

SIMULADO



2º SIMULADO



CADERNO DE RESPOSTAS

GINECOLOGIA

1. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Assinale a alternativa que descreve uma patologia que pode ser tratada ou investigada através da histeroscopia.

- A) Mioma subseroso
- B) Hipertrofia miometrial
- C) Adenomiose
- D) Istmocele
- E) Neoplasia intraepitelial cervical

COMENTÁRIOS:

Estrategista, a histeroscopia é o exame de escolha (padrão-ouro) para avaliação da cavidade endometrial, devido a sua elevada acurácia (sensibilidade >88% e especificidade de aproximadamente 100%).

É realizada através da introdução de uma fibra ótica pelo colo do útero para avaliação da cavidade endometrial. Com isso, é possível visibilizar em tempo real os miomas submucosos ou outras lesões cavitárias como os pólipos e as neoplasias de endométrio. Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque o mioma subseroso não é passível de ressecção histeroscópica, e sim o mioma submucoso.

Incorreta a alternativa B, porque a hipertrofia miometrial não pode ser investigada ou tratada pela histeroscopia.

Incorreta a alternativa C, porque a adenomiose é caracterizada pela presença de tecido endometrial infiltrado no miométrio, não sendo passível de investigação ou tratamento pela histeroscopia.

Correta a alternativa D: a istmocele é uma falha do miométrio na altura do segmento inferior do útero que se forma devido a um defeito de cicatrização na incisão da cesárea. Pode haver acúmulo de sangue nesse defeito, causando o quadro de sangramento uterino anormal nesses casos. O tratamento é cirúrgico, podendo ser realizado pela via histeroscópica.

Incorreta a alternativa E, porque a neoplasia intraepitelial cervical não pode ser investigada ou tratada pela histeroscopia.

Gabarito: alternativa D

2. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Considerando os fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da miomatose uterina, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A raça negra é um fator de risco para o desenvolvimento de miomatose.
- B) A multiparidade é um fator de risco para a miomatose uterina.
- C) O tabagismo é um fator de proteção para a miomatose uterina.
- D) O consumo de frutas cítricas diminui o risco de miomatose.
- E) O uso de anticoncepcional combinado está relacionado com diminuição do risco de miomatose uterina.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, os fatores de risco e proteção da miomatose são:

Fatores de Risco – Miomatose Uterina
Idade entre 35 e 50 anos
Raça Negra
História Familiar
Menarca precoce
Obesidade
Nuliparidade
Álcool e carnes vermelhas
Hipertensão arterial
Exposição intraútero ao dietilestilbestrol

São fatores de proteção para o desenvolvimento da miomatose uterina:

- Paridade: diminuição de 15% do risco de desenvolver mioma a cada gestação
- Uso de anticoncepcional oral combinado: redução de cerca de 15% no risco a cada cinco anos de uso
- Tabagismo: produz hipoestrogenismo devido à inibição da aromatase e redução de cerca de 15% no risco com o consumo de 10 cigarros por dia. Obviamente não se deve sugerir para a paciente fumar para prevenir a miomatose
- Prática de atividade física e perda de peso: redução da conversão periférica (gordura) de androgênios em estrona através da ação da enzima aromatase
- Prevenção da deficiência da vitamina D e consumo de vitamina A proveniente de fontes animais
- Consumo de vegetais verdes e frutas cítricas diminui o risco da miomatose uterina

Agora vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A: a raça negra é um fator de risco para o desenvolvimento de miomatose.

Incorreta a alternativa B: a nuliparidade é um fator de risco para a miomatose uterina, e não a multiparidade.

Correta a alternativa C: o tabagismo é um fator de proteção para a miomatose uterina.

Correta a alternativa D: o consumo de frutas cítricas diminui o risco de miomatose uterina.

Correta a alternativa E: o uso de anticoncepcional combinado está relacionado com diminuição do risco de miomatose uterina.

Gabarito: alternativa B

3. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) É bastante comum a ocorrência de miomas durante a gravidez. Assinale a alternativa INCORRETA em relação a este tema.

- A) A degeneração mais frequente neste período é a necrobiose asséptica.
- B) Geralmente é necessária alguma abordagem invasiva terapêutica durante a gestação
- C) Os miomas são neoplasias benignas, mesmo durante a gravidez.
- D) Os miomas apresentam receptores de estrógeno e progesterona.
- E) Os miomas podem ser causa de abortamento.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, o mioma uterino é um tumor benigno, formado por fibras musculares lisas e tecido conectivo. Na maioria dos casos são múltiplos (2/3 dos casos).

A incidência dos miomas é de 50% a 80% das mulheres durante o período reprodutivo, sendo os tumores pélvicos mais comuns.

Os miomas são mais prevalentes na faixa etária entre os 35 e 50 anos de idade e são a indicação mais frequente de histerectomias (aproximadamente 2/3 dos casos).

O mioma é um tumor benigno monoclonal que tem origem em um único miócito, ou seja, nos casos de miomas múltiplos observamos que cada mioma teve uma origem independente.

São tumores arredondados, de consistência fibroelástica e cor esbranquiçada. Apresentam uma pseudocápsula fina, que produz um plano de clivagem (separação) com o miométrio, facilitando a sua exérese (Miomectomia).

Os miomas apresentam receptores de estrógeno e progesterona. Por isso os miomas se desenvolvem durante a vida reprodutiva da mulher e costumam regredir após a menopausa, devido ao hipostrogenismo.

Os miomas são capazes de criar por si só um ambiente estrogênico, que favorece o seu crescimento através de 3 mecanismos:

- Os miomas apresentam mais receptores de estrógeno que as células do miométrio.
- Os miomas apresentam níveis mais altos de aromatase, sendo capazes de converter andrógenos em estrógenos.
- Os miomas convertem menos estradiol em estrona (que é 13 vezes menos potente que o estradiol). Isso acontece porque os miomas têm a enzima 17 beta-hidroxidesidrogenase do tipo 2 diminuída. Além disso, os miomas também são capazes de fazer o caminho inverso e converter a estrona em estradiol porque apresentam a enzima 17 beta hidroxiprogesterona do tipo 1 aumentada.

Em alguns casos, os miomas podem se transformar, ocorrendo a substituição do seu tecido “normal” por outro tipo de tecido. Isso se chama degeneração. Existem tipos diferentes de degeneração e a sua denominação é feita de acordo com o tecido ou substância que substitui o tecido miomatoso:

- Hialina: é a degeneração mais comum.
- Calcificada: comum após a menopausa devido ao hipoestrogenismo e falta de suprimento sanguíneo do mioma.
- Cística: ocorre pela liquefação da degeneração hialina, formando cistos.
- Mixoide ou mucoide: apresenta cistos de material gelatinoso.
- Rubra ou vermelha (necrobiose asséptica): é o infarto hemorrágico do mioma. Ocorre mais frequentemente no ciclo gravídico puerperal ou durante o uso de pílula anticoncepcional ou de análogos do GnRH.
- Gordurosa: substituição pelo tecido gorduroso. É menos frequente que as outras degenerações.
- Sarcomatosa: será abordada mais detalhadamente em outra aula, específica sobre tumores do corpo uterino. Felizmente é rara (0,1% a 0,6%), porque apresenta mau prognóstico. Por enquanto saiba que nesses casos ocorre crescimento rápido dos tumores e acontece mais frequentemente nas pacientes pós-menopausa. A sua confirmação depende do estudo histopatológico do tumor e nesses casos observa-se aumento das mitoses e atipia celular.

Cerca de metade das mulheres com mioma são assintomáticas! A conduta nesses casos é expectante.

Os sintomas dos miomas estão relacionados com a sua localização e tamanho. De uma maneira geral, os miomas submucosos provocam metrorragia (sangramento uterino irregular), os miomas intramurais provocam hipermenorragia (aumento do fluxo menstrual) e os miomas subserosos, quando sintomáticos, provocam dor pélvica.

Os miomas submucosos provocam metrorragia porque estão em contato com o endométrio, provocando uma “ferida” neste local que sangra irregularmente. Os miomas intramurais provocam aumento do fluxo menstrual por prejudicarem a contratilidade do miométrio e provocar estase venosa. Os miomas subserosos em geral são assintomáticos. Provocam dor pélvica quando são grandes, por comprimirem os órgãos adjacentes. Por isso podem provocar sintomas urinários, intestinais e lombossacralgia.

Durante o exame físico geral, podemos encontrar o aumento do volume abdominal devido ao útero aumentado, palpável no hipogástrio, de consistência fibroelástica, boçado.

Ao exame ginecológico, no toque bimanual, podemos verificar um útero aumentado, de consistência fibroelástica, boçado e móvel. Deve-se mobilizar o colo do útero para tentar confirmar que o tumor palpável está localizado no útero, e não nos anexos.

Agora vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A: a degeneração miomatosa mais frequente durante a gravidez é a necrobiose asséptica.

Incorreta a alternativa B: geralmente não é necessária nenhuma abordagem invasiva terapêutica durante a gestação. Na maioria dos casos, os miomas são achados “acidentais” ultrassonográficos e a paciente prossegue o pré-natal sem intercorrências. Além disso, os miomas podem regredir ou diminuir de volume depois do parto.

Correta a alternativa C: os miomas são tumores benignos monoclonais.

Correta a alternativa D: Os miomas apresentam receptores de estrógeno e progesterona.

Correta a alternativa E: os miomas podem se manifestar como causa de abortamento de repetição.

Gabarito: alternativa B

4. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Uma mulher de 36 anos de idade, nuligesta, comparece ao serviço de ginecologia se queixando de dispareunia e dor pélvica crônica. O exame físico ginecológico não apresentou alterações. Assinale a alternativa que descreve a hipótese diagnóstica mais provável para este caso.

- A) Miomatose uterina
- B) Hiperplasia endometrial
- C) Hipertrofia miometrial
- D) Pólipo cervical
- E) Endometriose

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa paciente apresenta um quadro de dispareunia e dor pélvica crônica. Esses sintomas são bastante sugestivos de endometriose. A endometriose é caracterizada pela presença de endométrio fora da cavidade uterina. É uma doença dependente do estrogênio. A teoria mais aceita atualmente para a fisiopatologia da endometriose é a teoria de Sampson ou da menstruação retrógrada. Essa teoria diz que o refluxo menstrual de células endometriais através das trompas é a causa da endometriose.

Os sintomas clássicos da endometriose são a dismenorreia, a dispareunia, a infertilidade e a dor pélvica crônica. Sintomas cíclicos, relacionados com o período menstrual, também são sugestivos da doença e sintomas com disúria, hematúria, disquezia e tenesmo podem estar relacionados com o acometimento do trato urinário e intestinal pela doença.

O encontro no exame físico de dor ao toque bimanual, nodulação dolorosa violácea no fundo de saco, útero fixo e massa anexial (endometrioma) também são sinais dessa doença.

O método diagnóstico padrão-ouro para o diagnóstico da endometriose é a videolaparoscopia com biópsia das lesões endometrióticas. Outros exames indicados para a sua investigação diagnóstica são o ultrassom transvaginal com preparo intestinal e a ressonância magnética.

A endometriose é uma doença estrógeno-dependente. Lembre-se de que o endométrio prolifera devido ao estímulo do estrógeno e, portanto, o estrógeno produz a proliferação dos implantes de endometriose. Por isso, o tratamento clínico da endometriose é realizado com o bloqueio hormonal. As opções de medicamentos para realizar o bloqueio hormonal são os anticoncepcionais, o DIU de levonorgestrel, os Análogos do GnRH e os inibidores da aromatase.

Agora vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque o principal sintoma da miomatose uterina é a menorragia; além disso, comumente, a miomatose cursa com aumento do volume uterino.

Incorreta a alternativa B, porque a hiperplasia endometrial se manifesta clinicamente com sangramento uterino anormal.

Incorreta a alternativa C, porque a hipertrofia miometrial também é uma das causas de sangramento uterino anormal e não costuma se manifestar com dispareunia.

Incorreta a alternativa D, porque a paciente não apresenta alteração no exame físico ginecológico especular e nem quadro de sangramento uterino anormal.

Correta a alternativa E: a paciente apresenta quadro clínico sugestivo de endometriose.

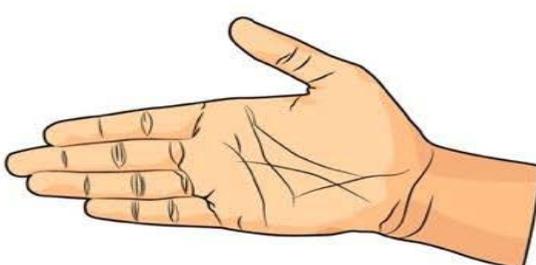
Gabarito: alternativa E

5. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Uma mulher de 40 anos de idade procura o pronto atendimento com sangramento genital importante. Realizado hemograma, foi observado hemoglobina de 9,2 g/dL. Dentre as possíveis causas de sangramento uterino anormal desta paciente, devem ser considerados, **EXCETO**

- A) Leiomiomatose
- B) Adenomiose
- C) Endometriose
- D) Hiperplasia endometrial
- E) Distúrbio ovulatório

COMENTÁRIOS:

Estrategista, esta é uma questão sobre as causas de sangramento uterino anormal / sangramento genital. A FIGO classificou as causas de sangramento uterino anormal em estruturais e não estruturais, de acordo com o mnemônico PALM – COEIN:

ESTRUTURAIS	PALM	COEIN	NÃO ESTRUTURAIS
	<p>Pólipo Adenomiase Leiomioma Malignidade e Hiperplasia</p> 	<p>Coagulopatia Ovulatório Endometrial Iatrogênica Não classificada</p> 	

A maioria das questões pergunta sobre as causas de Sangramento Uterino Anormal, que são diferentes de acordo com a idade da paciente:

Menacme: as causas mais frequentes de sangramento uterino anormal durante o menacme são a disfunção ovulatória, a miomatose uterina, pólipos, adenomiase, infecção, SOP, tireoidopatia, coagulopatia e a medicamentosa (uso de ACO, por exemplo).

Nas mulheres entre 20 e 40 anos de idade, o eixo já está amadurecido e as menstruações costumam ser regulares. Nesta idade as causas mais comuns de sangramento uterino anormal são as estruturais.

Após a menopausa: as causas mais comuns de sangramento uterino “anormal” (já que todo sangramento após a menopausa é anormal) são a atrofia endometrial, os pólipos endometriais, a hiperplasia / câncer de endométrio e o uso de terapia hormonal.

Agora vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a leiomiomatose é uma das principais causas de SUA nessa faixa etária.

Incorreta a alternativa B, porque a adenomiose também é uma das causas mais frequentes de SUA nessa faixa etária.

Correta a alternativa C: a endometriose não é uma das causas de sangramento uterino anormal. A endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, geralmente na cavidade pélvica, e se manifesta com dismenorreia, dispareunia, dor pélvica crônica e infertilidade.

Incorreta a alternativa D, porque a hiperplasia endometrial também é uma possível causa de sangramento uterino anormal.

Incorreta a alternativa E, porque o distúrbio ovulatório (anovulação crônica) também é uma causa frequente de sangramento uterino anormal.

Gabarito: alternativa C

6. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Menina de 13 anos de idade, comparece ao serviço de ginecologia acompanhada da mãe. Refere fluxo menstrual aumentado, durando 10 dias, desde a menarca há 1 ano. Refere menstruar a cada 30 dias. Também se queixa de cansaço. Nega atividade sexual. Ao exame físico, apresenta PA de 110x70 mmHg e está descorada 1+/4+. Exame físico ginecológico (dos órgãos genitais externos) não apresenta anormalidades. Considerando esse caso, assinale a alternativa que descreve a hipótese diagnóstica mais provável.

- A) Adenomiose
- B) Endometriose
- C) Distúrbio ovulatório
- D) Imaturidade do eixo H-H-O
- E) Coagulopatia

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa paciente apresenta um quadro de sangramento uterino anormal há 1 ano, com aumento da duração e intensidade da menstruação.

