



COREME - Comissão de Residência Médica do Grupo Hospitalar Conceição
PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – 13/11/2025
HOSPITAL FÊMINA / HOSPITAL CONCEIÇÃO

- 1- Endoscopia Ginecológica**
- 2- Medicina Fetal**
- 3- Reprodução Assistida**

Nome:

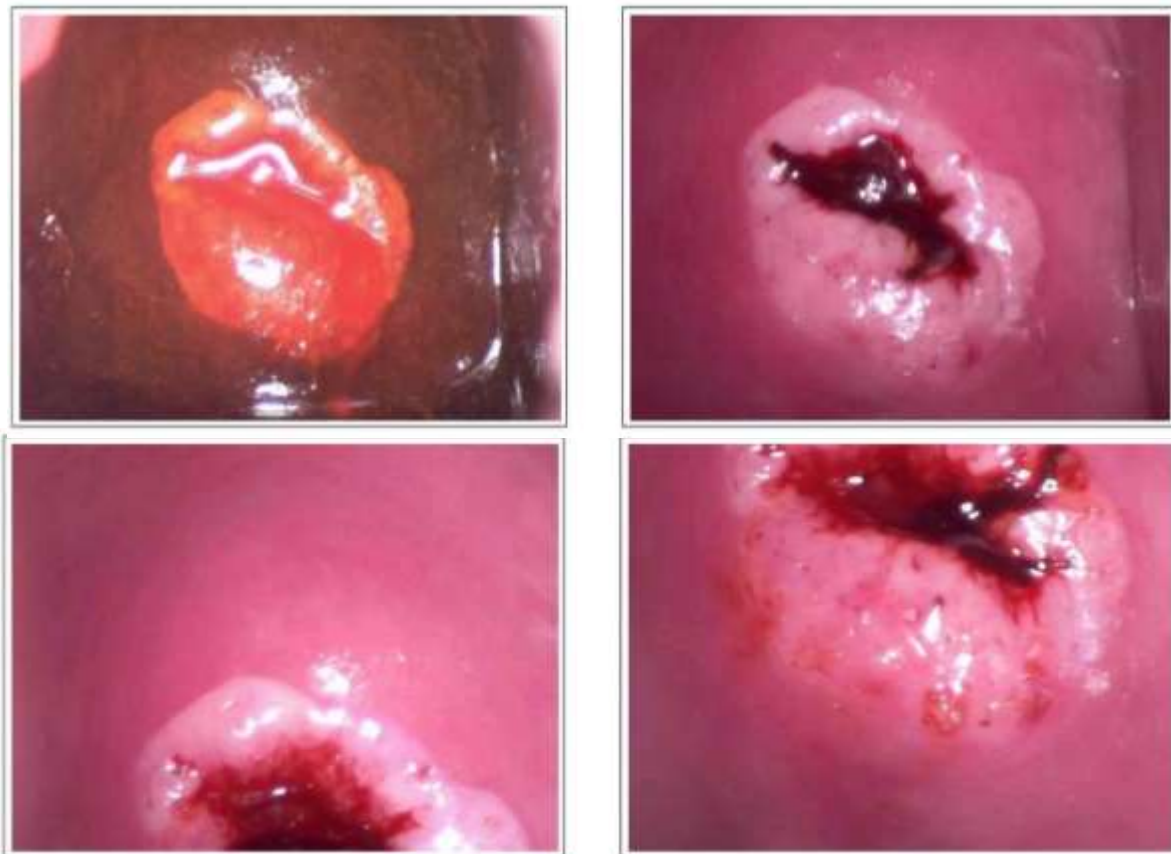
Assinatura do Candidato

Instruções para a realização da prova

1. Esta prova é composta de 30 questões de múltipla escolha. Para cada questão, há 4 alternativas, devendo ser marcada apenas uma.
2. Assine a folha de respostas com caneta esferográfica azul ou preta e transcreva para essa folha as respostas escolhidas.
3. Ao marcar o item correto, marque um X no campo correspondente, utilizando caneta esferográfica azul ou preta.
4. Não deixe nenhuma das questões em branco na folha de respostas.
5. A duração total da prova é de 3 horas. NÃO haverá tempo adicional para transcrição de gabarito

Você somente poderá deixar a sala após 1 hora do início da prova, podendo levar consigo APENAS o CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO (a prova e a grade de respostas deverão ser entregues)

