



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2019, DE 27 DE AGOSTO DE 2018.

PROGRAMAS – GRUPO 010

Endoscopia Ginecológica (607) e Medicina Fetal (615).

Data e horário da prova:

*Domingo,
21/10/2018, às 14 h.*

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

O segredo do sucesso é saber o que ninguém mais sabe.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- 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 qualquer tipo de 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.

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 item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem podem conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

Itens de 1 a 120

Uma paciente de 32 anos de idade, nuligesta, usuária de contraceptivo oral combinado há 10 anos, procura o ambulatório de ginecologia com queixa de secreção vaginal eventual amarelada sem odor ou prurido. Ao exame físico, apresenta frequência cardíaca de 80 bpm, frequência respiratória de 18 irpm, saturação de oxigênio de 99% e mamas, tireoide e abdome sem alterações à palpação. Ao exame especular, evidenciam-se secreção vaginal translúcida e colo com lesão hiperemiada circundando todo o orifício externo do colo uterino, sendo coletada citologia oncótica cervico-vaginal. Em retorno ambulatorial, a paciente traz exame contendo laudo: células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas, não se podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau (AGC).

Com base nesse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

1. Deve-se indicar a realização de colposcopia e biópsia de colo uterino após resultado de dois exames de citologia oncótica cervico-vaginal semelhantes ao realizado com intervalo de seis meses entre eles.
2. Se o resultado histopatológico de biópsia do colo uterino associado à colposcopia detectar lesão intraepitelial de alto grau (HSIL), não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor, deve-se proceder à histerectomia imediatamente.
3. Caso essa paciente seja imunossuprimida (portadora de HIV, transplantada ou usuária de drogas imunossupressoras), deve-se proceder à colposcopia imediatamente.
4. Caso o resultado histopatológico de biópsia do colo uterino associado à colposcopia detectar lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL), deve-se realizar conização de colo uterino e, posteriormente, exame de citologia oncótica cervico-vaginal a cada seis meses até completar dois anos.

Uma paciente de 14 anos de idade procura o consultório ginecológico em companhia da mãe relatando ainda não ter apresentado menarca, diferentemente de todas as suas colegas da mesma idade. Nega coitarca e não apresenta outras queixas. Ao exame físico, apresenta frequência cardíaca de 72 bpm, frequência respiratória de 16 irpm, saturação de oxigênio de 98%, abdome sem alterações à palpação e desenvolvimento normal dos caracteres sexuais secundários.

Com base nesse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

5. Essa paciente apresenta o diagnóstico de amenorreia primária e deve realizar exames de cariótipo e dosagens hormonais para avaliar possíveis causas.
6. Para elucidação diagnóstica, é importante realizar coleta de sangue para avaliar TSH, prolactina, FSH e LH além de ecografia pélvica.
7. São diagnósticos diferenciais: hipotireoidismo, hiperprolactinemia e (ou) síndrome dos ovários policísticos.

8. A amenorreia primária pode ser causada por anormalidades anatômicas ou genéticas, como a disgenesia gonadal, septo vaginal transversal ou estenose congênita do colo uterino, entretanto esses diagnósticos não necessitam ser pesquisados nesse momento para essa paciente em questão.

Uma paciente de 24 anos de idade, nuligesta, procura emergência de ginecologia com queixa de dor em abdome inferior há duas semanas associada a um episódio de temperatura axilar de 38,2 °C aferida há um dia. Apresenta história de troca de parceiro sexual há um mês, com relações sexuais sem uso de preservativos. Nega alergias ou outras comorbidades. Ao exame físico, apresenta frequência cardíaca de 88 bpm, frequência respiratória de 20 irpm, saturação de oxigênio de 98%, dor no abdome inferior à palpação profunda, dor à palpação de regiões anexas e dor à mobilização de colo uterino ao toque vaginal além de secreção cervico-vaginal translúcida e inodora ao exame especular.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

9. Trata-se de doença inflamatória pélvica crônica, e o tratamento adequado contribui para a diminuição de risco de sequelas reprodutivas.
10. Faz-se necessária a confirmação diagnóstica laboratorial de infecção cervical pelo gonococo ou clamídia para estabelecer o tratamento adequado.
11. Como diagnóstico diferencial para esse caso, pode-se pensar em apendicite aguda, infecção urinária ou abortamento infectado.
12. Os esquemas terapêuticos para o tratamento desse caso devem visar aos germes mais comumente envolvidos e deverão ser eficazes contra *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e agentes anaeróbios.
13. Uma opção terapêutica para esse caso seria o tratamento ambulatorial oral com ciprofloxacina 500 mg ou ofloxacina 400 mg, duas vezes ao dia por três dias, mais doxiciclina 100 mg, duas vezes ao dia por três dias, e metronidazol 250 mg, dois comprimidos duas vezes ao dia por cinco dias.