A idade da mulher é uma boa orientação para as possíveis causas do sangramento uterino anormal.

Nos primeiros anos após a menarca, é bastante frequente a irregularidade menstrual devido à imaturidade do eixo H-H-O e os ciclos anovulatórios. A segunda causa mais frequente de SUA desde a menarca são as coagulopatias, principalmente a síndrome de Von Willebrand.

Essa paciente está com 13 anos de idade e apresenta um quadro característico de coagulopatia.

Agora vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a adenomiose é mais frequente após os 40 anos de idade e cursa com dismenorreia.

Incorreta a alternativa B, porque a endometriose não é uma das causas de sangramento uterino anormal.

Incorreta a alternativa C, porque a paciente apresenta menstruações regulares.

Incorreta a alternativa D, porque a paciente não apresenta irregularidade menstrual.

Correta a alternativa E, porque a paciente apresenta aumento do fluxo menstrual desde a menarca, com menstruações regulares.

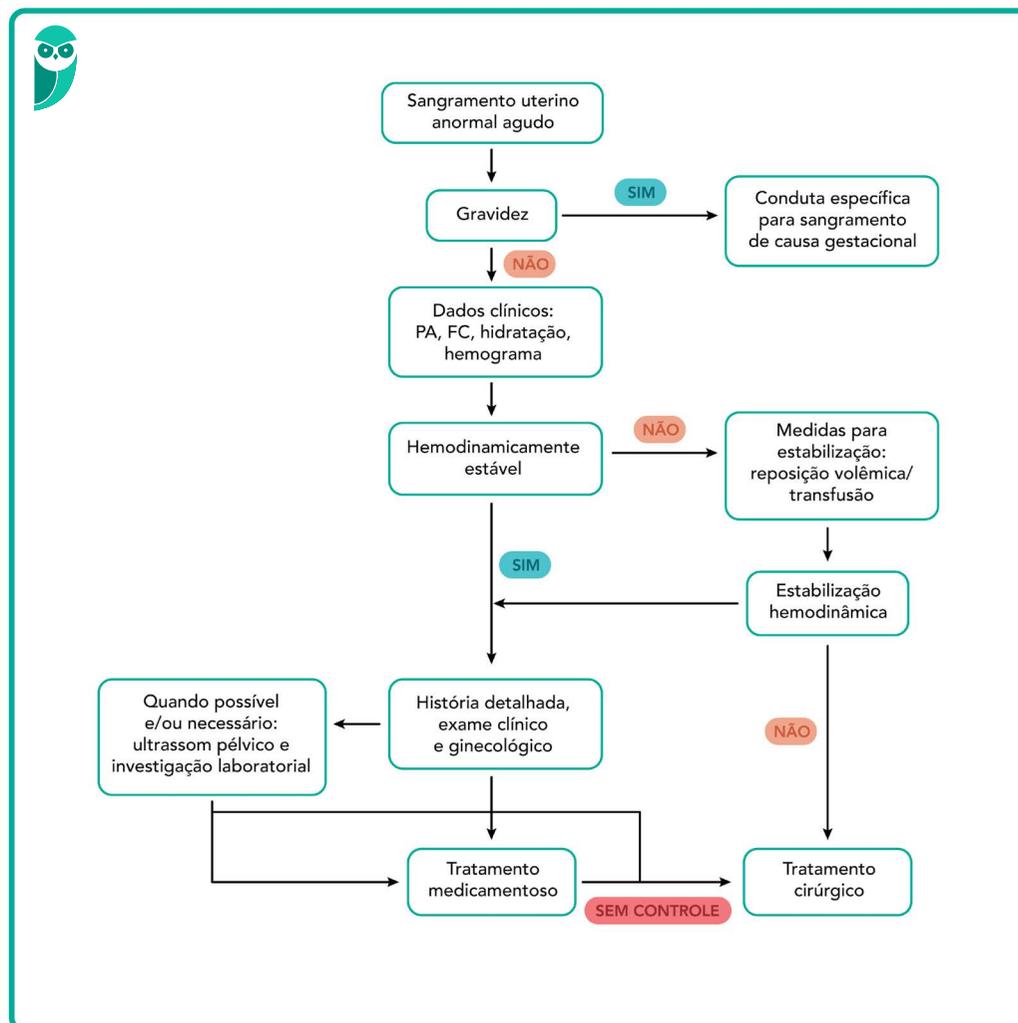
Gabarito: alternativa E

7. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Mulher, 29 anos de idade, comparece ao serviço de urgência com quadro de sangramento genital importante, que começou há 3 horas. Nega atraso menstrual. PA: 87 x 56 mmHg, FC= 106 bpm. Ao exame especular não foram observadas lesões na vagina ou no colo. Sangramento ativo se exteriorizando pelo orifício externo do colo. Considerando esse caso, assinale a alternativa que descreve a conduta mais indicada.

- A) Prescrever anti-inflamatório e reavaliar o caso em 7 dias
- B) Prescrever anticoncepcional hormonal combinado e reavaliar o caso em 7 dias
- C) Internar a paciente, solicitar ultrassonografia e prescrever anticoncepcional oral combinado em altas doses
- D) Internar a paciente, infundir volume, avaliar necessidade de transfusão sanguínea e reavaliar estabilização do caso para decidir entre conduta clínica ou cirúrgica
- E) Internar a paciente, infundir volume, avaliar necessidade de transfusão sanguínea e prescrever anticoncepcional oral combinado em altas doses, independente da estabilização hemodinâmica.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, esta é uma questão sobre a conduta e tratamento de um caso de sangramento uterino anormal agudo (SUA agudo). Veja o fluxograma abaixo:



A tabela abaixo mostra as opções de tratamento medicamentoso para o SUA agudo:

Esquemas de tratamento medicamentoso para o sangramento uterino anormal agudo	
Contraceptivo oral combinado (30 µg de EE)	Um comprimido, três vezes ao dia, até parar o sangramento (pelo menos dois dias). Após, um comprimido/dia, durante três a seis semanas
Contraceptivo oral combinado (30 µg de EE)	Um comprimido, a cada seis horas, até parar o sangramento Um comprimido, a cada oito horas, durante dois a sete dias Um comprimido, a cada 12 horas, durante dois a sete dias, seguido por um comprimido ao dia
Progestagênio isolado: medroxiprogesterona	Medroxiprogesterona 60 a 120 mg/dia até parar o sangramento (pelo menos dois dias), seguido por 20 a 40 mg/dia, durante três a seis semanas
Progestagênio isolado: medroxiprogesterona	Medroxiprogesterona 10 mg, a cada quatro horas (máximo de 80 mg), até parar o sangramento. Após, a cada seis horas, durante quatro dias. Após, a cada oito horas, durante três dias. Após, a cada 12 horas, durante dois dias, por duas semanas, e, então, diariamente
Progestagênio isolado: noretisterona	Noretisterona 5 a 10 mg, cada quatro horas, até parar o sangramento Após a cada seis horas, durante quatro dias. Após a cada oito horas, durante três dias Após a cada 12 horas, durante dois dias, seguida por um comprimido diariamente
Progestagênio isolado: noretisterona	5 a 15 mg/dia até parar o sangramento (pelo menos 2 dias), seguidos por 5 a 10 mg/dia por 3 a 6 semanas
Progestagênio isolado: megestrol	80 a 160 mg/dia até parar o sangramento (pelo menos 2 dias), depois 40 a 80 mg/dia por 3 a 6 semanas
Ácido tranexâmico	Ácido tranexâmico oral (comprimidos de 250 mg), 15 a 25 mg/kg (dose usual de 500 mg, de 8/8 h), por, no máximo, sete dias. Ácido tranexâmico endovenoso (50 mg/mL), em doses de 500 a 1.000 mg, de 8/8 h, por, no máximo, três dias. Se mais de três dias, passar para o oral (total máximo de sete dias)
Ácido épsilon-aminocaproico	Ácido épsilon-aminocaproico oral (comprimidos de 500 mg), dois a quatro comprimidos, de 8/8 h ou de 6/6 h, por até sete dias. Ácido épsilon-aminocaproico endovenoso 1 g, de 8/8 h ou 6/6 h (dose máxima: 4 g/dose).

Tabela: tratamento medicamentoso para o SUA agudo.

Fonte: Traduzido e adaptado de Munro MG; Southern California Permanente Medical Group's Ab-normal Uterine Bleeding Working Group. Acute uterine bleeding unrelated to pregnancy: a Southern California Permanente Medical Group practice guideline. Perm J. 2013;17(3):43-56.

Agora vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque o anti-inflamatório não é uma opção de tratamento para o SUA agudo.

Incorreta a alternativa B, porque a paciente tem indicação de internação e estabilização hemodinâmica.

Incorreta a alternativa C, porque devemos estabilizar a paciente hemodinamicamente antes de conseguir fazer a ultrassonografia.

Correta a alternativa D: devemos internar a paciente, infundir volume, avaliar necessidade de transfusão sanguínea e reavaliar estabilização do caso para decidir entre conduta clínica ou cirúrgica. Caso a paciente se estabilize, podemos indicar o tratamento clínico com anticoncepcionais hormonais em altas doses. Caso a paciente não se estabilize, seria indicado o tratamento cirúrgico para interromper o sangramento e, neste caso, a primeira escolha seria a realização de curetagem.

Incorreta a alternativa E, porque a decisão entre o tratamento clínico ou cirúrgico depende da estabilização hemodinâmica da paciente.

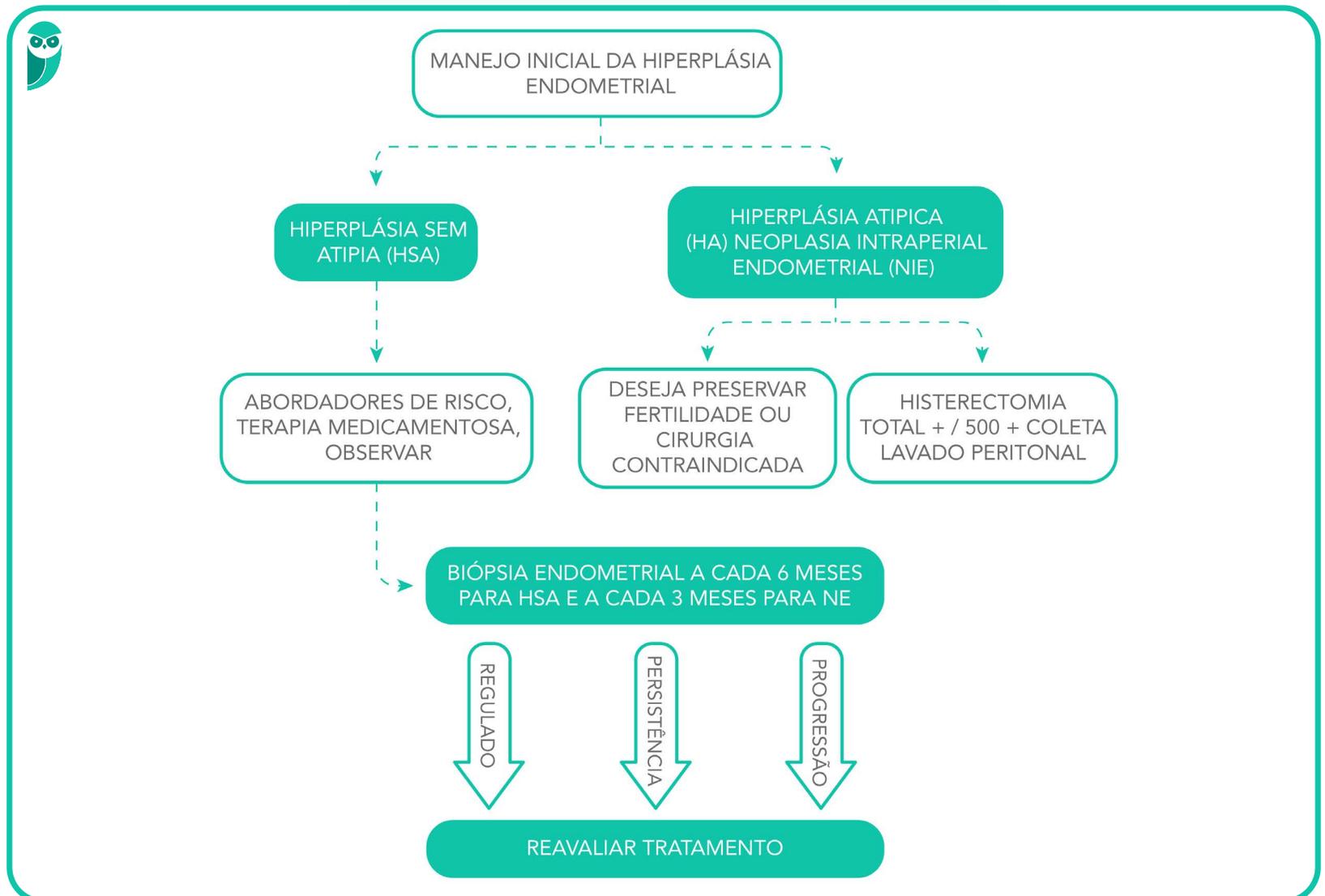
Gabarito: alternativa D

8. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Considerando a conduta ante a hiperplasia endometrial, assinale a alternativa que descreve a conduta indicada para mulheres com hiperplasia com atipia, sem prole constituída, que desejam preservar a fertilidade.

- A) Seguimento ultrassonográfico em 6 meses.
- B) Inserir SIU de levonorgestrel e realizar biópsia a cada 3 meses.
- C) Inserir SIU de levonorgestrel e realizar biópsia a cada 6 meses.
- D) Prescrever anticoncepcional combinado e realizar biópsia a cada 6 meses.
- E) Indicar histerectomia.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, esta é uma questão sobre a conduta ante os casos de hiperplasia endometrial. Veja o esquema abaixo:



Observando o fluxograma acima podemos ver que a conduta nos casos de hiperplasia endometrial atípica nas mulheres que desejam preservar a fertilidade é o uso de progestágenos. A tabela abaixo mostra quais são as possíveis opções que podem ser usadas nesses casos:

Opções de tratamento medicamentoso para a hiperplasia endometrial	
Sistema Intrauterino de levonorgestrel (1ª escolha)	52 mg em 5 anos (20 mcg / dia)
Acetato de megestrol	40 a 200 mg/dia, via oral
Acetato de Medroxiprogesterona	10 a 20 mg/ dia, via oral
Acetato de Medroxiprogesterona	150 mg, a cada 3 meses, via intramuscular
Progesterona micronizada	100 a 200 mg/dia, via vaginal (creme)

Agora vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a paciente tem indicação de tratamento medicamentoso com progestágeno.

Correta a alternativa B: está indicado inserir SIU de levonorgestrel e realizar biópsia a cada 3 meses.

Incorreta a alternativa C, porque a paciente tem indicação de realizar biópsia a cada 3 meses.

Incorreta a alternativa D, porque o anticoncepcional combinado não é indicado para o tratamento da hiperplasia endometrial por conter estrógeno na sua composição.

Incorreta a alternativa E, porque a paciente deseja preservar a fertilidade.

Gabarito: alternativa B

9. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Uma mulher de 56 anos de idade apresenta saída de secreção translúcida espontânea uniductal na mama direita há 4 meses. Assinale a alternativa que descreve a principal hipótese diagnóstica para este caso?

- A) Adenoma
- B) Hamartoma
- C) Papiloma
- D) Carcinoma
- E) Mastite

COMENTÁRIOS:

Estrategista, esta questão trata das secreções mamárias ou descargas papilares. A grande maioria (cerca de 93%) das descargas papilares é benigna. O principal objetivo da avaliação dos fluxos papilares é diferenciar as secreções benignas das secreções suspeitas de malignidade. Vamos falar dos tipos de descarga papilar:

Galactorreia: A galactorreia geralmente se manifesta como secreção bilateral do mamilo, envolvendo múltiplos ductos. A secreção mamilar é geralmente branca (láctea).

