

**GRUPO - GINECOLOGIA E
OBSTETRÍCIA**

(Endoscopia Ginecológica; Ginecologia e Obstetrícia; Mamografia; Mastologia; Medicina Fetal; Sexologia; Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia)

PROVA TIPO 1 – BRANCA**SUA PROVA**

Além deste caderno de questões contendo **60 (sessenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala o cartão de respostas.

As questões objetivas têm **5 (cinco)** opções de resposta (A, B, C, D e E) e somente uma delas está correta.

**TEMPO**

- **4 (quatro) horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação do cartão de respostas**.
- **2 (duas) horas** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, levando o Caderno de Questões.
- Em hipótese alguma o(a) candidato(a) poderá levar o Caderno de Questões antes do horário permitido.

**NÃO SERÁ PERMITIDO**

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova.
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões.

**INFORMAÇÕES GERAIS**

- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências.
- No cartão de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preenchê-lo.
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado no cartão de respostas.
- Confira a cor e o tipo do seu Caderno de Questões. Caso tenha recebido Caderno de Questões com cor ou tipo diferente do impresso em seu cartão de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e **não será permitida a substituição do cartão de respostas em caso de erro cometido por você.**
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas no cartão de respostas.
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

Boa prova!

CONHECIMENTOS BÁSICOS

Língua Portuguesa

1

Observe a conclusão de um texto sobre problemas médicos no Brasil.

Os problemas médicos no Brasil são complexos e multifacetados, envolvendo questões de acesso, qualidade e estrutura do sistema de saúde. É fundamental que haja melhorias contínuas e investimentos para garantir um atendimento de saúde mais equitativo e eficaz para toda a população.

A afirmativa correta sobre a estruturação ou a significação do texto acima é que

- (A) os adjetivos “complexos” e “multifacetados” são redundantes, expressando a mesma realidade.
- (B) a forma de gerúndio “envolvendo” poderia ser adequadamente substituída por “embora envolvam”.
- (C) a conclusão desse texto faz um resumo dos aspectos certamente tratados anteriormente.
- (D) o problema da automedicação está indiretamente tratado no corpo do texto de conclusão.
- (E) apesar de ser um texto crítico, o autor não faz referência a providências que devem ser tomadas para resolver os problemas citados.

2

Um aspecto interessante da língua escrita é a preferência pela voz ativa em lugar da passiva, ainda que essa seja útil em várias situações, já que a voz ativa torna a frase mais direta, objetiva e concisa.

Assinale a frase que exemplifica um tipo de voz passiva.

- (A) Os profissionais da saúde ajudam-se uns aos outros, ajudando os pacientes.
- (B) Indicam-se remédios aos doentes, segundo informações científicas dos laboratórios.
- (C) Todos os médicos tinham chegado à reunião na hora marcada pelo cirurgião-chefe.
- (D) Precisa-se de muita dedicação e conhecimento para o trabalho na área da saúde.
- (E) Todas as pessoas sentadas na sala de espera dos hospitais trazem alguma necessidade de ajuda.

3

Observe o diálogo abaixo, entre um mecânico de automóveis e um cliente já conhecido:

- Opa! Como é que tá?
- Opa! Tudo bem seu Cloves?
- Tudo bem. E o carro?
- Dei uma olhada... o barulho embaixo é do escapamento... tá furado... o barulho na frente é da junta do motor... precisa trocar... também é bom trocar o limpador de para-brisas... tá velho... e aí...
- E a embreagem?
- Já consertei... Essa mancha é de alguma coisa que deixaram cair e não sai... Já esfreguei pra burro!
- Puxa!

Assinale a opção em que há uma característica da língua falada **erradamente** exemplificada.

- (A) Problemas com a norma culta: “também é bom trocar o limpador de para-brisas”.
- (B) Emprego de expressões populares: “Já esfreguei pra burro!”.
- (C) Referências a realidades presentes na situação de comunicação: “Essa mancha é de alguma coisa que deixaram cair”.
- (D) Formas popularmente abreviadas: “Como é que tá?”.
- (E) Imprecisão: “o barulho na frente é da junta do motor... precisa trocar...”.

4

As frases a seguir mostram expressões populares bastante utilizadas na língua falada.

Assinale a opção em que a expressão sublinhada foi corretamente substituída por uma expressão formal equivalente.

- (A) Essa chuva diária está me enchendo o saco! / me trazendo preocupações.
- (B) Essa corrupção já deu! / deve ser interrompida.
- (C) Acho que aquela empresa está indo pro brejo! / na hora de aumentar os investimentos.
- (D) E aí, maré mansa? / com boa saúde.
- (E) Não posso ir, não, estou duro! / estou desempregado.

5

As frases a seguir mostram uma palavra sublinhada no plural. Assinale a única frase em que essa forma pluralizada está correta.

- (A) As únicas testemunhas-chaves do crime ainda não haviam feito seus depoimentos.
- (B) Em todas as épocas, os uniformes escolares daquele instituto tinham saias azuis e blusas rosas.
- (C) Diante daquela loja em liquidação, formaram-se duas filas-monstros.
- (D) Os sapatos de todos os funcionários eram obrigatoriamente marrom-escuros.
- (E) Os automóveis recéns-chegados eram os mais caros da empresa.

6

As frases a seguir mostram imprecisão pelo emprego de uma palavra de conteúdo geral (destacada).

Assinale a frase em que a substituição dessa palavra por uma palavra mais específica é feita de forma adequada.

- (A) O gerente falou que a vitamina de frutas feita naquele **negócio** ficou muito boa / instrumento.
- (B) A funcionária reclamou que o ferro de passar tinha um **troço** na parte traseira que ela não conhecia / peça.
- (C) Os funcionários da fábrica reclamaram que não viam serventia em botar aquele **bagulho** no uniforme / objeto.
- (D) A investigação da polícia parecia minuciosa, mas os detentos consideraram aquela **coisa** muito estranha / estratégia.
- (E) No laboratório de Física havia um grande número de **trecos** que raramente eram utilizados / máquinas.

7

Um motivo de imprecisão ocorre quando há uma troca indevida entre parônimos ou homônimos, como a que ocorre, com a palavra sublinhada, no seguinte caso:

- (A) Para surpresa de todos os presentes no julgamento, o juiz absolveu o réu. (absolver / absorver).
- (B) O conferencista atuou com muita discrição, o que motivou muitos elogios. (discrição / descrição).
- (C) Correndo, o menino conseguiu que sua pipa ascendesse rapidamente e ficou contente (ascender / acender).
- (D) O trator, desgovernado, ao ir ao encontro do barranco, deixou de funcionar (ao encontro de / de encontro ao).
- (E) Os EUA estão combatendo a imigração ilegal, já que é uma causa de grandes prejuízos (imigração / emigração).

8

Um meio de obter-se uma boa expressão escrita é o emprego de frases curtas e diretas, pois isso facilita a leitura e ajuda o leitor a reter a informação prestada. Nas frases a seguir foram feitas modificações, a fim de melhorá-las nesse aspecto.

Assinale a frase em que isso foi feito de forma **não** conveniente, por prejudicar o sentido original.

