

Médico Ginecologista/Obstetra

11) Como deve ser feito o exame genital feminino?

- a) Ao exame especular, as coletas de materiais deverão ser feitas antes de qualquer lubrificação ou limpeza, devendo ser evitada, portanto, a colocação de vaselina no espéculo.
- b) Coloca-se o espéculo esterilizado sempre com uma inclinação de 45°, pressionando a parede anterior da vagina, usando o dedo indicador e médio para expor o intróito vaginal (evitando o traumatismo de uretra e bexiga).
- c) A retirada do espéculo deve ser feita com o mesmo sempre totalmente fechado para evitar dor e traumatismo uretral.
- d) Para a manobra da palpação da parede abdominal, a mão vaginal empurra o colo e o útero para cima para que o fundo do mesmo possa ser palpado entre a mão abdominal e a vaginal. Deve-se sempre respeitar os movimentos respiratórios, aproveitando a inspiração para a palpação profunda do abdome.

12) Dentre as opções abaixo, quais são as etiologias mais comuns da síndrome do corrimento uretral?

- a) Gonorréia, donovanose e micoplasma.
- b) Vaginose bacteriana, candidíase e cancro mole.
- c) Tricomoníase, micoplasma e ureoplasma.
- d) Anaeróbios, sífilis e infecção por clamídia.

13) Assinale a alternativa falsa sobre a sífilis congênita:

- a) A transmissão vertical do *Treponema pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional e em estágio clínico da doença materna.
- b) Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *Treponema pallidum* são o estágio da sífilis da mãe e a duração da exposição do feto no útero.
- c) A taxa de infecção da transmissão vertical do *Treponema pallidum* em mulheres não tratadas é de 30 a 50%, nas fases primária e secundária da doença, aumentando para aproximadamente 90% nas fases tardias da infecção materna.
- d) Há possibilidade de transmissão direta do *Treponema pallidum* por meio do contato da criança pelo canal de parto, mesmo se houver lesões genitais maternas. Durante o aleitamento, ocorrerá apenas se houver lesão mamária por sífilis.

14) Quais os tipos de papiloma vírus humano (HPV) possuem uma alta correlação com as neoplasias intra-epiteliais de alto grau e carcinomas de colo uterino, da vulva, do ânus e do pênis?

- a) 16, 18, 31, 33 e 35
- b) 1, 10, 39 e 45
- c) 6, 11, 42, 43 e 44
- d) 24 e 69

15) De um modo geral, o câncer do colo uterino incide principalmente em:

- a) Mulheres de países desenvolvidos (em oposição àquelas dos países subdesenvolvidos).
- b) Mulheres que tiveram poucos filhos.
- c) Mulheres que pariram em idade adiantada, ao invés das que pariram em idade precoce.
- d) **Mulheres que tiveram múltiplos parceiros sexuais, principalmente em idade precoce, e todos esses fatores estão aumentados naquelas com processos inflamatórios vaginais produzidos pelo papiloma vírus humano, conhecido como HPV.**

16) Existe um grupo de mulheres onde a incidência de câncer do endométrio é bem maior, e essas mulheres são consideradas pacientes de alto risco. São considerados fatores de risco, exceto:

- a) A idade, porque é uma doença da mulher idosa.
- b) A alimentação porque é mais constante em mulheres com maior ingestão de gordura.
- c) **Idade da menarca e menopausa: mais comum nas mulheres que tiveram uma menarca tardia e uma menopausa precoce.**
- d) Uso prolongado e indiscriminado, em altas doses, dos hormônios estrogênicos para o tratamento da reposição hormonal da menopausa.

17) Estados intersexuais podem ser conceituados como a existência de desacordo entre um ou mais fatores determinantes do sexo, podendo ou não haver ambigüidade dos órgãos genitais externos. Assinale a alternativa verdadeira que correlaciona a classificação do estado intersexual (A, B, C e D) com sua definição (I, II, III e IV).

- A- Disgenesia gonadal.
- B- Pseudo-hermafroditismo feminino.
- C- Pseudo-hermafroditismo masculino.
- D- Hermafroditismo verdadeiro.