Uma das principais causas da galactorreia é a hiperprolactinemia. Mas algumas pacientes podem apresentar galactorreia sem aumento de níveis de prolactina. Devemos dosar a prolactina dessas pacientes e tratar os casos de hiperprolactinemia.

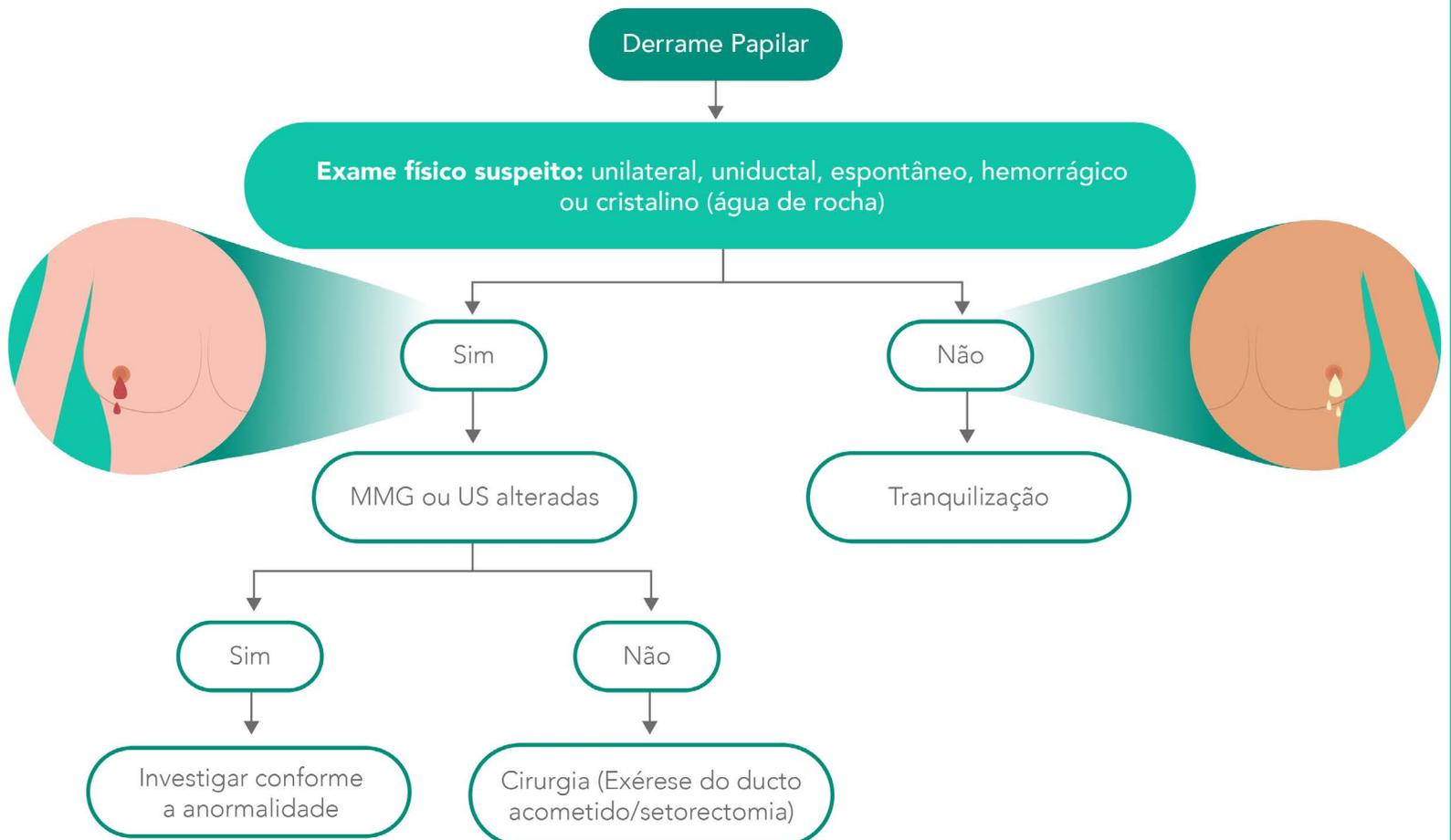
Ectasia ductal: A ectasia dos ductos é uma outra causa patológica benigna comum de descarga papilar, observada em cerca de 1/4 dos casos. A descarga papilar nesses casos geralmente é multiductal e às vezes bilateral. Ocorre pelo acúmulo de líquido nos ductos ectasiados (dilatados). Pode ser citrina, amarelada, azulada, esverdeada. Pode ser espontânea ou não.

A conduta para esses casos é a observação e seguimento porque costumam se interromper, sem nenhuma intervenção médica.

Descarga papilar suspeita: A descarga papilar suspeita, que pode se originar de um câncer, geralmente é unilateral e uniductal, e espontânea. Pode ser serosa (água de rocha), sanguinolenta ou serossanguínea (misturada com sangue). Mas nem sempre esse tipo de secreção está associado ao câncer. A causa mais frequente desse tipo de descarga papilar é o papiloma intraductal (benigno). Nesses casos, sempre devemos prosseguir com a investigação diagnóstica, realizando a exérese do ducto acometido e o estudo anatomopatológico.



DESCARGA PAPILAR



Agora vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque o adenoma é um tumor epitelial puro e se manifesta com nódulo mamário, e não com descarga papilar.

Incorreta a alternativa B, porque o hamartoma consiste em tecido mamário normal encapsulado dentro da mama. Ou seja, é uma “mama dentro da mama”, sendo um achado de exame de imagem. Não é palpável e nem se manifesta com descarga papilar.

Correta a alternativa C: o papiloma intraductal é a principal hipótese diagnóstica para este caso.

Incorreta a alternativa D, porque o carcinoma pode ser a causa desse tipo de descarga papilar, mas é muito menos frequente que o papiloma (felizmente!).

Incorreta a alternativa E, porque a mastite se manifesta com sinais flogísticos e o tipo de descarga papilar possivelmente associada seria purulenta, e não translúcida.

Gabarito: alternativa C

10. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Considerando os exames de imagem da mama, assinale a alternativa que descreve o melhor exame para avaliação dos implantes mamários de silicone.

- A) Exame clínico
- B) Ultrassonografia das mamas
- C) Mamografia
- D) Tomossíntese
- E) Ressonância magnética

COMENTÁRIOS:

Estrategista, a ressonância magnética é um exame baseado no magnetismo das moléculas de água do tecido. A ressonância magnética da mama envolve a análise de duas características da lesão: a sua morfologia (“formato”) e a sua cinética, ou seja, o comportamento da lesão após a injeção do contraste (gadolínio).

As lesões malignas são muito vascularizadas e, por isso, apresentam um realce rápido após a injeção do contraste em comparação com as lesões benignas que são menos vascularizadas.

A Ressonância Magnética é o exame com maior sensibilidade para o câncer de mama. Isso parece ótimo, não é? Mas existe uma desvantagem. A ressonância magnética tem uma especificidade relativamente baixa. Por ser muito sensível (cerca de 90%), mas pouco específica (entre 50% e 70%), a ressonância magnética apresenta muitos resultados falso positivos, ou seja, o exame mostra uma suspeita de câncer, mas a paciente não tem câncer.

A ressonância magnética é altamente sensível para a detecção do carcinoma invasivo, mas deixa um pouco a desejar na detecção do carcinoma ductal *in situ*, sendo este o seu “calcanhar de Aquiles”.

Lembre-se de que o exame de rastreamento para o câncer de mama é a mamografia! Uma grande desvantagem da ressonância magnética é o seu alto custo em comparação com a mamografia e a sua disponibilidade restrita, visto que nem todos os serviços de saúde têm um aparelho de ressonância magnética.

A ressonância magnética tem indicações específicas:

- Pacientes de alto risco (risco acima de 20% calculado pelas ferramentas matemáticas)
- Planejamento pré-cirúrgico do câncer de mama
- Avaliar resposta à quimioterapia ou hormonioterapia neoadjuvante
- Avaliação dos implantes mamários
- Pesquisa de câncer oculto
- Solucionar problemas da mamografia e do ultrassom

Como dissemos, a ressonância magnética é indicada para o rastreamento das pacientes de alto risco para o desenvolvimento do câncer de mama, em conjunto com a mamografia.

Hoje em dia, muitas pacientes têm implantes (próteses) de silicone mamário por motivos estéticos. Essas mulheres devem fazer o rastreamento mamográfico do câncer de mama com a mesma frequência que as mulheres sem implantes. Uma dúvida comum é: a paciente com prótese pode fazer mamografia? A mamografia não vai “estourar” a prótese?

A mamografia não vai provocar o rompimento da prótese. Como dissemos acima, essas mulheres devem fazer o rastreamento mamográfico de rotina, seguindo as mesmas indicações e frequências das mulheres sem prótese e, mais ainda, precisam fazer incidências adicionais (“mais chapas”), porque os implantes podem interferir na visualização do tecido mamário. Chamamos essas incidências adicionais de manobra de Eklund.

Lembre-se de que a mamografia de rastreamento “normal” inclui as incidências crânio-caudal e médio-lateral-oblíqua. Nas mulheres com prótese, precisamos fazer mais duas incidências como estas, afastando a prótese para trás, para possibilitar a mamografia apenas do tecido mamário, excluindo a prótese da imagem. Essa é a manobra de Eklund. Costumo dizer que a paciente sem prótese faz 2 “chapas de cada mama” e a paciente com prótese faz 4 “chapas de cada mama”.

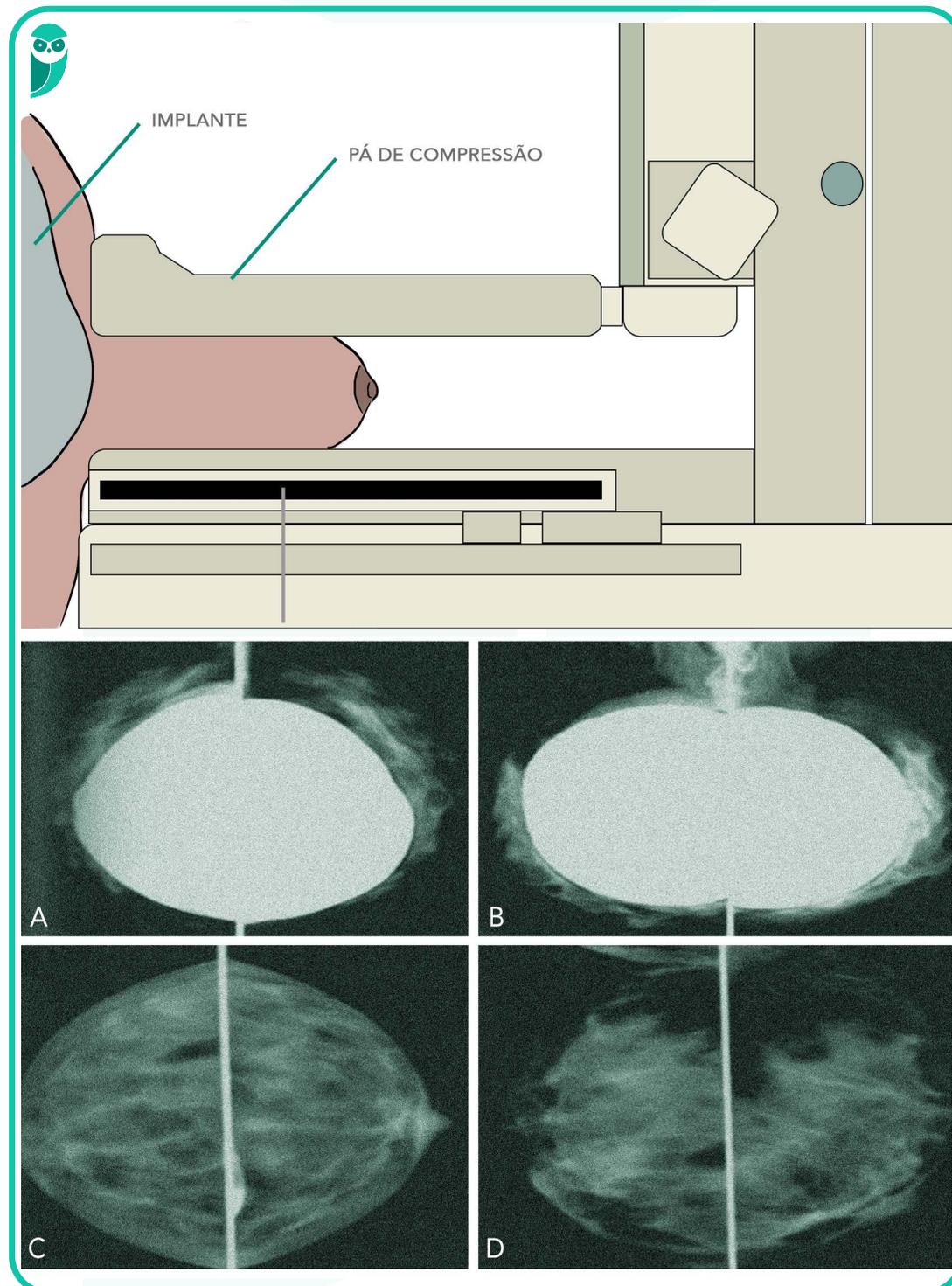


Figura: Técnica da manobra de Eklund, afastando a prótese para trás e “mamografando” somente o tecido mamário (esquerda). Filmes mamográficos de uma paciente submetida à manobra de Eklund “8 chapas” (direita).

Existem muitos tipos de implantes mamários. A maioria é um envelope preenchido com gel de silicone ou solução salina. Também existem implantes de silicone e solução salina de dupla câmara (juntos).

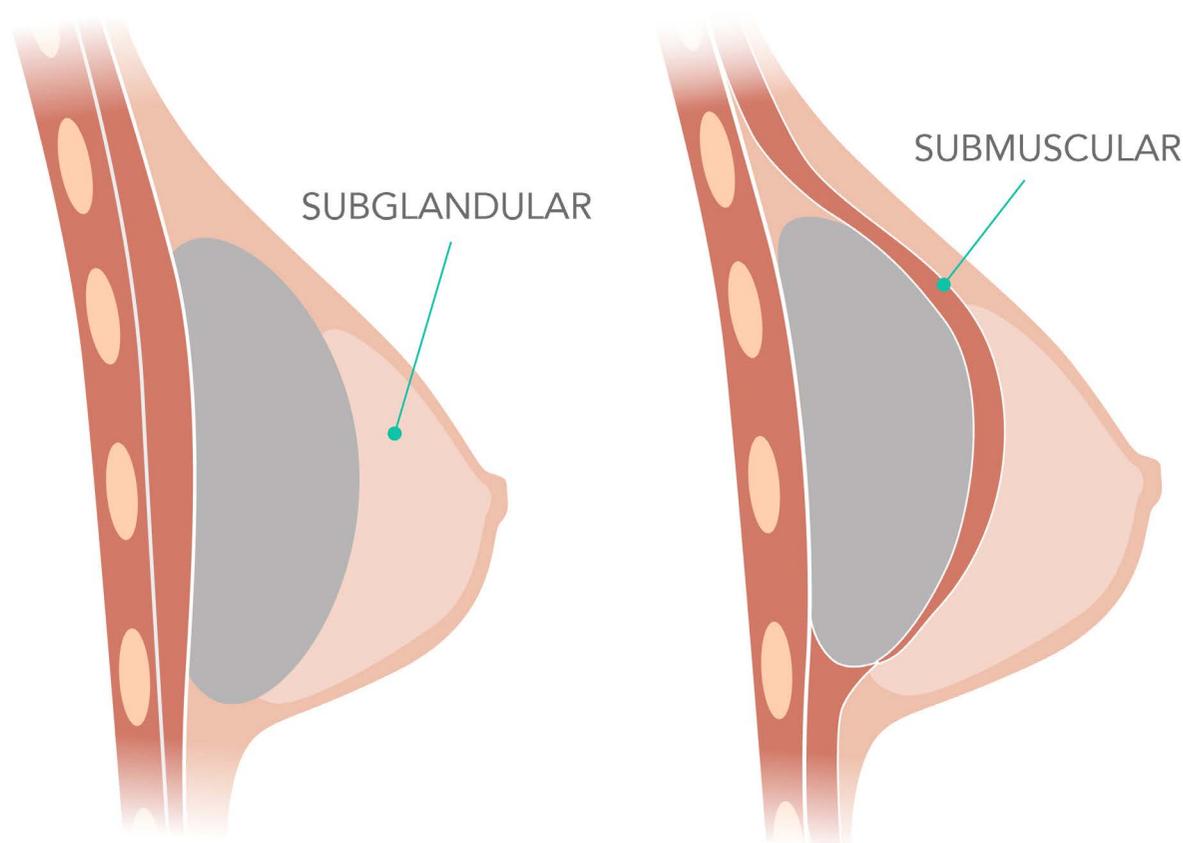
Uma outra pergunta comum é: a presença de implantes pode dificultar o diagnóstico do câncer de mama?