Área livre

Uma paciente branca, 25 anos de idade, primigesta, com idade gestacional de 31 semanas e dois dias, procura a emergência de obstetrícia com queixa de contrações uterinas iniciadas há quatro horas, com aumento progressivo de intensidade e frequência e ausência de sensação de perda líquida pela vagina. Ela foi há duas semanas tratada para infecção urinária, mas não lembra qual tratamento foi realizado. Ausência de outras comorbidades durante o pré-natal e de história cirúrgica. Ao exame físico, a paciente apresenta-se afebril, com frequência cardíaca de 80 bpm, frequência respiratória de 19 irpm, saturação de oxigênio de 97%, pressão arterial de 120 mmHg x 80 mmHg, batimento cardíaco fetal de 140 bpm, com acelerações transitórias à movimentação fetal e dinâmica uterina de uma contração a cada cinco minutos com duração de 30 segundos. Ao toque vaginal, evidencia-se dilatação cervical de 3 cm com apagamento cervical de 80%; e, ao exame especular, detectou-se ausência de rotura de membranas.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

14. Para essa paciente, deve-se iniciar administração de sulfato de magnésio IV e betametasona IM imediatamente, repetindo-se a betametasona novamente em 24 horas, se possível.
15. Sulfato de magnésio, agonista do receptor β -adrenérgico, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores de COX e doadores de óxido nítrico podem ser utilizados como tocolíticos de primeira linha.
16. A tocólise, nesse caso, parece ser benéfica no prolongamento do trabalho de parto para a administração de corticosteroides, entretanto a taxa de nascimento prematuro similar ao caso apresentado continua a subir no Brasil.
17. Os bloqueadores dos canais de cálcio podem ser utilizados nesse caso e, se eficazes na inibição do trabalho de parto prematuro, permitem a utilização do corticosteroide para maturação pulmonar semanalmente até completar 34 semanas de idade gestacional.
18. Entre os métodos com maior sensibilidade e especificidade para se confirmar tendência de parto prematuro nesse caso, está o teste de fibronectina fetal.

Uma gestante de 22 anos de idade, G2 P1, com idade gestacional de 30 semanas, apresentou-se ao obstetra para uma consulta de pré-natal de rotina. Durante ausculta cardíaca fetal com sonar, evidencia-se frequência cardíaca fetal de 240 bpm. Foram solicitados ecografia obstétrica e ecocardiograma fetal, que revelaram hidropisia fetal com ascite e derrame pleural, insuficiência valvar tricúspide moderada a grave, insuficiência mitral leve e função cardíaca diminuída.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

19. Um possível diagnóstico para esse caso é a taquicardia supraventricular, que se apresenta com frequência cardíaca fetal maior que 200 bpm, com intervalos regulares entre os batimentos. Pode ser não sustentada (paroxística) ou sustentada (contínua) e pode causar insuficiência cardíaca (IC) fetal, hidropisia e morte súbita.

20. Esse tipo de arritmia não deve ser encarado como emergência em cardiologia fetal, pois a hidropisia fetal indica bom resultado prognóstico.
21. O esquema mais empregado é o que utiliza digoxina, baseando-se nas doses de ataque e manutenção, monitorando a digoxinemia materna.
22. O nível de droga no feto é influenciado pelo tipo de arritmia, pelo transporte transplacentário, pela dosagem da droga administrada e pelos níveis séricos maternos.
23. Se, nessa gestante, for detectada a presença de anticorpos anti-SS-A/Ro ou anti-SS-B/La, há um risco aumentado no feto para bloqueio cardíaco completo.

Uma paciente grávida com 39 anos de idade, G4 P3, apresenta-se na emergência da obstetrícia com idade gestacional de 40 semanas, contrações dolorosas regulares e dilatação do colo do útero de 6 cm. Ela é obesa, asmática, com um índice de massa corporal de 32 kg/m². Os pesos ao nascer de seus três outros filhos foram de 3.800 a 4.400 gramas. Ela não tem problemas de saúde, exceto por anemia leve (hematócrito de 30%), identificada no momento de sua pesquisa para diabetes gestacional que deu negativa às 27 semanas de idade gestacional. Duas horas após a chegada ao hospital, ela teve parto vaginal de um bebê saudável de 4.252 g. Trinta e cinco minutos depois do parto, a placenta ainda se mantinha retida dentro do útero e foi extraída manualmente pelo médico. Hemorragia vaginal importante é subsequentemente notada.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

24. A paciente deve ser orientada acerca do aumento do risco de recorrência da hemorragia pós-parto em futuras gestações.
25. A causa mais comum de hemorragia pós-parto é a laceração vaginal, que deve ser prontamente reconhecida e suturada.
26. Essa paciente tem múltiplos fatores de risco para a hemorragia pós-parto, como a hiperdistensão uterina, a multiparidade e o trabalho de parto rápido.
27. O tratamento farmacológico da atonia uterina pós-parto em uma paciente com asma pode incluir, com segurança: ocitocina, misoprostol, dinoprostona transcervical (prostaglandina natural E2, PGE2) e carboprost (15 metil prostaglandina F2 α).
28. Se a paciente do caso descrito tiver o diagnóstico de atonia uterina, deve-se iniciar a massagem uterina bimanual, seguida de terapia farmacológica ativa e, se necessário, abordagem cirúrgica, como a sutura de compressão uterina B-Lynch, ligadura de vasos hipogástricos ou histerectomia.
29. Deve-se realizar a aplicação de ocitocina 5 UI intravascular imediatamente após a dequitação placentária a fim de diminuir o risco de hemorragia pós-parto.