- I- Presença de elementos testiculares e ovarianos em um mesmo indivíduo, cujo fenótipo, órgãos genitais internos e externos são ambíguos.
- II- Mulheres com fenótipo e órgãos genitais externos virilizados em intensidade variável, com ovários e órgãos genitais internos femininos.
- III- Indivíduos com testículos, fenótipo e órgãos genitais externos com virilização incompleta, sendo que por vezes é totalmente feminizado, e órgãos genitais internos masculinos.
- IV- Indivíduos com estatura normal e sem malformações somáticas (forma pura) ou com baixa estatura e malformações somáticas (síndrome de Turner e variantes), ambas com fenótipo feminino, infantilismo sexual e genital e gônadas em fita indiferenciadas.

- a) A-I; B-II; C-III; D-IV
- b) **A-IV; B-II; C-III; D-I**
- c) A-II; B-IV; C-I; D-III
- d) A-III; B-II; C-IV; D-I

18) Segundo a classificação POPQ (Pelvic Organ Prolapse Quantification System) para prolapso uterino, o estágio I representa:

- a) Ausência de prolapso.
- b) **A porção mais distal do prolapso está acima da posição -1 cm.**
- c) A porção mais distal do prolapso está entre as posições -1 e +1 cm.
- d) A porção mais distal do prolapso está entre +1 e (CVT-2) cm.

19) Sobre o tratamento da endometriose, assinala a alternativa falsa:

- a) O tratamento cirúrgico pode ser feito com laparotomia ou laparoscopia. Os implantes de endometriose são destruídos por coagulação à laser, vaporização de alta frequência, ou bisturi elétrico. A decisão cirúrgica é importante. A maior parte dos sucessos terapêuticos ocorrem após uma primeira cirurgia bem planejada. Cirurgias repetidas são desaconselhadas pois aumentam a chance de aderências peritoneais tão prejudiciais como a própria doença.
- b) O tratamento clínico de formas brandas em mulheres que não pretendem engravidar pode ser feito com anticoncepcionais orais ou injetáveis. Há um certo consenso entre os estudiosos que o pior a fazer é não fazer nada já que a doença pode ser evolutiva.
- c) Em mulheres que pretendem engravidar o tratamento pode ser feito com cirurgia e tratamento hormonal ou tratamento hormonal e depois cirurgia. No entanto, trabalhos atuais, mostram que em mulheres com endometriose e que não conseguem engravidar a melhor alternativa é a Fertilização in vitro e que a presença de endometriose não afeta as taxas de gravidez quando este método é escolhido.
- d) **Algumas drogas são contra-indicadas, como o Synarel e o Zoladex.**

20) O diagnóstico do climatério pós-menopausa é eminentemente clínico e pode ser definido:

- a) **Mulheres em idade compatível com a menopausa natural, em amenorréia há mais de um ano, com ou sem sintomas (neurovegetativos, neuropsíquicos ou genitais como o comprometimento do trofismo vaginal), ou com menos de um ano e que não apresentam sangramento de supressão após a ingestão de 10 mg de medroxiprogesterona por 5 a 10 dias.**
- b) Mulheres em idade compatível com a menopausa natural, em amenorréia há mais de 2 anos, com ou sem sintomas (neurovegetativos, neuropsíquicos ou genitais como o comprometimento do trofismo vaginal), ou com menos de um ano e que não apresentam sangramento de supressão após a ingestão de 10 mg de medroxiprogesterona por 5 a 10 dias.
- c) Mulheres com mais de 40 anos com sangramento irregular acompanhado ou não de sintomas (neurovegetativos, neuropsíquicos ou genitais).
- d) Mulheres com mais de 40 anos com sangramento irregular acompanhado de sintomas (neurovegetativos, neuropsíquicos ou genitais).

21) Estão entre as recomendações da assistência ao primeiro período do trabalho de parto, exceto:

- a) Controle de sinais vitais maternos: no momento da admissão e a cada 60 minutos.
- b) **Realização de enema glicerinado: deve ser realizado de rotina, pois se mostrou capaz de reduzir infecção materna ou fetal.**
- c) As pacientes devem ser mantidas em jejum durante este período, uma vez que sempre pode haver a necessidade de procedimentos que envolvam anestesia geral, com seu possível risco de aspiração do conteúdo gástrico.
- d) Punção venosa e infusão de líquidos: não deve ser rotineiramente empregada, uma vez que cerca de 80% das pacientes admitidas em TP terão tido parto dentro de 8 horas. É recomendado o uso de fluidos endovenosos somente naquelas que tiverem parto prolongado ou que necessitem de uso de medicação endovenosa.