A presença de implantes dificulta um pouco a mamografia. O conteúdo do implante é radiopaco e pode ocultar pequenas lesões. Além disso, a presença do implante dificulta a avaliação de todas as partes da mama e dificulta a compressão. A presença de implante diminui um pouco a sensibilidade da mamografia, mas aumenta um pouco a especificidade.

A localização do implante também é importante para facilitar a obtenção da imagem. Os implantes mamários podem ser subglandulares ou submusculares. Os implantes subglandulares ficam na frente do músculo peitoral maior e atrás da glândula mamária. Os implantes submusculares estão atrás do músculo peitoral maior. Os implantes submusculares "dificultam menos" a realização da mamografia.



PRÓTESE SUBMUSCULAR E SUBGLANDULAR



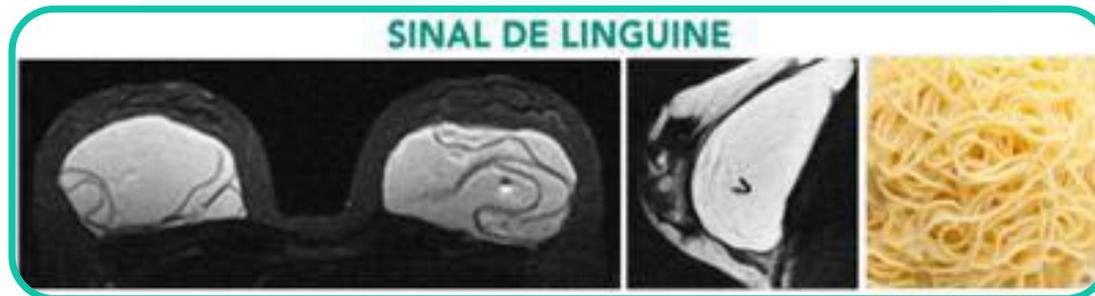
As mamografias também podem ajudar a identificar complicações relacionadas com as próteses como a ruptura extracapsular, quando a cápsula do implante se rompe e o silicone extravasa para o tecido mamário adjacente. Mas o melhor exame para avaliar as próteses mamárias é a ressonância magnética. Ambos os tipos de ruptura geralmente requerem remoção cirúrgica do implante.

Estrategista, lembre-se de que o exame de rastreamento do câncer de mama é a mamografia e que esse exame é indicado também para as pacientes com próteses de silicone.

Por outro lado, se o objetivo não é o rastreamento do câncer de mama, e sim avaliar a integridade da prótese, devemos indicar a ressonância magnética.

A ressonância magnética é o melhor exame para avaliar as próteses.

O melhor exame para avaliar os implantes de silicone é a ressonância magnética, porque pode detectar rupturas intracapsulares e extracapsulares. O sinal mais confiável de ruptura intracapsular na ressonância magnética é a presença de linhas curvilíneas, que representam a cápsula do implante colapsada flutuando no interior do gel de silicone, conhecido como "sinal de linguine", porque se parece com "macarrão boiando". O estudo das próteses pela ressonância magnética não precisa da injeção de contraste.



Agora vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque o exame clínico não é o melhor exame (inclusive não é um exame de imagem!) para avaliar os implantes de silicone.

Incorreta a alternativa B, porque a ultrassonografia das mamas não é um bom exame para avaliar as próteses mamárias.

Incorreta a alternativa C, porque a mamografia é o exame indicado para o rastreamento do câncer de mama, mas não é o melhor exame para avaliar os implantes de silicone.

Incorreta a alternativa D, porque a tomossíntese ("mamografia 3D") também não é capaz de diagnosticar roturas intracapsulares dos implantes de silicone.

Correta a alternativa E: a ressonância magnética é o melhor exame para avaliar as próteses de silicone, sendo capaz de diagnosticar roturas extra e intracapsulares.

Gabarito: alternativa E

11. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Monalisa Carvalho) Sobre o ciclo menstrual, assinale a alternativa correta:

- A) Folículos antrais pequenos são os responsáveis pela produção do Hormônio antimulleriano, marcador de reserva ovariana. Níveis baixos desse hormônio, independentemente da idade, indicam baixa probabilidade de gestação clínica.
- B) A fase folicular tem duração variável, sendo responsável pela variação do número de dias do ciclo menstrual.
- C) A progesterona produzida pelo corpo lúteo tem ação de hipotermia no Sistema Nervoso Central.
- D) O uso de anticoncepcionais com estrogênio está associado à melhor preservação de reserva ovariana quando comparado ao uso de progestágenos isolados, já que o primeiro bloqueia o desenvolvimento folicular.
- E) O endométrio da primeira fase do ciclo apresenta-se na ultrassonografia como espesso e hiperecogênico.

COMENTÁRIOS:

Incorreta alternativa A. O AMH, seja produzido por folículos antrais pequenos e reflita a reserva ovariana, não é preditor absoluto de sucesso gestacional, especialmente em mulheres jovens com boa qualidade ovocitária. Níveis baixos desse hormônio estão associados com baixas taxas de resposta ao estímulo ovariano.

Correta alternativa B. A fase folicular (do início da menstruação até a ovulação) é a fase mais variável do ciclo menstrual e é a responsável pelas variações na duração total do ciclo.

Incorreta alternativa C. A progesterona atua no sistema nervoso central promovendo elevação da temperatura corporal basal (não hipotermia), característica da fase lútea.

Incorreta alternativa D. Ambos os métodos hormonais reduzem a atividade ovariana enquanto usados, mas não preservam a função ovariana, pois o processo de apoptose folicular atua numa fase do ciclo menstrual que ocorre independente da ação das gonadotrofinas.

Incorreta alternativa E. Na fase proliferativa (folicular), o endométrio é geralmente fino a moderadamente espessado e trilaminar (hipoecogênico com linha central ecogênica). O padrão hiperecogênico é típico da fase lútea.

Gabarito: alternativa B

12. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Monalisa Carvalho) Paciente lactante na terceira semana pós-parto vaginal solicita método contraceptivo. Nega alergias, uso de medicações ou comorbidades. Dentre as opções abaixo, qual é a mais indicada para o caso?

- A) DIU de cobre
- B) DIU hormonal
- C) Pílula de drospirenona isolada
- D) Injetável trimestral
- E) Anel vaginal

COMENTÁRIOS:

Na contracepção do pós-parto, temos que avaliar 2 fatores importantes para decidir o uso dos contraceptivos:

- Tempo de pós-parto
- Amamentação

Na paciente que amamenta, os pontos mais importantes são:

- Métodos combinados têm contra-indicação absoluta até 6 semanas pós-parto (risco tromboembólico) e relativa entre 6 semanas e 6 meses pós-parto.
- Métodos apenas de progesterona podem ser indicados a qualquer momento do pós-parto, sendo que o injetável trimestral pode ser indicado após 6 semanas do parto.

Dito isso, vamos analisar as alternativas.

Incorreta alternativa A. Apesar de ser um método não hormonal e sem interferência na lactação, só pode ser utilizado a partir da 4ª semana. Entre 48 horas e 4 semanas pós-parto, temos contra-indicação relativa devido ao risco de expulsão.

Incorreta alternativa B. Apesar de ser um método sem interferência na lactação, só pode ser utilizado a partir da 4ª semana. Entre 48 horas e 4 semanas pós-parto, temos contra-indicação relativa devido ao risco de expulsão.

Correta alternativa C, como vimos acima, com exceção do injetável trimestral, todos os outros métodos de progesterona podem ser utilizados a qualquer momento do pós-parto.

Incorreta alternativa D. O uso antes da 6ª semana pós-parto está associado à supressão da lactação e risco trombótico aumentado, devido ao efeito glicocorticoide desse método.

Incorreta alternativa E. Contém estrogênio, sendo contra-indicado de forma absoluta em menos de 6 semanas em lactantes devido ao risco trombótico e à interferência na lactação.

Gabarito: alternativa C

13. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Monalisa Carvalho) Dos achados colposcópicos abaixo, qual deles está incluído na categoria Miscelânea segundo a terminologia colposcópica Rio 2011 da Federação Internacional de Colposcopia e Patologia Cervical (IFCPC)?

- A) Epitélio metaplásico
- B) Pólipo
- C) Decidua
- D) Vasos atípicos
- E) Sinal da crista

COMENTÁRIOS:

Questão conceitual que envolve a terminologia colposcópica. A tabela abaixo traz a terminologia colposcópica que deve ser utilizada, elaborada em 2011 pela Federação Internacional de Patologia Cervical e Colposcopia (IFCPC).

TERMINOLOGIA COLPOSCÓPICA DO COLO UTERINO IFPC (2011)

Avaliação geral	<ul style="list-style-type: none"> • Colposcopia satisfatória ou insatisfatória (colo não visualizado ou obscurecido por inflamação, sangramento, cicatriz, etc.). • Visibilidade da junção escamocolunar: completamente visível, parcialmente visível, não visível. • Zona de transformação tipo 1, 2 ou 3.
Achados colposcópicos normais	<ul style="list-style-type: none"> • Epitélio escamoso original (maduro ou atrófico) • Epitélio colunar (ectopia) • Epitélio escamoso metaplásico <ul style="list-style-type: none"> ◦ Cistos de Naboth ◦ Orifícios glandulares ◦ Decidua na gravidez
Achados colposcópicos anormais	<ul style="list-style-type: none"> • Princípios gerais: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Localização da lesão: localizar pela posição dos ponteiros de relógio ◦ Tamanho da lesão • Grau 1 (menor): <ul style="list-style-type: none"> ◦ Epitélio acetobranco tênue/fino ◦ Mosaico tênue/fino ◦ Pontilhado tênue/fino • Grau 2 (maior): <ul style="list-style-type: none"> ◦ Epitélio acetobranco denso ◦ Mosaico grosseiro ◦ Pontilhado grosseiro ◦ Aparecimento rápido do acetobranqueamento ◦ Orifícios glandulares espessados ◦ Sinal da borda interna (lesão dentro da lesão) ◦ Sinal da crista • Não específico: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Leucoplasia (queratose, hiperqueratose), erosão ◦ Coloração de lugol (teste de Schiller): corado/não corado
Suspeita de invasão	<ul style="list-style-type: none"> • Vasos atípicos • Sinais adicionais: vasos frágeis, superfície irregular, lesão exofítica, necrose, ulceração, neoplasia/tumor aparente

TERMINOLOGIA COLPOSCÓPICA DO COLO UTERINO IFPC (2011)

Achados variados
(miscelânea)

- Zona de transformação congênita
- Condiloma
- Pólipo
- Inflamação
- Estenose
- Anomalia congênita
- Sequela pós-tratamento
- Endometriose

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta alternativa A. É achado normal segundo a terminologia IFPC, não classificado como "miscelânea".

Correta alternativa B. Pólipos são classificados como achados da categoria "Miscelânea" na terminologia de 2011.

Incorreta alternativa C. É um achado normal.

Incorreta alternativa D. São achados sugestivos de invasão.

Incorreta alternativa E. É um achado anormal maior.

Gabarito: alternativa B

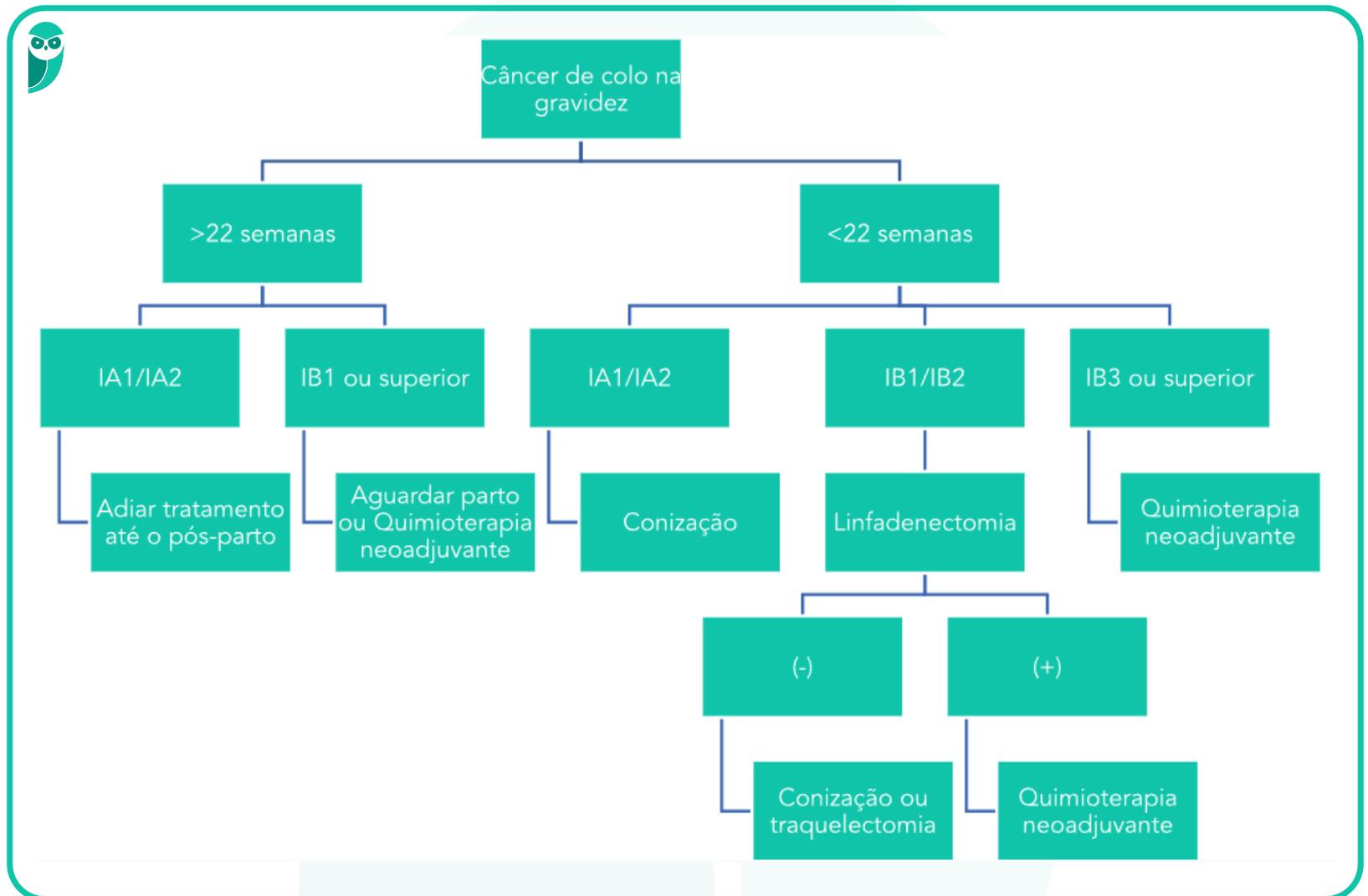
14. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Monalisa Carvalho) Gestante de 12 semanas tem diagnóstico de carcinoma espinoelular de colo uterino. O tumor tem 1 cm e a RNM (ressonância nuclear magnética) não mostrou outros achados. Diante do desejo de preservação da gestação, qual é o melhor tratamento a ser proposto?

