedades médicas e o Ministério da Saúde (MS), bem como as atualizações das Notas Técnicas de 2024/2025 acerca da melhor conduta no rastreamento do câncer de mama, assinale a alternativa correta.

- (A) Segundo as diretrizes do INCA e do MS, a mamografia de rastreamento é recomendada estritamente entre 50 e 69 anos de idade; portanto, deve-se negar o pedido e orientar apenas o autoexame, visto que a paciente não pertence à faixa etária de rastreamento organizado.
- (B) A Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) recomenda o início do rastreamento aos 40 anos de idade, mas o MS proíbe a realização do exame no SUS antes dos 50 anos em razão da falta de evidência de redução de mortalidade nessa faixa etária específica.
- (C) Embora o rastreamento organizado (busca ativa) pelo MS permaneça prioritário para a faixa de 50 a 69 anos de idade, a postura técnica atual valida a solicitação do exame a partir dos 40 anos mediante decisão compartilhada, reconhecendo o benefício do diagnóstico precoce individualizado.
- (D) Em razão da densidade mamária comum nessa faixa etária, a conduta preferencial, segundo o Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) e o MS, seria iniciar o rastreamento com ultrassonografia mamária isolada até que a paciente completasse 50 anos.

Área livre

QUESTÃO 2

Um casal em investigação de infertilidade secundária planeja realizar uma fertilização *in vitro* (FIV). A paciente tem 33 anos de idade e reside em área com surto ativo de arboviroses. Há três semanas, ela apresentou um quadro febril abrupto, cefaleia intensa e mialgia, com resolução em quatro dias. Contudo, relatou que, na última semana, voltou a apresentar febre e dores articulares (recrudescência). Testes para Dengue, Zika e Chikungunya realizados na época foram negativos. Sinais vitais atuais: FC = 88 bpm, FR = 18 irpm, SatO2 = 99% e Tax: = 37,2 °C.

Diante da suspeita clínica de uma arbovírose emergente, e considerando as Notas Técnicas de Vigilância em Saúde de 2024/2025, qual é o diagnóstico provável e a orientação correta quanto ao planejamento reprodutivo?

- (A) A recrudescência dos sintomas sugere febre do Oropouche; em função das evidências recentes de transmissão vertical associada a óbito fetal e anomalias congênitas, recomenda-se adiar a transferência embrionária até a soroconversão ou o clareamento viral seguro.
- (B) Trata-se, provavelmente, de dengue com falso-negativo inicial; a orientação é aguardar 30 dias para iniciar a estimulação ovariana, em razão dos riscos de sangramento durante a captação de oócitos.
- (C) O quadro sugere febre do Mayaro; como não há evidências de transmissão vertical ou teratogenicidade, o ciclo de FIV pode ser iniciado imediatamente após a remissão dos sintomas.
- (D) O quadro clínico é clássico de zika vírus; deve-se aguardar obrigatoriamente seis meses para a tentativa de concepção, independentemente dos resultados sorológicos negativos anteriores.

QUESTÃO 3

Uma paciente de 36 anos de idade, assintomática, realizou rastreamento de câncer de colo uterino conforme as novas diretrizes que incorporam o teste molecular. O resultado do exame revelou a presença de DNA-HPV de alto risco (não-16 e não-18). A citologia em meio líquido, realizada na mesma amostra (reflex), resultou em ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado). O exame especular mostrou colo de aparência normal, JEC visível. Sinais vitais normais.

De acordo com o fluxograma atualizado da FEBRASGO e do Ministério da Saúde para o rastreamento molecular primário, qual a conduta indicada?

- (A) Repetir o teste de DNA-HPV em 12 meses, pois a infecção por tipos não-16/18 tem baixo potencial oncogênico imediato, e a citologia ASC-US é de baixo grau.
- (B) Encaminhar para colposcopia, pois a positividade para HPV de alto risco associada a qualquer alteração citológica (mesmo ASC-US) na triagem reflexa indica investigação imediata.
- (C) Encaminhar para conização do colo uterino (CAF) diagnóstica e terapêutica, visto que a persistência viral em pacientes acima de 30 anos indica lesão de alto grau oculta.
- (D) Solicitar genotipagem estendida para identificar a cepa viral específica antes de indicar qualquer procedimento invasivo ou endoscópico.

QUESTÃO 4

Durante uma cesariana de emergência em uma paciente secundigesta com macrossomia fetal, observou-se, logo após a dequitação, atonia uterina com sangramento aumentado (estimado em 1.100 mL) e taquicardia materna (FC = 115 bpm). O anestesista iniciou a reposição volêmica com cristaloides.

Considerando o *bundle* de primeira resposta para hemorragia pós-parto (HPP) preconizado pelas diretrizes consolidadas da OMS (2025), qual deve ser a prescrição farmacológica simultânea à massagem uterina?

- (A) Ocitocina IV e misoprostol retal; o ácido tranexâmico deve ser reservado para casos refratários após 30 minutos de falha das drogas uterotônicas.
- (B) Ocitocina IV (ataque e manutenção) associada a ácido tranexâmico 1g IV em bolus lento; o antifibrinolítico deve compor a primeira linha de tratamento e não ser adiado.
- (C) Ocitocina IV e ácido tranexâmico 1g IV; contudo, o tranexâmico só tem eficácia comprovada se administrado exclusivamente na primeira hora após o parto, sendo contraindicado após esse período.
- (D) Carbociclo IV isolada, em função de sua meia-vida longa, dispensando o uso de outros uterotônicos ou antifibrinolíticos na fase inicial do choque.

QUESTÃO 5

Uma gestante de 31 anos de idade, G2P1 (parto anterior vaginal a termo), idade gestacional de 25 semanas e quatro dias, compareceu à consulta de pré-natal trazendo dúvidas a respeito da nova vacina para vírus sincicial respiratório (VSR). Ela leu na bula da medicação que a vacina é aprovada a partir de 24 semanas e deseja recebê-la imediatamente para "garantir a proteção mais cedo". Sinais vitais: FC = 82 bpm, PA = 110 mmHg x 70 mmHg.

Considerando as recomendações do Calendário Técnico Nacional de Vacinação da Gestante (PNI/Ministério da Saúde 2025) e a estratégia de saúde pública vigente, assinale a alternativa que corresponde à orientação correta.

- (A) A vacina deve ser administrada imediatamente, pois a aprovação regulatória da ANVISA (24 a 36 semanas) prevalece sobre as notas técnicas do PNI, garantindo maior tempo de transferência de anticorpos.
- (B) O PNI recomenda substituir a vacinação materna pela administração profilática do anticorpo monoclonal (Nirsevimabe) no recém-nascido em todos os casos de baixo risco, em razão do custo-efetividade superior.
- (C) A paciente não tem indicação de vacinação na gestação atual, pois já possui um filho, e a imunidade cruzada materna para VSR é permanente, dispensando reforços.
- (D) Deve-se aguardar até a 28ª semana de gestação para administrar a vacina (Abrysvo®), conforme a estratégia do PNI, com vistas a otimizar a transferência de anticorpos próximo ao nascimento e reduzir riscos teóricos de prematuridade associados à vacinação muito precoce.

Área livre

QUESTÃO 6

Uma primigesta de 39 semanas deu entrada na maternidade em trabalho de parto ativo (6 cm de dilatação). Relatou início de febre alta, mialgia e cefaleia há dois dias. Ao exame físico, apresentava-se hidratada, corada, com Tax = 38,5 °C. O hemograma de admissão revelou Hb = 12,0 g/dL, leucócitos = 2.500/mm³, Plaquetas = 65.000/mm³.

Diante da suspeita de dengue em fase aguda intraparto, qual é a classificação de risco mínima, segundo o manual da FEBRASGO/MS (2024), e a conduta obstétrica/anestésica adequada?

- (A) Grupo A; conduta expectante quanto ao parto vaginal, permitindo analgesia de neuroeixo (peridural) visto que as plaquetas estão acima de 50.000/mm³.
- (B) Grupo B; deve-se indicar cesariana imediata para evitar a passagem do feto pelo canal de parto e reduzir o risco de transmissão vertical viral.
- (C) Grupo B (no mínimo); o parto vaginal é a via preferencial, mas devem-se evitar procedimentos invasivos (fórceps/vácuo) e a analgesia de neuroeixo é contraindicada (ou requer extrema cautela) em razão da plaquetopenia < 70.000-80.000/mm³.
- (D) Grupo C; a paciente necessita de internação em UTI e transfusão profilática de plaquetas antes do parto vaginal para garantir a segurança da analgesia.

QUESTÃO 7

Durante auditoria de prontuários de pré-natal, foi analisado o caso de uma gestante com diagnóstico de sífilis latente tardia. A prescrição indicava três doses de penicilina benzatina 2.400.000 UI. Os registros de administração mostram:

Primeira dose: 1/3.

Segunda dose: 10/3 (intervalo de nove dias).

Terceira dose: 17/3 (intervalo de sete dias da segunda dose).

O recém-nascido nasceu a termo, assintomático, com VDRL não reagente (mãe com VDRL 1:4 no parto).

Considerando as atualizações do Ministério da Saúde (2024/2025) a respeito do intervalo entre as doses e o critério de tratamento adequado para fins de manejo neonatal, assinale a alternativa correta.

- (A) O tratamento materno pode ser considerado adequado; as novas diretrizes admitem intervalos superiores a 7 dias (até 9-14 dias em situações excepcionais) sem necessidade de reinício do esquema, desde que documentada a queda de títulos.
- (B) O tratamento foi inadequado em razão do intervalo de 9 dias entre a primeira e a segunda dose; o recém-nascido deve ser notificado como caso de sífilis congênita e submetido a punção lombar e tratamento completo com penicilina cristalina.
- (C) O tratamento foi adequado apenas porque o intervalo entre a última dose e o parto foi maior que 30 dias, independentemente do intervalo entre as doses iniciais.
- (D) O esquema deve ser reiniciado imediatamente no puerpério, pois a paciente permanece bacilífera, embora o recém-nascido não precise de tratamento por ter nascido assintomático.