1. Uma paciente de 32 anos, nuligesta, sem comorbidades, estava realizando seus exames de rotina com seu ginecologista assistente. Ela apresentou como resultado da citologia de colo uterino a presença de Atipias de Células Escamosas de Significado Indeterminado (ASCUS). O médico da paciente resolveu pedir um teste de DNA HPV. A mesma realizou o exame e o resultado foi positivo para HPV do tipo 31 e 45. A paciente foi encaminhada para colposcopia e retorna com o exame abaixo:



Considerando as informações acima e as imagens dessa colposcopia, a conduta mais adequada nessa situação seria:

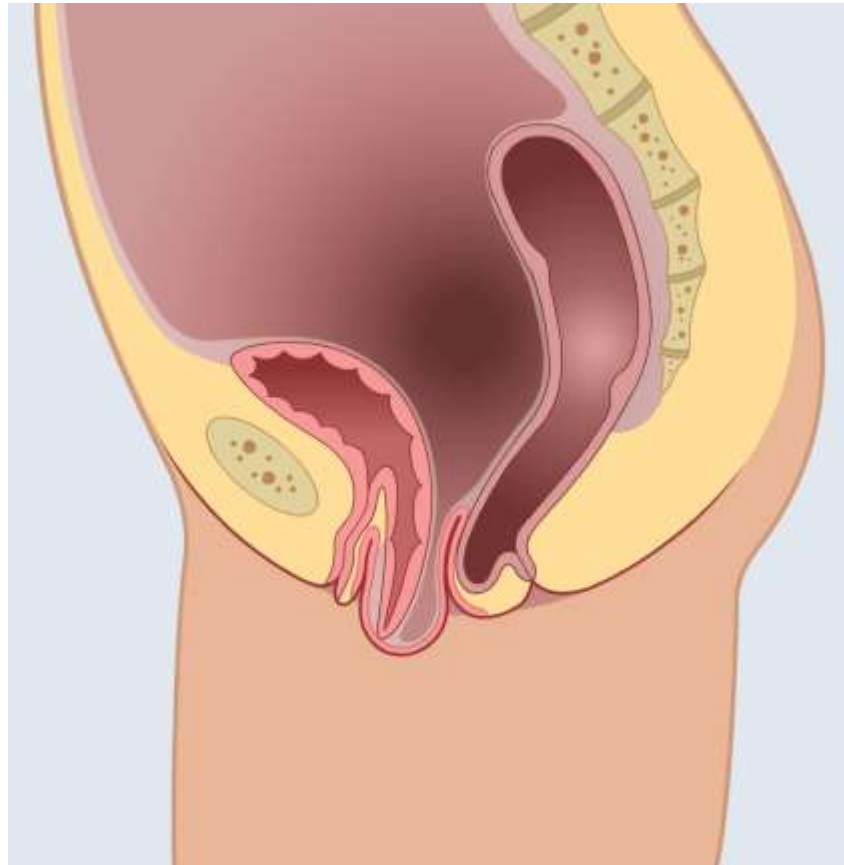
- a) Seguimento com nova citologia e colposcopia em 6 meses, uma vez que a paciente é nuligesta, apresentou apenas um resultado com ASCUS, o teste de HPV foi positivo para tipos de baixo risco e a colposcopia tem alterações menores.
- b) A conduta “ver e tratar” não pode ser aplicada nessa situação, uma vez que a paciente apresenta teste positivo para HPV de baixo risco, citologia com ASCUS e colposcopia inadequada (JEC não visível).
- c) Essa paciente é candidata a biópsia de colo uterino ou até poderia realizar excisão da zona de transformação. Isso se justifica pelos tipos de HPV encontrados (alto risco) e alterações maiores presente na colposcopia, podendo se tratar de uma lesão de alto grau em colo uterino e, portanto, merece investigação.
- d) As alterações na colposcopia são consideradas achados menores e os tipos de HPV da paciente não são de alto risco. Por esse motivo a paciente deve repetir o teste de HPV em 12 meses e a conduta conservadora é a mais adequada nessa faixa etária pelo fato dela ser nuligesta.