- A) Conização
- B) Traquelectomia com BLNS (biópsia de linfonodo sentinela)
- C) Quimioterapia neoadjuvante
- D) Realizar tratamento pós-parto
- E) Não há como preservar o útero. Deve ser feita histerectomia total com útero cheio

COMENTÁRIOS:

Um a três por cento das mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino estão grávidas ou no pós-parto no momento do diagnóstico. A maioria das pacientes é diagnosticada em estágio inicial da doença. O curso da doença e o prognóstico em pacientes grávidas é semelhante a pacientes não grávidas.

O fluxograma abaixo resume a conduta ante o câncer de colo na gravidez em pacientes **que desejam manter a gestação**:



Incorreta alternativa A. Pode ser curativa em lesões microinvasoras (1A1), mas não é tratamento padrão isolado para tumores invasivos, mesmo pequenos.

Correta alternativa B. Em tumores <2 cm e ausência de invasão parametrial, essa é a opção de preservação uterina mais segura com estadiamento adequado. Pode ser feita na gestação (idealmente entre 14-20 semanas) ou programada após o parto, dependendo da equipe e caso.

Incorreta alternativa C. Seria uma opção se a paciente tivesse acima de 22 semanas.

Incorreta alternativa D. Seria uma opção se a paciente tivesse acima de 22 semanas.

Incorreta alternativa E. A paciente tem desejo de preservar a gestação.

Gabarito: alternativa B

15. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Monalisa Carvalho) Sobre a imunização em mulheres de 20-59 anos, segundo a Sociedade Nacional de Imunizações, está correta:

- A) O reforço de vacinação para o tétano deve ser feito a cada cinco anos, com a vacina dTPa
- B) A vacina contra herpes zóster está indicada para todas as mulheres acima de 50 anos, no esquema de duas doses, com intervalo de 2 meses entre as doses
- C) A vacina contra hepatite B deve ser dada no esquema de 3 doses, 0, 2 e 6 meses.
- D) A vacina contra dengue pode ser usada em imunodeprimidos e lactantes
- E) A vacinação contra HPV em mulheres previamente expostas ao vírus deve ter uma dose de reforço seis meses após o fim do esquema vacinal.

COMENTÁRIOS:

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta alternativa A. O reforço da dT/dTPa é recomendado a cada 10 anos, sendo uma dose de dTPa ao longo da vida adulta.

Correta alternativa B. A vacina recombinante contra herpes zóster é indicada a partir dos 50 anos, com esquema de 2 doses com intervalo de 2 meses.

Incorreta alternativa C. O esquema correto é 0, 1 e 6 meses.

Incorreta alternativa D. A vacina contra dengue Dengvaxia é contraindicada em imunodeprimidos e a Qdenga ainda não é recomendada para lactantes sem avaliação individual.

Incorreta alternativa E. Não há recomendação de reforço após o esquema completo em mulheres previamente expostas.

Gabarito: alternativa B

16. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Monalisa Carvalho) Adolescente de 15 anos é encaminhada para investigação de amenorreia primária. Refere nunca ter menstruado. Ao exame físico apresenta genitália externa de aspecto feminino, mamas em Tanner M1 e pelos pubianos em P2. Relata baixa estatura familiar, mas apresenta estatura adequada para a idade. Ultrassonografia revela útero pequeno e ovários não visualizados. Os exames laboratoriais revelam: FSH = 85 mUI/mL, LH = 47 mUI/mL, estradiol indetectável. Cariótipo: 46,XX.

Qual é a hipótese diagnóstica mais compatível?

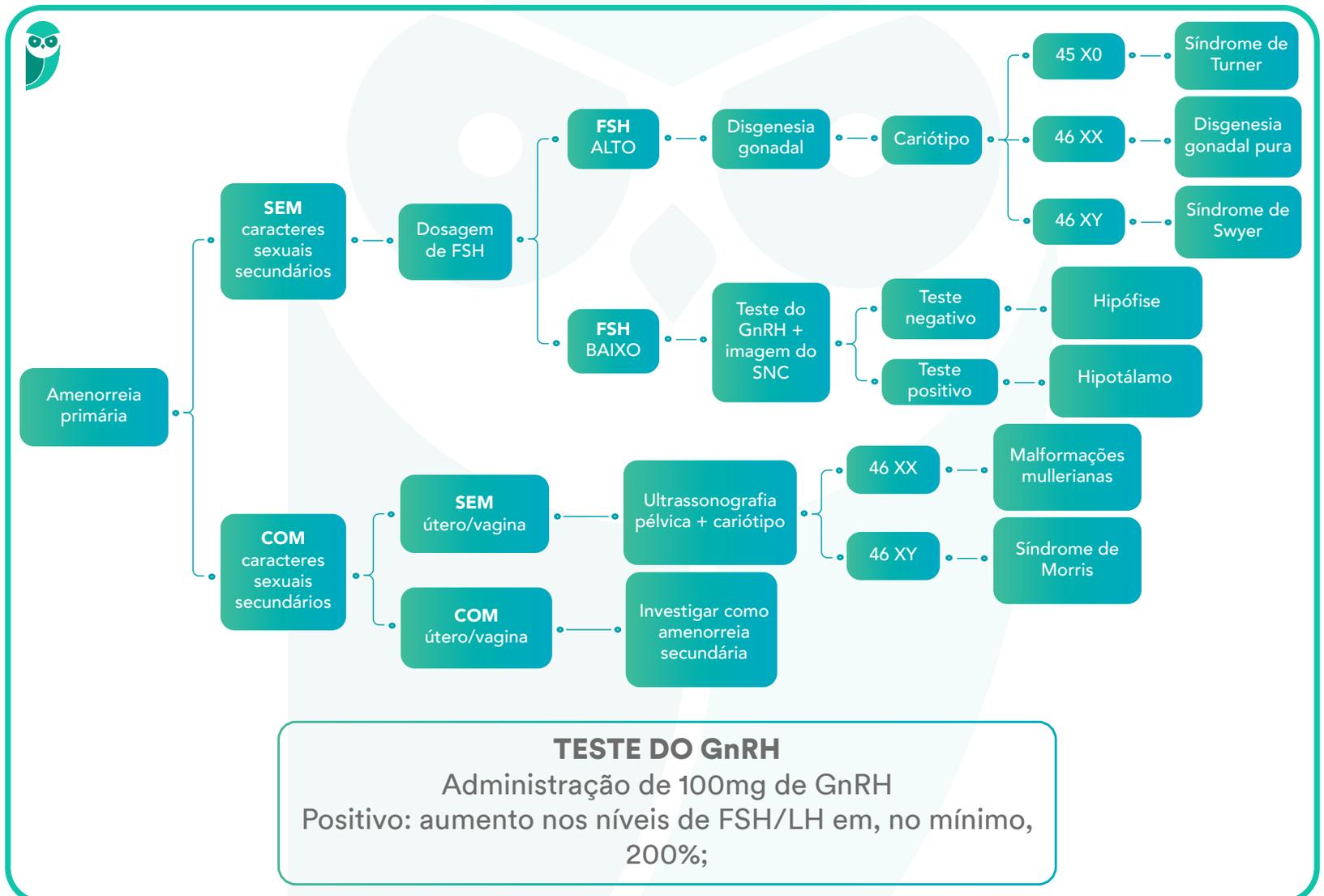
- A) Síndrome de Turner em mosaico
- B) Síndrome de insensibilidade androgênica completa
- C) Disgenesia gonadal pura 46,XX
- D) Hiperplasia adrenal congênita não clássica
- E) Síndrome de Rokitansky-Küster-Hauser

COMENTÁRIOS:

Investigamos amenorreia primária quando:

- Pacientes acima de 13/14 anos, na ausência de caracteres sexuais secundários.
- Pacientes acima de 15/16 anos, mesmo na presença de caracteres sexuais secundários.

Nossa paciente não tem desenvolvimento sexual secundário (Mamas M1-pré púberes). Nesse caso, nossa investigação deve conter investigação para eixo hipotálamo-hipófise-ovariano. Segue o roteiro diagnóstico:



Níveis de FSH elevados falam a favor de disgenesias gonadais. Nesses casos, precisamos do cariótipo para diferenciá-las. Cariótipo 46,XX nos dá o diagnóstico de disgenesia gonadal pura.

Incorreta alternativa A. A paciente tem cariótipo 46,XX e estatura normal, o que torna o diagnóstico de Síndrome de Turner improvável.

Incorreta alternativa B. Teria cariótipo 46,XY, mamas desenvolvidas e ausência de pelos pubianos, o que não é o caso.

Correta alternativa C. Quadro clássico: amenorreia primária, ausência de mamas, hipergonadotrofismo, cariótipo 46,XX. Ovários disfuncionais (estruturalmente presentes, mas fibrosados).

Incorreta alternativa D. Essa doença está associada à pubarca precoce e ciclos irregulares, não à amenorreia com FSH elevado.

Incorreta alternativa E. Teria cariótipo 46,XX, mamas desenvolvidas, FSH normal e ausência de útero e vagina, mas com ovários funcionantes.

Gabarito: alternativa C

17. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Monalisa Carvalho) Mulher de 29 anos, previamente com ciclos menstruais regulares, relata ausência de menstruação há 8 meses. Nega sintomas vasomotores, uso de medicamentos ou estresse recente. Ao exame físico, sem alterações. Beta-hCG negativo. Exames laboratoriais mostram FSH 5 mUI/mL, LH 4 mUI/mL, TSH e prolactina normais. Teste com progesterona isolada foi negativo. Ciclo estrogênio-progesterona também foi negativo.

Dentre as alternativas abaixo, qual seria uma hipótese diagnóstica?

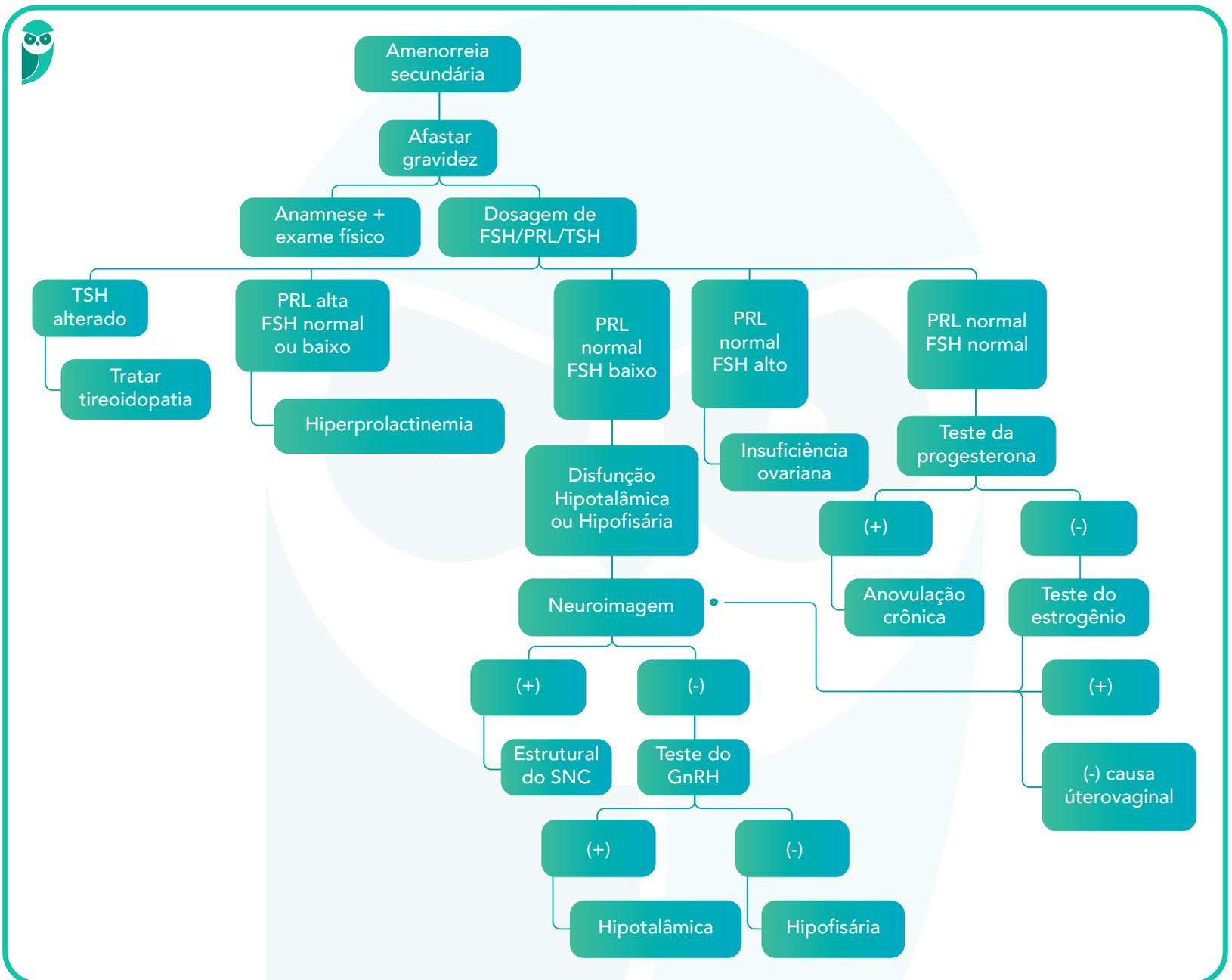
- A) Hipogonadismo hipogonadotrófico funcional
- B) Síndrome de Asherman
- C) Hiperprolactinemia
- D) Insuficiência ovariana prematura
- E) Anovulação crônica por SOP

COMENTÁRIOS:

Investigamos amenorreia secundária quando:

- Ausência de menstruação por 3 ciclos (se ciclos regulares) ou 6 meses (se ciclos irregulares)

A principal causa de amenorreia secundária é a gestação, por isso sempre temos que realizar o beta-hcg. Depois disso, temos também que descartar hiperprolactinemias e disfunções tireoidianas. Segue o roteiro diagnóstico abaixo:



Foi realizado o teste do estrogênio + progesterona. Esse teste serve para avaliar a patência do trato genital. As únicas situações que ele é negativo são as patologias com defeito do trato de saída. Dito isso, vamos analisar as alternativas:

Incorreta alternativa A. Nessa patologia, FSH e LH estariam baixos, e geralmente há algum fator estressor ou perda de peso. Não é o caso aqui.

Correta alternativa B, no caso de teste de estrogênio + progesterona negativo, temos um defeito anatômico, e na Síndrome de Asherman formam-se aderências intrauterinas, geralmente secundárias a curetagens uterinas sucessivas ou a processos infecciosos.

Incorreta alternativa C. A prolactina é normal.

Incorreta alternativa D. Teria FSH elevado (geralmente >25-30), o que não ocorre aqui.

Incorreta alternativa E. O teste com estrogênio + progesterona seria positivo, pois há endométrio responsivo.

Gabarito: alternativa B

18. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Monalisa Carvalho) Mulher de 23 anos procura atendimento emergencial em hospital terciário, referindo ter sido vítima de estupro há 72 horas por desconhecido. Relata penetração vaginal sem uso de preservativo e nega uso prévio de contracepção hormonal. Refere último ciclo menstrual iniciado há 10 dias. A paciente está emocionalmente abalada, mas lúcida e orientada. Apresenta ferimentos leves nos membros superiores. Ao ser questionada sobre desejo de registrar boletim de ocorrência, expressa que não deseja fazê-lo no momento. O hospital dispõe de equipe multiprofissional capacitada e de protocolo específico para atendimento de vítimas de violência sexual.