Uma paciente branca, primigesta, de 37 anos de idade, procura atendimento ambulatorial em sua primeira consulta pré-natal com 10 semanas de gestação. Essa paciente não tem doenças pregressas conhecidas, mas esteve em repouso nas últimas duas semanas em razão de importante hiperêmese gravídica (com vômitos e náuseas frequentes) e pequeno descolamento placentário. A única medicação que a paciente esteve tomando nos últimos anos é um contraceptivo oral combinado antes da concepção. Na consulta, apresenta queixa de aumento progressivo de panturrilha esquerda com edema, rubor e dor, notado há alguns dias, sendo detectado, ao exame físico: frequência cardíaca de 84 bpm, frequência respiratória de 18 irpm, saturação de oxigênio de 98% e acréscimo de 5 cm da circunferência da panturrilha esquerda em relação à panturrilha direita. Atualmente, ela nega falta de ar, tosse ou dor no peito e apresenta índice de massa corpórea de 31 kg/m², mas apresenta-se ligeiramente desidratada. Ela nega etilismo, tabagismo e não tem alergia conhecida a medicamentos. A paciente também relata que sua irmã teve uma embolia pulmonar no ano passado.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

30. Os fatores de risco para tromboembolismo venoso nessa paciente incluem: idade acima de 35 anos, possível imobilidade nas últimas duas semanas, hiperêmese gravídica, obesidade e história familiar positiva (irmã) de embolia pulmonar.
31. A gravidez está associada a condições fisiológicas e mudanças anatômicas que aumentam o risco de tromboembolismo, incluindo hipercoagulabilidade, aumento da estase venosa, diminuição do fluxo venoso, compressão da veia cava inferior e dilatação das veias pélvicas pelo crescimento uterino.
32. Importantes ferramentas de triagem para o diagnóstico de tromboembolismo venoso nessa paciente são a ultrassonografia com dopplerfluxometria de membros inferiores e a dosagem de D-Dímero, sendo o D-Dímero altamente específico e sensível para trombose na gestação.
33. Após seis semanas do parto, deve-se retornar ao uso do mesmo método contraceptivo anteriormente usado pela paciente, estando a paciente ciente do maior risco de recidiva de trombose venosa em gestações posteriores.
34. O parto cesárea é um fator de risco independente para tromboembolismo venoso, com risco quatro vezes maior em relação ao parto vaginal.
35. Pode-se usar varfarina, um antagonista da vitamina K, comumente usado para terapia de anticoagulação a longo prazo, pois a embriopatia associada à varfarina tem sido relatada após 14 semanas de gestação.
36. Deve-se iniciar a anticoagulação com heparina e manter até seis semanas pós-parto.
37. Para essa paciente, deve-se avaliar possíveis causas de tromboembolismo, como síndrome de anticorpos antifosfolípidos.

U.M., primigesta, 22 anos de idade, com gestação de oito semanas e três dias, afirma que não comeu nada em uma semana e que o coração se mantém acelerado. Ao exame físico, a paciente apresenta-se moderadamente angustiada, suando levemente, trêmula, com frequência cardíaca de 110 bpm, frequência respiratória de 22 irpm, saturação de oxigênio de 97%, pressão

arterial de 130 mmHg x 80 mmHg e tireoide aumentada ao toque. Ela perdeu quase 6% do seu peso em um mês. Não apresenta história de doenças previamente conhecidas, assim como nenhum histórico de problemas de tireoide. Ela não está tomando nenhum medicamento ou polivitamínico. Sua história familiar indica uma irmã que teve hiperêmese gravídica durante duas gestações. Os exames laboratoriais da paciente revelam β -hCG de 75.000 mUI/mL, TSH menor que 0.1 nmol/l, T4 livre e T3 elevados, anticorpo do receptor de TSH positivo (TRAb+) e potássio de 2.5 mEq/dL. A análise urinária revela cetonas.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

38. Embora a paciente U.M. tenha os sinais clássicos de hiperêmese gravídica com base na respectiva perda de peso, cetonúria e hipocalemia, bem como uma história familiar significativa de náuseas e vômitos na gravidez, os sintomas apresentados podem ser atribuídos ao hipertireoidismo.
39. U.M. é diagnosticada como portadora de hipotireoidismo, dados os valores laboratoriais de TSH, T4, T3 e TRAb e o bócio que foi observado no exame clínico.
40. Para essa paciente, pode-se iniciar o tratamento com propiltiouracil, pois é a droga de escolha para o tratamento de hipertireoidismo na gravidez.
41. Deve-se indicar, para esse caso, a tireoidectomia parcial juntamente com o propiltiouracil a fim de controlar o hipertireoidismo.
42. Os betabloqueadores ajudam a controlar os sintomas adrenérgicos. O propranolol (de 20 mg a 40 mg, duas ou três vezes ao dia) ou o atenolol (de 25 mg a 50 mg, diariamente) podem ser utilizados quando necessário. Entretanto, o uso prolongado deles poderá acarretar diminuição do crescimento uterino, bradicardia fetal e hipoglicemia.
43. Naqueles mulheres com valores elevados de TRAb, deve ser realizado ultrassom fetal para avaliar a presença de bócio ou outro sinal de hipertireoidismo, como retardo de crescimento intrauterino ou falência cardíaca.
44. O hipertireoidismo neonatal não é comum, documentando-se incidência menor que 1% nas crianças nascidas de mães hipertireoidianas.