- (A) A ideia, que havia surgido no dia anterior, que fora rechaçada pela maioria dos membros do partido, voltou sob nova forma e foi aceita / A ideia da véspera, rechaçada pela maioria do partido, voltou sob nova forma e foi aceita.
- (B) A velhinha, que conduzia uma lambreta, atravessava todos os dias da semana a fronteira entre dois estados, transportando um saco no assento traseiro da lambreta / a velhinha, numa lambreta, atravessava diariamente a fronteira, com um saco no assento traseiro.
- (C) O rio, que corria de uma extremidade a outra do vale entre as montanhas, tinha uma água totalmente límpida que ainda não havia sido contaminada pela poluição / O rio, correndo pelo vale, tinha água límpida.
- (D) Os galhos da goiabeira, que pendiam sobre a corrente de água do regato, se refletiam na superfície da água, embelezando duplamente a paisagem do local / os galhos da goiabeira que pendiam sobre o regato, se refletiam nele, embelezando duplamente a paisagem.
- (E) O livro editado em pequenas páginas e com letras bem miúdas, tinha uma bela aparência, que encantava os leitores, mas trazia alguns problemas de leitura / O livro tinha uma bela aparência, mas trazia problemas de leitura.

9

A correção faz parte da boa escrita.

Assinale a frase que exemplifica o correto emprego gramatical da língua.

- (A) Não sou daqueles que gostam de jogo com muitos gols.
- (B) Havia muitos transeuntes na avenida em função do bloco carnavalesco que acabara de passar.
- (C) Aconteceram uma série de acidentes de trânsito na nova rodovia.
- (D) Parece que o grupo não quiseram contribuir com os gastos da festa.
- (E) Os livros parecem que estão dormindo na estante da biblioteca escolas, pois ninguém os consulta.

10

Todas as frases abaixo mostram um substantivo sublinhado e, na continuidade, um termo semanticamente correspondente a esse substantivo, de forma culta.

A frase em que essa correspondência foi feita de forma correta, é:

- (A) Se tem problemas nos rins, procure um reumatologista.
- (B) Se tem problemas no pulmão, procure um pneumologista.
- (C) Se tem problemas no figado, procure um dermatologista.
- (D) Se tem problemas nos ouvidos, procure um oncologista.
- (E) Se tem problemas nos pés, procure um pediatra.

Legislação EBSERH

11

Uma Universidade Federal decidiu transferir a gestão de seu hospital universitário para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Durante reunião do conselho universitário, alguns membros levantaram dúvidas sobre a natureza jurídica da empresa e o tipo de assistência prestada.

Considerando a legislação vigente, é correto afirmar que a Ebserh é uma

- (A) autarquia federal vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pela gestão exclusiva de hospitais universitários federais.
- (B) empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, criada para prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar no âmbito do SUS e apoiar atividades de ensino e pesquisa.
- (C) fundação pública vinculada ao Ministério da Educação, responsável por administrar hospitais universitários mediante financiamento exclusivamente privado.
- (D) sociedade de economia mista vinculada ao Ministério da Educação, podendo prestar assistência tanto no SUS quanto na rede privada.
- (E) empresa pública vinculada ao Ministério da Saúde, com autonomia para cobrar diretamente pelos serviços prestados em hospitais universitários.

12

Durante auditoria institucional, foi analisada a estrutura de governança da Ebserh com o objetivo de verificar a existência de instâncias responsáveis pela supervisão estratégica da empresa.

De acordo com o Estatuto Social da Ebserh, o órgão responsável por deliberar sobre diretrizes estratégicas e por supervisionar a gestão da Diretoria Executiva é o(a)

- (A) Conselho Fiscal.
- (B) Comitê de Ética.
- (C) Conselho Consultivo.
- (D) Conselho de Administração.
- (E) Assembleia Hospitalar Universitária.

13

Um servidor da Ebserh recebeu de um fornecedor de equipamentos hospitalares um presente de alto valor após a assinatura de um contrato de fornecimento para o hospital universitário.

À luz do Código de Ética e Conduta da Ebserh, essa situação caracteriza

- (A) prática aceitável desde que o presente seja declarado à chefia imediata.
- (B) conduta permitida quando o contrato já estiver formalmente concluído.
- (C) prática permitida apenas quando se tratar de fornecedor internacional.
- (D) procedimento regular, desde que não haja impacto direto no processo licitatório.
- (E) situação que pode configurar conflito de interesses e violação aos princípios éticos da instituição.

14

Um Hospital Universitário administrado pela Ebserh necessita ampliar rapidamente sua equipe de profissionais de Enfermagem devido à abertura de novos leitos.

A superintendência solicitou orientação sobre a forma de contratação de novos empregados.

De acordo com o Regulamento de Pessoal da Ebserh, o ingresso de empregados na empresa ocorre

- (A) por indicação das Universidades Federais conveniadas.
- (B) por contratação temporária sem processo seletivo em situações emergenciais.
- (C) mediante concurso público, com regime jurídico regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).
- (D) por nomeação direta do Ministério da Educação.
- (E) mediante processo seletivo simplificado conduzido pelas universidades.

15

Um empregado da Ebserh foi acusado de descumprir normas institucionais e de adotar conduta incompatível com as regras administrativas do Hospital Universitário.

Para a apuração formal da conduta e garantia do contraditório e da ampla defesa, a administração decidiu instaurar procedimento disciplinar conforme as normas internas da empresa.

Segundo a Norma Operacional de Controle Disciplinar da Ebserh, a apuração de infrações disciplinares pode ocorrer por meio de

- (A) sindicância ou processo administrativo disciplinar.
- (B) auditoria administrativa e decisão direta da diretoria.
- (C) avaliação de desempenho extraordinária.
- (D) procedimento sumário conduzido pela chefia imediata.
- (E) análise exclusiva do Conselho Fiscal.

Políticas Públicas de Saúde e Educação

16

Considerando os fatores determinantes para a Reforma Sanitária Brasileira, analise as afirmativas a seguir e assinale (V) para a verdadeira e (F) para a falsa.

- () A crise do modelo previdenciário centralizado, associada à expansão da assistência privada, articulou-se à formulação de uma crítica baseada na medicina social e na análise histórico-estrutural da saúde.
- () A Reforma Sanitária estruturou-se a partir da adoção da teoria funcionalista do Estado, orientada pela racionalização administrativa e pela busca de equilíbrio institucional no setor saúde.
- () A abertura política da década de 1970, combinada à reorganização dos movimentos sociais, favoreceu a consolidação de um projeto que relacionava saúde, democracia e transformação das estruturas sociais.

As afirmativas são, respectivamente,

- (A) V – F – F.
- (B) F – V – V.
- (C) V – F – V.
- (D) F – F – V.
- (E) V – V – F.

17

Tendo em vista os mecanismos institucionais de participação no âmbito do Sistema Único de Saúde, leia hipotética a situação a seguir.

Camila participou, como representante dos profissionais de saúde, de uma instância colegiada municipal convocada para ocorrer naquele quadriênio. Durante o encontro, foi realizada avaliação ampla da situação de saúde do município, com apresentação de diagnósticos gerais e, ao final, foram propostas diretrizes para subsidiar a formulação da política de saúde nos anos subsequentes.