2. Em 2023, a FIGO atualizou o sistema de estadiamento do câncer de endométrio, incorporando avanços moleculares e redefinindo critérios anatômicos e prognósticos. Considerando essas atualizações, avalie as afirmações abaixo:
- I- Novo estadiamento inclui a classificação molecular do TCGA (The Cancer Genome Atlas) como parte integrante da avaliação prognóstica. Ele classifica em 4 grupos, sendo que POLEmut denota um prognóstico favorável. MMRD (mismatch repair deficiency) e NSMP(non-specific molecular profile) indicam um prognóstico intermediário, enquanto p53abn indica um prognóstico ruim. Quando a paciente possui mais de um marcador é chamada de classificador múltiplo, nesse caso se p53abn e POLEmut positivos leva-se em conta o pior marcador, classificando-a como um prognóstico ruim por ter p53 anormal, independente do POLE.
 - II- É muito importante distinguir a LVSI (invasão linfovascular) "substancial" ou "extensiva" da LVSI "focal" ou "sem" LVSI. Para fins de estadiamento a determinação do número preciso de vasos envolvidos para discriminar entre focal e extenso/substancial segundo recomendação da OMS de 2020 é (≥ 5 vasos)
 - III- Se o tumor invade o ovário, porém tem um baixo grau histológico sua classificação agora é no estágio I (subclassificação IA3), se obedecer todos os critérios: (1) invasão miometrial menor que $<50\%$; (2) ausência de LVSI extensa/substancial; (3) ausência de metástases adicionais; e (4) o tumor ovariano é unilateral, limitado ao ovário, mesmo com invasão/ruptura somente da cápsula (equivalente a pT1c).
 - IV- A invasão do estroma cervical não é mais critério isolado de progressão para o estágio II.

Assinale a alternativa CORRETA:

- a) Apenas as afirmativas I e II estão corretas
- b) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas
- c) Apenas as afirmativas II e IV estão corretas
- d) Todas as afirmativas estão corretas

3. Paciente de 65 anos com POP-Q abaixo passou por procedimento cirúrgico de correção de distopia. No pós-operatório de colpexia em ligamento sacroespinhoso iniciou com formigamento em membro inferior direito com fraqueza. Com relação ao quadro acima descreva o POP-Q e o qual o provável nervo que poderá ter sido acometido nesse caso.



- a) Aa +1 Ba +1 C-1 Ap -2 Bp -2; Nervo femoral
- b) Aa +2 Ba +3 C +1 Ap -2 Bp -2; Nervo obturador
- c) Aa +1 Ba + 2 C -4 Ap -2 Bp -1; Nervo fibular comum
- d) Aa +2 Ba +2 C -2 Ap 0 Bp +1; Nervo tibial posterior

4. A taxa geral de complicações em cirurgias videolaparoscópicas é baixa, porém algumas intercorrências podem acontecer. A maior parte das complicações graves podem ocorrer com qual dos instrumentos abaixo?

a)



b)



c)



d)



5. Durante uma videolaparoscopia para tratamento de endometriose profunda, a identificação dos espaços avasculares da pelve é fundamental para reduzir o risco de lesão de vasos e nervos.

Levando em consideração esses espaços, assinale a assertiva que correlaciona corretamente os seus limites anatômicos e as estruturas expostas.

Coluna 1:

1. Espaço paravesical
2. Espaço pararretal de Latzko
3. Espaço pararretal de Okabayashi
4. Espaço de Retzius

Coluna 2:

- A. Entre a sínfise púbica e a fáscia endopélvica da bexiga; acesso laparoscópico para o paramétrio anterior.
- B. Lateral ao ureter; artéria uterina na sua origem
- C. Medial ao ureter; identificação do nervo hipogástrico
- D. Dividido em medial e lateral pela artéria umbilical obliterada; nervo obturador encontra-se no seu assoalho

- a) 1:D / 2:B / 3:C / 4:A
- b) 1:D / 2:C / 3:B / 4:A
- c) 1:A / 2:B / 3:C / 4:C
- d) 1:D / 2:A / 3:B / 4:C

6. Sobre os meios de distensão para histeroscopia, leve em consideração as assertivas:

- I- Entre os meios líquidos não condutores de energia, o soro fisiológico é mais seguro do que o ringer lactato, levando em consideração que não causa hiponatremia.
- II- Glicina 1,5% é um meio que tem risco de intoxicação por amônia.
- III- Para realizar lise de sinéquia com tesoura fria, é obrigatório o uso de soro fisiológico como meio de distensão.

Quais estão corretas:

- a) I e II
- b) Somente a II
- c) Somente a I
- d) Todas as alternativas

7. Leia o seguinte caso clínico:

M.R., 38 anos, nuligesta, deseja gestar.

Apresenta sangramento uterino aumentado há aproximadamente 5 anos.

Realizou ecografia pélvica transvaginal: Útero anteversofletido, medindo 10,1 x 7,8 x 6,3 cm (Vol.: 258 cm³), apresentando imagem hipoecogênica na parede lateral direita fúndica, medindo 5,3 x 3,6 x 2,9 cm relacionada a mioma, determinando projeção na da cavidade uterina, mais de 50% do seu componente sendo intramural, com base extensa.