A paciente M.L.S., 35 anos de idade, nuligesta, tabagista de mais de 15 cigarros por dia, obesa (índice de massa corpórea de 35 kg/m²), procura atendimento ambulatorial ginecológico para exames de rotina. Apresenta história de enxaqueca com aura duas vezes por mês e uso de contraceptivo oral combinado contendo etinilestradiol 0,02 mg e drospirenona 3 mg há dois anos.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

45. Para essa paciente, deve-se realizar rastreio de trombofilia para manter a contracepção oral combinada.
46. Há vários fatores de risco para trombose no caso clínico apresentado, porém nenhum deles contraindica o uso de contraceptivo oral combinado.
47. Se essa paciente apresentar trombose, os únicos métodos categoria 1 ou 2 dos Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Métodos Anticoncepcionais da Organização Mundial da Saúde são os métodos naturais, o preservativo ou o dispositivo intrauterino de cobre.

48. Para essa paciente, vale a pena orientar o uso da via não oral de contracepção como o anel vaginal ou o adesivo, em razão de tais métodos terem menor risco comprovado de trombose em relação ao contraceptivo oral combinado.
49. Deve-se orientar a essa paciente acerca do seu risco aumentado de desenvolver trombose e indicar o uso de métodos não hormonais ou de barreira ou métodos contraceptivos à base de progesterona isolada.
50. Deve-se orientar a paciente acerca do menor risco de trombose relacionada à contracepção quando comparado ao estado gravídico-puerperal.

A paciente J.B., 34 anos de idade, com vida sexual ativa, nuligesta, tem história de dor pélvica há quatro anos, piorada há um ano, presente mais frequentemente no período menstrual. Relata que há oito meses apresenta dispareunia, dor à micção e dor à evacuação no período menstrual. Relata desejo de gestar e está sem uso de método contraceptivo há um ano, tendo relações sexuais a cada dois dias no período fértil, sem sucesso.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

51. Essa paciente apresenta dismenorreia primária, tendo como possíveis causas a endometriose, adeniose, síndrome do cólon irritável, aderências pélvicas, doença inflamatória pélvica e cistite intersticial.
52. O medicamento oral contínuo à base de dienogeste, além de prevenir a gravidez, é também utilizado no tratamento de endometriose e pode ser indicado para essa paciente a fim de diminuir os focos dessa doença.
53. Um provável diagnóstico para esse caso clínico é a endometriose, que pode estar associada a dispareunia e dismenorreia e determina infertilidade em cerca de 90% dos casos.
54. Exames laboratoriais como hemograma, proteína C reativa e VHS e o marcador tumoral Ca-125, além da ressonância nuclear magnética com contraste e ecografia pélvica para mapeamento de endometriose profunda, devem ser solicitados a essa paciente, pois são métodos de boa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico presuntivo de endometriose.
55. A fim de explicar a causa da endometriose para a paciente, existem várias teorias relacionadas à endometriose, tais como a da “menstruação retrógrada”, a “metaplasia celômica”, a “imunológica”, a “disseminação hematogênica”, a “linfática” ou a “iatrogênica”.
56. O diagnóstico padrão-ouro para a endometriose é a videolaparoscopia.
57. Para essa paciente com desejo de gestar, a ressecção ampla das lesões de endometriose é o que mostra melhor resultado no controle da dor e no resgate de fertilidade espontânea, mas ainda há casos de piora pós-operatória.

Em relação ao caso clínico anterior, a paciente J.B., 34 anos de idade, com vida sexual ativa, com parceiro fixo, nuligesta, e com história de dor pélvica há quatro anos, piorada há um ano, presente mais frequentemente no período menstrual, foi submetida a videolaparoscopia, com diagnóstico final de endometriose profunda, confirmado por estudo histopatológico das lesões retiradas, entretanto, mesmo após um ano da cirurgia, não conseguiu gestar espontaneamente.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

58. O sistema utilizado para a classificação do grau de endometriose nessa paciente não está fortemente associado à dor, mas pode orientar a conduta em tratamento da infertilidade.
59. Para esse casal, não é necessário solicitar histerossalpingografia ou espermograma, visto que já está bem definida a causa da infertilidade.
60. Para essa paciente, deve-se pensar em encaminhamento para tratamento de reprodução assistida, em razão da idade dela e do tempo de infertilidade.
61. A excisão de lesões endometrióticas identificáveis durante a videolaparoscopia, realizada nessa paciente, comprovadamente não altera as taxas de implantação embrionária em mulheres submetidas a tratamentos de infertilidade.
62. O uso de análogos do GnRH leva a *up regulation* prolongado dos receptores de GnRH na hipófise, gerando a estimulação prolongada da esteroidogênese ovariana, podendo ser utilizados nesse caso a fim de estimular o crescimento folicular no tratamento de reprodução assistida.