QUESTÃO 8

Uma paciente de 28 anos de idade, nuligesta, procurou orientação contraceptiva. Sua história patológica pregressa revelou obesidade Grau III submetida a cirurgia bariátrica (Bypass gástrico em Y de Roux) há seis meses, atualmente com IMC = 32 kg/m². Negou tabagismo ou hipertensão. Referiu fluxo menstrual intenso e dismenorreia.

Segundo os Critérios Médicos de Elegibilidade para Contracepção (MEC) atualizados (CDC/WHO 2024), qual método contraceptivo apresenta restrição de segurança (Categoria 3 ou 4) ou eficácia reduzida nesse cenário?

- (A) Sistema intrauterino de Levonorgestrel (DIU-LNG); é Categoria 1, sendo altamente eficaz e auxiliando no controle do sangramento uterino anormal.
- (B) Implante subdérmico de Etonogestrel; é Categoria 1, pois a via parenteral contorna a disabsorção, e não há restrição pelo IMC atual.
- (C) Contraceptivo oral combinado (COC); deve ser evitado em razão da potencial absorção errática causada pelo componente disabortivo da cirurgia, comprometendo a eficácia contraceptiva.
- (D) Acetato de medroxiprogesterona de depósito (injetável trimestral); é Categoria 1, sendo a opção de escolha para pacientes com anemia ferropriva pós-bariátrica.

QUESTÃO 9

Uma paciente de 29 anos de idade, com queixa de dor pélvica crônica incapacitante e infertilidade há três anos, realizou ultrassonografia com preparo intestinal que evidenciou nódulo retrocervical infiltrativo e endometriomas ovarianos bilaterais.

À luz da nova legislação brasileira acerca da endometriose (2024) e das diretrizes atuais de diagnóstico, assinale a afirmativa correta acerca da abordagem inicial para o caso.

- (A) A laparoscopia diagnóstica permanece como primeiro passo obrigatório para confirmação histopatológica, antes de iniciar qualquer tratamento clínico ou hormonal.
- (B) O diagnóstico presuntivo baseado em exame físico e imagem especializada (USG com preparo ou RM) é suficiente para instituir terapia clínica, devendo a cirurgia ser reservada para falha terapêutica, urgências ou infertilidade com indicação específica.
- (C) De acordo com a Lei da Endometriose, todas as pacientes com suspeita clínica têm direito garantido à cirurgia robótica imediata pelo SUS, independentemente da resposta clínica prévia.
- (D) O marcador CA-125 deve ser utilizado como ferramenta de triagem primária; se normal (< 35 U/mL), exclui-se a necessidade de exames de imagem complexos.

Área livre

QUESTÃO 10

Uma paciente de 35 anos de idade, assintomática, realizou teste genético por história familiar e identificou mutação patogênica no gene BRCA1. Ela nunca havia realizado exames de imagem das mamas.

Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e do Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), qual é a conduta imediata de rastreamento por imagem indicada para essa paciente?

- (A) Iniciar imediatamente o rastreamento anual com ressonância magnética das mamas e mamografia, uma vez que a recomendação para portadoras de BRCA1 é iniciar a partir dos 30 anos.
- (B) Iniciar ultrassonografia mamária semestral imediatamente; a mamografia e a ressonância são contraindicadas antes dos 40 anos em razão do risco de radiação em mamas jovens.
- (C) Iniciar mamografia anual somente aos 40 anos; antes disso, apenas autoexame mensal.
- (D) Mastectomia profilática bilateral (adenomastectomia) é a única conduta aceitável, não havendo indicação de rastreamento por imagem em razão da alta penetrância do gene.

QUESTÃO 11

Uma paciente de 32 anos de idade, nuligesta, deseja iniciar método contraceptivo hormonal oral combinado. No consultório, relatou histórico de enxaqueca desde a adolescência. Questionada acerca dos detalhes das crises, descreveu que, cerca de 30 minutos antes da dor de cabeça, visualiza "pontos brilhantes e falhas no campo visual" (escotomas cintilantes). Negou tabagismo, hipertensão ou outras comorbidades. Apresentou sinais vitais normais.

Com base nos Critérios Médicos de Elegibilidade (MEC) atualizados (CDC/WHO 2024), assinale a alternativa que indica a classificação de risco para o uso de estrogênios (contraceptivos combinados) neste caso.

- (A) Categoria 2; o uso é permitido com cautela, pois a paciente tem menos de 35 anos e não é tabagista, fatores que mitigam o risco vascular.
- (B) Categoria 3; o uso não é recomendado, pois a enxaqueca (mesmo sem aura) em maiores de 30 anos já representa risco teórico que supera o benefício.
- (C) Categoria 1; não há restrição ao uso de estrogênios de baixa dosagem, desde que a paciente faça uso concomitante de profilaxia para enxaqueca.
- (D) Categoria 4; o uso é formalmente contraindicado (risco inaceitável) em razão da presença de aura enxaquecosa, independentemente da idade da paciente, pelo risco elevado de acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico.

Área livre

QUESTÃO 12

Uma gestante de 28 semanas, em acompanhamento de pré-natal de alto risco por diabetes gestacional, questionou acerca da necessidade da vacina contra a covid-19. Ela apresentou comprovante de vacinação com quatro doses anteriores (Esquema primário + 2 reforços), com a última dose realizada há dois anos.

Considerando a Nota Técnica Conjunta de 2025 e a estratégia de vacinação vigente para grupos prioritários, qual a orientação correta?

- (A) Recomenda-se uma dose da vacina monovalente atualizada (cepel XBB), pois a estratégia atual é de vacinação periódica para gestantes, independentemente do número de doses prévias, desde que respeitado o intervalo mínimo da última dose.
- (B) O esquema vacinal está completo. Assim, não há indicação de novas doses na gestação atual, visto que a paciente já recebeu quatro doses, o que garante imunidade de memória celular permanente.
- (C) Deve-se administrar apenas a vacina bivalente (cepas originais + Ômicron BA.4/BA.5), pois a vacina XBB ainda não está aprovada para gestantes no PNI.
- (D) A vacinação é contraindicada neste momento em função do diagnóstico de diabetes gestacional, devendo ser postergada para o puerpério imediato.

QUESTÃO 13

Considere uma paciente de 34 anos de idade que realiza rastreamento de câncer de colo uterino com teste molecular (DNA-HPV). O resultado laboratorial mostrou DNA-HPV Tipo 16 DETECTADO, e a citologia em meio líquido, processada na mesma amostra (reflex), resultou negativa para lesão intraepitelial ou malignidade (NILM).

Segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (2024) e as recomendações da FEBRASGO, qual é a conduta para esse caso?

- (A) Repetir o co-teste (DNA-HPV + Citologia) em 12 meses, pois a citologia normal indica que a infecção viral não causou lesão celular, permitindo conduta expectante.
- (B) Repetir apenas a citologia em seis meses; se persistir normal, a paciente deve retornar para a rotina de rastreamento quinquenal.
- (C) Encaminhar para colposcopia imediatamente. A positividade para HPV 16 (alto risco oncogênico) impõe investigação diagnóstica visual, independentemente do resultado normal da citologia.
- (D) Indicar tratamento ablutivo da JEC (junção escamocolunar) por criocauterização, visto que o HPV 16 possui tropismo glandular e não é detectado adequadamente pela citologia.

QUESTÃO 14

Uma primigesta de 36 anos de idade, com 13 semanas de gestação, compareceu à primeira consulta de pré-natal. O exame físico evidenciou PA = 110 mmHg x 70 mmHg. Na anamnese, relatou ser portadora de lúpus eritematoso sistêmico (LES), atualmente estável e em uso de hidroxicloroquina. Negou hipertensão crônica ou diabetes.

Segundo o protocolo da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG 2025), qual é a conduta profilática farmacológica recomendada para essa paciente com vistas à redução do risco de pré-eclâmpsia?

- (A) Não há indicação de profilaxia, pois a paciente é normotensa e o Lúpus está controlado; deve-se apenas monitorar a pressão arterial e a proteinúria mensalmente.
- (B) Iniciar ácido acetilsalicílico (AAS) em baixa dose (100-150 mg/dia) imediatamente, de preferência à noite, e manter até 36 semanas, pois o LES é considerado fator de alto risco isolado.
- (C) Iniciar carbonato de cálcio 1,5g/dia isoladamente, pois a suplementação de cálcio é superior ao AAS na prevenção de pré-eclâmpsia em pacientes com doenças autoimunes.
- (D) Iniciar AAS apenas se a paciente apresentar alteração no Doppler das artérias uterinas (incisura protodiastólica) a ser realizado na morfologia de 20-24 semanas.

QUESTÃO 15

Considere o parto de um natimorto (óbito fetal com 32 semanas). A mãe, residente em área endêmica, apresentou quadro febril exantemático quatro semanas antes do parto, sem diagnóstico etiológico confirmado na ocasião. Ao exame do natimorto, não foram detectadas malformações macroscópicas evidentes.

De acordo com a Nota Técnica de Vigilância do Óbito Fetal pelo Vírus Oropouche (MS 2024), quais amostras biológicas são mandatórias para a investigação diagnóstica específica dessa arbovirose na necropsia/análise fetal?

- (A) Apenas sangue materno para sorologia IgM/IgG, pois a viremia fetal não é detectável após o óbito.
- (B) Swab nasofaríngeo e anal do natimorto, para cultura viral.
- (C) Líquido amniótico coletado por amniocentese *post-mortem*, sendo desnecessária a coleta de tecidos sólidos.
- (D) Sangue de cordão umbilical (ou cardíaco fetal), fragmentos de placenta e tecidos fetais viscerais (cérebro, fígado, baço, rim) para detecção de material genético viral (RT-PCR).