Levando em consideração a classificação STEP-W de Lasmar, qual a melhor alternativa?

- a) Miomectomia histeroscópica
- b) Miomectomia abdominal
- c) Histerectomia
- d) Anticoncepcional oral combinado por 6 meses e miomectomia abdominal após.

8. Leia o seguinte caso clínico:

P.E., 37 anos, G1P1, prole completa.

Apresenta sangramento uterino aumentado há aproximadamente 7 anos.

Realizou ecografia pélvica transvaginal: Útero anteversofletido, medindo 12,1 x 7,8 x 6,3 cm (Vol.: 309 cm³), apresentando duas imagens hipoeecogênicas, provavelmente miomas uterinos: na parede lateral direita fúndica, medindo 5,3 x 3,6 x 2,9 cm, determinando projeção na cavidade uterina, mais de 50% do seu componente sendo intramural, com base extensa; na parede posterior, medindo 3,1 x 2,8 x 2,5 cm, determinando projeção na cavidade uterina, mais de 50% do seu componente sendo intramural, com base extensa.

Hemoglobina 7,2g/dL.

Considere as opções terapêuticas:

- I- Histerectomia abdominal via incisão de pfannenstiell devido ao volume uterino acima de 300 cm³ contraindicar a via laparoscópica.
- II- Tendo em vista que a anemia é fator de risco para infecção pós-operatória, poderia ser considerado o uso de análogo do GnRh prévio a histerectomia para melhorar os parâmetros hematimétricos.
- III- Caso a paciente não deseje ser submetida a uma histerectomia, ablação seletiva das artérias uterinas poderia ser uma opção terapêutica pela localização do mioma.

Qual/quais estão corretas?

- a) I e II
- b) II e III
- c) Apenas a II
- d) Apenas a I

9. Paciente de 29 anos, nuligesta, apresenta dor pélvica crônica refratária a tratamento clínico. A ressonância magnética evidencia nódulo de endometriose profunda com 3 cm na parede anterior do reto, a 7 cm da borda anal. Sobre o tratamento cirúrgico da endometriose intestinal, assinale a alternativa correta:

- a. O shaving é indicado preferencialmente em nódulos maiores que 3 cm ou com estenose luminal >50%
- b. A ressecção discóide é recomendada para lesões únicas, menores que 3 cm e sem acometimento circunferencial
- c. A ressecção segmentar é contraindicada em pacientes jovens com desejo reprodutivo
- d. O tratamento clínico deve sempre preceder o cirúrgico, independentemente da gravidade dos sintomas

10. Durante cirurgia laparoscópica para endometriose profunda, é necessário realizar dissecação e hemostasia em região retrocervical. Em relação às diferentes fontes de energia, assinale a alternativa correta:

- a. A corrente monopolar, em modo fulguração, apresenta menor risco de dano térmico lateral que a energia bipolar
- b. A escolha da fonte de energia não influencia o risco de lesão térmica em cirurgias de endometriose
- c. A energia ultrassônica deve ser evitada em dissecações pélvicas, devido ao risco elevado de carbonização e necrose
- d. A energia bipolar é indicada para hemostasia controlada, pois apresenta menor propagação térmica em comparação ao monopolar

11. Em relação aos testes de reserva ovariana, assinale a alternativa correta:
- a. A dosagem do Hormônio Antimülleriano (HAM) abaixo de 1 ng/mL indica insuficiência ovariana, já estando indicada a Fertilização *in vitro* com óvulos doados
 - b. Níveis de FSH >20 mUI/mL, confirmado por outra dosagem com um intervalo mínimo de 4 semanas, em mulheres com menos de 40 anos é critério diagnóstico de Insuficiência Ovariana Prematura
 - c. A solicitação de testes de reserva ovariana deve ser considerada em mulheres inférteis nas seguintes situações: idade acima de 35 anos; história familiar de insuficiência ovariana prematura (IOP); com apenas um ovário ou cirurgia ovariana prévia; quimioterapia ou radioterapia pélvica; infertilidade sem causa aparente; má resposta ao estímulo ovariano prévio; em tratamento para fertilização *in vitro* e doadoras em programas de doação compartilhada de óvulos
 - d. A contagem de folículos antrais que é a soma dos folículos antrais entre 2 e 10 mm de diâmetro deve, preferencialmente, ser realizada por ultrassonografia transvaginal na fase folicular tardia, excetuando-se o folículo dominante