Assinale a alternativa que apresenta a conduta correta nesse caso:

- A) A contracepção de emergência está indicada, preferencialmente com levonorgestrel, devendo ser administrada em até 48 horas após a agressão.
- B) A profilaxia para HIV não está indicada, pois o prazo máximo para início é de 48 horas após a exposição.
- C) A notificação compulsória é obrigatória mesmo sem o consentimento da paciente, com identificação completa no sistema.
- D) A coleta de material para pesquisa de DNA deve ser realizada preferencialmente antes do banho e até 72 horas após a violência.
- E) O tratamento profilático para infecções sexualmente transmissíveis deve ser realizado apenas se houver sinais clínicos ou laboratoriais de infecção.

COMENTÁRIO:

Incorreta alternativa A. A contracepção de emergência com levonorgestrel pode ser utilizada até 5 dias (120h) após a relação de risco, com maior eficácia até 72h.

Alternativa B – Incorreta: A profilaxia para HIV está indicada, preferencialmente iniciada até 72 horas após a exposição. Esse é o limite máximo.

Alternativa C – Incorreta: A notificação é compulsória, mas preserva o anonimato da vítima, não sendo necessário (nem permitido) incluir identificação se ela não desejar.

Alternativa D – Correta: A coleta de material biológico deve ser feita antes do banho, preferencialmente em até 72h, para análise forense e pesquisa de DNA.

Alternativa E – Incorreta: A profilaxia para ISTs (ex.: gonorreia, clamídia, sífilis) deve ser feita de forma empírica, mesmo na ausência de sintomas ou exames alterados.

Gabarito: alternativa D

19. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Monalisa Carvalho) Uma adolescente de 15 anos, nulípara, comparece sozinha à unidade de saúde buscando orientação contraceptiva. Relata vida sexual ativa há 6 meses, com parceiro fixo, e desejo de iniciar um método de longa duração. Nega uso atual de qualquer método. Ao conversar com a equipe, demonstra bom entendimento sobre os métodos e decide pelo uso de DIU de cobre. Refere que seus pais não sabem que ela é sexualmente ativa. A unidade de saúde dispõe de profissionais capacitados para inserção de LARCs e todos os métodos disponíveis pelo SUS.

Considerando as recomendações atuais da OMS, CDC e sociedades ginecológicas internacionais, qual das seguintes condutas é mais adequada?

- A) A adolescente não pode receber nenhum LARC sem o consentimento formal de seus pais ou responsáveis legais.
- B) O Implanon seria preferível ao DIU de cobre por apresentar menor taxa de expulsão em nulíparas adolescentes.
- C) O uso de LARCs em adolescentes é contraindicado em nulíparas devido ao maior risco de perfuração uterina.
- D) A prescrição e a inserção do DIU de cobre podem ser realizadas com o consentimento da própria adolescente, desde que ela compreenda os riscos e benefícios.
- E) A melhor abordagem seria prescrever método oral combinado e aguardar maior maturidade emocional para discutir LARCs futuramente

COMENTÁRIO:

Incorreta alternativa A. Tanto o Estatuto da Criança e do Adolescente quanto princípios bioéticos e normativas da OMS, FEBRASGO e Ministério da Saúde garantem que adolescentes têm direito ao sigilo e à autonomia reprodutiva, desde que apresentem capacidade de discernimento. Portanto, não é necessário consentimento dos pais para uso de métodos contraceptivos, inclusive os LARCs.

Incorreta alternativa B. Embora o Implanon seja excelente opção, o DIU de cobre é também seguro e eficaz em adolescentes nulíparas. As taxas de expulsão são ligeiramente maiores em nulíparas, mas não contraindicam o uso. A preferência da paciente, após aconselhamento, deve ser respeitada.

Incorreta alternativa C. LARCs, incluindo DIU e implantes, são indicados como primeira linha para adolescentes, independentemente da paridade. O risco de perfuração é muito baixo, mesmo em nulíparas.

Correta alternativa D. Essa é a conduta respaldada por diretrizes da OMS, ACOG, CDC e FEBRASGO. A adolescente tem autonomia para consentir, desde que demonstre compreensão. É um direito reprodutivo que deve ser garantido com sigilo e apoio.

Incorreta alternativa E. As diretrizes atuais recomendam LARCs como primeira escolha justamente por apresentarem maior eficácia e adesão, especialmente em adolescentes. Adiar a oferta de LARC pode resultar em gravidez não planejada.

Gabarito: alternativa D

20. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Monalisa Carvalho) Mulher de 28 anos, previamente saudável, procura atendimento ambulatorial por recorrência de corrimento vaginal acinzentado, fluido, com odor fétido. Relata quatro episódios nos últimos 10 meses, todos com melhora transitória após tratamento com metronidazol oral. Nega prurido e dor pélvica. Tem parceiro fixo, com quem mantém relação sexual desprotegida. Ao exame especular, observa-se secreção homogênea aderida às paredes vaginais. Teste de Whiff positivo. Microscopia revela clue cells em abundância e ausência de lactobacilos.

Diante da recorrência da vaginose bacteriana, assinale a alternativa que representa a conduta mais atual e respaldada pela literatura científica recente:

- A) O uso de probióticos vaginais ou orais é suficiente para restaurar a flora vaginal e prevenir recorrência.
- B) A realização de duchas vaginais com ácido acético após o tratamento convencional reduz a recorrência.
- C) A supressão com metronidazol gel por 4 a 6 meses é indicada para reduzir recorrências em mulheres com episódios frequentes.
- D) Não há evidências científicas que justifiquem o tratamento do parceiro sexual em casos de vaginose bacteriana.
- E) A recorrência da vaginose bacteriana está mais associada à imunossupressão ou diabetes descompensada que a fatores comportamentais.

COMENTÁRIO:

A vaginose bacteriana de repetição é definida como ≥ 3 episódios no ano. Os fatores de risco principais incluem:

- Relações desprotegidas e frequentes com o mesmo parceiro sexual.
- Nova parceria recente.
- Hábitos de higiene íntima inadequados.

Nos casos de recorrência, além do tratamento da crise, é necessário o uso de terapia supressiva, em geral com metronidazol gel (2x/semana por 4–6 meses).

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta alternativa A. Ainda não há evidências de que a suplementação de probióticos contribua para melhora da flora vaginal.

Incorreta alternativa B. Duchas vaginais não são recomendadas e podem piorar a disbiose.

Incorreta alternativa C. O estudo publicado no *New England Journal of Medicine* (NEJM, março/2025) demonstrou que o tratamento simultâneo do parceiro sexual com metronidazol oral por 7 dias + clindamicina tópica 2x/dia por 7 dias reduziu significativamente a taxa de recorrência da vaginose bacteriana. Isso contradiz evidências anteriores e pode mudar futuras diretrizes, embora ainda não incorporado oficialmente em consensos globais.

Correta alternativa D, está de acordo com o que vimos acima.

Incorreta alternativa E, diabetes e imunossupressão são fatores de risco para candidíase.

Gabarito: alternativa D

21. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Carlos Eduardo) A imunização das mulheres adultas é um desafio que segue até os dias atuais. Há pouca divulgação do calendário vacinal das mulheres adultas, além da falta de orientação e prescrição por parte dos médicos assistentes, entre eles os ginecologistas e obstetras. Em relação a esse tema, assinale a alternativa correta.

- A) A vacina contra o HPV fora do sistema público pode ser realizada em mulheres até os 30 anos de idade.
- B) Deve ser realizado reforço da vacina da febre amarela a cada 10 anos.
- C) A vacina contra a dengue deve ser realizada em 2 doses.
- D) Caso a paciente tenha realizado esquema incompleto da vacina contra difteria e tétano na infância e adolescência, ela deve receber sempre 3 doses.
- E) A vacina contra herpes zóster é indicada para adultos a partir dos 40 anos de idade.

COMENTÁRIOS:

Esta questão se baseou nas recomendações do protocolo da FEBRASGO sobre vacinação na mulher adulta e idosa. Como cada alternativa versa sobre uma vacina diferente, vamos analisar individualmente.

Alternativa “a” incorreta, pois a vacina contra o HPV é recomendada dos 9 aos 45 anos de idade.

Alternativa “b” incorreta, pois atualmente a vacina contra febre amarela deve ser aplicada em dose única.

Alternativa “c” correta, pois a vacina contra a dengue deve ser realizada em duas doses com intervalo entre 0 e 3 meses.

Alternativa “d” incorreta, pois vacina tomada não é perdida. Caso a paciente tenha tomado uma dose, ela deve tomar apenas 2, e caso tenha tomado 2 doses, ela deve tomar apenas uma para completar o esquema.

Alternativa “e” incorreta, pois a vacina contra herpes zóster é recomendada a partir dos 50 anos de idade.

Gabarito: alternativa C

22. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Carlos Eduardo) Mulher de 65 anos realizou densitometria óssea com os seguintes valores:

T score – coluna lombar: - 2,2

T score – colo do fêmur: - 1,5

T score fêmur total: - 2,0

Quais as recomendações que devem ser dadas para essa paciente, a partir dos dados do exame?

- A) Iniciar o uso de alendronato uma vez por semana e suplementar vitamina D e cálcio.
- B) Não é possível definir a conduta sem a avaliação do Z score.
- C) Deve ser orientada a prática de atividade física, com suplementação de vitamina D e cálcio, sem necessidade de terapia farmacológica.
- D) A densitometria óssea encontra-se normal para a idade e deve ser repetida em 2 anos.
- E) Deve ser iniciado denosumabe a cada 6 meses por se tratar de uma medicação com menos efeitos colaterais.

COMENTÁRIOS:

Fala, Estrategista! Tudo bem? Temos uma questão sobre osteoporose. Sobre esse tema tão prevalente é muito importante dominar: indicações de rastreamento, diagnóstico e tratamento.

Aqui somos exigidos a respeito do conhecimento sobre o diagnóstico. A osteoporose é uma doença óssea progressiva caracterizada pela perda de massa óssea e deterioração da microarquitetura dos ossos, tornando-os frágeis e suscetíveis a fraturas. Afeta principalmente mulheres após a menopausa, mas também pode ocorrer em homens e em pessoas mais jovens devido a certas condições médicas ou uso de medicamentos específicos.

A causa mais comum da osteoporose é a diminuição dos níveis de estrogênio em mulheres na menopausa, o que leva a uma aceleração da perda óssea. Outros fatores de risco incluem idade avançada, história familiar da doença, baixa ingestão de cálcio e vitamina D, falta de atividade física, tabagismo, consumo excessivo de álcool e certas condições médicas, como doenças endócrinas e distúrbios alimentares.

Para diagnóstico de osteoporose temos os critérios:

No caso da paciente em questão, ela apresenta uma osteopenia.

A abordagem não medicamentosa do paciente com osteoporose consiste justamente em tentar neutralizar, ou ao menos amenizar, os fatores passíveis de modificação. Podemos elencar as seguintes providências nesse sentido:

- Prevenção de quedas;
- Abandono do tabagismo e do abuso alcoólico; e
- Consumo dietético adequado de cálcio e vitamina D.

A abordagem farmacológica deve ser empregada apenas nos casos com diagnóstico de osteoporose pela densitometria ou se houver alto risco de fratura pelo índice FRAX.

Alternativa “a” incorreta, pois não há indicação de bifosfonatos nesse caso.

Alternativa “b” incorreta, pois em mulheres pós-menopausa é o T-score que faz o diagnóstico.

Alternativa “c” correta, pois, por se tratar de osteopenia, devemos realizar apenas medidas não farmacológicas. O consumo ideal de cálcio permanece indefinido. A NOF sugere que mulheres pós-menopausa consumam 1.200 mg de cálcio/dia. A ingestão diária recomendada de vitamina D é de 600 a 800Ui e deve ser mantido um nível sérico acima de 30ng/mL.

Alternativa “d” incorreta, pois a densitometria evidencia osteopenia.

Alternativa “e” incorreta, pois não há indicação de tratamento farmacológico e, mesmo que houvesse, a primeira linha é com uso de bifosfonatos.

Gabarito: alternativa C

23. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Carlos Eduardo) Adolescente de 14 anos comparece à UBS buscando orientações sobre contracepção. Ela refere que está namorando atualmente e que iniciou relações sexuais com seu parceiro que tem a mesma idade dela. Ela diz que seus pais não sabem sobre o namoro e ela não deseja que eles sejam comunicados. Diante dessa situação, qual é a conduta mais adequada?

- A) Por se tratar de uma menor de idade com risco de gravidez e IST, a paciente deve ser orientada a contar para os pais e, caso não faça, o sigilo médico pode ser quebrado.
- B) Caso o médico julgue que a paciente tem capacidade de compreender a sua situação, ele pode prescrever método contraceptivo.
- C) Se essa paciente engravidar, ainda assim não há respaldo para a quebra de sigilo médico.
- D) Por se tratar de adolescente, os métodos hormonais são contraindicados nesse caso.
- E) Deve ser agendada uma consulta com os responsáveis para a orientação sobre contracepção.

COMENTÁRIOS:

Referências bibliográficas:

1. Código de Ética Médica, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>.
2. Conselho Federal de Medicina. Parecer nº 55/2015: Menoridade e vida sexual relacionadas a autonomia da menor e sigilo médico. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2015/55_2015.pdf.
3. Sociedade Brasileira de Pediatria. Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. Manual de Orientação. Departamento Científico de Adolescência. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21512c-MO_-_ConsultaAdolescente_-_abordClinica_orientEticas.pdf.

Estrategista,

O primeiro ponto fundamental é sabermos que crianças e adolescentes têm direito ao sigilo médico, como descrito no artigo 74 do Código de Ética Médica. Observe que não há um limite de idade para a quebra de sigilo. O que determina se o sigilo deve ser quebrado (ou não) é o **discernimento do paciente**:

"É vedado ao médico:

Art. 74. Revelar sigilo profissional relacionado a paciente criança ou adolescente, desde que estes tenham capacidade de discernimento, inclusive a seus pais ou representantes legais, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente".

O segundo ponto fundamental é entendermos que, mesmo que o adolescente tenha discernimento, algumas situações exigirão a quebra de sigilo mesmo assim. **Uma delas é a consulta de paciente com idade inferior a 14 anos cujo tema seja a sua vida sexual.** Por exemplo, no Brasil, as relações sexuais com menores de 14 anos são consideradas "estupro de vulnerável" pelo Código Penal. E isso vale inclusive se a parceria sexual do paciente também apresentar idade inferior a 14 anos (neste caso, será estupro de vulnerável bilateral):

"Estupro de vulnerável

Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos:

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos".

Por isso, o Conselho Federal de Medicina, no parecer 55/2015, informa que:

"A relação sexual com menores de 14 anos é crime de estupro, conforme estabelecido no Código Penal Brasileiro. No entanto, o médico, ao consultar menores nesta faixa etária com vida sexual ativa, tem a obrigação ética de acolhê-los e orientá-los, estando dentro de sua autonomia profissional a decisão de prescrever anticoncepcional, devendo obrigatoriamente comunicar o fato aos pais ou representantes legais".

Logo, veja que o médico não comete infração ética ao acolher e atender paciente menor de 14 anos que iniciou vida sexualmente ativa, mas precisa comunicar o fato aos responsáveis (*veja nota ao final do comentário).

O CFM não traz em seu parecer outros casos que exigem a quebra do sigilo médico, mas a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), sim, e foi justamente o documento desta sociedade que o INEP utilizou como referência desta questão. Segundo o documento "*Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra*", essas são as situações em que o sigilo deverá ser quebrado:

1. Presença de qualquer tipo de violência: emocional, maus-tratos, sexual, *bullying*, interpessoal no namoro etc.
2. Uso escalonado (cada vez maior) de álcool e outras drogas; sinais de dependência química.
3. Autoagressão, ideações suicidas ou de fuga de casa; tendência homicida.
4. Gravidez; abortamento.
5. Sorologia positiva de HIV (comunicar aos familiares e à parceria sexual).
6. Não adesão a tratamentos, deixando o adolescente ou terceiros em risco.
7. Diagnóstico de doenças graves, quadros depressivos e outros transtornos do campo mental.