QUESTÃO 16

Uma adolescente de 13 anos de idade compareceu à Unidade Básica de Saúde para atualização vacinal. O cartão de vacina mostrou que ela nunca recebeu doses contra o HPV. Ela não possui comorbidades e não é vítima de violência sexual.

De acordo com a Nota Técnica do Programa Nacional de Imunizações (PNI) vigente em 2025, qual é o esquema a ser prescrito nesse caso?

- (A) Duas doses da vacina quadrivalente, com intervalo de seis meses (0 a 6 meses).
- (B) Dose única da vacina quadrivalente, pois estudos demonstram imunogenicidade comparável a esquemas de múltiplas doses nessa faixa etária.
- (C) Três doses da vacina quadrivalente (0 a 1 ou 2 a 6 meses), seguindo a bula do fabricante.
- (D) Dose única, mas apenas se a paciente comprovar não ter iniciado atividade sexual; caso contrário, são necessárias duas doses.

QUESTÃO 17

Gestante foi tratada para sífilis secundária com duas doses de penicilina benzatina (intervalo de sete dias) no segundo trimestre de gravidez. O VDRL materno caiu de 1:64 para 1:4 no momento do parto. O parceiro sexual não realizou tratamento supervisionado. O recém-nascido (RN) nasceu a termo, com peso adequado e exame físico normal, e o resultado do VDRL de sangue periférico do RN foi não reagente.

Considerando as atualizações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Infecções Sexualmente Transmissíveis (2024/2025), quanto à profilaxia da transmissão vertical e manejo neonatal, assinale a alternativa correta.

- (A) Como o parceiro não foi tratado, a mãe é considerada inadequadamente tratada; o RN deve ser notificado como Sífilis Congênita, realizar líquor, raios X e receber penicilina cristalina ou procaína por 10 dias.
- (B) O tratamento materno é considerado adequado, pois a documentação da queda de títulos e o esquema correto na mãe prevalecem sobre o histórico do parceiro para fins de decisão terapêutica no RN. O bebê deve ser encaminhado para seguimento ambulatorial com VDRL, sem necessidade de tratamento imediato.
- (C) Deve-se administrar dose única de penicilina benzatina ao RN por precaução (profilaxia de exposição), em consequência da falha no tratamento do parceiro.
- (D) O RN deveria ser internado para tratamento apenas se o VDRL do sangue periférico fosse reagente (maior que o materno); como é não reagente, dá-se alta sem seguimento.

QUESTÃO 18

Considere que, durante o período de Greenberg (quarto estágio) de um parto vaginal, a equipe tenha observado sangramento vaginal contínuo. A estimativa visual do obstetra sugere uma perda de aproximadamente 300 mL. No entanto, a puérpera apresenta taquicardia (FC = 110 bpm) e hipotensão leve (PA = 90 mmHg x 60 mmHg).

Conforme as novas diretrizes da OMS (2025) para hemorragia pós-parto (HPP), qual é a interpretação correta desse cenário?

- (A) A instabilidade hemodinâmica (índice de choque alterado) define o diagnóstico de HPP independentemente da estimativa visual de volume, que tende a subestimar a perda real em até 30% a 50%. O protocolo de HPP deve ser acionado imediatamente.
- (B) Trata-se de uma reação vagal à dor, pois 300 mL estão dentro do limite fisiológico para parto vaginal (< 500 mL); a conduta deve ser apenas observação e analgesia.
- (C) O diagnóstico de HPP exige, obrigatoriamente, a mensuração objetiva de volume superior a 500 mL em sacos coletores calibrados; sem essa confirmação, não se deve administrar uterotônicos.
- (D) A definição de HPP grave aplica-se apenas quando a perda visual ultrapassa 1000 mL em parto vaginal; o caso atual é classificado como sangramento aumentado, mas não hemorragia.

Área livre

QUESTÃO 19

Considere uma paciente de 58 anos de idade, menopausada há sete anos, que tenha apresentado episódio de sangramento vaginal de pequena monta ("borra de café"). Negou uso de terapia hormonal. A USG transvaginal revelou útero de volume normal e eco endometrial com espessura de 6 mm, heterogêneo.

Considerando a suspeita de patologia endometrial e o papel da endoscopia ginecológica, qual é a conduta preferencial?

- (A) Repetir a ultrassonografia em três meses; espessamentos até 8 mm são aceitáveis na pós-menopausa sem hormonoterapia.
- (B) Realizar curetagem uterina semiótica "às cegas", pois é o método de menor custo e alta sensibilidade para diagnóstico de câncer.
- (C) Indicar histeroscopia diagnóstica com biópsia dirigida. O ponto de corte clássico para investigação em pós-menopausa sintomática (sangramento) é endométrio > 4 mm (ou 5 mm), em razão do risco de hiperplasia ou carcinoma.
- (D) Prescrever progestágeno cíclico por três meses para atrofiar o endométrio e reavaliar; a biópsia só será indicada se o sangramento persistir após o tratamento clínico.

QUESTÃO 20

Uma paciente de 31 anos de idade, nulígrava, tenta engravidar há 18 meses sem sucesso. O parceiro tem espermograma normal. A paciente apresenta dismenorreia intensa e dispareunia de profundidade. A ressonância magnética pélvica evidenciou endometriose profunda infiltrativa em ligamentos uterossacros e retossigmaide, além de endometriomas ovarianos de 3 cm bilateralmente. A permeabilidade tubária é incerta (histerossalpingografia inconclusiva por dor).

Segundo o Tratado de Reprodução Assistida e as diretrizes da FEBRASGO, qual é a estratégia terapêutica que oferece a melhor relação custo-efetividade e menor risco de redução da reserva ovariana para atingir a gravidez?

- (A) Encaminhar diretamente para fertilização *in vitro* (FIV). A cirurgia de endometriose profunda/endometriomas pode comprometer a reserva ovariana e não garante a gestação espontânea, sendo a FIV a via mais rápida e eficaz neste cenário de infertilidade estabelecida.
- (B) Realizar laparoscopia cirúrgica para exérese completa de todos os focos e cistectomia dos endometriomas, antes de tentar qualquer tratamento reprodutivo, a fim de limpar a pelve.
- (C) Prescrever análogos de GnRH por seis meses para supressão da doença e orientar coito programado posteriormente.
- (D) Realizar inseminação intrauterina (IIU) após estimulação ovariana leve, pois a anatomia tubária provavelmente está preservada.

Área livre

QUESTÃO 21

Uma paciente de 28 anos de idade, nuligesta, palpou nódulo na mama direita e procurou atendimento. Ao exame físico, apresentou nódulo móvel, fibroelástico, de 1,5 cm, no quadrante superior lateral da mama direita. A ultrassonografia mamária descreveu "nódulo oval, circunscrito, de orientação paralela à pele, hipoecóico, sem fluxo ao Doppler, medindo 1,6 cm". O radiologista classificou como BI-RADS 3.

Considerando as diretrizes do Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) e da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), qual é a conduta correta de seguimento no caso dessa paciente?

- (A) Biópsia percutânea (*Core Biopsy*) imediata para confirmação histológica, visto que nódulos palpáveis não devem ser mantidos em controle radiológico.
- (B) Repetição da ultrassonografia em três meses; se estável, repetir em seis meses; se estável, alta definitiva.
- (C) Ressonância magnética das mamas para excluir malignidade oculta, dado que a ultrassonografia é método operador-dependente, e a paciente é jovem (mamas densas).
- (D) Controle semestral com ultrassonografia por um período de dois a três anos. O primeiro controle deve ocorrer em seis meses e, se estável, deve ser mantido semestralmente. A regressão para BI-RADS 2 ocorre após a estabilidade confirmada nesse período.

QUESTÃO 22

Durante a miomectomia histeroscópica de um mioma G1 de 3 cm, realizada com o uso de ressectoscópio monopolar e glicina 1,5% como meio de distensão, a equipe de anestesia alertou para a alteração súbita no monitor: a paciente apresentava bradicardia, hipertensão arterial seguida de hipotensão, e o sódio sérico (gasometria arterial intraoperatória) caiu para 118 mEq/L.

Diante desse quadro de intoxicação hídrica (síndrome de absorção do meio de distensão), quais são o mecanismo fisiopatológico principal e a conduta imediata?

- (A) Trata-se de sobrecarga de volume pura; deve-se administrar furosemida e solução salina hipertônica (NaCl 3%) em bolus rápido para correção imediata da natremia.
- (B) Trata-se de hiponatremia dilucional associada à toxicidade da glicina (metabolizada em amônia); deve-se interromper o procedimento, restringir fluidos livres e corrigir a hiponatremia lentamente (se sintomática grave, usar salina hipertônica com cautela) para evitar mielinólise pontina central.
- (C) É uma reação anafilática à glicina; deve-se administrar adrenalina e corticoides.
- (D) O quadro é compatível com embolia gasosa maciça; a conduta é colocar a paciente em posição de Trendelenburg e aspirar o cateter venoso central.

Área livre

QUESTÃO 23

Considere que uma paciente de 30 anos de idade, com diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos (SOP), esteja sendo submetida a FIV. Durante a estimulação ovariana, o ultrassom mostrou 25 folículos maiores que 14 mm; o estradiol sérico era de 4.500 pg/mL.

Para prevenir a síndrome de hiperestimulação ovariana (SHO) grave, mantendo a chance de obter embriões, qual é a estratégia Padrão Ouro, atual segundo a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH)?

- (A) Cancelar o ciclo imediatamente e não realizar a captação de oócitos.
- (B) Realizar o *coasting* (suspending gonadotropinas) por três dias e administrar hCG urinário em dose plena.
- (C) Administrar albumina humana no dia da captação e transferir apenas um embrião a fresco.
- (D) Realizar o *trigger* com agonista de GnRH, efetuar a captação de oócitos e congelar todos os embriões, cancelando a transferência a fresco.