12. Paciente de 38 anos vem à consulta no ambulatório de Infertilidade, acompanhada do seu marido de 40 anos, referindo infertilidade primária há 4 anos. Marido tem uma filha de relacionamento prévio com 10 anos. Na anamnese a paciente relata ciclos regulares a cada 24 dias, com dismenorreia progressiva desde que suspendeu o contraceptivo oral há 4 anos. Nega dispareunia, tenesmo ou disquezia. Nega histórias de cirurgias abdominais, doença inflamatória pélvica ou tratamentos quimioterápicos no passado. O casal trazia exames recentes solicitados pela ginecologista do posto de saúde. (Ecografia pélvica transvaginal: útero AVF, com 6,8 x 4,3 x 5,1 cm V: 77,9 cm³. Endométrio homogêneo, hiperecogênico, com 10 mm. Ovário direito com 2,0 x 1,5 x 2,3 cm V: 3,6 cm³. Ovário esquerdo com 3,0 x 2,7 x 2,5 cm V: 10,59 cm³ com imagem cística, heterogênea, de 2,4 cm com vascularização ao doppler. Histerossalpingografia: canal cervical e cavidade uterina sem alterações. Trompa direita elevada na pelve, fixa, com dilatações na sua porção distal, pérvia a passagem do contraste, porém com retenção deste na sua porção distal. Trompa esquerda com passagem do contraste até a sua porção infundibular. Espermograma: V: 1,6 mL C: 14 milhões/ml Motilidade total: 40% progressiva: 5% Normais: 4% (Morfologia estrita de Kruger) neutrófilos < 1 milhão/mL.

Qual a melhor conduta neste caso:

- a. Estimulação da ovulação com citrato de clomifeno e coito programado
- b. Videolaparoscopia para cauterização de possíveis focos de endometriose, lise de aderências pélvicas e ooforoplastia à esquerda
- c. Estimulação da ovulação com letrozol e gonadotrofinas e Inseminação intra-uterina
- d. Estimulação da multiovulação com gonadotrofinas e Fertilização in vitro-ICSI

13. Em relação aos tratamentos para preservação da fertilidade feminina:

- I- O congelamento de óvulos está indicado para mulheres que irão se submeter a tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia com possível comprometimento da função gonadal;
- II- O congelamento de tecido ovariano é a melhor opção para mulheres com doenças hematológicas, como leucemias e linfomas, pois muitas vezes não há tempo hábil para a estimulação da ovulação e coleta de óvulos;
- III- Entre as indicações para congelamento de óvulos estão doenças como endometriose, galactosemia, síndrome de Turner e diminuição da reserva ovariana.

Assinale a alternativa correta:

- a) Somente I está correta
- b) Alternativa I e II estão corretas
- c) Alternativa I e III estão corretas
- d) Todas as alternativas estão corretas

14. Em relação ao tratamento da hiperprolactinemia com agonista dopaminérgico (AD), assinale a alternativa correta:

- a. Em mulheres com microprolactinoma e amenorreia que não desejam gestar poderia se optar pelo uso de um contraceptivo oral combinado ao invés do AD
- b. O AD deve ser descontinuado na gestação de mulheres com prolactinomas, independentemente do tamanho do tumor ou do tempo de tratamento
- c. A cabergolina e a bromocriptina apresentam eficácia e tolerabilidade semelhantes, portanto, no caso de mulheres anovulatórias que desejam gestar, a bromocriptina é a primeira opção por ser mais estudada
- d. No caso de bom controle dos sintomas, dos níveis de prolactina e do tamanho do prolactinoma com o AD, um tempo mínimo de 1 ano de tratamento é recomendado, antes da redução da dose e descontinuação do tratamento.

15. Paciente com 18 anos consulta por queixa de amenorréia primária. Ao exame ginecológico apresenta mamas estágio M5 e pelos pubianos estágio P2 de Tanner. Ao exame especular apresenta genitália externa normal e vagina em fundo de saco. Nota-se a presença de hernia inguinal bilateral. O exame mais indicado neste caso para a definição diagnóstica é:
- Ressonância magnética da pelve
 - FSH, LH, Estradiol do 3º dia do ciclo
 - Teste com acetato de medroxiprogesterona
 - Cariótipo
16. Sobre o manejo da anemia ferropriva na gestação e no puerpério, assinale a alternativa correta:
- Em todas as pacientes com diagnóstico de anemia deve-se solicitar, rotineiramente, ferritina e saturação de transferrina.
 - Deve-se considerar a administração de ferro por via parenteral para pacientes com doença celíaca.
 - O tratamento da anemia ferropriva deve ser feito com 40 a 60mg de ferro elementar ao dia.
 - O sulfato ferroso deve ser ingerido junto com as refeições para melhor absorção.
17. Quanto ao manejo da ameaça de aborto, assinale quais medidas abaixo estão comprovadamente indicadas:
- Repouso
 - Uso de progesterona por via vaginal quando identificado hematoma retrocoriônico;
 - Suplementação com gonadotrofina coriônica
- Nenhuma
 - Todas
 - Apenas I e II
 - Apenas II