Uma gestante, primigesta, 16 anos de idade, procura a atenção primária de saúde para a primeira consulta de pré-natal, com idade gestacional de 10 semanas, contando a partir da data da última menstruação. Foi realizado o teste rápido para HIV com resultado positivo e posteriormente confirmado pelo teste Western Blot.

Considerando o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais*, publicado pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2017, julgue os itens a seguir.

63. Em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e a amamentação, o risco de transmissão vertical do HIV é reduzido a menos de 2%. No entanto, sem o adequado planejamento e seguimento, está bem estabelecido que esse risco é de 15% a 45%.
64. Para essa paciente, é importante a dosagem do nível da carga viral de HIV, pois é um dos fatores mais importantes associados ao risco de transmissão vertical do HIV e auxilia no seguimento e na definição da via de parto.
65. Deve-se, obrigatoriamente, notificar aos órgãos responsáveis os casos de infecção de HIV em gestante, assim como os casos de sífilis adquirida, sífilis em gestante, sífilis congênita, hepatites virais B e C, infecção pelo HIV/Aids, em parturiente ou puerpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV.
66. Deve-se realizar o teste para hepatite B nessa paciente idealmente no primeiro trimestre e, se o resultado for não reagente e não houver história de vacinação prévia, recomenda-se a vacinação. Caso a gestante apresente-se, no momento do parto, sem ter realizado todas as doses da vacina, deve-se proceder à testagem dessa gestante para hepatite B na maternidade.

67. A terapia antirretroviral está indicada para essa paciente, assim como para toda gestante infectada pelo HIV, independentemente de critérios clínicos e imunológicos, e poderá ser suspensa após o parto, dependendo do nível de LT-CD4+ no momento do início do tratamento.
68. Se essa paciente apresentar sífilis no decorrer da gestação, considerar-se-á adequadamente tratada se fizer uso de penicilina ou macrolídeos.
69. Se essa paciente apresentar concomitantemente ao HIV o vírus HTLV 1/2, há contra-indicação à amamentação, sendo recomendado o uso de inibidores de lactação e de fórmulas lácteas infantis.

Uma paciente 28 anos de idade, gestante, com idade gestacional de 14 semanas, procura a emergência de obstetrícia com queixa de febre baixa, erupções cutâneas, conjuntivite, dores nos músculos e nas articulações, mal-estar geral e dor de cabeça há três dias. Não apresenta doenças conhecidas anteriormente e relata ter estado em Recife recentemente.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

70. Para esse caso, pode-se suspeitar dos patógenos mais frequentemente relacionados às infecções intrauterinas, como a bactéria *Treponema pallidum*, que causa a sífilis (S), o protozoário *Toxoplasma gondii*, que causa a toxoplasmose (TO), os vírus da rubéola (R), citomegalovírus (C) e herpes simplex (H), compondo o acrônimo STORCH, além dos vírus da zika, da dengue e da *chikungunya*.
71. Suspeitando de infecção pelo vírus zika para essa paciente, é correto afirmar que a via principal de transmissão é por meio da picada do mosquito *Aedes aegypti*, entretanto o *Aedes albopictus* também apresenta potencial de transmissão.
72. Como no quadro clínico exposto, a maior parte das pacientes infectadas pelo zika vírus desenvolve quadro sintomático grave, com necessidade de hospitalização.
73. Assim como a microcefalia causada pela infecção congênita por dengue e *chikungunya*, a microcefalia causada pelo vírus da zika deve ser notificada compulsoriamente.
74. Confirmada a infecção por zika vírus, deve ser reforçada a importância do uso do preservativo, porque a persistência das partículas virais foi observada em fluidos corporais, sendo a zika considerada uma infecção sexualmente transmissível.
75. Para programar a próxima gestação, após a confirmação diagnóstica de zika vírus, recomenda-se aguardar até seis meses após sinais ou sintomas relacionados à infecção pelo vírus zika, quando o homem foi infectado, e aguardar até oito semanas após sinais ou sintomas relacionados à infecção pelo vírus zika, quando a mulher foi infectada.

Uma paciente de 23 anos de idade, com sobrepeso – índice de massa corpórea (IMC) de 27 kg/m², procura atendimento ginecológico com queixa de acne, oleosidade da pele e aumento de pelos na face e nos membros. Refere também que os ciclos menstruais geralmente são irregulares com intervalos de até 90 dias. Negativa doenças crônicas, uso de

medicamentos e doenças familiares dignas de nota. Não teve coitarca. Ao exame físico apresenta frequência cardíaca de 78 bpm, frequência respiratória de 16 irpm, saturação de oxigênio de 99% e hirsutismo moderado. Foi solicitada ultrassonografia pélvica, que revelou ovário direito com 12 cm³ e ovário esquerdo com 15 cm³, porém, sem presença de micropolicísticos. Os níveis séricos de testosterona, androstenediona, DHEA e SDHEA se encontravam dentro do limite da normalidade.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

76. O diagnóstico para essa paciente não preenche todos os critérios para síndrome dos ovários policísticos (SOP), pois os androgênios plasmáticos estão dentro dos limites da normalidade e não foram vistos micropolicísticos ovarianos.
77. Intervenções no estilo de vida, tais como dieta, exercício e estratégias comportamentais para controle de peso, devem ser recomendadas para essa paciente a fim de melhorar o hiperandrogenismo e os ciclos menstruais alterados.
78. O contraceptivo oral combinado com progestógeno antiandrogênico é um tratamento reconhecido para a síndrome dos ovários policísticos, porém tem contra-indicação absoluta para essa paciente em razão de sobrepeso.
79. Em combinação com o contraceptivo oral combinado, o uso de metformina pode ser considerado nesse caso de síndrome de ovários policísticos e IMC ≥ 25 kg/m², se o uso de contraceptivo oral combinado e a mudança no estilo de vida não atingirem os objetivos desejados.