Já as situações em que o sigilo médico poderá ser mantido, segundo a SBP, são as seguintes:

1. Ficar, namoro; iniciação sexual (excluída violência por sedução ou imposição explícita);
2. Experimentação de psicoativos (sem sinais de dependência);
3. Orientação sexual, conflitos com identidade de gênero;
4. Prescrição de contraceptivos (para adolescente com maturidade para adesão);
5. Infecções Sexualmente Transmissíveis (afastada violência sexual e desde que adolescente tenha maturidade para adesão ao tratamento).

Voltando para a questão, veja que temos justamente uma consulta em que o tema é a vida sexual da adolescente, mas, como ela tem 16 anos, não se trata de estupro de vulnerável. Por isso, em princípio, o sigilo médico poderá ser mantido para as demandas iniciais dela, que são a realização de teste de gravidez e a prescrição de contraceptivo.

No entanto, observe o item 4 da lista de situações em que o sigilo médico poderá ser quebrado. Veja que gravidez na adolescência, bem como aborto, são situações que exigem a comunicação do fato para o responsável legal. Por isso, caso o exame de gravidez da paciente venha positivo, o correto é comunicar aos pais.

Porém, é fundamental aqui avisarmos à paciente sobre essa necessidade. Inclusive, é possível combinar que ela mesma conte para os responsáveis, evitando assim a quebra do sigilo em um primeiro momento.

Alternativa "a" incorreta, pois a prescrição de contracepção em uma adolescente maior de 14 anos não autoriza a quebra de sigilo.

Alternativa "b" correta, pois caso a paciente tenha discernimento da situação, ela pode receber a prescrição de método contraceptivo.

Alternativa "c" incorreta, pois a gravidez em menores de idade é uma condição que autoriza a quebra de sigilo médico.

Alternativa "d" incorreta, pois não há contraindicação aos métodos hormonais pela idade da paciente.

Alternativa “e” incorreta, pois o sigilo médico não deve ser quebrado.

Gabarito: alternativa B

24. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Carlos Eduardo) Mulher, 21 anos, procura atendimento médico por dor durante o ato sexual, na tentativa de penetração vaginal. Refere que a primeira atividade sexual foi aos 18 anos e que esta não foi uma boa experiência. Apesar de ter desejo de ter a penetração, ela não consegue. Sente desejo sexual e prazer com outras práticas sexuais que não sejam penetração. Deseja ajuda, pois essa situação está lhe causando sofrimento. Qual é a alternativa correta sobre o caso acima?

- A) O tratamento deve ser realizado com gabapentina por se tratar de uma vulvodínea.
- B) Deve ser indicada fisioterapia do assoalho pélvico por se tratar de provável síndrome miofascial.
- C) A dessensibilização comportamental é a primeira linha de tratamento para o caso.
- D) O uso de estrogênio tópico pode melhorar a sintomatologia da paciente.
- E) O quadro da paciente está associado a um distúrbio completamente psíquico, sem manifestações orgânicas.

COMENTÁRIOS:

O vaginismo consiste no espasmo involuntário, recorrente ou persistente da musculatura do terço inferior da vagina que causa dificuldade persistente e recorrente em permitir a penetração do pênis, dedo ou objeto na vagina, apesar de a mulher expressar desejo em fazê-lo. A musculatura mais envolvida com esse processo são os levantadores do ânus, sobretudo o músculo pubococcígeo, que fica ao redor do canal vaginal.

O tratamento do vaginismo baseia-se no relaxamento da musculatura do assoalho pélvico. As técnicas de dessensibilização comportamental com o uso dos exercícios e dos dilatadores de Kegel costumam ser a primeira opção de tratamento. A terapia envolve aspectos físicos e psíquicos. Em alguns casos, pode ser utilizada toxina botulínica como um adjuvante do tratamento, pois promove relaxamento muscular temporário.

Alternativa “a” incorreta, pois a vulvodínea consiste na dor vulvar sem causa explicada.

Alternativa “b” incorreta, pois o quadro é típico de vaginismo.

Alternativa “c” correta, pois a dessensibilização comportamental é a primeira linha de tratamento para o vaginismo.

Alternativa “d” incorreta, pois não se trata de um caso de atrofia urogenital.

Alternativa “e” incorreta, pois há manifestação orgânica no vaginismo com a contratura da musculatura vaginal.

Gabarito: alternativa C

25. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Carlos Eduardo) Mulher de 30 anos vem ao pronto-socorro com dor pélvica há 3 dias. Refere corrimento amarelado por via vaginal e sangramento após relação sexual. Ela é usuária de DIU de cobre há 3 anos. Ao exame encontra-se estável hemodinamicamente; abdome flácido e doloroso à palpação de fossa ilíaca direita; especular com conteúdo purulento; toque vaginal com dor à mobilização do colo uterino e à palpação de anexos. Qual é a alternativa correta sobre o tratamento dessa paciente?

- A) A paciente deverá ser internada para antibioticoterapia endovenosa.
- B) O tratamento deve incluir ceftriaxone, azitromicina e metronidazol.
- C) O tratamento deve ser instituído e o DIU não deve ser removido.
- D) Deve ser realizada uma tomografia computadorizada para descartar diagnósticos diferenciais.
- E) A ultrassonografia é dispensável, uma vez que o diagnóstico é clínico.

COMENTÁRIOS:

O diagnóstico de DIP pode ser difícil devido à ampla variedade de sinais e sintomas. Esse fato faz com que o diagnóstico seja feito de forma tardia, podendo aumentar as chances de complicações agudas e tardias. Nem mesmo a história clínica, o exame físico e os testes laboratoriais são sensíveis ou específicos o suficiente para chegarmos ao diagnóstico.

A laparoscopia pode ser empregada como ferramenta diagnóstica, tendo um papel importante nos casos em que o acometimento já alcançou as tubas uterinas, apresentando um valor preditivo positivo entre 65% e 90%. Porém, a videolaparoscopia não tem papel no diagnóstico quando a infecção ainda está restrita ao endométrio.

O diagnóstico da DIP é considerado clínico, apresentando sensibilidade de 87%, e especificidade de 50%. Devido à heterogeneidade de sintomas e a fim de evitar que haja perda de diagnósticos foram desenvolvidos critérios diagnósticos bem definidos para a doença inflamatória pélvica que se encontram no quadro abaixo:

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE DIP

MAIORES	MENORES	ELABORADOS
Dor abdominal ou infraumbilical.	Temperatura axilar maior que 38,3º C.	Evidência histopatológica de endometrite.
Dor à palpação anexial.	Conteúdo cervical ou vaginal anormal.	Presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem (USG pélvica ou ressonância magnética).
Dor à mobilização do colo uterino.	Massa pélvica.	Videolaparoscopia com evidências de DIP.
	Leucocitose em sangue periférico.	
	Proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação aumentadas.	
	Mais de cinco leucócitos por campo de imersão em secreção de endocérvice.	
	Comprovação laboratorial de infecção por Clamídia, Gonococo ou Micoplasma.	

DIAGNÓSTICO: TRÊS CRITÉRIOS MAIORES + UM CRITÉRIO MENOR OU UM CRITÉRIO ELABORADO ISOLADAMENTE

O tratamento para DIP segundo o Ministério da Saúde está resumido na tabela abaixo:

Tratamento da DIP (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis - Ministério da Saúde, 2022)			
Tratamento	Primeira opção	Segunda opção	Terceira opção
Ambulatorial	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12h, por 14 dias MAIS Metronidazol 500 mg 12/12 h, por 14 dias	Cefotaxima 500 mg, IM, dose única MAIS Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12h, por 14 dias MAIS Metronidazol 500 mg, 12/12 h, por 14 dias	
Hospitalar	Ceftriaxona 1g IV 1x/dia, por 14 dias MAIS Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 h, por 14 dias MAIS Metronidazol 400 mg IV 12/12h	Clindamicina 900 mg, IV, 8/8h, por 14 dias MAIS Gentamicina (IV ou IM): dose de ataque 2 mg/kg; dose de manutenção: 3-5 mg/kg/dia, por 14 dias	Ampicilina/sulbactam 3g, IV, 6/6h, por 14 dias MAIS Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12h, por 14 dias

Alternativa "a" incorreta, pois a paciente não apresenta critérios para internação hospitalar.

Alternativa "b" incorreta, pois a azitromicina não é empregada no tratamento da DIP.

Alternativa "c" correta, pois não há indicação de remoção do DIU.

Alternativa "d" incorreta, pois o diagnóstico de DIP está firmado.

Alternativa "e" incorreta, pois o ultrassom é importante para afastar complicações como um abscesso tubo-ovariano.

Gabarito: alternativa C

OBSTETRÍCIA

26. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Marina Ayabe) Qual das opções abaixo não corresponde a um sinal de probabilidade de gravidez?

- A) Abaulamento do fórnice vaginal posterior
- B) Sinal de Hegar
- C) Batimentos cardíacos fetais audíveis
- D) Amolecimento do colo uterino
- E) Sinal de Oslander

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o diagnóstico de gestação.

Para esta questão, vamos lembrar pela tabela abaixo os sinais de presunção, probabilidade e certeza de gestação. Aqueles conceitos teóricos que já foram cobrados na prova de R+ e que podem estar novamente na sua prova.

SINAIS DE PRESUNÇÃO	SINAIS DE PROBABILIDADE	SINAIS DE CERTEZA
Atraso menstrual até 14 dias	Atraso menstrual maior que 14 dias	Sinal de Puzos
Náuseas e vômitos	Aumento do volume uterino	Palpação e percepção de movimentos fetais ou de partes fetais
Congestão mamária	Amolecimento do colo uterino	Ausculta de batimentos cardíacos fetais
Rede de Haller	Alterações do muco cervical	
Sinal de Hunter	Sinal de Piskacek	
Tubérculos de Montgomery	Sinal de Hegar	
Polaciúria	Sinal de Nobile-Budin	
Cloasma gravídico	Sinal de Jacquemier-Chadwick	
Linha nigra	Sinal de Kluge	
Sinal de Halban	Sinal de Oslander	

Agora vamos para as alternativas.

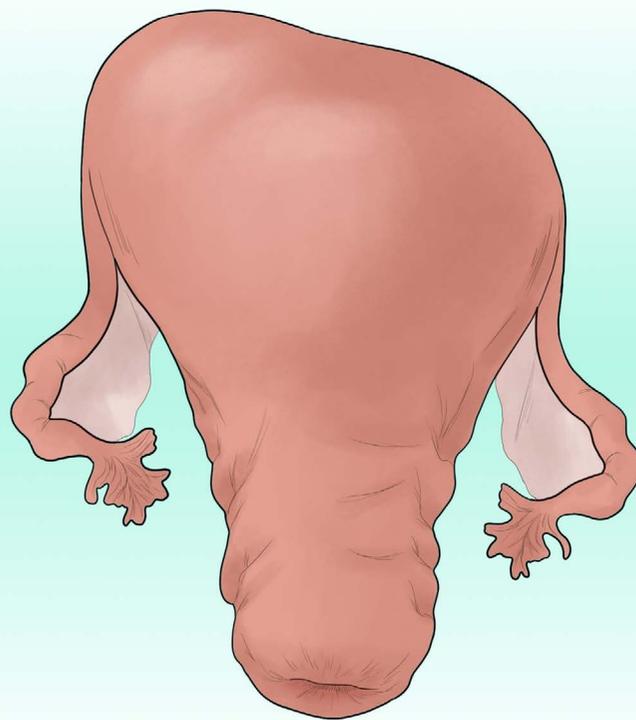
Incorreta a alternativa A: porque representa o chamado sinal de Nobile-Budin, um sinal de probabilidade da gestação, identificado pelo toque vaginal com abaulamento do fundo de saco pela presença do útero gravídico.

Incorreta a alternativa B: porque se trata de um sinal de probabilidade caracterizado como amolecimento do istmo uterino.

Correta a alternativa C: Porque esse é um sinal de certeza de gravidez. A ausculta dos batimentos cardíacos do feto, seja por sonar Doppler ou estetoscópio de Pinard, confirma sem dúvidas a presença de vida intrauterina e não se encaixa na categoria de sinal de probabilidade.

Incorreta a alternativa D: porque esse também é considerado um sinal de probabilidade, já que assimetria está relacionada ao local onde o embrião se implanta.

SINAL DE PISKACEK



Incorreta a alternativa E: porque é outro sinal de probabilidade caracterizado pela percepção dos pulsos das artérias vaginais nos fórnices laterais associados à vasodilatação dos vasos nesse território.

Gabarito: alternativa C

27. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Marina Ayabe) Gestante de 27 anos, G1P0, com 16 semanas de gestação, procura atendimento com quadro de disúria, polaciúria e urgência urinária há dois dias. Nega febre, dor lombar ou secreção vaginal. Exame físico sem alterações. Qual é a conduta mais adequada neste caso?

- A) Solicitar urocultura e aguardar o resultado antes de prescrever antibiótico.
- B) Iniciar ciprofloxacino 500 mg 2x/dia por 7 dias.
- C) Prescrever nitrofurantoína por 7 dias e solicitar urocultura.
- D) Encaminhar ao pronto-socorro para internação e antibioticoterapia venosa.
- E) Iniciar tratamento com tetraciclina e prescrever fenazopiridina.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o tratamento da infecção do trato urinário.

As **infecções do trato urinário** (ITUs) são as infecções bacterianas **mais comuns na gestação**. Elas se apresentam em três formas clínicas principais:

1. **Bacteriúria assintomática** – Sem sintomas urinários. Deve ser sempre tratada na gestante.
2. **Cistite** – Infecção sintomática baixa (disúria, polaciúria, urgência, sem febre).
3. **Pielonefrite** – Infecção alta com febre, dor lombar, vômitos, comprometimento sistêmico.

A **bacteriúria assintomática na gestação** é definida como a presença de **≥100.000 UFC/mL de um mesmo agente em urocultura, sem sintomas urinários**. Apesar de assintomática, **deve sempre ser tratada na gestação**, devido ao risco aumentado de evolução para pielonefrite, trabalho de parto prematuro e baixo peso fetal.

Dentre os antimicrobianos mais utilizados seguros na gestação, destacam-se:

- **Cefalosporinas** de primeira geração (cefalexina),
- **Nitrofurantoína** (evitar no final da gestação),
- **Fosfomicina**,
- **Penicilinas** (amoxicilina).

Antibióticos como quinolonas (ex.: ciprofloxacino, norfloxacino) e aminoglicosídeos (gentamicina, ampicacina) são **contraindicados na gestação** pelos riscos fetais.

Incorreta a alternativa A: Porque, em gestantes com sintomas de cistite, o tratamento deve ser **iniciado empiricamente** com antibiótico seguro e eficaz, sem aguardar a urocultura. O atraso pode aumentar o risco de complicações como a pielonefrite.

Incorreta a alternativa B: Porque **fluoroquinolonas como o ciprofloxacino são contraindicadas na gestação**, devido ao potencial efeito tóxico em cartilagens e articulações fetais. Apesar de eficaz contra *E. coli*, não deve ser usada em gestantes.

Correta a alternativa C: Porque a **cistite na gestação deve ser tratada empiricamente com antibiótico oral seguro**, como a **nitrofurantoína (exceto no final da gestação)**, associada à solicitação de urocultura para controle e avaliação do antibiograma. O tratamento precoce evita evolução para pielonefrite.

Incorreta a alternativa D: porque essa conduta é indicada em casos de **pielonefrite gestacional** com febre, dor lombar, vômitos ou sinais sistêmicos. Neste caso, os sintomas são leves e compatíveis com **cistite não complicada**, que pode ser tratada ambulatorialmente.

Incorreta a alternativa E: porque as **tetraciclina são contraindicadas na gestação**, especialmente após o primeiro trimestre, devido a efeitos sobre ossificação e coloração dentária fetal. Além disso, não tratam a infecção, apenas mascaram sintomas.