De acordo com a descrição apresentada, a instância indicada na situação acima é o(a)

- (A) Conselho Municipal de Saúde.
- (B) Fórum Permanente de Planejamento Regional.
- (C) Comissão Intergestores Bipartite.
- (D) Mesa de Negociação Permanente do SUS.
- (E) Conferência Municipal de Saúde.

18

A Resolução RDC nº 36/2013, da ANVISA, institui ações para a promoção da segurança do paciente e apresenta conceitos relacionados à gestão de risco nos serviços de saúde.

Considerando as definições estabelecidas na norma, um exemplo de evento adverso é a administração de medicamento

- (A) em dose incorreta, resultando em insuficiência renal aguda no paciente internado.
- (B) com atraso na prescrição, sem gerar complicações para o paciente internado.
- (C) conforme prescrição, com registro incompleto no prontuário do paciente internado.
- (D) com orientação incompleta da equipe assistencial ao paciente internado.
- (E) em dose incorreta, identificada antes da infusão completa no paciente internado.

19

Com relação às características do Sistema Único de Saúde (SUS), avalie as afirmativas a seguir.

- I. O sistema público de saúde instituído pela Constituição de 1988 rompeu com o modelo anterior restrito aos trabalhadores formais, passando a garantir acesso a toda a população.
- II. A organização do sistema, desde sua criação, passou a considerar as desigualdades sociais e regionais como critério para definição de prioridades na oferta de ações e serviços.
- III. A organização estabelecida a partir de 1988 definiu que toda decisão sobre políticas de saúde seria centralizada na esfera federal, de modo a garantir uniformidade administrativa.

Está correto o que se afirma em

- (A) I e III, apenas.
- (B) II e III, apenas.
- (C) II, apenas.
- (D) I e II, apenas.
- (E) I, II e III.

20

A Resolução CNS nº 553/2017 estabelece a Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, dispondo sobre responsabilidades individuais no âmbito do cuidado.

Assinale a opção que apresenta uma violação dos deveres da pessoa usuária.

- (A) Solicitar substituição do profissional responsável durante atendimento hospitalar regular.
- (B) Recusar procedimento terapêutico após esclarecimento adequado da equipe assistencial.
- (C) Omitir informação sobre alergia medicamentosa relevante durante atendimento hospitalar regular.
- (D) Registrar reclamação formal sobre atendimento recebido junto à ouvidoria institucional.
- (E) Solicitar acesso ao próprio prontuário médico durante acompanhamento ambulatorial regular.

21

Leia a situação hipotética a seguir.

Em um hospital geral de médio porte, foi identificado que um paciente recebeu dose duplicada de um anticoagulante após falha na comunicação durante a troca de plantão. O erro foi percebido horas depois, sem ocorrência de dano grave. A direção da instituição solicita que o Núcleo de Segurança do Paciente proponha medidas imediatas.

Com base no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o encaminhamento prioritário deve ser

- (A) formalizar advertência ao profissional envolvido e reforçar, em reunião de equipe, a necessidade de atenção redobrada na etapa de administração.
- (B) registrar o fato apenas no prontuário do paciente e restringir o relato às chefias imediatas, a fim de evitar repercussões institucionais indevidas.
- (C) notificar o incidente no sistema aplicável, analisar fatores contribuintes e revisar o processo de comunicação nas transições do cuidado assistencial.
- (D) determinar dupla checagem médica para todas as prescrições da Unidade, independentemente do risco do fármaco e do contexto do atendimento prestado.
- (E) abrir apuração administrativa e afastar preventivamente a equipe do plantão, mantendo a medida até a conclusão do procedimento interno formal.

22

O Decreto nº 7.508/2011 define conceitos relativos à organização do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a articulação interfederativa e a regionalização das ações e serviços.

Assinale a opção que descreve corretamente uma Região de Saúde.

- (A) Conjunto de serviços municipais organizado para integrar ações assistenciais e planejamento sanitário local.
- (B) Agrupamento de municípios limítrofes organizado para integrar ações, serviços e planejamento sanitário regional.
- (C) Rede hospitalar estadual organizada para integrar serviços especializados e metas assistenciais definidas.
- (D) Área administrativa regional organizada para integrar contratos, metas assistenciais e execução orçamentária.
- (E) Estrutura integrada de estabelecimentos públicos e privados organizada para executar programas estratégicos nacionais.

23

A NOB/RH-SUS prevê que a gestão do trabalho no SUS deve obedecer ao princípio da participação bilateral.

Assinale a opção que descreve corretamente esse princípio.

- (A) Pactuação conjunta de diretrizes sobre carreira e condições laborais.
- (B) Definição de critérios remuneratórios pela gestão administrativa.
- (C) Deliberação de vantagens funcionais pelos trabalhadores organizados.
- (D) Homologação de acordos trabalhistas pelo gestor responsável.
- (E) Estabelecimento de normas internas pela secretaria competente.

24

O Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado constitucionalmente por um conjunto de princípios e diretrizes que orientam sua organização, seu funcionamento e sua oferta de ações e serviços.

Assinale a opção que apresenta uma ação ***incompatível*** com as diretrizes do SUS.

- (A) Implantação de central de regulação regional para organizar o acesso a consultas e exames entre municípios de uma mesma região de saúde.
- (B) Realização de conferência municipal de saúde com participação de usuários, trabalhadores e gestores para definição de prioridades locais.
- (C) Organização de fila paralela para determinados procedimentos com base em critérios definidos internamente pela gestão local.
- (D) Estruturação de rede municipal com integração entre Atenção Básica e serviços especializados por meio de fluxos de referência definidos.
- (E) Pactuação entre os gestores do sistema para redistribuição de recursos financeiros conforme indicadores epidemiológicos regionais.

25

Leia a situação hipotética a seguir.

Durante atendimento em Unidade Básica de Saúde, um homem transexual solicitou encaminhamento para mastectomia. O profissional informou que o procedimento não poderia ser ofertado pelo SUS, pois se trataria de demanda estética não relacionada à saúde.

A atitude do profissional de saúde está

- (A) inadequada, pois a decisão sobre cirurgias depende exclusivamente de autorização prévia estadual.
- (B) adequada, pois procedimentos com finalidade estética não integram as ações regulares do SUS.
- (C) inadequada, pois toda solicitação apresentada pelo usuário deve ser imediatamente atendida.
- (D) adequada, pois procedimentos corporais específicos exigem autorização judicial prévia.
- (E) inadequada, pois desconsidera parâmetros técnicos previstos na política pública vigente.

26

Com base no Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018), avalie as afirmativas a seguir e assinale (V) para a verdadeira e (F) para a falsa.

- () O médico pode recusar-se a exercer a profissão em instituição pública ou privada quando as condições de trabalho não forem dignas, devendo comunicar formalmente sua decisão ao Conselho Regional competente.
- () É vedado ao médico divulgar, fora do meio científico, método terapêutico ainda não reconhecido por órgão competente, ainda que a divulgação tenha finalidade apenas educativa.
- () O médico deve empregar todos os recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis nas situações clínicas irreversíveis, ainda que tais medidas não garantam benefício proporcional ao paciente.

As afirmativas são, respectivamente,

- (A) V – F – V.
- (B) V – V – F.
- (C) F – V – V.
- (D) V – F – F.
- (E) F – V – F.