Uma gestante 23 anos de idade, moradora do Itapoã, Distrito Federal, com idade gestacional de 12 semanas, procura atendimento em centro de saúde com queixa de febre há dois dias, associada a cefaleia, dor no corpo e presença de gânglios cervicais aumentados. Apresenta sorologia para toxoplasmose realizada há uma semana com resultado: IgG positivo e IgM positivo.

Com relação ao caso clínico e aos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

80. Deve-se solicitar o teste de avidéz para toxoplasmose, visto que baixa avidéz indica que os anticorpos foram produzidos há mais de 12 a 16 semanas, podendo-se, portanto, inferir que a doença foi adquirida há mais de quatro meses e, conseqüentemente, antes da concepção.
81. A comparação dos títulos de IgG obtidos por meio de um mesmo teste laboratorial em duas amostras consecutivas de sangue, colhidas com, pelo menos, três semanas de intervalo, permite o diagnóstico de infecção aguda materna se forem detectados soroconversão (exame previamente negativo torna-se positivo) ou aumento dos níveis de anticorpos IgG associado à presença de IgM.
82. A transmissão vertical é confirmada pela realização de amniocentese entre 17 e 32 semanas de gestação, afetando-se a pesquisa do DNA do toxoplasma por exame de proteína C reativa (PCR) no líquido amniótico, sendo o início do tratamento com espiramicina, sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico indicado após o resultado de PCR.

- 83.** As vias de transmissão do parasita intracelular obrigatório *Toxoplasma gondii* são oral e congênita, não sendo possível a transmissão por inalação de aerossóis contaminados, inoculação acidental, transfusão sanguínea e transplante de órgãos.
- 84.** Qualquer situação de imunocomprometimento (imunossupressão ou imunodepressão, como HIV e doença de Hodgkin) pode ser seguida pelo recrudescimento ou pela reativação da toxoplasmose na gestação e levar à infecção congênita.

Uma paciente de 36 anos de idade, nuligesta, negra e com baixo nível socioeconômico, procura a emergência de obstetrícia com idade gestacional de 30 semanas e quatro dias, queixando-se de cefaleia, turvação visual, epigastralgia e diminuição de movimentação fetal há 12 horas. Relata episódios de pressão arterial aumentada desde a primeira consulta de pré-natal às 10 semanas de gestação, estando em uso de metildopa 500 mg de 12 em 12 horas desde então. Ao exame físico, apresenta frequência cardíaca de 88 bpm, frequência respiratória de 20 irpm, saturação de oxigênio de 96%, pressão arterial de 170 mmHg x 110 mmHg, dinâmica uterina ausente e batimento cardíaco fetal de 134 bpm. Ao toque vaginal, apresenta feto cefálico não insinuado e colo posterior, longo e impérvio.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

- 85.** O diagnóstico inicial será de pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica, se a pressão arterial mantiver-se alta em duas ocasiões diferentes associada ou não à proteinúria.
- 86.** Não se deve recomendar a essa paciente o uso de baixa dose de aspirina (81 mg/d) após 12 semanas de gestação para prevenção de pré-eclâmpsia pelo risco de defeito na coagulação materna.
- 87.** Estratégias de manejo para esse caso clínico incluem monitoramento fetal e materno, medicações anti-hipertensivas e sulfato de magnésio.
- 88.** Deve-se iniciar o manejo imediato do caso clínico apresentado, pois aproximadamente 1% a 2% dos casos de pré-eclâmpsia culminam com eclâmpsia, uma manifestação grave caracterizada por convulsões e complicações como danos cerebrais, pneumonia aspirativa, edema pulmonar, ruptura placentária, coagulopatia disseminada, insuficiência renal aguda, choque cardiopulmonar e coma.
- 89.** Se optado pelo parto, não se deve realizar a indução do parto para via vaginal em razão de critério de Bishop desfavorável, dando preferência, portanto, ao parto cesáreo.

Uma paciente de 28 anos de idade, nuligesta, casada há cinco anos, compareceu à consulta ginecológica com queixa de dificuldade para engravidar há um ano e ciclos menstruais regulares. A ultrassonografia transvaginal mostrou útero e ovários sem alterações e suspeita de dilatação tubária bilateral. Referiu dois episódios de doença inflamatória pélvica tratados ambulatorialmente há três anos, sem outras doenças conhecidas.