22) Sobre o diagnóstico precoce da gravidez, pode-se afirmar que:

- a) Considerando-se que apenas 2% das idades gestacionais estimadas pela data da última menstruação são incorretas, não há necessidade de oferecer à gestante, na primeira consulta, exame ultrasonográfico para determinar a idade gestacional.
- b) Caso seja indicado o exame ultra-sonográfico para determinar a idade gestacional, idealmente,

deve ser realizado entre 7 e 9 semanas, utilizando-se o comprimento cabeça-nádega para determinar a idade gestacional.

- c) A partir da 10ª semana, a estimativa da idade gestacional será feita por meio da medida do diâmetro biparietal.
- d) A dosagem da gonadotrofina coriônica humana (β hCG) para o diagnóstico precoce da gravidez, utilizando medidas quantitativas precisas e rápidas, tornou este teste mundialmente reconhecido para confirmar a ocorrência de gravidez. O β hCG pode ser detectado no sangue periférico da mulher grávida entre oito a 11 dias após a concepção. Os níveis plasmáticos aumentam rapidamente até atingir um pico entre 60 e 90 dias de gravidez. A maioria dos testes tem sensibilidade para detecção de gravidez entre 25 a 30mUI/ml. Resultados falso-positivos ocorrem na faixa entre 2 a 25mUI/ml. Do ponto de vista prático, níveis menores que 5mUI/ml são considerados negativos e acima de 25mUI/ml são considerados positivos.

23) Assinale a alternativa falsa:

- a) O índice de cesarianas apresentou um importante aumento nas últimas décadas no Brasil. Hoje, apresentamos um dos maiores índices de cesarianas de todo o mundo: cerca de 36% dos nascimentos são por via alta. Quando tomamos como referência hospitais particulares, estes índices são ainda maiores, chegando a 80% a 90%.
- b) Há evidências que fetos em apresentação pélvica beneficiem-se da cesariana eletiva em vez de parto vaginal.
- c) A indicação de cesariana em fetos acima de 4.500g, principalmente em primíparas, não diminui morbidade fetal e materna.
- d) Não há evidência epidemiológica que mostre melhor desfecho neonatal com a realização de cesariana na presença de fetos pequenos e/ou prematuros.

24) A hipertonia que ocorre no descolamento prematuro de placenta surge como mecanismo reflexo associado à (ao):

- a) Colapso das veias, com acentuada diminuição do fluxo, porém o arterial, de maior pressão, pouco se altera.
- b) Colapso das veias, com acentuado aumento do fluxo, porém o arterial, de menor pressão, pouco se altera.
- c) Diminuição da pressão intra-uterina, estase sangüínea e rotura dos vasos útero-placentários, causando diminuição da área de descolamento.
- d) Aumento da pressão intra-uterina, estase sangüínea e rotura dos vasos útero-placentários, causando aumento e agravamento da área de descolamento. A formação do coágulo retroplacentário e estas alterações vasculares possibilitam diminuição progressiva da altura uterina.

25) Dentre as vantagens da amniotomia, quando indicada no descolamento prematuro de placenta, está a:

- a) Redução da compressão da veia cava inferior.
- b) A ampliação da área do descolamento.
- c) Aumento da pressão intrauterina.
- d) Retardamento do trabalho de parto.

26) A síndrome HELP (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets) é uma forma grave de pré-eclampsia caracterizada por:

- a) Pressão arterial sistêmica acima de 120 x 80 mmHg.
- b) Proteinúria igual ou maior a 100mg/24 horas sendo considerada grave quando igual ou maior a 2 gramas / 24 horas.

- c) Alteração das enzimas hepáticas: aspartato aminotransferase (AST) < 70 U/L, e desidrogenase láctica (DHL) < 600 U/L.
- d) Anemia microangiopática: bilirrubina acima de 1,2mg/dL, e presença significativa de esquizócitos em sangue periférico (> 5% no campo microscópico).