18. Paciente M.F.B., 32 anos, primigesta, hígida, traz ecografia morfológica de segundo trimestre, realizada com 21 semanas, contendo a seguinte imagem:



Ao exame físico, colo fechado. Paciente nega queixa de contrações ou perdas vaginais.

Diante deste cenário está indicado:

- a) Cerclagem.
 - b) Pessário cervical.
 - c) Terapia antimicrobiana.
 - d) Progesterona por via vaginal.
19. O descolamento prematuro de placenta (DPP) consiste na separação da placenta normalmente inserida, de forma parcial ou completa antes do nascimento do feto e representa causa significativa de morbimortalidade materna e perinatal. Sobre DPP assinale a alternativa **INCORRETA**:
- a) Entre os fatores de risco para DPP estão: idade materna ≥ 35 anos e ≤ 20 anos, multiparidade, raça negra, tabagismo, uso de álcool e drogas, trombofilias, DM pré gestacional, anemia, trauma automobilístico e gestações múltiplas.
 - b) No pós-parto a ausência de achados placentários característicos não exclui o diagnóstico.
 - c) Um dos diagnósticos diferenciais de DPP é a rotura uterina, que pode se apresentar como anormalidades do ritmo cardíaco fetal, dor abdominal constante, cessação das contrações uterinas, hipotensão materna e taquicardia.
 - d) No caso de DPP com feto morto a morbidade materna está reduzida quando comparada ao DPP com feto vivo, uma vez que raramente é necessário repor a volemia e fatores de coagulação nesses casos. Não há urgência na realização do parto e em poucas situações será indicada cesariana.

20. Paciente T.G.F.A., 19 anos, primigesta, branca, 2 consultas de pré-natal, IG: 32 semanas (por ultrassonografia realizada com 22 semanas e 1 dia de gestação – a única do pré-natal), previamente hígida. Exames de pré-natal: TS: O Rh negativo, Sorologias NR, Hb 13,6 / Ht 38%, TSH 1,10, anti-HBS NR, EQU sem particularidades e Urocultura negativa. Nega comorbidades, cirurgias prévias, alergias e vícios. Em uso de sulfato ferroso uma vez ao dia. Procura o Centro Obstétrico por mal-estar, cefaleia e dor epigástrica. Nega contrações regulares, perda líqüida ou sangramento. Refere boa movimentação fetal. Eliminações preservadas. P.A.: 160 X 107 mmHg. F.C.: 61 bpm. F.R.: 20mrpm. T.Ax.: 35.8°C. Sat. O2: 98% em ar ambiente. Ao exame: AU: 28cm, ausência de dinâmica uterina, BCF: 136 bpm. TV: colo grosso, posterior, 1 polpa de dilatação.

Das medidas iniciais a serem instituídas nesse caso, qual está **INCORRETA**?

- a) Coleta de exames laboratoriais para rastreio de pré-eclâmpsia e provas de gravidade e monitorização fetal com cardiotocografia.
- b) Administração de uma dose de nifedipina para controle pressórico e reavaliação da pressão arterial seriada, administrando novamente a medicação se necessário.
- c) Instalação de sulfato de magnésio para profilaxia de eclâmpsia.
- d) Estabelecer a imediata promoção do nascimento, considerando-se o alto risco de complicações graves como descolamento prematuro de placenta e eclâmpsia.

21. Na sequência do caso acima descrito (Questão 5), seguem os resultados dos exames laboratoriais: Hb 14,2 | Plaquetas 64.000 | TGO 96 | TGP 60 | Creatinina 0,84 | Ác. úrico 7,4 | LDH 654 | Bilirrubinas totais 0,67. Avalie as afirmações:

- I. Por meio de perfil biofísico e Doppler, avaliar as condições fetais.
- II. Não é necessária a realização de corticoterapia para induzir a maturação fetal, visto que o nascimento será imediato (Classe I).
- III. Manter níveis pressóricos controlados, administrando hipotensores de rápida ação (nifedipina, hidralasina) quando necessário.
- IV. Solicitar reserva de plaquetas e/ou concentrado de hemácias de forma antecipada.
- V. A via de parto preferencial deve ser a cesárea, por oferecer o desfecho mais breve possível.
- VI. O sulfato de magnésio deve ser mantido nas pacientes com risco de convulsão até 24 horas após o parto.