A partir do caso clínico apresentado e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 90.** A histerossalpingografia é desnecessária nesse caso, visto que a dilatação tubária já foi detectada na ultrassonografia transvaginal.
- 91.** A videolaparoscopia pode ser realizada no intuito de realizar salpingoplastia bilateral para possibilitar fecundação natural, se for possível, ou salpingectomia bilateral, se for indicada a fertilização *in vitro*.
- 92.** Em caso de salpingoplastia bilateral bem-sucedida à videolaparoscopia, não há aumento de risco de gestação ectópica.
- 93.** A provável causa do fator tubário de infertilidade dessa paciente é a endometriose, visto que a doença inflamatória pélvica foi tratada previamente.
- 94.** Caso seja realizada a videolaparoscopia nesta paciente, a pressão intra-abdominal de CO₂ deve ser mantida durante toda a cirurgia em 20 mmHg, e a punção para realização do pneumoperitônio deve ser realizada em posição de Trendelenburg.

Uma paciente de 24 anos de idade, nuligesta, procura emergência de obstetrícia queixando-se de sangramento vaginal de leve intensidade iniciado há quatro dias, além de dor em baixo ventre de moderada a forte intensidade. Relata ciclos menstruais irregulares, com última menstruação há 45 dias e relações sexuais desprotegidas há três meses. Ao exame físico, apresenta-se normocorada, afebril, com frequência cardíaca de 78 bpm, frequência respiratória de 16 irpm, saturação de oxigênio de 98% e pressão arterial de 120 mmHg x 80 mmHg. Ao exame especular, evidencia-se secreção sanguinolenta viva, em discreta quantidade, em fundo de saco vaginal. Ao toque vaginal, apresenta dor à palpação profunda de anexo direito. Realizada ecografia transvaginal, em que são detectadas massa complexa de 2,5 cm em região anexial direita, discreta quantidade de líquido livre em fundo de saco posterior e ausência de saco gestacional intrauterino.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 95.** Possíveis diagnósticos para esse caso incluem: gestação ectópica, apendicite aguda, corpo lúteo hemorrágico e torção ovariana.
- 96.** Deve-se solicitar a dosagem de βhCG sanguíneo. Se βhCG for positivo, confirma-se o diagnóstico de gestação ectópica e institui-se imediatamente o tratamento clínico (metotrexato) ou cirúrgico (salpingectomia, salpingostomia).
- 97.** O risco de gestação ectópica aumenta com história de gravidez ectópica prévia, cirurgia tubária, história de infecções sexualmente transmissíveis, tabagismo, fertilização *in vitro* ou se a paciente estiver grávida apesar do uso de dispositivo intrauterino (DIU).
- 98.** Se o resultado da dosagem quantitativa de βhCG vier abaixo de 1.000 mUI/mL, pode-se indicar a repetição da dosagem de βhCG e ecografia transvaginal em 48 horas, para avaliar evolução da gestação e posição do saco gestacional.

Uma paciente de 38 anos de idade e o respectivo esposo procuram atendimento ambulatorial em razão de três abortamentos espontâneos prévios com idades gestacionais entre seis e oito semanas de gestação, com realização de aspiração manual intrauterina (AMIU) em dois dos três abortamentos. Mantém desejo de gestação, entretanto deseja realizar exames e obter orientações prévias à próxima gestação.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

99. O casal deve ser orientado que o risco de abortamento é maior em mulheres com idade superior a 35 anos, fumantes, obesas e com consumo exacerbado de álcool.
100. Deve-se, nesse caso, realizar pesquisa para todas as trombofilias hereditárias e adquiridas a fim de determinar possíveis causas de abortamento de repetição.
101. Não há suficiente evidência para recomendar o estudo de células *natural killer* em sangue periférico ou tecido endometrial em mulheres com abortamento de repetição.
102. Se essa paciente tiver o diagnóstico de síndrome de anticorpo antifosfolípide, sugere-se a administração de aspirina em baixa dose (de 75 mg/dia a 100 mg/dia) e heparina, iniciando no dia do teste de gravidez positivo e mantendo até seis semanas pós-parto.
103. Sugere-se a realização de avaliação de cavidade uterina por ultrassonografia 3D, histerosonografia ou histeroscopia em razão de risco de sinequia uterina pós-AMIU.

Uma paciente de 38 anos de idade, gestante G1P0A0, com idade gestacional de 23 semanas, procura o serviço de radiologia para realizar a ecografia obstétrica morfológica de segundo trimestre associada à ecografia transvaginal e dopplerfluxometria fetal solicitada pelo seu médico assistente. Durante a ecografia, foram encontrados: crânio disfórmico, com o osso occipital proeminente (parte traseira e inferior do crânio), micrognatia, orelhas de implantação baixa, cardiopatia, entre outras malformações.