QUESTÃO 24

Uma paciente de 19 anos de idade, nuligesta, compareceu ao atendimento com dor pélvica intensa, febre (38,8 °C) e corrimento vaginal purulento. Ao toque, apresentou dor à mobilização do colo e anexos espessados. A USG evidenciou formação cística complexa em anexo direito medindo 6 cm, com conteúdo espesso, sugestiva de abcesso tubo-ovariano.

De acordo com o CDC e com as diretrizes brasileiras para doença inflamatória pélvica (DIP), quais são a classificação clínica e a conduta terapêutica para o quadro dessa paciente?

- (A) Estágio II (Gainsville); tratamento ambulatorial com ceftriaxona IM dose única + doxiciclina e metronidazol por 14 dias.
- (B) Estágio III (Gainsville); internação hospitalar para antibioticoterapia endovenosa e observação rigorosa quanto à necessidade de drenagem cirúrgica, se não houver melhora entre 48h e 72h.
- (C) Estágio IV (Gainsville); laparoscopia de urgência mandatória para drenagem do abcesso, pois antibióticos não penetram em coleções maiores que 4 cm.
- (D) Estágio I; o abcesso descrito é provável corpo lúteo hemorrágico, devendo-se tratar apenas a cervicite com azitromicina 1g.

QUESTÃO 25

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) estabelece um sistema de subclassificação para leiomomas uterinos com vistas a padronizar o tratamento cirúrgico.

Assinale a alternativa que descreve corretamente a definição de um mioma FIGO 2.

- (A) Mioma submucoso pediculado, totalmente dentro da cavidade uterina.
- (B) Mioma intramural com componente submucoso, com < 50% do seu volume dentro da cavidade endometrial.
- (C) Mioma submucoso com componente intramural, com ≥ 50% do volume situado dentro da cavidade endometrial (menos de 50% intramural).
- (D) Mioma submucoso com componente intramural, com ≥ 50% do seu volume localizado no miométrio (intramural).

QUESTÃO 26

Considere uma paciente de 45 anos de idade que compareceu ao consultório com queixa de saída de líquido pela mama esquerda. Ao exame físico, observou-se descarga papilar espontânea, uniductal, de aspecto "água de rocha" (hialina/cristalina), sem nódulos palpáveis. A mamografia e a ultrassonografia recentes são BIRADS 1.

Assinale a alternativa que apresenta o provável diagnóstico e a conduta adequada para o quadro dessa paciente.

- (A) Ectasia ductal; conduta expectante e orientação a respeito da higiene que o caso requer.
- (B) Carcinoma inflamatório; indicar biópsia de pele e quimioterapia neoadjuvante.
- (C) Papiloma intraductal; indicar ressecção do ducto acometido (fluxectomia ou pirâmide mamária) para confirmação histológica e tratamento, dado o caráter patológico da descarga (espontânea, uniductal, água de rocha).
- (D) Alteração funcional benigna; prescrever tamoxifeno ou danazol para controle sintomático.

QUESTÃO 27

Considere uma gestante de 29 semanas, em trabalho de parto prematuro irreversível (dilatação de 8 cm), que deu entrada no centro obstétrico. Sinais vitais normais. Não possui comorbidades.

Além da antibioticoprofilaxia para GBS (Estreptococo do Grupo B), qual intervenção farmacológica é mandatória nesse momento, especificamente com vistas à neuroproteção fetal, conforme as diretrizes da FEBRASGO e da OMS?

- (A) Corticoterapia (betametasona); porém, como o parto é iminente (< 1h), o benefício é nulo e não deve ser administrada.
- (B) Sulfato de magnésio em dose de ataque (4g IV) e manutenção (1-2 g/h), pois reduz o risco de paralisia cerebral.
- (C) Tocolítico (atosibana) para adiar o parto por 48 horas e permitir a ação do corticoide.
- (D) Indometacina retal para fechamento do ducto arterioso e redução de hemorragia intraventricular.

QUESTÃO 28

O acesso abdominal seguro é o primeiro passo crítico na laparoscopia ginecológica. O ponto de Palmer é uma via alternativa recomendada em situações específicas.

Nesse contexto, é correto afirmar que o ponto de Palmer

- (A) localiza-se 3 cm abaixo do rebordo costal esquerdo, na linha hemiclavicular, e é indicado em pacientes com suspeita de aderências periumbilicais ou úteros muito volumosos.
- (B) situa-se na fossa ilíaca direita e é indicado para pacientes obesas mórbidas.
- (C) fica localizado na linha média suprapúbica e é indicado para cirurgias de emergência (prenhez ectópica rota).
- (D) é encontrado 3 cm abaixo do rebordo costal direito e tem indicação apenas quando há esplenomegalia que contraindique o lado esquerdo.

QUESTÃO 29

Em um casal que investiga infertilidade, o homem apresenta dois espermogramas que confirmam azoospermia. O exame físico mostrou testículos de volume preservado, epidídimos palpáveis e deferentes presentes. O perfil hormonal é de FSH normal e testosterona normal.

Diante desses achados, qual é a hipótese diagnóstica mais provável e a técnica de recuperação espermática indicada para a injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)?

- (A) Azoospermia não-obstrutiva (falência testicular); biópsia testicular aberta (Micro-TESE)
- (B) Síndrome de Klinefelter; cariótipo e TESE
- (C) Hipogonadismo hipogonadotrófico; reposição de FSH exógeno
- (D) Azoospermia obstrutiva; punção aspirativa de epidídimo (PESA) ou de testículo (TESA)

QUESTÃO 30

Na investigação de uma amenorreia secundária, o teste da progesterona é uma ferramenta propedêutica clássica.

Quando o teste é positivo, e ocorre sangramento após a retirada da progesterona, é correto afirmar que, fisiologicamente, a paciente

- (A) é anovulatória, mas possui produção estrogênica adequada, e o trato de saída (útero/vagina) está pélvico.
- (B) tem falência ovariana prematura, pois o útero respondeu ao estímulo exógeno.
- (C) tem obstrução do trato de saída (Síndrome de Asherman), pois o sangramento foi induzido artificialmente.
- (D) tem deficiência de FSH e de LH, necessitando do *priming* de progesterona para menstruar.

QUESTÃO 31

O citrato de clomifeno foi, por décadas, a droga de primeira linha para indução da ovulação. Contudo, o letrozol (inibidor da aromatase) tem ganhado preferência, especialmente em pacientes com síndrome dos ovários policísticos (SOP).

Qual é o mecanismo de ação do letrozol e a sua principal vantagem teórica sobre o clomifeno em relação ao endométrio?

- (A) É um modulador seletivo do receptor de estrogênio (SERM), e sua vantagem é aumentar a espessura endometrial por ação agonista direta no útero.
- (B) É uma gonadotrofina recombinante oral; sua vantagem é a ação direta no folículo, dispensando o eixo hipotálamo-hipófise.
- (C) Inibe a conversão de androgênios em estrogênios, reduzindo o *feedback* negativo central; sua vantagem é não depletar os receptores de estrogênio no endométrio (efeito antiestrogênico periférico nulo ou curto), favorecendo a implantação.
- (D) Bloqueia os receptores de androgênio no ovário; sua vantagem é reduzir a atresia folicular sem afetar o estrogênio sistêmico.

QUESTÃO 32

Considere uma paciente de 30 anos de idade, com história de dois abortamentos espontâneos precoces (8 e 9 semanas). A investigação anatômica com ressonância magnética e histeroscopia diagnóstica confirmaram útero septado (septo completo atingindo o orifício interno do colo), sem outras causas aparentes para as perdas.

Segundo as diretrizes da Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE) e da Sociedade Americana (ASRM), qual é a conduta indicada para melhorar o prognóstico reprodutivo?

- (A) Metroplastia (septoplastia) histeroscópica; a remoção do septo está associada à redução das taxas de abortamento e à melhora dos desfechos obstétricos em pacientes com histórico de perda gestacional.
- (B) Cerclagem uterina profilática na próxima gestação, pois o septo causa incompetência istmo-cervical funcional.
- (C) Conduta expectante; o septo uterino é uma variante anatômica sem impacto comprovado na fertilidade ou na manutenção da gestação.
- (D) Fertilização *in vitro* (FIV) com diagnóstico genético pré-implantacional (PGT-A), pois a causa das perdas é invariavelmente genética, e não anatômica.

QUESTÃO 33

O achado histopatológico de carcinoma lobular *in situ* (CLIS), pleomórfico ou clássico, em uma *core biopsy* gera dúvidas frequentes quanto ao manejo.

Conceitualmente, como o CLIS clássico é encarado na mastologia moderna, e qual é a sua implicação?

- (A) É uma lesão precursora obrigatória de carcinoma invasor, que exige mastectomia profilática da mama afetada.
- (B) É uma variante do carcinoma ductal, e o tratamento é sempre cirurgia conservadora seguida de radioterapia adjuvante.
- (C) É uma lesão benigna sem risco aumentado, caso em que a paciente deve seguir rastreamento populacional habitual.
- (D) É um marcador de alto risco generalizado para o desenvolvimento futuro de câncer invasor, mas não necessariamente uma lesão precursora direta que exige exérese com margens livres amplas em todos os casos clássicos.

QUESTÃO 34

Considere que uma gestante de 10 semanas, obesa (IMC = 35), esteja realizando exames de rotina de primeiro trimestre. O resultado da glicemia de jejum foi de 130 mg/dL. O exame foi repetido e confirmado no dia seguinte (128 mg/dL).

Nesse sentido, quais são o diagnóstico e a classificação corretos segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e FEBRASGO?

- (A) Diabetes *mellitus* gestacional (DMG); a conduta indicada é dieta e exercícios por duas semanas antes de iniciar insulina.
- (B) Intolerância à glicose; deve-se solicitar teste oral de tolerância à glicose (TOTG 75g) imediatamente para confirmação.