27

A Bioética parte do pressuposto de que nem tudo o que é cientificamente possível é também eticamente aceitável, exigindo que os avanços técnicos sejam avaliados quanto ao respeito à dignidade da pessoa humana.

Assinale a opção que exemplifica uma ação cientificamente possível, porém eticamente inaceitável.

- (A) Oferta de tratamento capaz de restaurar completamente funções orgânicas perdidas, ainda que inexistam recursos técnicos para a intervenção.
- (B) Implementação de protocolo clínico experimental com aprovação institucional e monitoramento contínuo dos riscos envolvidos no procedimento.
- (C) Suspensão de intervenção considerada fútil após deliberação multiprofissional e registro fundamentado da decisão no prontuário do paciente.
- (D) Utilização de técnica avançada de diagnóstico, acompanhada de esclarecimento prévio quanto aos limites e implicações do exame.
- (E) Utilização de recurso tecnológico capaz de prolongar funções vitais de forma indefinida, independentemente do estado concreto de saúde do paciente.

28

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra estabelece diretrizes voltadas ao combate contra o racismo institucional e à redução das desigualdades étnico-raciais no âmbito do SUS.

Assinale a opção que apresenta uma medida adequada à referida política.

- (A) Implementação de metas específicas para redução de desigualdades étnico-raciais em saúde.
- (B) Exclusão do quesito cor dos sistemas de informação para evitar distinções administrativas.
- (C) Centralização das ações de saúde da população negra em serviços especializados estaduais.
- (D) Restrição das ações da política às comunidades quilombolas reconhecidas pelo Estado.
- (E) Substituição das diretrizes gerais do SUS por protocolos específicos para a população negra.

29

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) referem-se a um conjunto de condições que influenciam diretamente a distribuição das doenças e dos fatores de risco na população.

Assinale a opção que exemplifica corretamente um DSS.

- (A) Elevada prevalência de hipertensão arterial associada ao envelhecimento progressivo da população brasileira.
- (B) Aumento do consumo de bebidas alcoólicas decorrente de adversidades emocionais na vida adulta.
- (C) Diagnóstico tardio de neoplasias relacionado à baixa procura espontânea por serviços assistenciais especializados.
- (D) Elevação das taxas de obesidade associada ao menor custo relativo de alimentos ultraprocessados.
- (E) Maior ocorrência de diabetes vinculada à presença de histórico familiar e predisposição genética.

30

Avalie se as diretrizes do HumanizaSUS incluem:

- I. implantação de modelo decisório que concentra na chefia a prerrogativa de alterar rotinas, com o objetivo de garantir maior eficiência no atendimento ao público;
- II. instituição de espaços regulares de deliberação coletiva para discutir impasses do cotidiano e redefinir responsabilidades entre trabalhadores, gestores e usuários;
- III. reorganização do acesso com redefinição dos critérios de entrada no serviço, priorizando necessidades avaliadas no momento do atendimento.

É compatível com o escopo do HumanizaSUS o que se indica em

- (A) II e III, apenas.
- (B) I, II e III.
- (C) I e III, apenas.
- (D) II, apenas.
- (E) I e II, apenas.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

31

Mulher de 61 anos, menopausada há 8 anos, com antecedente de câncer de mama hormônio-dependente (com receptores de estrogênio e progesterona positivos), tratada há 4 anos com mastectomia, quimioterapia adjuvante e radioterapia, encontra-se em uso de inibidor de aromatase (letrozol) há 3 anos, com previsão de manutenção por mais 2 anos. Evolui com síndrome urogenital da menopausa grave, caracterizada por dispareunia incapacitante, fissuras vaginais recorrentes, ardor intenso e sintomas urinários irritativos, refratários a lubrificantes e hidratantes vaginais não hormonais utilizados de forma adequada.

À luz das evidências atuais e das recomendações para mulheres com história de câncer de mama em uso de inibidor de aromatase, é correto afirmar que

- (A) o uso de estrogênio vaginal em qualquer dose é absolutamente contraindicado em mulheres em uso de inibidor de aromatase, independentemente da gravidade dos sintomas.
- (B) o uso de estrogênio vaginal em dose ultrabaixa pode ser considerado em situações excepcionais, desde que haja falha terapêutica das opções não hormonais, discussão formal dos riscos e benefícios e decisão compartilhada com a paciente e o oncologista.
- (C) só está liberado para essa paciente o uso de lubrificantes e hidratantes vaginais não hormonais.
- (D) a terapia vaginal com laser é considerada alternativa preferencial ao estrogênio vaginal, por apresentar eficácia superior e segurança comprovada em mulheres em uso de inibidores de aromatase.
- (E) a interrupção temporária do inibidor de aromatase durante o uso de estrogênio vaginal elimina o risco de elevação estrogênica sistêmica e é recomendada nos casos refratários de síndrome urogenital da menopausa.

32

Mulher de 34 anos, G2P2, comparece à consulta com queixa de corrimento transvaginal persistente há 6 semanas associado a sangramento pós-coital, dispareunia profunda e discreta dor pélvica crônica. Nega febre. Refere tratamento prévio, em outro serviço, com azitromicina dose única e posteriormente ceftriaxona + doxiciclina, sem melhora clínica. Relata vida sexual ativa, parceiro fixo há 1 ano, nega infecções sexualmente transmissíveis prévias conhecidas.

Não faz uso de contraceptivos hormonais, mas usa dispositivo intrauterino (DIU) há 4 anos. Exame ginecológico revela colo uterino hiperemiado, friável, com secreção mucopurulenta, sangramento fácil ao toque e ausência de lesões ulceradas. Toque bimanual sem sinais de doença inflamatória pélvica. Exames realizados: Teste de Amplificação de Ácidos Nucleicos (NAAT) para *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*: negativos. Teste rápido para HIV e sífilis: negativos. Bacterioscopia vaginal: microbiota mista, sem critérios para vaginose bacteriana. Citologia oncológica: negativa para malignidade.

Diante da persistência dos sintomas e da falha terapêutica, o agente etiológico mais provável e a conduta mais adequada nesse caso são:

- (A) *Ureaplasma urealyticum* e tratamento com azitromicina em dose repetida.
- (B) *Actinomyces israelii* e retirada do DIU e antibioticoterapia prolongada.
- (C) *Herpes simplex virus tipo 2* e tratamento empírico com aciclovir por 7 dias.
- (D) *Trichomonas vaginalis* e tratamento com metronidazol 2 g dose única.
- (E) *Mycoplasma genitalium* e confirmação por NAAT específico e tratamento guiado por resistência.

33

Mulher de 58 anos, menopausada há 6 anos, obesa grau I, com antecedente de dois partos vaginais instrumentais, refere perda urinária aos esforços associada, nos últimos 8 meses, a episódios de urgência miccional com perdas precedidas de forte desejo de urinar. Relata noctúria (2–3 episódios/noite) e sensação ocasional de esvaziamento vesical incompleto. Nega infecções urinárias recentes. Ao exame físico, observa-se discreto prolapso anterior (*Pelvic Organ Prolapse Quantification* / POP-Q estágio II), teste de esforço negativo em repouso e positivo apenas com bexiga repleta.