Com base caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

104. A trissomia do cromossomo 18, também conhecida como a síndrome de Edwards, é um possível diagnóstico para esse caso clínico, sendo uma condição grave de saúde em que a grande maioria dos casos evolui para óbito intrauterino ou neonatal, com raros casos descritos de óbito na primeira infância e na fase adulta.
105. A trissomia do cromossomo 18, apesar de rara, é a segunda malformação cromossômica mais comum que existe. A primeira é a trissomia 21, conhecida popularmente como síndrome de Down, e a terceira trissomia mais comum é a que envolve o cromossomo 13, conhecida como síndrome de Patau.
106. O teste pré-natal não invasivo pode ser realizado a partir de coleta do sangue materno em qualquer idade gestacional a fim de confirmar o diagnóstico ou descartar suspeitas de alguma alteração cromossômica no bebê em desenvolvimento.
107. São fatores de risco para o aparecimento de malformações cromossômicas na gestação idade igual ou superior a 35 anos, resultado anormal na ecografia morfológica de primeiro trimestre e mulheres que tiveram uma gestação anterior com alteração cromossômica.

108. Pode ser realizada amniocentese, a fim de coletar uma amostra de líquido amniótico para realizar análise cromossômica fetal, a partir do primeiro trimestre de gestação, embora apresente maior risco de abortamento, sangramento vaginal, amniorrexe e infecção se realizada após de 16 semanas de gestação.

109. Para esse caso de malformação cromossômica, já existe a indicação de abortamento previsto em lei no Brasil.

Uma paciente de 19 anos de idade é atendida no consultório médico quatro semanas após seu parto normal, em aleitamento exclusivo e com ausência de sangramento vaginal. Gostaria de iniciar contracepção, pois planeja esperar vários anos antes de ter outro filho.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

110. O implante do dispositivo intrauterino (DIU) deve ser oferecido a essa paciente, tendo indicação para aplicação dentro das primeiras 72 horas do parto ou após seis semanas pós-parto.
111. Mesmo que essa paciente apresente sorologia positiva para HIV e (ou) sífilis, história de hipermenorreia ou dismenorreia, o DIU de cobre pode ser inserido imediatamente, se for o desejo da paciente.
112. Caso a paciente não demonstre interesse no DIU de cobre, pode-se indicar uso de diversos contraceptivos hormonais tais como anel vaginal, adesivo, injetável ou oral.
113. Mulheres que estão em amamentação exclusiva podem usar contraceptivos orais à base de progesterona isolada, implante subdérmico de levonorgestrel e DIU medicado com levonorgestrel.

Área livre

Uma paciente de 16 anos de idade, com amenorreia primária, sem sexarca e sem outras afecções clínicas, procura atendimento ginecológico. Ao exame clínico, constatou-se desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários compatível com a idade cronológica, frequência cardíaca de 76 bpm, frequência respiratória de 18 irpm, saturação de oxigênio de 99%. Ao exame ginecológico, observou-se uretra em fenda com bordas elevadas. Não foi realizado exame ginecológico com espécuro. A ultrassonografia pélvica não evidenciou imagem uterina nem ovários em seus sítios habituais, no entanto, foi inconclusiva por causa de dificuldades técnicas. À ressonância magnética, o útero não foi visualizado e os ovários possuíam volume, sinal e localização sem anormalidades. O canal vaginal também não foi visualizado por esse método.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 114.** Deve-se realizar a avaliação genética nesse caso e, se detectado cariótipo 46, XX, pode-se suspeitar do diagnóstico de síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser.
- 115.** Nesse caso, há contraindicação para a correção cirúrgica da vagina – realização de neovaginoplastia – em razão da idade da paciente.
- 116.** O diagnóstico diferencial deve ser feito com outras situações em que a paciente apresenta amenorreia primária e caracteres sexuais secundários desenvolvidos, como ausência congênita de útero e vagina, atresia vaginal isolada com síndrome da insensibilidade androgênica, septo vaginal transverso com hímen imperfurado ou síndrome de Sheehan (apoplexia hipofisária).
- 117.** Se confirmado o diagnóstico de síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser, caso a paciente deseje ter filhos, pode ser encorajada à adoção e apresentada a possibilidade de ter filhos biológicos por meio da técnica de reprodução assistida, uma vez que, por possuírem ovários funcionantes, as mulheres com essa síndrome podem produzir óvulos normais.

Uma paciente de 28 anos de idade, primigesta, foi submetida à aspiração manual intrauterina (AMIU) há seis meses em razão de abortamento espontâneo retido em gestação de oito semanas de idade gestacional. Procura atendimento ambulatorial ginecológico em virtude de amenorreia secundária desde o procedimento AMIU realizado. Ao exame especular e ao toque vaginal, apresenta colo uterino, secreção vaginal e palpação de útero e anexos sem alterações.

Acerca desse caso clínico e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 118.** Há suspeita de sinequias intrauterinas graves ou síndrome de Asherman, cujas manifestações clínicas mais comuns são irregularidades menstruais ou amenorreia, dor pélvica crônica, infertilidade, abortamentos de repetição e outras complicações obstétricas.
- 119.** A amenorreia pode surgir por obliteração total do canal cervical e consequente interrupção do fluxo menstrual ou quando ocorre destruição total do endométrio, incluindo a camada basal, seguida de fibrose extensa e obliteração de toda a cavidade uterina.

- 120.** A histeroscopia cirúrgica tem maior acuidade para confirmar a presença, a extensão e o grau das sinequias intrauterinas, bem como avaliar a qualidade do endométrio restante, entretanto tal exame não permite uma visualização direta da cavidade uterina.

Área livre