- (C) Diabetes *mellitus* manifesto (*overt diabetes*); o manejo deve ser imediato como diabetes pré-gestacional, com alto risco de malformações fetais.
- (D) Resultado inconclusivo; a glicemia de jejum não é parâmetro diagnóstico no primeiro trimestre, devendo-se aguardar a hemoglobina glicada.

QUESTÃO 35

No estudo urodinâmico, a incontinência urinária de esforço (IUE) pode ser classificada com base na pressão de perda ao esforço (PPE) ou *Valsalva leak point pressure* (VLPP).

Qual é o ponto de corte pressórico classicamente aceito para definir a IUE por deficiência esfincteriana intrínseca do tipo mais grave?

- (A) Perda com pressões > 90 cmH2O
- (B) Perda com pressões entre 60 cmH2O e 90 cmH2O
- (C) Perda com pressões < 60 cmH2O
- (D) A pressão de perda não diferencia os tipos de incontinência, sendo necessário o ultrassom de colo vesical.

QUESTÃO 36

Uma paciente de 32 anos de idade, nuligesta, foi recentemente diagnosticada com câncer de mama invasor, receptor de estrogênio positivo (RE+). Ela será submetida à quimioterapia adjuvante, mas deseja preservar fertilidade. O mastologista liberou uma janela de duas semanas para estimulação ovariana antes da quimioterapia.

A fim de não elevar drasticamente os níveis de estradiol sistêmico durante o processo, protegendo teoricamente o tumor hormônio-sensível, qual é o protocolo de estimulação ovariana controlada (COS) recomendado nesses casos?

- (A) Protocolo convencional com altas doses de FSH e LH recombinante
- (B) Protocolo com citrato de clomifeno isolado
- (C) Coleta de oócitos imaturos (IVM) sem nenhuma medicação hormonal, pois qualquer estímulo é estritamente contraindicado em tumores RE+.
- (D) Protocolo com letrozol associado a gonadotrofinas (FSH).

QUESTÃO 37

Uma paciente deu entrada no pronto-socorro com dor abdominal aguda e síncope, e Beta-hCG positivo. O ultrassom mostrou grande quantidade de líquido livre na cavidade e massa anexial direita complexa. Os sinais vitais eram FC = 110 bpm, PA = 90 mmHg x 60 mmHg. A paciente foi estabilizada com cristaloïdes e encaminhada para laparoscopia de urgência. No intraoperatório, confirmou-se a rotura tubária à direita com sangramento ativo. A tuba esquerda mostrou aparência normal. A paciente deseja ter filhos no futuro.

Qual a conduta cirúrgica recomendada para esse caso?

- (A) Salpingostomia linear para manter o potencial reprodutivo da tuba direita.
- (B) Ordenha da tuba uterina para remoção do saco gestacional.
- (C) Salpingectomia total direita
- (D) Metotrexato injetável intratubário sob visão laparoscópica

QUESTÃO 38

Acerca da aplicabilidade dos marcadores tumorais séricos na propedêutica de massas anexiais, assinale a alternativa que apresenta a correlação correta.

- (A) O HE4 é um marcador que sofre menos interferência da endometriose e de processos inflamatórios benignos do que o CA-125, sendo útil na diferenciação entre cistos endometrióticos e neoplasias epiteliais malignas.
- (B) O CA 19-9 é o marcador de escolha para tumores de células germinativas (disgerminomas).
- (C) O CA-125 é altamente específico para câncer de ovário, sendo recomendado como método de rastreamento populacional isolado em mulheres acima de 50 anos de idade.
- (D) A alfa-fetoproteína e o hCG são marcadores exclusivos de gestação, não tendo utilidade em oncologia ginecológica.

QUESTÃO 39

O perfil biofísico fetal (PBF) avalia marcadores agudos e crônicos de hipóxia. Assinale a alternativa que indica o parâmetro considerado o último a desaparecer em um quadro de hipóxia fetal progressiva (acidemia), indicando sofrimento fetal crônico/grave quando alterado.

- (A) Reatividade da frequência cardíaca fetal (cardiotocografia).
- (B) Movimentos respiratórios fetais.
- (C) Tônus fetal.
- (D) Volume de líquido amniótico (ILA).

QUESTÃO 40

Considere que um novo teste rápido para detecção de clamídia tenha sido aplicado em uma população. O fabricante informou que o teste possui alta sensibilidade.

Clinicamente, o que significa utilizar um teste de alta sensibilidade em um protocolo de triagem?

- (A) O teste tem alta capacidade de confirmar a doença; um resultado positivo é quase certeza de infecção (poucos falsos-positivos).
- (B) O teste tem alta capacidade de excluir a doença; um resultado negativo é altamente confiável (poucos falsos-negativos), sendo ideal para triagem (*screening*).
- (C) O teste é inútil para triagem e serve apenas para confirmação diagnóstica.
- (D) A sensibilidade varia conforme a prevalência da doença na população, não sendo uma característica intrínseca do teste.

Área livre

QUESTÃO 41

Uma paciente de 32 anos de idade, puérpera tardia (parou de amamentar há dois anos), apresenta massa endurecida, dolorosa e mal delimitada na mama esquerda, associada a episódios recorrentes de inflamação e formação de fístulas cutâneas com drenagem de secreção purulenta estéril. Já fez uso de múltiplos antibióticos sem resolução definitiva. A mamografia e a USG sugerem processo inflamatório inespecífico (BI-RADS 3/4A). Biópsia de fragmento (*Core Biopsy*) revela inflamação crônica granulomatosa não caseosa, com células gigantes tipo corpo estranho e microabscessos neutrofílicos. Pesquisa de fungos e BAAR negativas.

Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta terapêutica inicial preferencial para essa condição benigna, porém de difícil manejo?

- (A) Carcinoma inflamatório; a biópsia foi inconclusiva e deve-se repetir imediatamente com biópsia incisional de pele e tecido profundo, iniciando quimioterapia neoadjuvante empírica.
- (B) Tuberculose mamária; iniciar esquema RIPE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol) por seis meses, dado o padrão granulomatoso.
- (C) Mastite granulomatosa idiopática; a primeira linha de tratamento envolve o uso de corticosteroides orais (prednisona) em dose imunossupressora com desmame lento, podendo associar-se ao metotrexato em casos refratários.
- (D) Ectasia ductal com mastite periductal; realizar exérese ampla de todos os ductos principais (operação de Urban) para cessar as fístulas.

QUESTÃO 42

Uma paciente de 29 anos de idade, maratonista de elite, queixa-se de amenorreia secundária há um ano e de infertilidade. Apresenta IMC = 18,5 kg/m² e nega fogachos. O perfil hormonal solicitado mostrou:

- FSH = 3,5 UI/L (Valor de referência fase folicular: 3,5 - 12,5)
- LH = 1,2 UI/L
- Estradiol = 20 pg/mL (baixo)
- Prolactina normal.
- Teste de progesterona negativo (sem sangramento).

Qual é o diagnóstico fisiopatológico e a melhor estratégia para indução da ovulação com vistas à gravidez?

- (A) Insuficiência ovariana prematura (IOP); a única opção é a ovodoação, pois não há folículos viáveis.
- (B) Hipogonadismo hipogonadotrófico; a indução deve ser feita com gonadotrofinas exógenas (FSH + LH) ou bomba de GnRH pulsátil.
- (C) Síndrome dos ovários policísticos (SOP); deve-se iniciar letrozol para induzir a ovulação.
- (D) Hiperprolactinemia oculta (efeito gancho); solicitar diluição da prolactina e tratar com cabergolina.

Área livre

QUESTÃO 43

Considere uma paciente de 34 anos de idade, com infertilidade secundária há dois anos, e antecedente de 2 cesarianas prévias. Queixa-se de sangramento pós-menstrual persistente (escape marrom por dias após a menstruação). A ultrassonografia transvaginal e a ressonância evidenciam um defeito na cicatriz da cesárea (nicho ou istmocele) com miométrio residual de 2,5 mm sobre o defeito e acúmulo de líquido no recesso.

Assinale a alternativa que indica como a istmocele prejudica a fertilidade e qual é a conduta cirúrgica indicada nesse caso sintomático.

- (A) Ela causa obstrução tubária mecânica, e a conduta é salpingectomia bilateral e FIV.
- (B) O sangue coletado no nicho é citotóxico para espermatozoides e embriões, e causa inflamação endometrial crônica; a correção deve ocorrer preferencialmente pela via laparoscópica.
- (C) Não há relação causal comprovada com infertilidade; deve-se realizar diretamente a inseminação intrauterina.
- (D) O sangue coletado no nicho é citotóxico para espermatozoides e embriões, e causa inflamação endometrial crônica; a correção deve ocorrer exclusivamente pela via histeroscópica, ressecando as bordas fibróticas do anel (canalicoloplastia).

QUESTÃO 44

Durante o trabalho de parto, logo após a rotura artificial das membranas (amniotomia) em uma gestante com polidrâmnio, a paciente apresentou subitamente dispneia severa, cianose, hipotensão grave e perda da consciência, evoluindo para parada cardiorrespiratória (PCR) em AESP. Após o início das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade e deslocamento do útero para a esquerda, qual o próximo passo crucial a ser realizado no quarto minuto de parada, se não houver retorno da circulação espontânea?

- (A) Administrar sulfato de magnésio em bolus, suspeitando de eclâmpsia seguida de parada.
- (B) Realizar ecocardiograma transtorácico para diferenciar de tromboembolismo pulmonar maciço, antes de qualquer intervenção cirúrgica.
- (C) Heparinização plena imediata, assumindo a hipótese de TEP maciço.
- (D) Realizar a cesariana *perimortem* (histerotomia de ressuscitação para descomprimir a veia cava inferior para melhorar o retorno venoso e a eficácia da massagem cardíaca materna).