Foi realizada urodinâmica multicanal, que demonstrou capacidade cistométrica máxima: 420 mL; sensibilidade vesical preservada; contrações detrusoras involuntárias fásicas durante o enchimento, associadas a desejo miccional súbito; pressão de perda ao esforço (VLPP): 85 cm H₂O; fluxo máximo reduzido (Q_{max} 11 mL/s), com pressão detrusora normal e resíduo pós-miccional: 90 mL.

Com base nos achados clínicos e urodinâmicos, é correto afirmar que

- (A) o diagnóstico é de incontinência urinária de esforço pura, sendo indicada cirurgia anti-incontinência como tratamento inicial.
- (B) o quadro é compatível com hiperatividade detrusora isolada, devendo-se excluir completamente componente esfinteriano.
- (C) trata-se de incontinência urinária mista, com predomínio do componente de esforço, e a urodinâmica contraindica tratamento cirúrgico.
- (D) o diagnóstico é de incontinência urinária mista, e a presença de hiperatividade detrusora não contraindica cirurgia, devendo o tratamento ser individualizado.
- (E) os achados indicam disfunção miccional obstrutiva funcional, sendo o tratamento cirúrgico prioritário.

34

Paciente do sexo feminino, 18 anos, procura atendimento por ausência de menarca. Refere crescimento estatural adequado, sem atraso cognitivo. Nega cefaleia, alterações visuais ou galactorreia. Ao ser questionada, relata incapacidade de perceber odores desde a infância. Nega uso de medicamentos.

Ao exame físico: estatura e IMC dentro da normalidade, desenvolvimento mamário Tanner I, ausência de pelos pubianos e axilares, genitália externa feminina normal.

Exames complementares: β-hCG: negativo, FSH: baixo, LH: baixo, Estradiol: baixo, TSH e prolactina: normais, Cariótipo: 46,XX; ultrassonografia pélvica evidenciando útero infantil, ovários pequenos.

Com base nos dados clínicos e laboratoriais, o diagnóstico mais provável é

- (A) síndrome de Turner.
- (B) insuficiência ovariana primária.
- (C) hipogonadismo hipogonadotrófico isolado (Síndrome de Kallmann).
- (D) síndrome de insensibilidade completa aos androgênios.
- (E) amenorreia hipotalâmica funcional.

35

Mulher de 26 anos, previamente hígida, comparece ao serviço com queixa de dor pélvica baixa, corrimento vaginal aquoso e sangramento vaginal pós-coital há 5 dias. Refere também febre (38,2 °C), mal-estar geral, mialgia e disúria. Iniciou vida sexual com novo parceiro há cerca de 10 dias e nega episódios prévios semelhantes.

Ao exame ginecológico observa-se: colo uterino intensamente hiperemiado, friável, com múltiplas áreas puntiformes esbranquiçadas e erosões superficiais, algumas com aspecto vesicular; sangramento fácil ao toque; secreção cervical serossanguinolenta. Exame bimanual: discreta dor à mobilização do colo, sem sinais de doença inflamatória pélvica estabelecida. Exames laboratoriais: Hemograma: leucocitose discreta com linfocitose; PCR: elevada; Teste de Amplificação de Ácidos Nucleicos (NAAT) para *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*: negativos; Sorologia para sífilis e HIV: negativas; Urina tipo I: leucocitúria leve, urocultura negativa. Diante da suspeita clínica, optou-se por não aguardar demais exames laboratoriais solicitados para confirmação etiológica antes da conduta.

Diante do quadro clínico e dos achados laboratoriais, o tratamento mais adequado é

- (A) aciclovir por via oral por 7 a 10 dias.
- (B) azitromicina 1 g por via oral em dose única.
- (C) ceftriaxona intramuscular.
- (D) metronidazol por via oral por 7 dias.
- (E) doxiciclina por 14 dias, associada a metronidazol.

36

Mulher de 46 anos, assintomática, sem história pessoal ou familiar de câncer de mama, realiza mamografia de rastreamento.

O exame evidencia nódulo ovalado, de contornos bem circunscritos, densidade homogênea, semelhante à do parênquima fibroglandular, medindo 0,8 cm, localizado no quadrante súpero-externo da mama esquerda, sem espículas, sem distorção arquitetural e sem microcalcificações suspeitas, achado novo em relação ao exame anterior. Não há alterações cutâneas ou achados clínicos associados.

Diante desse achado mamográfico, a conduta mais adequada é

- (A) repetir a mamografia em 2 anos, mantendo o rastreamento habitual.
- (B) iniciar seguimento com ultrassonografia mamária.
- (C) solicitar ressonância magnética das mamas para afastar malignidade oculta.
- (D) repetir a mamografia em 6 meses, como parte do seguimento radiológico.
- (E) indicar biópsia percutânea da lesão para diagnóstico histopatológico devido suspeição radiológica de malignidade.

37

Mulher de 62 anos, menopausada há 12 anos, G3P3, procura atendimento por distensão abdominal progressiva, sensação de plenitude pós-prandial, saciedade precoce e perda ponderal não intencional nos últimos três meses. Nega sangramento vaginal. História familiar negativa para câncer ginecológico conhecido.

Ao exame físico: abdome globoso, com sinal do piparote positivo; toque vaginal: massa anexial direita, irregular, pouco móvel, dolorosa à palpação profunda.

Exames complementares: CA-125: 860 U/mL. Ultrassonografia transvaginal mostrando massa ovariana direita complexa, medindo 9,5 cm, componentes sólidos e císticos, septações espessas, presença de papilas intracísticas e ascite moderada. Tomografia computadorizada de abdome e pelve: implantes peritoneais difusos, espessamento omental (“omental cake”), linfonodos retroperitoneais aumentados. Função renal e hepática preservadas. Performance status ECOG 1.

Diante desse quadro, a conduta inicial mais adequada é

- (A) acompanhar clinicamente, repetindo exames de imagem em três meses para avaliar progressão.
- (B) solicitar biópsia percutânea da massa ovariana para confirmação histológica antes de qualquer tratamento.
- (C) indicar cirurgia primária de citorredução máxima, independentemente da extensão da doença.
- (D) realizar ooforectomia bilateral isolada, preservando útero e omento, devido ao risco cirúrgico elevado.
- (E) iniciar quimioterapia neoadjuvante, seguida de cirurgia de intervalo, após confirmação histológica minimamente invasiva.

38

Mulher de 48 anos, com carcinoma invasivo da mama esquerda medindo 3,5 cm, sem metástases à distância, linfonodo axilar clinicamente negativo. Imuno-histoquímica: RE negativo, RP negativo, HER2 negativo. Estadiamento clínico: T2N0M0.

A estratégia terapêutica inicial mais adequada é

- (A) cirurgia primária seguida de quimioterapia adjuvante.
- (B) quimioterapia neoadjuvante.
- (C) radioterapia exclusiva.
- (D) terapia alvo anti-HER2 associada à quimioterapia.
- (E) hormonoterapia adjuvante.

39

Mulher de 33 anos, nuligesta, com diagnóstico de endometriose profunda, apresenta dor pélvica crônica moderada e infertilidade há 2 anos. Exames mostram endometriomas ovarianos bilaterais de 3,5 cm e 4,0 cm, sem sinais de obstrução tubária completa. Reserva ovariana dentro da normalidade. A paciente expressa desejo reprodutivo imediato.