Estão corretas as afirmativas:

- a) I, III, IV e VI
- b) II, III, IV e VI
- c) II, III, IV, V e VI
- d) I, II, III, IV, V e VI

22. Ainda em relação ao caso discutido anteriormente (Questões 5 e 6), foi realizada avaliação ultrassonográfica, cujo resultado segue:

"Feto único, apresentação cefálica, dorso à esquerda. Ritmo cardíaco regular e estável, com frequência normal (BCF: 140 bpm). Placenta normalmente inserida na porção corporal posterior do útero. Líquido amniótico normal (maior bolsão vertical: 49 mm). Peso fetal estimado: 1446 g (percentil 3). Doppler: IP artéria umbilical: diástole reversa. IP artéria cerebral média: 1,37 (abaixo do percentil 5). Ducto venoso: onda "a" reversa. Perfil Biofísico Fetal: 8/8." Quanto à classificação de RCIU por Figueras e Gratacós, podemos classificar o caso como estágio:

- a) IV
- b) III
- c) II
- d) I

23. F.P. 25 anos, G2C1, IG 23+2, gestação atual gemelar monocoriônica. Última ecografia realizada com 16 semanas sem alterações. Paciente busca o centro obstétrico da maternidade por queixa de distensão abdominal, com sensação de barriga “sempre dura” e contrações eventuais. Nega sangramento e/ou perdas vaginais. Refere não sentir movimentação fetal. Ao exame físico observa-se altura uterina de 38 cm, colo apagado, fechado, BCF + de ambos os fetos. Foi solicitado ecografia para o serviço de Medicina Fetal onde foi observado: Feto 1 com maior bolsão vertical de 12 cm, peso fetal estimado de 600 g (percentil 53), IP artéria umbilical 0,91 (normal), IP artéria cerebral média (ACM) 2,04 (normal), pico de velocidade sistólica de ACM: 35 cm/s – equivale a 1,17 MoM, IP ducto venoso 0,45 (normal), bexiga visualizada. Feto 2 com maior bolsão vertical de 3 cm, peso fetal estimado de 416 g (percentil 1), artéria umbilical com diástole intermitente, IP artéria cerebral média 2,17 (normal), PVS ACM 39 cm/s (equivale a 1,31 MoM), IP ducto venoso 0,36 (normal), bexiga não visualizada. Comprimento do colo avaliado via transvaginal: 15 mm.

Sobre o caso acima assinale a assertiva correta:

- a) Trata-se de síndrome de transfusão feto fetal (STFF), que pode ocorrer em 10-15% das gestações monocoriônicas, pois em um dos fetos observa-se polidrâmnio e no outro oligoâmnio. Para o diagnóstico de STFF não é obrigatório haver discordância entre as bexigas e/ou alteração de doppler.
- b) Trata-se de CIUR seletivo tipo II e o ducto venoso é um bom preditor da deteriorização fetal nesses casos. Como o IP do DV está normal são menores as chances de um óbito fetal imprevisível nas próximas 24-48h.
- c) O diagnóstico de sequência anemia-policitemia ocorre em gestações monocoriônicas quando um dos fetos tem o PVS acima de 1,50 MoM e o outro tem o PVS abaixo de 1,0 MoM. O feto anêmico tem a placenta hiperecogênica e espessada e o feto policitêmico tem a placenta hipoecóica e mais fina.
- d) Nas gestações gemelares em que é observada a presença de colo curto está sempre indicado o uso de progesterona micronizada via vaginal na dose de 200mg/dia.

24. Paciente primigesta, 37 semanas, interna para promoção do nascimento por pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade. Realizada indução do trabalho de parto com ocitocina e analgesia de parto. Evolui para parto vaginal sem complicações. No segundo dia de puerpério inicia com quadro de cefaleia com piora ao se sentar e melhora ao deitar, associado a fotofobia e vertigem.

Assinale a alternativa que contém as opções **INCORRETAS**:

- I) É necessário solicitar exame de imagem para afastar PRESS (síndrome da encefalopatia posterior reversível).
- II) O tratamento envolve hidratação via oral e cafeína.
- III) O *blood patch* é a primeira linha de tratamento para este caso.