QUESTÃO 45

Uma paciente de 55 anos de idade, pós-menopausa, realizou ultrassonografia transvaginal de rotina, e o laudo descreveu cisto unilocular de conteúdo anecóico, medindo 4,5 cm no maior diâmetro, sem projeções sólidas papilares (papilas), sem fluxo ao Doppler, com sombra acústica posterior ausente. CA-125 = 18 U/mL (Normal). Aplicando as Regras Simples (*Simple Rules*) do grupo IOTA (International Ovarian Tumor Analysis), como classificar essa massa e qual é a conduta nesse caso?

- (A) Regra M (Maligna); indicação de laparotomia oncológica para estadiamento.
- (B) Regra B (Benigna); cisto unilocular em pós-menopausa com características simples (B1) – conduta expectante com seguimento ultrassonográfico.
- (C) Indeterminado; necessita de ressonância magnética para definição.
- (D) Cisto funcional; prescrever anovulatório oral e repetir em três meses, pois deve regredir espontaneamente.

QUESTÃO 46

Um casal com infertilidade masculina severa (azoospermia) procura a clínica. O homem tem FSH normal e, ao exame físico, nota-se ausência bilateral dos ductos deferentes. Nesse caso, antes de proceder à recuperação espermática (PESA) e ICSI, qual investigação genética é mandatória para este paciente e, consequentemente, para a parceira, com vistas ao aconselhamento genético da prole?

- (A) Cariótipo com banda G para pesquisar síndrome de Klinefelter (47, XXY).
- (B) Microdeleção do cromossomo Y (Fatores AZF a, b, c).
- (C) Pesquisa de mutações no gene CFTR (fibrose cística).
- (D) Pesquisa de translocação robertsoniana entre os cromossomos 13 e 14.

QUESTÃO 47

Durante uma linfadenectomia pélvica laparoscópica ou uma correção de hérnias, a identificação dos marcos anatômicos é crucial para evitar lesões vasculares catastróficas. O “triângulo da morte” (*triangle of doom*) é delimitado medialmente pelo ducto deferente (no homem) ou pelo ligamento redondo (na mulher) e, lateralmente, pelos vasos gonadais.

Qual estrutura vascular nobre passa dentro deste triângulo, sendo o motivo do alerta para não usar grampos ou dissecção profunda nessa área?

- (A) Artéria e veia ilíacas externas
- (B) Artéria e veia epigástrica inferior
- (C) Nervo genitofemoral e nervo cutâneo femoral lateral
- (D) Artéria uterina e ureter

QUESTÃO 48

Considere uma gestante Rh negativo, com parceiro Rh positivo, sensibilizada (Coombs indireto positivo), iniciou pré-natal com 12 semanas, e o título do Coombs indireto é 1:4.

Acerca da conduta correta de seguimento gestacional para esse caso, segundo o Ministério da Saúde e a FEBRASGO, assinale a alternativa correta.

- (A) O título é baixo; administrar imunoglobulina Anti-D imediatamente para evitar aumento dos títulos e dar alta do pré-natal de alto risco.
- (B) Indicar parto com 37 semanas, independentemente da evolução dos títulos, para evitar a hemólise tardia.
- (C) Realizar amniocentese para espectrofotometria do líquido amniótico (Liley/Queenan) imediatamente, pois qualquer positividade no Coombs indica risco de hemólise fetal.
- (D) O título é considerado não crítico (< 1:16). Deve-se repetir o Coombs indireto mensalmente.

QUESTÃO 49

Uma paciente de 68 anos de idade, com queixa clássica de bexiga hiperativa (urgência, polaciúria, noctúria), tem história de glaucoma de ângulo fechado não controlado e arritmia cardíaca. Falhou ao tratamento comportamental. Qual é a medicação de escolha para o tratamento farmacológico, considerando as contraindicações das classes medicamentosas?

- (A) Oxibutinina (anticolinérgico não seletivo)
- (B) Solifenacina (anticolinérgico M3 seletivo)
- (C) Mirabegrona (agonista beta-3 adrenérgico)
- (D) Imipramina (antidepressivo tricíclico)

QUESTÃO 50

Para que o espermatozoide seja capaz de fertilizar o oócito *in vivo*, ele precisa sofrer o processo de capacitação no trato reprodutor feminino e, posteriormente, a reação acrossômica. O que desencadeia biologicamente a reação acrossômica no momento da fertilização?

- (A) O contato com o pH ácido da vagina
- (B) A ligação do espermatozoide à membrana plasmática do oócito (oolema)
- (C) A ligação do espermatozoide à zona pelúcida (especificamente à glicoproteína ZP3)
- (D) A presença de progesterona no fluido tubário

QUESTÃO 51

Puérpera de 28 anos de idade, que teve parto vaginal sem intercorrências há 24 dias, não está amamentando (inibição da lactação por escolha pessoal) e deseja iniciar contracepção oral combinada (etinilestradiol + levonorgestrel), pois "se adaptou bem a este método no passado". Nega comorbidades ou história de trombose.

- Segundo os Critérios Médicos de Elegibilidade (MEC) atualizados (CDC/OMS 2024), como é classificado o uso de contraceptivos hormonais combinados (CHC) para essa paciente no momento, entre 21 e 42 dias pós-parto, sem amamentação e sem fatores de risco adicionais para TEV?
- (A) Categoria 1; como ela não amamenta, não há restrição hormonal, o que a autoriza iniciar imediatamente.
 - (B) Categoria 2; o risco de tromboembolismo venoso (TEV) diminui progressivamente após a terceira semana.
 - (C) Categoria 3; o risco de TEV permanece inaceitavelmente alto até 42 dias (seis semanas) em todas as puérperas, devendo-se aguardar esse período para introduzir estrogênios.
 - (D) Categoria 4; estrogênios são proscritos no puerpério até seis meses em função do risco de interferência na involução uterina, mesmo em não lactantes.

Área livre

QUESTÃO 52

Uma paciente de 52 anos de idade, assintomática, realizou mamografia de rastreamento. O laudo descreveu assimetria focal no quadrante superolateral da mama direita, visível em duas incidências. Comparado ao exame anterior, de dois anos antes, observa-se que essa assimetria não existia (ou aumentou de densidade/tamanho). A ultrassonografia dirigida para a região foi negativa.

Qual é a interpretação do achado assimetria focal em desenvolvimento e qual é a conduta BI-RADS correta?

- (A) BI-RADS 3; controle em 6 meses, pois a ausência de correspondente ultrassonográfico sugere tecido fibroglandular normal.
- (B) BI-RADS 0; necessita de ressonância magnética para confirmação.
- (C) BI-RADS 2; assimetrias são variantes benignas do parênquima.
- (D) BI-RADS 4 (ou 5); é um achado de suspeição significativa (entre 13% e 27% de malignidade), frequentemente associada ao carcinoma lobular invasor. Deve-se realizar a biópsia estereotáxica da área, mesmo sem ultrassom correspondente.

QUESTÃO 53

Uma gestante de 26 semanas, com diagnóstico recente de diabetes *mellitus* gestacional (DMG), após duas semanas de dieta e atividade física, apresentou o seguinte perfil glicêmico capilar:

- Jejum = 98 mg/dL, 102 mg/dL, 96 mg/dL
- Uma hora pós-prandial = 135 mg/dL, 130 mg/dL, 128 mg/dL

Considerando as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD 2025) e da FEBRASGO, quais são a análise e a conduta diante do quadro dessa paciente?

- (A) Controle adequado; manter tratamento não farmacológico (dieta e exercício), pois as pós-prandiais estão < 140 mg/dL.
- (B) Controle inadequado de jejum (Meta < 95 mg/dL); indicar terapia farmacológica, preferencialmente insulina NPH noturna para controle da glicemia basal.
- (C) Controle inadequado pós-prandial; iniciar o uso de metformina 500mg no almoço e no jantar.
- (D) Controle adequado; a meta de jejum para DMG é < 105 mg/dL, sendo < 95 mg/dL exigido apenas para diabetes pré-gestacional.

QUESTÃO 54

O uso de energia é onipresente na laparoscopia, e compreender os riscos das diferentes modalidades é essencial para a segurança da paciente.

Assinale a alternativa que corresponde à complicação exclusiva (ou significativamente mais associada) do uso de energia monopolar e que praticamente não existe na bipolar.

- (A) Lesão térmica por acoplamento capacitivo, causando queimadura inadvertida em alças intestinais fora do campo de visão.
- (B) Lesão térmica por dispersão lateral excessiva; a bipolar dissipar calor por áreas maiores que a monopolar.
- (C) Queimadura na placa de retorno (eletrodo dispersivo) por descolamento parcial.
- (D) Sangramento por falha na coaptação dos vasos de grande calibre (> 7mm).

QUESTÃO 55

Uma paciente de 37 anos de idade, nuligesta, sem parceiro, deseja realizar congelamento de oócitos por receio do declínio da fertilidade. Sua reserva ovariana é normal para a idade (AMH = 1,5 ng/mL; contagem de folículos antrais = 10).

De acordo com as taxas de sucesso de nascidos vivos por oóцит descongelado (dados da SBRH/ASRM), assinale a alternativa correta.

- (A) Aos 37 anos de idade, a qualidade oocitária já é considerada inviável para congelamento; o procedimento é contraindicado.
- (B) Com 10 oócitos congelados, a paciente terá garantia de quase 90% de ter um filho no futuro.
- (C) Em razão da idade e do aumento da taxa de aneuploidias, ela precisará de um número maior de oócitos e, provavelmente, necessitará de mais de um ciclo de estimulação.
- (D) O congelamento de embriões (com sêmen de doador) é obrigatório nessa idade, pois oócitos isolados não sobrevivem ao descongelamento após os 35 anos.

QUESTÃO 56

Na vigilância da restrição de crescimento fetal (RCF) precoce e grave, o ducto venoso desempenha papel central na decisão do momento do parto.

Nesse contexto, o que representa fisiologicamente a presença de onda A reversa no Doppler do ducto venoso?

- (A) Falência cardíaca fetal iminente.
- (B) Aumento da resistência placentária sem repercussão cardíaca fetal.
- (C) Centralização fetal bem sucedida indicando adaptação à hipoxia.
- (D) Anemia fetal grave com aumento do débito cardíaco e velocidade de fluxo.