A melhor estratégia terapêutica nesse cenário é

- (A) tratamento hormonal contínuo com progestagênio por 6 a 12 meses antes de tentar gestação.
- (B) análogo de GnRH por 6 meses, seguido de tentativa espontânea de gravidez.
- (C) cirurgia laparoscópica para ressecção das lesões de endometriose, independentemente da estratégia reprodutiva.
- (D) encaminhamento direto para técnicas de reprodução assistida, sem tratamento prévio da endometriose.
- (E) individualizar a conduta, priorizando técnicas de reprodução assistida, evitando tratamento hormonal supressivo e indicando cirurgia apenas em situações selecionadas.

40

Mulher de 62 anos, múltipara, menopausada há 12 anos, refere sensação de “bola” vaginal, dificuldade miccional e episódios de infecção urinária de repetição. Ao exame ginecológico, observa-se prolapso uterino grau III, associado a cistocele avançada e retocele moderada. A paciente apresenta comorbidades clínicas (hipertensão arterial sistêmica e *Diabetes Mellitus* tipo 2, ambas controladas), vida sexual ativa e não deseja mais gestação. Questionada, refere incômodo significativo com o prolapso e desejo de tratamento definitivo.

A melhor estratégia terapêutica, considerando eficácia, risco cirúrgico e preservação da função sexual, é

- (A) pessário vaginal como tratamento definitivo.
- (B) histerectomia vaginal isolada.
- (C) colpocleise obliterativa.
- (D) correção cirúrgica do assoalho pélvico com histerectomia vaginal e reconstrução dos compartimentos.
- (E) tratamento conservador com fisioterapia do assoalho pélvico.

41

Gestante de 29 anos, G2P1, em pré-natal de risco habitual, apresenta sorologia positiva para HTLV-1, confirmada por teste confirmatório. Encontra-se assintomática, sem alterações neurológicas ou hematológicas. A gestação evolui sem intercorrências.

A principal orientação que deve ser fornecida ainda no pré-natal, com impacto comprovado na redução da transmissão vertical, é

- (A) programar cesariana eletiva como via de parto preferencial.
- (B) iniciar terapia antiviral durante a gestação.
- (C) orientar a suspensão do aleitamento materno após o parto.
- (D) indicar interrupção da gestação devido ao risco fetal.
- (E) prescrever imunoglobulina específica para o recém-nascido.

42

Mulher de 27 anos, G3P1A1, procura emergência com história de aborto incompleto há três dias, cursando com febre, dor hipogástrica, calafrios e secreção vaginal fétida.

Ao exame: PA 105/65 mmHg, FC 112 bpm, FR 22 irpm, temperatura axilar 38,9 °C. Encontra-se lúcida, sem sinais de choque. Exames laboratoriais iniciais mostram: Leucócitos: 19.800/mm³; PCR: 18 mg/dL; VHS: 78 mm/h; Procalcitonina: 3,2 ng/mL; Creatinina: 0,9 mg/dL; Lactato sérico: 2,4 mmol/L.

Considerando os critérios atuais de sepse, o achado laboratorial determinante para a abertura imediata do bundle de 1 hora do protocolo de sepse do *Surviving Sepsis Campaign* é

- (A) PCR.
- (B) VHS.
- (C) leucocitose.
- (D) lactato.
- (E) procalcitonina.

43

Mulher de 31 anos, G2POA1, com antecedente de salpingectomia direita por gravidez ectópica prévia, procura atendimento em emergência obstétrica por atraso menstrual e dor pélvica leve à esquerda, sem sangramento transvaginal. Encontra-se hemodinamicamente estável, sem sinais de irritação peritoneal. Dosagem de β -hCG inicial: 820 mUI/mL.

Após 48h, β -hCG: 610 mUI/mL. Ultrassonografia transvaginal evidencia massa anexial esquerda de 1,6 cm, sem embrião visível, sem líquido livre em cavidade peritoneal. A paciente manifesta desejo reprodutivo futuro.

A conduta mais adequada é

- (A) tratamento conservador expectante.
- (B) metotrexato 50 mg/m² em dose única.
- (C) metotrexato 1 mg/kg em dose única.
- (D) salpingostomia esquerda.
- (E) salpingectomia esquerda.

44

Mulher de 22 anos, G1P0, foi submetida a esvaziamento uterino para tratamento de mola hidatiforme completa, confirmada por exame histopatológico, fruto de uma gestação programada e desejada. Evoluiu bem no pós-operatório imediato, assintomática, sem sangramento transvaginal ou sinais clínicos de complicação.

Todavia, durante o seguimento pós-molar, foram obtidas as seguintes dosagens de β -hCG sérico: 1ª dosagem: 12.400 UI/L; 2ª dosagem (após 7 dias): 12.700 UI/L. Ultrassonografia pélvica não evidencia massa residual intrauterina, embora haja imagem hipervasculosa miometrial. Radiografia de tórax sem alterações.

A conduta mais adequada nesse momento é

- (A) seguimento semanal de β -hCG.
- (B) iniciar quimioterapia com metotrexato (MTX).
- (C) iniciar quimioterapia com actinomicina D (Act-D).
- (D) iniciar quimioterapia com EMA/CO (etoposide, MTX, Act-D, ciclofosfamida e oncovin).
- (E) histerectomia.

45

Gestante de 26 anos, G2P1, encontra-se em acompanhamento pré-natal regular. Apresenta sorologia inicial com FTA-ABS positivo e VDRL não reator. Refere história documentada de sífilis tratada adequadamente durante a gestação anterior, evolução clínica favorável e queda adequada dos títulos não treponêmicos à época. No momento, encontra-se assintomática, sem lesões cutaneomucosas, e o parceiro atual é o mesmo da gestação anterior, também adequadamente tratado.

A conduta mais adequada nesse momento é

- (A) repetir o FTA-ABS no 3º trimestre (em torno de 28 semanas).
- (B) repetir o VDRL no 3º trimestre (em torno de 28 semanas).
- (C) iniciar penicilina benzatina 2.400.000 UI, dose única.
- (D) iniciar penicilina benzatina 2.400.000 UI, duas doses semanais.
- (E) iniciar penicilina benzatina 2.400.000 UI, três doses semanais.

46

Gestante de 28 anos, G2P1, com 30 semanas de gestação, portadora de anemia falciforme (HbSS), procura emergência com dor óssea intensa em membros inferiores e região lombar há 24 horas, sem sinais de infecção. Ao exame: afebril, PA 115/70 mmHg, FC 110 bpm, SatO₂ 97% em ar ambiente. Ausculta pulmonar sem alterações. Hemoglobina 8,2 g/dL (habitual da paciente ~ 8,5 g/dL), leucócitos 13.000/mm³. Sem sinais de síndrome torácica aguda ou outras complicações.

A conduta mais adequada é

- (A) iniciar hidroxiureia para controle da crise.
- (B) oxigenoterapia de rotina, independentemente da saturação.
- (C) analgesia adequada, hidratação venosa e observação clínica.
- (D) transfusão sanguínea imediata.
- (E) prescrever anti-inflamatórios não esteroidais em altas doses.