- a) I, II e III
- b) I e II
- c) I e III
- d) II e III

25. Paciente com diabetes gestacional diagnosticado por glicemia de jejum no primeiro trimestre (14 semanas) de 95 mg/dl, vem em tratamento com dieta e exercícios físicos desde o diagnóstico, com bom controle glicêmico conforme as aferições da glicemia capilar. Na 28ª semana realiza ecografia obstétrica e apresenta peso fetal no percentil 65 e circunferência abdominal (CA) no percentil 88. O controle glicêmico adequado e os achados desta ecografia permitem inferir que:

- a) O tratamento nutricional e os exercícios estão adequados e com bom controle metabólico não havendo necessidade de outra conduta a não ser o controle ecográfico periódico do peso fetal
- b) O tratamento nutricional e os exercícios não estão controlando adequadamente o diabetes gestacional e há necessidade de instituição de tratamento farmacológico
- c) A biometria fetal com medidas de peso e CA acima do percentil 50 a despeito do adequado controle glicêmico indica que provavelmente trata-se de diabetes pré-gestacional e o tratamento farmacológico deve ser instituído
- d) A biometria fetal com medidas de peso e CA acima do percentil 50 a despeito do adequado controle glicêmico indicam que deve se buscar um controle mais estrito das glicemias de jejum e pós-prandiais por ajustes na dieta e no exercício sem necessidade de tratamento farmacológico

26. A Dopplervelocimetria em obstetrícia tem indicação absoluta para as seguintes condições:

- a) aloimunização Rh, diabetes pré-gestacional, ruprema
- b) aloimunização Rh, diabetes gestacional, doença hipertensiva
- c) restrição de crescimento intrauterino, gemelaridade, doença hipertensiva
- d) restrição de crescimento intrauterino, diabetes gestacional em tratamento farmacológico, colestase

27. São indicações para o uso do fórcepe na assistência ao parto, **EXCETO**:

- a) cardiopatia materna que contraindique a manobra de Valsalva
- b) apresentação cefálica com deflexão de 3º grau
- c) apresentação pélvica com cabeça derradeira
- d) bradicardia fetal persistente em feto com apresentação cefálica e dilatação cervical completa, membranas rotas e plano +2 de DeLee, variação da posição fetal em OS

28. A profilaxia com antibióticos reduz em até 95% a chance de nova infecção do trato urinário (ITU) na gestante, estando indicada nos casos abaixo, **EXCETO**:

- a) Duas ou mais ITUs baixas na gestação
- b) Um episódio de pielonefrite durante a gravidez
- c) Um episódio de ITU baixa nos últimos 6 meses antes da gestação
- d) Uma ITU baixa associada a urolitíase

29. Sobre a infecção pelo HTLV em gestantes, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Os HTLV são retrovírus humanos com tropismo para os linfócitos T. Entre as principais doenças associadas ao HTLV-1, incluem-se a leucemia/linfoma decélulas T do adulto e a mielopatia/paraparesia espástica tropical. Já O HTLV-2 parece ter uma patogenicidade menor.
- b) Devido ao risco de desenvolvimento de doenças neurológicas e inflamatórias e, principalmente, à associação entre a infecção pelo HTLV-1 na infância e o desenvolvimento de doenças na idade adulta, a possibilidade de transmissão vertical deve ser sempre uma preocupação do obstetra assistente.
- c) Há indicação de suspender a lactação para mães soropositivas para HTLV, para reduzir a incidência de transmissão vertical. Recomenda-se a administração de cabergolina 0,5mg – dois comprimidos via oral em dose única ou bromocriptina 2,5mg – dois comprimidos via oral, duas vezes ao dia, durante 14 dias.
- d) Há evidências robustas de que a realização de cesariana e uso de antirretrovirais podem reduzir ainda mais a transmissão vertical do HTLV.

30. Sobre o puerpério imediato de pacientes com pré-eclâmpsia grave, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) A meta pressórica deve ser a pressão arterial sistólica abaixo de 140 mmHg e diastólica abaixo de 90 mmHg.
- b) No manejo da crise hipertensiva no puerpério dá-se preferência a anti-hipertensivos diferentes aos utilizados durante a gestação.
- c) A amamentação deve ser estimulada a fim de reduzir o risco cardiovascular materno.
- d) A paciente pode beneficiar-se do uso de furosemida por 3-5 dias.