QUESTÃO 57

Uma paciente de 58 anos de idade, obesa e hipertensa, apresentou sangramento pós-menopausa. A histeroscopia com biópsia confirmou a presença de adenocarcinoma endometrioide de endométrio, Grau 1. Antes de definir a cirurgia, o oncologista solicitou pesquisa de instabilidade de microssatélites (MMR) por imuno-histoquímica na peça da biópsia.

Qual é a relevância clínica desse teste molecular no planejamento de uma paciente com aparente baixo risco?

- (A) Definir a necessidade de linfadenectomia pélvica, pois tumores com instabilidade de microssatélites (MMR-d) têm maior tropismo linfático.
- (B) Diferenciar o tumor endometrioide do seroso-papilífero, que não expressa proteínas de reparo.
- (C) Indicar imunoterapia (pembrolizumab) como primeira linha neoadjuvante, substituindo a cirurgia.
- (D) Rastreamento da síndrome de Lynch, o que muda o seguimento da paciente e de seus familiares (risco de câncer colorretal).

QUESTÃO 58

Uma paciente de 65 anos de idade, assintomática (sem sangramento), em uso de tamoxifeno para câncer de mama prévio há três anos, realizou ultrassonografia de rotina que evidenciou espessamento endometrial heterogêneo e imagem sugestiva de pólipos de 1,5 cm.

Considerando o uso de tamoxifeno e o status assintomático da paciente, qual é a conduta recomendada pela FEBRASGO para o caso?

- (A) Histeroscopia cirúrgica; diante do risco aumentado de malignização associado ao uso de tamoxifeno.
- (B) Troca do tamoxifeno por inibidor de aromatase e repetição do ultrassom em três meses.
- (C) Conduta expectante; no uso de tamoxifeno, os pólipos são sempre císticos-atróficos e não se tornam malignos.
- (D) Biópsia de Pipelle em consultório; se negativa, alta.

QUESTÃO 59

Durante um parto vaginal de um feto macrossômico, após a saída da cabeça, observou-se o sinal da tartaruga (retração da cabeça contra o períneo). O obstetra diagnosticou distocia de ombros. Após solicitar ajuda e realizar a manobra de McRoberts com pressão suprapúbica (Rubin I) sem sucesso, qual deve ser a próxima manobra lógica de segunda linha (manobras internas)?

- (A) Manobra de Zavanelli (reintrodução da cabeça cefálica e cesariana)
- (B) Fratura intencional da clavícula fetal
- (C) Manobra de Jacquemier (remoção do braço posterior)
- (D) Manobra de Kristeller (pressão de fundo uterino) para empurrar o ombro impactado

QUESTÃO 60

Na avaliação de testes diagnósticos para residência médica, a razão de verossimilhança é um parâmetro poderoso porque, diferentemente dos valores preditivos, ela não varia com a prevalência da doença.

Nesse sentido, assinale a alternativa que indica uma razão de verossimilhança positiva ($LR+ > 10$).

- (A) O teste é inútil, pois não altera a probabilidade pré-teste.
- (B) O teste é excelente para confirmar o diagnóstico.
- (C) O teste tem baixa especificidade.
- (D) O teste é excelente para triagem (excluir doença), mas fraco para confirmação.

Área livre

QUESTÃO 61

Uma gestante de 24 semanas, com quadro de pielonefrite aguda, evoluiu com piora clínica na enfermaria. Ao exame, apresentava-se sonolenta (Glasgow 14); FR = 24 irpm, PA = 90mmHg x 50 mmHg.

Aplicando o escore qSOFA (*quick SOFA*) à beira do leito para triagem rápida de sepse, quais são a interpretação e a conduta imediata (pacote da primeira hora) para o caso?

- (A) Escore qSOFA positivo (≥ 2 pontos: hipotensão, taquipneia, alteração mental). Indica alto risco de desfecho adverso. Deve-se coletar lactato e hemoculturas, iniciar antibiótico amplo espectro e ressuscitação volêmica (30 mL/kg de cristaloide) na primeira hora.
- (B) Escore qSOFA negativo (apenas 1 ponto); a hipotensão é fisiológica do segundo trimestre. Manter antibiótico atual e observar.
- (C) O qSOFA não se aplica a gestantes em razão das alterações fisiológicas; deve-se usar apenas a síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS).
- (D) Indicar interrupção da gestação imediatamente, pois o foco infeccioso renal não melhora sem o esvaziamento uterino (descompressão ureteral).

QUESTÃO 62

Durante o rastreamento, uma paciente de 50 anos de idade apresentou microcalcificações pleomórficas agrupadas (BI-RADS 4). A biópsia percutânea por agulha grossa (*Core Biopsy*) revelou hiperplasia ductal atípica (HDA). Não há nódulo palpável.

Qual é a conduta recomendada para essa lesão de alto risco (B3)?

- (A) Seguimento semestral com mamografia, pois a lesão é benigna.
- (B) Iniciar tamoxifeno e repetir biópsia em um ano.
- (C) Mastectomia profilática bilateral.
- (D) Exérese cirúrgica da área (biópsia excisional com agulhamento).

QUESTÃO 63

Uma paciente submetida a salpingectomia laparoscópica eletiva por hidrossalpinge recebeu alta no primeiro dia pós-operatório (DPO), bem. No quarto DPO, retornou ao pronto-socorro com dor abdominal difusa, febre (38°C), taquicardia e distensão abdominal. O hemograma mostrou leucocitose com desvio à esquerda.

Qual é a principal hipótese diagnóstica relacionada a complicações da energia monopolar e qual é a conduta para o caso dessa paciente?

- (A) Íleo paralítico; conduta conservadora com sonda nasogástrica.
- (B) Hematoma de parede infectado; drenagem local.
- (C) Perfuração intestinal térmica tardia; realizar laparoscopia/laparotomia de urgência.
- (D) Embolia pulmonar; solicitar Angio-TC de tórax.

QUESTÃO 64

Considere uma gestação gemelar monocoriônica diamniótica, com 22 semanas. O ultrassom evidencia:

- Feto 1 (doador): Oligodramnia (maior bolsão < 2 cm) e bexiga não visível.
- Feto 2 (receptor): Polidrâmnio (maior bolsão > 8 cm) e bexiga distendida.
- Dopplerfluxometria: Normal em ambos os fetos (sem diástole zero/reversa ou alteração de ducto).

Com base nas informações apresentadas, assinale a alternativa que indica o estágio de Quintero e a conduta preferencial para o caso.

- (A) Estágio I; amniodrenagem seriada para aliviar o polidrâmnio.
- (B) Estágio II; fotocoagulação a laser dos vasos comunicantes placentários, pois aborda a fisiopatologia e melhora a sobrevida neurológica.
- (C) Estágio III; interrupção da gestação por risco iminente de óbito do doador.
- (D) Estágio IV; conduta expectante, pois há hidropsia fetal.

QUESTÃO 65

O sistema POP-Q (*pelvic organ prolapse quantification*) padronizou a descrição dos prolapsos.

No estadiamento, como é definido o ponto C e o que sua descida representa?

- (A) Ponto mais distal do colo uterino ou da cúpula vaginal; representa o prolapo apical.
- (B) Ponto na parede vaginal anterior; representa cistocele.
- (C) Ponto na parede vaginal posterior; representa retrocele.
- (D) Ponto no hiato genital; representa a rotura perineal.

QUESTÃO 66

Considere um casal que investiga infertilidade conjugal. O homem, de 30 anos de idade, foi diagnosticado com oligoastenozoospermia leve evidenciada em espermograma. Ao exame físico, apresentou varicocele grau III (visível e palpável) à esquerda, testículo esquerdo com volume discretamente reduzido em relação ao direito e FSH normal. A parceira tem 28 anos e apresenta exames normais.

De acordo com a SBRH e a Sociedade Americana de Urologia, qual é a conduta mais adequada para esse caso?

- (A) Inseminação intrauterina direta, pois cirurgia de varicocele não melhora taxas de gravidez natural.
- (B) Uso de antioxidantes orais por seis meses e repetição do espermograma.
- (C) Fertilização *in vitro* (ICSI) imediata, pois a varicocele indica dano testicular irreversível.
- (D) Varicocelectomia microcirúrgica, que pode restaurar a normozoospermia e permitir gravidez espontânea.

Área livre

QUESTÃO 67

Qual é a conduta imediata mandatória para uma paciente de 60 anos de idade, com queixa de prurido vulvar crônico intenso, que, ao exame, apresenta placas nacaradas (brancas), atrofia dos pequenos lábios, fusão do capuz clitoriano e área focal erosada e endurecida no grande lábio direito?

- (A) Realizar biópsia da área erosada/endurecida (Keyes punch) antes de iniciar tratamento, a fim de excluir o risco de malignidade.
- (B) Prescrever estrogênio tópico, para o diagnóstico de atrofia genitourinária da menopausa.
- (C) Prescrever corticoide tópico de alta potência (clobetasol) e reavaliar em três meses.
- (D) Fototerapia vulvar com laser de CO₂.

QUESTÃO 68

Uma paciente de 42 anos de idade, com prole definida, apresenta sangramento uterino anormal refratário a tratamento clínico. O ultrassom mostrou útero de 140 cm³ com sinais claros de adenomiose difusa. A paciente deseja terapia minimamente invasiva e recusa a histerectomia no momento. O ginecologista propôs ablação endometrial (ressecção histeroscópica ou balão térmico).

Nesse contexto, assinale a alternativa que apresenta o risco específico associado a esse procedimento em úteros com adenomiose.

- (A) Alta taxa de perfuração uterina em razão da fragilidade miometrial.
- (B) Sucesso superior a 90% e cura definitiva, sendo a primeira escolha.
- (C) Risco aumentado de embolia gasosa.
- (D) Melhora temporária seguida de piora da dismenorreia em razão do aprisionamento de focos de adenomiose sob a cicatriz fibrosa da ablação, podendo exigir histerectomia futura.