47

Gestante de 26 anos, G1P0, com 32 semanas de gestação, procura atendimento no 5º dia de doença, com história de febre alta nos dias anteriores, cefaleia, mialgia intensa e dor retro-orbitária. Evoluiu nas últimas 24 horas com dor abdominal contínua, náuseas e vômitos persistentes e diminuição da ingesta oral. Nega sangramentos vaginais ou gengivais. Ao exame: PA 100/65 mmHg, FC 112 bpm, FR 22 irpm, temperatura 37,6 °C, extremidades frias. Exames laboratoriais: hematócrito: 46% (pré-natal inicial: 38%), plaquetas: 88.000/mm³, leucócitos: 3.000/mm³, AST/ALT: moderadamente elevadas. Teste rápido para dengue positivo.

A conduta mais adequada é

- (A) tratamento domiciliar com anti-inflamatório não esteroidal e hidratação oral.
- (B) tratamento domiciliar com hidratação oral e paracetamol.
- (C) tratamento domiciliar com dipirona e retorno ambulatorial em 48 horas.
- (D) internação hospitalar para hidratação venosa e monitorização materno-fetal.
- (E) antecipação do parto para evitar transmissão vertical.

48

Gestante de 29 anos, G3P2, com 24 semanas de gestação, moradora de rua, procura atendimento com tosse produtiva há 2 meses, emagrecimento, sudorese noturna e febre vespertina. Refere diagnóstico prévio de tuberculose pulmonar há 8 meses, tendo iniciado tratamento, porém abandonou o esquema após 2 meses. Não realizou seguimento.

Na avaliação atual, baciloscopia de escarro é positiva (++) e o teste molecular rápido para tuberculose detecta resistência à rifampicina. Radiografia de tórax compatível com TB ativa. A paciente encontra-se clinicamente estável, sem sinais de insuficiência respiratória. Sorologia para HIV negativa.

A conduta mais adequada é

- (A) manter apenas isolamento respiratório e suporte clínico até o parto.
- (B) reiniciar esquema com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol.
- (C) adiar tratamento até o puerpério devido ao potencial risco fetal das drogas de segunda linha.
- (D) iniciar tratamento para tuberculose resistente à rifampicina durante a gestação, em regime especializado.
- (E) indicar interrupção da gestação devido à tuberculose resistente.

49

Gestante de 34 anos, G2P1, com 37 semanas e 1 dia de gestação, previamente hígida, comparece à maternidade por cefaleia leve e mal-estar. Nega escotomas, epigastralgia intensa ou dispneia. Movimentos fetais presentes.

Ao exame: PA: 150 × 112 mmHg, confirmada após 15 minutos de repouso, FC: 88 bpm, FR: 18 irpm. Sistema respiratório normal. Exames laboratoriais: plaquetas: 92.000/mm³; AST: 86 U/L; ALT: 91 U/L; Creatinina: 1,3 mg/dL; Proteinúria: 3+ em fita; CTG: reativo. Ultrassonografia fetal: feto único, crescimento adequado, líquido amniótico normal.

A conduta mais adequada é

- (A) alta com anti-hipertensivo oral e seguimento ambulatorial semanal.
- (B) observação clínica por 24 horas sem medicação específica.
- (C) internação, iniciar anti-hipertensivo oral e aguardar evolução até 39 semanas.
- (D) internação, iniciar anti-hipertensivo venoso e sulfato de magnésio venoso e programar interrupção da gestação.
- (E) interrupção imediata da gestação por cesariana de emergência.

50

Gestante de 29 anos, G1P0, com 34 semanas de gestação, previamente hígida, procura emergência por cefaleia intensa de início súbito, associada a náuseas, turvação visual e episódio de confusão mental transitória nas últimas horas. Refere também um episódio breve de escotomas cintilantes. Nega trauma, febre ou uso de drogas ilícitas.

Ao exame: PA: 150 × 109 mmHg, confirmada após repouso; FC: 96 bpm; FR: 18 irpm; Glasgow 14 (desorientação temporoespacial leve); sem déficits motores focais. Exames laboratoriais iniciais: glicemia capilar: 60 mg/dL, eletrólitos: normais, relação proteinúria/creatininúria de 0,8. Ressonância magnética de encéfalo evidencia áreas de hipersinal em T2/FLAIR, bilaterais e simétricas, predominando nas regiões parieto-occipitais, com padrão compatível com edema vasogênico.

O diagnóstico mais provável é

- (A) enxaqueca com aura complicada.
- (B) hipoglicemia sintomática.
- (C) acidente vascular cerebral isquêmico.
- (D) síndrome leucoencefalopática posterior reversível.
- (E) hemorragia intracraniana.

51

Gestante de 31 anos, G2P1, com 28 semanas de gestação, sem comorbidades prévias, realizou teste oral de tolerância à glicose (TOTG 75 g) com os seguintes resultados: jejum: 104 mg/dL, 1 hora: 198 mg/dL, 2 horas: 162 mg/dL. Foi diagnosticado diabetes mellitus gestacional e orientada a iniciar dieta. Após duas semanas de acompanhamento, apresenta registros glicêmicos domiciliares: glicemias de jejum entre 102–108 mg/dL e glicemias pós-prandiais de 1h entre 145–160 mg/dL. Ultrassonografia obstétrica mostra feto único, peso estimado no percentil 70, líquido amniótico normal.

A conduta padrão-ouro nesse momento é

- (A) intensificar a dieta.
- (B) associar atividade física à dieta.
- (C) iniciar metformina.
- (D) iniciar glibenclamida.
- (E) iniciar insulina.

52

Primigesta de 26 anos, 39 semanas e 4 dias de gestação, em trabalho de parto espontâneo, sem comorbidades. Bolsa rota espontaneamente há 14 horas, líquido tinto de mecônio. Analgesia peridural instalada há 4 horas. Partograma mostra: dilatação completa há 4 horas, contrações uterinas 5–6 em 10 minutos, altura da apresentação estacionada em plano 0 há 3 horas, variedade de posição occipitoanterior, batimentos cardíacos fetais com diminuição da variabilidade. Peso fetal estimado: 4.500 g. Pelvimetria clínica sem alterações evidentes.

A conduta mais adequada nesse momento é

- (A) aguardar mais 2 horas, pois se trata de primigesta com analgesia.
- (B) iniciar ocitocina endovenosa para corrigir possível inércia uterina.
- (C) indicar parto operatório vaginal (fórcipe ou vácuo-extrator).
- (D) realizar manobra de Kristeller para auxiliar a descida fetal.
- (E) indicar cesariana.

53

Multigesta de 28 anos, G3P2, com 39 semanas e 2 dias de gestação, em trabalho de parto espontâneo, sem comorbidades. Bolsa rota espontaneamente há 6 horas, líquido claro com grumos. Refere 2 contrações em 10 minutos, durante 30 segundos. Não realizou analgesia. Ao exame obstétrico: dilatação cervical: 7 cm, apagamento: 90%, apresentação cefálica em plano +1, variedade de posição occipitoanterior, contrações uterinas: 2 em 10 minutos, batimentos cardíacos fetais normais, boa variabilidade. Peso fetal estimado: 3.300 g. Pelvimetria clínica adequada. Partograma mostra lentificação da progressão da dilatação, sem ultrapassar a linha de ação.