27) Caracteristicamente, a eclampsia caracteriza-se por:

- a) Convulsões iniciam-se em torno da boca com contrações faciais que evoluem para contração rígida e generalizada de todos os músculos do corpo, acompanhada de breve parada respiratória. Após 20 segundos, iniciam-se movimentos tônicos e clônicos de toda musculatura com abertura e fechamento da mandíbula, flexão e extensão dos membros. O episódio dura 1 minuto e regride espontaneamente. A repetição destas convulsões leva ao coma e à morte. Ao recuperar a consciência, a paciente não tem lembrança de nada que aconteceu.
- b) Convulsões iniciam-se em membros superiores que evoluem para contração rígida e generalizada de todos os músculos do corpo. Em seguida, iniciam-se movimentos tônicos e clônicos de toda musculatura com abertura e fechamento da mandíbula, flexão e extensão dos membros. O episódio dura cerca de 5 minutos e regride espontaneamente.
- c) Convulsões tônicas inicialmente generalizadas de todos os músculos do corpo, acompanhada de breve parada respiratória. Após 20 segundos, iniciam-se movimentos tônicos e clônicos de toda musculatura com abertura e fechamento da mandíbula, flexão e extensão dos membros. Ao recuperar a consciência, a paciente não tem lembrança de nada que aconteceu.
- d) Convulsões clônicas em torno da boca com contrações faciais que evoluem para contração rígida e generalizada de todos os músculos do corpo, acompanhada de breve parada respiratória. Após cerca de 2 minutos, iniciam-se movimentos tônicos e clônicos de toda musculatura com abertura e fechamento da mandíbula, flexão e extensão dos membros. O episódio dura 5 a 10 minutos e regride espontaneamente. A repetição destas convulsões leva ao coma e à morte. Ao recuperar a consciência, a paciente tem lembrança de tudo que aconteceu.

28) A rotura prematura de membranas complica até 5% das gestações, com elevada morbimortalidade neonatal. O tratamento expectante do quadro proporciona melhores resultados neonatais, mas está associado a aumento da incidência de corioamnionite, endometrite e sepse neonatal. A seleção adequada de pacientes permite uma melhor relação risco-benefício nas condutas propostas, frente a determinada idade gestacional. Assinale a alternativa falsa a respeito da conduta de promover o parto nas condições em que haja redução do benefício perinatal:

- a) Nas gestações abaixo de 34 semanas, pela alta incidência de início espontâneo do parto e redução da incidência de síndrome de angústia respiratória e hiperbilirrubinemia.
- b) Na vigência de corioamnionite, caracterizada por febre materna > 37,8°C, na ausência de outro foco infeccioso, e dois ou mais dos seguintes parâmetros: taquicardia materna (> 100 bpm); taquicardia fetal (> 160 bpm); dor e/ou desconforto uterino persistente; líquido amniótico de odor fétido; leucocitose (> 15.000 leucócitos).
- c) Na confirmação da maturidade pulmonar fetal, caracterizada por relação L/E > 2, em líquido amniótico colhido através de amniocentese.
- d) Na vigência de sofrimento fetal, caracterizado por cardiotocografia ou perfil biofísico fetal anormal em dois eventos consecutivos, em intervalo de 24 horas.

29) A fim de promover melhores condições de sobrevivência neonatal em situações de rotura prematura de membranas, preconiza-se:

- a) A utilização de antibióticos de largo espectro é capaz de prolongar o intervalo entre a rotura prematura de membranas e o parto nas pacientes elegíveis para conduta expectante.
- b) A antibioticoterapia não deve ser empregada em gestações anteriores a 37 semanas, ou em idade

superior, se a rotura ocorreu há mais de 18 horas.

- c) A administração de corticóides está indicada na forma clássica de 12 mg de betamesona IM, repetidos em 24 horas, em gestações entre a 28^a e 39^a semanas.
 - d) A administração de corticóides reduz os riscos de síndrome de angústia respiratória neonatal, hemorragia intraventricular, enterocolite necrosante e morte neonatal, porém eleva os riscos de infecção materna ou neonatal.
- 30) A analgesia no trabalho de parto deve ser feita, quando necessário, sempre que a feita das seguintes maneiras, exceto:
- a) Bloqueio peridural com marcaína administrada por cateter.
 - b) Raque-analgésia com opióide (sufentanil 5-7,5 mg ou fentanil).
 - c) Uso de meperidina endovenosa (50-100 mg), de forma lenta e diluída, associada ou não à metoclopramida devendo-se evitar, apenas, o seu uso próximo ao final do primeiro período (dilatação maior que 6 cm), pelo risco de depressão respiratória no recém-nascido.
 - d) Bloqueio peridural com meperidina administrada por cateter em bolus.**