QUESTÃO 69

Na estimulação ovariana controlada, há diferentes tipos de gonadotrofinas.

Acerca da principal diferença farmacológica entre a menotropina (hMG) e o FSH recombinante (rFSH), assinale a alternativa correta.

- (A) O rFSH é extraído da urina de mulheres menopausadas e contém impurezas proteicas.
- (B) A hMG contém atividade de FSH e atividade de LH (hCG like), sendo extraída da urina. O rFSH é produzido por engenharia genética e contém apenas FSH puro, sem atividade LH intrínseca.
- (C) O rFSH tem meia-vida muito mais longa que a hMG, permitindo dose única semanal.
- (D) A hMG não pode ser usada em fertilização *in vitro*, apenas em namoro programado.

Área livre

QUESTÃO 70

Considere que um pesquisador deseja investigar se o uso de dispositivos intrauterinos (DIU) está associado a um menor risco de câncer de endométrio. Como o câncer de endométrio é um desfecho relativamente raro, que demora para aparecer, o pesquisador selecionou 500 mulheres já diagnosticadas com câncer de endométrio e 1000 mulheres sem câncer, e verificou a taxa de uso de DIU em ambos os grupos ao longo do tempo.

Qual é o desenho deste estudo e qual a medida de associação adequada?

- (A) Ensaio clínico randomizado; risco relativo (RR)
- (B) Estudo de coorte; risco relativo (RR)
- (C) Estudo de caso-controle; *odds ratio* (OR)
- (D) Estudo transversal; razão de prevalência

QUESTÃO 71

Considere que uma puérpera de parto cesáreo, indicado por desproporção céfalo-pélvica, tenha evoluído, no pós-operatório imediato, com atonia uterina grave, e que o protocolo medicamentoso completo (*bundle* ocitocina, ergometrina e ácido tranexâmico) tenha falhado. A paciente mantém sangramento ativo, mas está hemodinamicamente estável após a reposição volêmica. Considere, ainda, que o obstetra tenha decidido reabordar (laparotomia). Ao inventário, o útero está atônico (útero de Couvelaire leve), sem lacerações de trajeto ou rotura.

Qual é a manobra cirúrgica conservadora de primeira escolha indicada, antes de considerar a histerectomia?

- (A) Sutura compressiva de B-Lynch (ou variantes como Hayman/Cho), que preserva a fertilidade e deve ser tentada antes de procedimentos mais radicais ou complexos.
- (B) Histerectomia subtotal; para resolver o sangramento de forma definitiva e rápida.
- (C) Ligadura das artérias ilíacas internas (hipogástricas); procedimento simples e de baixa morbidade.
- (D) Tamponamento com balão de Bakri via abdominal, sem necessidade de histerotomia.

QUESTÃO 72

Uma paciente de 58 anos de idade buscou atendimento com queixa de alergia no mamilo esquerdo há seis meses, tratada com diversos cremes de corticoide, sem melhora. Ao exame, apresentou lesão eczematoide ulcerada e descamativa que acomete o complexo aréolo-papilar, destruindo parcialmente o mamilo. Não há nódulos palpáveis na mama.

Quais são o diagnóstico mais provável e a associação patológica subjacente obrigatória a ser investigada no caso dessa paciente?

- (A) Eczema atópico; associado à dermatite de contato por sutiã.
- (B) Doença de Bowen (CEC *in situ* da pele); associada à exposição solar, sem relação com parênquima mamário.
- (C) Adenoma de mamilo; lesão benigna sem associação com câncer.
- (D) Doença de Paget da mama; associada ao carcinoma ductal (*in situ* ou invasor) subjacente em mais de 90% dos casos.

QUESTÃO 73

Considere que, durante a inserção de um histeroscópio cirúrgico (ressecoscópio) em uma paciente pós-menopausa com estenose cervical, o cirurgião tenha sentido uma perda súbita de resistência ("passou no vazio"). A imagem da ótica ficou escura e, em seguida, foram visualizadas alças intestinais e o omento. O procedimento foi realizado apenas com meios mecânicos (dilatação), sem acionamento de energia elétrica até o momento. A paciente está sob anestesia geral, hemodinamicamente estável.

Qual a conduta imediata diante do quadro descrito?

- (A) Seguir com o procedimento sob visão laparoscópica concomitante para guiar a cirurgia.
- (B) Realizar laparotomia exploradora imediata para sutura da perfuração e revisão de alças.
- (C) Suspender o procedimento, retirar o aparelho e manter conduta expectante com observação rigorosa (sinais vitais e abdominais) por 24 horas.
- (D) Realizar histerectomia total abdominal, pois o útero perfurado em pós-menopausa não cicatriza adequadamente.

QUESTÃO 74

O teste genético pré-implantacional para aneuploidias (PGT-A) revolucionou a seleção embrionária. Recentemente, a categoria de embriões mosaico ganhou destaque.

O que define um embrião mosaico no laudo do PGT-A e qual é a sua viabilidade de transferência?

- (A) Embrião com 100% de células aneuploides; transferência proscrita.
- (B) Embrião que possui duas ou mais linhagens celulares distintas (uma euploide e uma aneuploide) na biópsia do trofeto-derma; sua taxa de implantação é menor que a dos euploides.
- (C) Embrião com contaminação de DNA materno; resultado inconclusivo.
- (D) Embrião euploide, mas com baixa qualidade morfológica; transferência prioritária.

QUESTÃO 75

Uma gestante de 18 semanas, com diagnóstico de sífilis latente (VDRL = 1:32), relatou história prévia de choque anafilático após uso de penicilina injetável na infância.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde para evitar a sífilis congênita, é correto afirmar que a única conduta aceitável para considerar a gestante adequadamente tratada é indicar

- (A) doxiciclina 100mg de 12h em 12h por 30 dias; é a única droga oral eficaz que atravessa a barreira placentária.
- (B) ceftriaxona 1g IM por 10 dias; que é uma droga segura e eficaz para o feto.
- (C) Eritromicina ou azitromicina; embora a resistência seja alta, é a opção segura na anafilaxia.
- (D) dessensibilização oral à penicilina em ambiente hospitalar e tratar com penicilina benzatina.

QUESTÃO 76

Considere uma paciente com carcinoma escamocelular de colo uterino, visível ao exame especular (tumor de 3 cm restrito ao colo). O toque retal é normal (paramétrios livres). Porém, a tomografia computadorizada (ou PET-CT) evidenciou linfonodomegalia pélvica suspeita, confirmada por punção como metastática. Não há metástase à distância ou em linfonodos para-aórticos.

Segundo o estadiamento FIGO 2018, que incorporou achados de imagem e patologia, quais são o estádio e a conduta para esse caso?

- (A) Estágio IB2 (tumor > 2 cm); cirurgia de Wertheim-Meigs
- (B) Estágio IIIC1 (metástase para linfonodos pélvicos); o tratamento de escolha é a quimioradioterapia exclusiva (cisplatina + radioterapia externa e braquiterapia)
- (C) Estágio IIIC2 (metástase para linfonodos para-aórticos); quimioterapia paliativa.
- (D) Estágio IIB; radioterapia neoadjuvante seguida de cirurgia.

QUESTÃO 77

A histeroscopia ambulatorial (*office*) é procedimento padrão em ginecologia. Embora segura, possui contraindicações absolutas que devem ser respeitadas para evitar disseminação de doença ou complicações graves.

Nesse sentido, assinale a alternativa que corresponde a contraindicação absoluta à realização de histeroscopia.

- (A) Sangramento uterino ativo
- (B) Hímen íntegro
- (C) Presença de dispositivo intrauterino (DIU)
- (D) Doença inflamatória pélvica (DIP) aguda vigente ou cervicite purulenta

QUESTÃO 78

Suponha que uma paciente com infertilidade tubária seja submetida à fertilização *in vitro* (FIV). A ultrassonografia transvaginal prévia mostrou hidrossalpinge volumosa bilateral comunicante.

Nesse caso, qual é a conduta recomendada antes da transferência embrionária, a fim de maximizar as chances de sucesso?

- (A) Nenhuma intervenção é necessária, pois a FIV "pula" a trompa e coloca o embrião direto no útero.
- (B) Antibioticoterapia profilática com doxiciclina durante a estimulação.
- (C) Salpingectomia bilateral (ou oclusão tubária proximal) laparoscópica prévia.
- (D) Aspiração do líquido da hidrossalpinge com agulha guiada por ultrassom no dia da captação de óvulos.

Área livre

QUESTÃO 79

O fibroadenoma é o tumor benigno mais comum da mama. No que se refere a sua história natural e ao manejo em mulheres jovens (< 25 anos), assinale a afirmativa correta.

- (A) A conduta expectante é segura para lesões com características típicas de imagem e clinicamente estáveis.
- (B) Deve ser removido cirurgicamente em todos os casos para evitar transformação maligna sarcomatosa.
- (C) É um marcador de risco para câncer de mama futuro, similar à hiperplasia atípica.
- (D) Ocorre exclusivamente após a menarca, sendo impossível o diagnóstico na infância ou na pré-puberdade.

QUESTÃO 80

O conceito de *near miss* materno (quase perda) é fundamental para auditoria da qualidade assistencial em obstetrícia.

Nesse contexto, assinale a alternativa que corresponde à definição de *near miss*, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS).

- (A) A mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação grave que ocorreu durante a gravidez, no parto ou em até 42 dias do puerpério.
- (B) Qualquer gestante que necessite de internação em UTI, independentemente da gravidade.
- (C) Óbito materno ocorrido por causas accidentais ou incidentais.
- (D) Gestante com comorbidade grave, mesmo que não tenha apresentado agudização no parto.

Área livre

PROVA APLICADA

ATENÇÃO

Aguarde a autorização do
fiscal para iniciar a prova.

PROVA AMPLIADA