A conduta mais adequada nesse momento é

- (A) conduta expectante, sem intervenções.
- (B) iniciar ocitocina endovenosa.
- (C) realizar manobra de Kristeller para auxiliar a progressão.
- (D) indicar parto operatório vaginal com fórcipe.
- (E) indicar cesariana por falha de progressão

54

Primigesta de 24 anos, em trabalho de parto ativo, evolução satisfatória da dilatação cervical e dinâmica uterina adequada. Ao toque vaginal, observa-se apresentação cefálica com mento apoiado no manúbrio esternal, variedade de posição occipitoanterior. O plano do estreito médio é ultrapassado com a sutura sagital desviada posteriormente, aproximando-se do promontório.

A adaptação da cabeça fetal ao trajeto pélvico que explica o achado descrito é

- (A) assinclitismo anterior.
- (B) assinclitismo posterior.
- (C) sinclitismo.
- (D) rotação interna incompleta.
- (E) deflexão da apresentação.

55

Primigesta de 27 anos, com 40 semanas de gestação, encontra-se em trabalho de parto sob analgesia peridural. Evoluiu para dilatação cervical completa há 3 horas, com dinâmica uterina adequada. Ao exame obstétrico no período expulsivo, observa-se: apresentação cefálica fletida, variedade de posição occipitotransversa direita (OTD), altura da apresentação em plano +3 de DeLee, batimentos cardíacos fetais normais. Peso fetal estimado: 3.200 g. Pelvimetria clínica adequada. A paciente é cooperativa, faz puxos espontâneos durante a contração, ainda que não haja evolução do período expulsivo.

Considerando que a paciente começa a dar sinais de exaustão, a conduta mais adequada é

- (A) aguardar mais tempo, pois ainda há vitalidade fetal preservada.
- (B) realizar manobra de Kristeller associada aos puxos.
- (C) indicar a aplicação de fórceps.
- (D) indicar a aplicação do vácuo-extrator.
- (E) indicar cesariana por falha de progressão.

56

Gestante de 32 anos, G2P1, com 38 semanas de gestação, dá entrada na maternidade com queixa de dor abdominal súbita e intensa, associada a sangramento vaginal escuro em pequena quantidade. Refere diminuição da movimentação fetal nas últimas horas. Nega trauma. Ao exame: PA: 140 × 90 mmHg, FC: 102 bpm, útero hipertônico e doloroso à palpação. Altura uterina compatível com a idade gestacional. Ao exame obstétrico: colo uterino com 4 cm de dilatação e bolsa íntegra. Monitorização fetal: batimentos cardíacos fetais com bradicardia e variabilidade mínima. Ultrassonografia sugere área retroplacentária compatível com descolamento. Feto único e vivo.

A conduta mais adequada nesse momento é

- (A) manter conduta expectante com vigilância materno-fetal contínua.
- (B) realizar amniotomia para acelerar o trabalho de parto.
- (C) colocar a paciente em decúbito lateral esquerdo e iniciar oxigenioterapia.
- (D) iniciar ocitocina endovenosa para acelerar o parto vaginal.
- (E) indicar cesariana imediata.

57

Gestante de 36 anos, G3P2, com 34 semanas de gestação, procura atendimento na emergência obstétrica por sangramento transvaginal súbito, indolor, de moderada intensidade, iniciado há cerca de 1 hora. Nega contrações uterinas, dor abdominal ou trauma. Refere pré-natal regular.

Ao exame: PA: 120 × 80 mmHg, FC: 92 bpm, útero flácido, indolor. Altura uterina compatível com a idade gestacional. Ao exame obstétrico: toque vaginal não realizado. Ultrassonografia obstétrica recente (há 5 dias) demonstra placenta prévia centro-total, com feto único, vivo, em apresentação cefálica. Monitorização fetal atual mostra FCF normal e reativa.

A conduta mais adequada nesse momento é

- (A) realizar toque vaginal para avaliar dilatação cervical.
- (B) conduta expectante com internação, repouso e vigilância materno-fetal.
- (C) iniciar ocitocina endovenosa para acelerar o parto vaginal.
- (D) realizar amniotomia para reduzir o sangramento.
- (E) indicar cesariana imediata, independentemente da evolução clínica.

58

Gestante de 30 anos, G2P1, com 32 semanas e 4 dias de gestação, em pré-natal regular, sem comorbidades conhecidas. Ultrassonografia obstétrica realizada por suspeita de baixo ganho ponderal materno evidencia: peso fetal estimado: percentil 6; circunferência abdominal: percentil 4; líquido amniótico normal; placenta grau II, posterior. A Dopplerfluxometria mostrou artéria umbilical com índice de pulsatilidade elevado, fluxo diastólico presente; artéria cerebral média: índice de pulsatilidade reduzido; relação cérebro-placentária (RCP): < percentil 5 e ducto venoso: onda “a” preservada. Cardiotocografia basal reativa.

A conduta mais adequada nesse momento é

- (A) conduta expectante com vigilância intensificada materno-fetal.
- (B) internação hospitalar obrigatória até o parto.
- (C) iniciar corticoterapia e programar parto em 24 horas.
- (D) indicar amniocentese para avaliação de cariótipo fetal.
- (E) interrupção imediata da gestação por cesariana.

59

Gestante de 35 anos, G2P1, com 39 semanas e 2 dias de gestação, em trabalho de parto ativo, sob analgesia peridural. Bolsa rota há 3 horas, líquido claro. Dilatação cervical de 6 cm, dinâmica uterina com 4–5 contrações em 10 minutos. Durante a monitorização intraparto, a cardiotocografia evidencia linha de base fetal: 150 bpm, variabilidade ausente, desacelerações tardias recorrentes, em mais de 50% das contrações e ausência de acelerações. Ao exame clínico materno: PA 120 × 80 mmHg, FC 88 bpm, afebril. Apresentação cefálica em plano +1.

A conduta mais adequada é

- (A) manter observação e repetir cardiotocografia em 30 minutos.
- (B) realizar medidas de ressuscitação intrauterinas (decúbito lateral, oxigênio, suspensão de ocitocina) e aguardar resposta.
- (C) administrar tocolítico e reavaliar após 1 hora.
- (D) iniciar ocitocina para corrigir possível inércia uterina.
- (E) interromper imediatamente a gestação.

60

Gestante de 33 anos, G3P1A1, encontra-se com gestação única na 20ª semana. História obstétrica revela um parto prematuro espontâneo prévio com 32 semanas, associado a trabalho de parto espontâneo. Na gestação atual, encontra-se assintomática. Ultrassonografia transvaginal mostra: comprimento cervical de 27 mm, colo fechado, sem dilatação. Não há sinais de infecção, sangramento transvaginal ou contrações uterinas.

A melhor estratégia para prevenção de novo parto prematuro nesse momento é

- (A) conduta expectante, com repetição seriada do comprimento cervical.
- (B) iniciar progesterona vaginal até 36 semanas.
- (C) cerclagem cervical eletiva imediata.
- (D) iniciar progesterona intramuscular semanal.
- (E) uso associado de progesterona vaginal e cerclagem cervical.

Realização