Gabarito: alternativa C

28. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Marina Ayabe) Gestante de 29 anos, G2P1, tipo sanguíneo O Rh negativo e Coombs indireto positivo, em pré-natal de rotina com 28 semanas. O pai da criança é Rh positivo. A paciente está assintomática e não apresenta sangramentos ou intercorrências obstétricas. Qual é a conduta neste momento?

- A) Administrar imunoglobulina anti-D apenas após o parto, se o recém-nascido for Rh positivo.
- B) Administrar imunoglobulina anti-D agora, com 28 semanas, como profilaxia.
- C) Administrar imunoglobulina anti-D somente se houver sangramento vaginal.
- D) Não administrar imunoglobulina, pois o exame de Coombs indireto está negativo, e encaminhar ao pré-natal de alto risco.
- E) Solicitar genotipagem do feto e aguardar resultado para decidir.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a profilaxia da isoimunização materna.

O Coombs indireto é o exame realizado para a detecção do anticorpo anti-D no sangue materno. Uma vez que a gestante foi aloimunizada com anticorpo anti-D (Coombs indireto positivo para anticorpo anti-D), a imunoglobulina anti-D **NÃO** é mais efetiva para evitar ou reduzir a severidade da doença hemolítica perinatal.

Gestantes com aloimunização Rh devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco e o Coombs indireto deve ser solicitado periodicamente para avaliar a titulação de anticorpos anti-D.

Os fetos devem ser avaliados pela presença de anemia fetal quando a titulação for a partir de 1/16.

A avaliação indireta da anemia fetal é feita por meio da ultrassonografia com Doppler a partir da medida do pico de **velocidade sistólica da artéria cerebral média fetal (PVS-ACM)**.

Se o PVS-ACM for >1,5 MOMs para a idade gestacional, suspeita-se de anemia fetal grave e deve-se indicar a cordocentese para avaliar a hemoglobina fetal e a necessidade de transfusão fetal intraútero. A transfusão intrauterina é indicada entre 18 e 35 semanas. Após 35 semanas, os riscos da transfusão superam os riscos da prematuridade e a melhor conduta é a resolução da gestação.

Assim, está indicada a imunoglobulina anti-D para as gestantes RhD-negativo, nas seguintes ocasiões, quando o parceiro for RhD-positivo:

- com 28 semanas de gestação, em gestantes não sensibilizadas;
- no pós-parto de recém-nascido RhD-positivo ou D-fraco, preferencialmente até 72 horas após o parto.
- Abortamento (algumas referências de 2025 indicam que pós-abortamento não há necessidade de imunoglobulina pelo baixo risco de formação de anticorpos, porém precisamos observar outras atualizações para modificar a conduta), gravidez molar, gestação ectópica.
- Óbito intrauterino;
- Após procedimento invasivo;
- Sangramentos durante a gestação (placenta prévia e sangramento de repetição), neste caso repetir a cada 12 semanas até o parto;
- Diante de trauma abdominal.

Incorreta a alternativa A: porque a profilaxia intraparto não substitui a dose profilática de 28 semanas. Ambas são necessárias para prevenir isoimunização materna. A administração com 28 semanas é padrão, mesmo sem sangramentos.

Correta a alternativa B: Porque a paciente é Rh negativo, o pai é Rh positivo, e ela ainda não está sensibilizada. A profilaxia com 300 mcg de imunoglobulina anti-D IM é indicada com 28 semanas, para prevenir isoimunização em caso de hemorragia feto-materna silenciosa.

Incorreta a alternativa C: porque, embora sangramentos possam indicar nova dose de imunoglobulina, a profilaxia com 28 semanas deve ser feita independentemente da presença de sintomas ou intercorrências, se houver risco de incompatibilidade Rh.

Incorreta a alternativa D: Porque o Coombs indireto negativo é o que permite a administração profilática da imunoglobulina anti-D. Se estivesse positivo, já haveria sensibilização, e a imunoglobulina não teria mais efeito protetor.

Incorreta a alternativa E: não há indicação de genotipagem do feto para a indicação da imunoglobulina anti-D.

Gabarito: alternativa B

29. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Marina Ayabe) Paciente de 26 anos, G5P1A3, com histórico de três perdas gestacionais entre 16 e 20 semanas, todas caracterizadas por ruptura das membranas e expulsão fetal sem dor prévia. Qual das causas abaixo deve ser considerada como a mais provável neste caso?

- A) Síndrome do ovário policístico
- B) Útero didelfo
- C) Incompetência istmocervical
- D) Diabetes mellitus tipo 1
- E) Hipotireoidismo subclínico

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre as causas de abortamento habitual ou de repetição.

A principal causa identificável de abortamento recorrente é a de origem genética, responsável por 20% a 40% dos casos e cursa com abortamentos precoces. Em seguida, temos as causas uterinas/anatômicas, que representam 15% a 30% dos casos e incluem os abortamentos tardios recorrentes.

TABELA 1: CAUSAS DE ABORTAMENTO DE REPETIÇÃO

Genética	Rearranjos cromossômicos: translocações, inversões e mosaicos
Uterinas/anatômicas	Anomalias mullerianas, leiomiomas, sinéquias e insuficiência istmocervical
Endocrinológicas	Deficiência de fase lútea, tireoidopatias, diabetes descompensada e síndrome dos ovários policísticos
Imunológicas	Síndrome dos anticorpos antifosfolípides
Hematológicas	Hematológicas Trombofilias hereditárias

O diagnóstico de Incompetência istmocervical (IIC) é geralmente realizado por meio de uma história clínica detalhada pregressa. É comum o relato de perdas gestacionais de repetição no segundo trimestre da gestação. Porém, em casos de história inconclusiva e fora do período de gestação, podemos avaliar a paciente através da passagem da vela de Hegar número 8 pelo orifício do colo uterino (a largura do colo é maior do que 8 mm) ou através da histerossalpingografia (avaliação da abertura do colo uterino por meio da visualização por contraste).

O tratamento da IIC é realizado principalmente por meio da cerclagem uterina eletiva entre 12 e 16 semanas de gestação. O uso da progesterona vaginal micronizada entre 16 e 34 semanas também é uma alternativa. Já o pessário vaginal tem sido estudado para o tratamento de IIC ou de colo curto (<20 ou 25 mm), mas os estudos ainda não demonstraram vantagens em relação ao uso da progesterona vaginal para o colo curto ou em relação à cerclagem uterina.

Vamos avaliar as alternativas?

Incorreta a alternativa A: porque está mais relacionada à infertilidade e abortos precoces, principalmente por disfunções hormonais e anovulação crônica. Não costuma causar perdas tardias e indolores, como descrito no caso.

Incorreta a alternativa B: porque o útero didelfo pode, sim, estar relacionado a perdas gestacionais, mas não está associado à expulsão fetal sem dor característico da incompetência istmocervical.

Correta a alternativa C: porque o quadro clínico é compatível com perdas gestacionais de repetição no 2º trimestre, sem dor prévia, com expulsão fetal após dilatação cervical. É uma das principais causas anatômicas de perdas tardias recorrentes e deve ser investigada com ultrassonografia e considerada para cerclagem.

Incorreta a alternativa D: Embora possa causar complicações fetais, geralmente está associada a malformações congênitas, restrição de crescimento ou macrossomia, mas não é causa comum de abortamentos recorrentes do 2º trimestre com esse padrão clínico.

Incorreta a alternativa E: porque o hipotireoidismo subclínico pode contribuir para abortamentos precoces se não tratado, mas não é associado a perdas tardias repetidas sem outros sinais sistêmicos.

Gabarito: alternativa C

30. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Marina Ayabe) Gestante G2P1, 42 anos, com 28 semanas de gestação, realizou teste oral de tolerância à glicose com 75 g (TOTG), apresentando os seguintes valores: jejum = 126 mg/dL, 1h = 185 mg/dL, 2h = 160 mg/dL. Refere não ter feito exames laboratoriais no início da gestação. Qual é o diagnóstico mais apropriado?

- A) Diabetes compensada
- B) Overt diabetes
- C) Normoglicemia
- D) Diabetes *mellitus*
- E) Diabetes gestacional

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o rastreamento do diabetes *mellitus* na gestação.

O diagnóstico de alterações glicêmicas na gestação exige atenção ao momento do rastreio e aos **valores de referência do TOTG com 75g**, recomendado entre **24 e 28 semanas** para rastreio de **diabetes gestacional**.

Os critérios diagnósticos são da IADPSG/OMS/Ministério da Saúde.

Critérios diagnósticos para **diabetes gestacional** com TOTG (75g):

- Jejum ≥ 92 mg/dL
- 1h ≥ 180 mg/dL
- 2h ≥ 153 mg/dL
- A presença de **1 valor alterado** já é suficiente para o diagnóstico.
- Já o diagnóstico de **diabetes mellitus prévio à gestação** (ou detectado precocemente) ocorre quando, no **1º trimestre**, a gestante apresenta:
 - Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL
 - HbA1c $\geq 6,5\%$
 - Glicemia casual ≥ 200 mg/dL com sintomas clássicos

Nesses casos, **o diabetes já existia antes da gestação**, mesmo que não diagnosticado previamente.

Incorreta a alternativa A: porque o termo “**compensada**” se refere ao **controle metabólico** após diagnóstico e não ao momento do diagnóstico em si. O caso descreve **valores alterados e diagnóstico inicial**, e não acompanhamento de paciente diabética compensada.

Correta a alternativa B: porque a paciente apresenta glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL, valor que por si só fecha o diagnóstico de diabetes tipo 2 prévio à gestação, mesmo que não tenha sido diagnosticado anteriormente. Isso muda a abordagem clínica, pois há maior risco fetal e necessidade de seguimento mais rigoroso com início imediato da insulina.

Incorreta a alternativa C: porque todos os valores da curva estão acima dos limites normais, com pelo menos três critérios alterados, descartando normoglicemia.

Incorreta a alternativa D: porque a hipótese de **diabetes monogênico tipo MODY (*Maturity Onset Diabetes of the Young*)** pode ser considerada diante de **hiperglicemia leve persistente desde o início da gestação**, especialmente se a história familiar for sugestiva. Além disso, apresenta a seguinte característica:

- Costuma surgir **antes dos 25 anos**;
- Apresenta **caráter familiar forte (autossômico dominante)**;
- Não é autoimune;

Incorreta a alternativa E: porque o diabetes gestacional é diagnosticado com valores alterados do TOTG em gestantes sem diabetes prévio, e quando os valores estão entre os limites próprios para gestação. Uma glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL ultrapassa o limite do diagnóstico de diabetes gestacional e caracteriza diabetes prévio à gestação ou *overt diabetes*.

Gabarito: alternativa B

31. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Marina Ayabe) No trabalho de parto prematuro, o uso concomitante de bloqueador de canal de cálcio deve ser evitado com o:

- A) Penicilina Cristalina
- B) Clindamicina
- C) Betametasona
- D) Dexametasona
- E) Sulfato de magnésio

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o uso de sulfato de magnésio na prematuridade.

Querido aluno, vamos lembrar rapidamente as condutas na prematuridade? Lembrando que diante de uma gestação <34 semanas e com bolsa íntegra, podemos memorizar 4 pilares:

1. TOCÓLISE
2. CORTICOTERAPIA
3. PROFILAXIA PARA ESTREPTOCOCOS DO GRUPO B
4. NEUROPROTEÇÃO FETAL

Sendo assim, os principais tocolíticos são: bloqueadores do canal de cálcio (nifedipina), antagonista dos receptores da ocitocina (atosiban), agonista dos receptores beta-adrenérgicos (terbutalina) e os inibidores da síntese de prostaglandinas (indometacina).

O atosiban e a nifedipina são os tocolíticos mais utilizados na atualidade, por terem menos efeitos colaterais e serem mais efetivos na tocolise.

Vamos lembrar as principais características do tocolíticos agonistas dos receptores beta-adrenérgicos?

Os agonistas dos receptores beta-adrenérgicos determinam o relaxamento das fibras musculares, porém também agem em diversos órgãos e no sistema cardiovascular, podendo apresentar efeitos colaterais maternos perigosos (taquicardia, hipotensão, tremor, palpitações, desconforto torácico, edema pulmonar, hipocalcemia e hiperglicemia) e também atravessar a barreira placentária e causar efeitos colaterais para o feto (taquicardia, hiperinsulinismo, hipoglicemia, hipocalcemia e hipotensão).

Os beta-adrenérgicos mais efetivos para inibir as contrações são a terbutalina, o salbutamol e a ritodrina. Essas drogas são utilizadas por via endovenosa e necessitam de monitorização materna e fetal. Por terem diversos e importantes efeitos colaterais, essas medicações estão sendo cada vez menos utilizadas.

O sulfato de magnésio já foi indicado para inibição do trabalho de parto, entretanto, por seu efeito tocolítico fraco, seu uso com esse intuito vem sendo desestimulado, uma vez que os estudos não mostraram redução da prematuridade.

TABELA 2 : CONTRAINDICAÇÕES E EFEITOS COLATERAIS DOS TOCOLÍTICOS

TOCOLÍTICOS	CONTRAINDICAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS
Bloqueadores do canal de cálcio (nifedipina)	Hipertensão e doenças cardiovasculares.	Hipotensão, elevação das transaminases e supressão da pressão ventricular esquerda com o uso concomitante com sulfato de magnésio.
Antagonista dos receptores da ocitocina (atosiban)	Hipersensibilidade conhecida ao atosiban.	Náuseas, hipoglicemia, dor de cabeça, tontura e hipotensão.
Inibidores da síntese de prostaglandinas (indometacina)	Distúrbios plaquetários, doenças hemorrágicas, úlcera gastrintestinal, disfunção hepática ou renal e asma.	Fechamento precoce do ducto arterioso, oligoâmnio e enterocolite necrotizante.
Agonista do receptor beta-adrenérgico (terbutalina)	Taquicardias maternas, doenças cardíacas maternas, hipertireoidismo ou diabetes descontrolado.	Taquicardia materna e fetal, hipotensão, tremor, palpitação, desconforto torácico, edema pulmonar, hipocalcemia e hiperglicemia.

O sulfato de magnésio deve ser usado para neuroproteção fetal na iminência de parto prematuro com ou sem rotura de membranas, por diminuir a severidade e os riscos de paralisia cerebral ocasionados pela prematuridade. O uso do sulfato de magnésio deve ser feito **entre 24 a 32 semanas** para gestantes em trabalho de parto prematuro estabelecido ou parto prematuro eletivo nas próximas 24 horas.

Os principais efeitos colaterais são náuseas, vômitos e cefaleia. É importante lembrar que a intoxicação por magnésio leva à depressão respiratória, por isso, deve-se monitorar sua administração a fim de evitar intoxicação.

Seu uso é contraindicado em gestantes com miastenia *gravis*, cardiopatias, comprometimento da função renal e em concomitância com betamiméticos e bloqueadores do canal de cálcio, por aumentar o risco de hipocalcemia, hipotensão e parada respiratória.

Incorreta a alternativa A: a penicilina é usada principalmente para profilaxia de estreptococo do grupo B no trabalho de parto. Não há interação significativa com bloqueadores de canal de cálcio, e o uso concomitante é seguro.

Incorreta a alternativa B: a clindamicina pode ser usada em casos de infecção intrauterina ou como alternativa à penicilina. Também não apresenta interação com nifedipina ou outros bloqueadores de canais de cálcio, sendo seu uso seguro quando indicado.

Incorreta a alternativa C: a betametasona é indicada para maturação pulmonar fetal entre 24 e 34 semanas. Embora o uso conjunto de nifedipina e corticoides possa aumentar o risco de retenção hídrica, não é contraindicado. A associação exige apenas monitorização hemodinâmica rigorosa.

Incorreta a alternativa D: assim como a betametasona, a dexametasona também é utilizada para maturação fetal, especialmente em ambientes onde betametasona não está disponível. Não há contraindicação formal ao seu uso com nifedipina, mas deve-se monitorar a paciente por possível sobrecarga de volume.

Correta a alternativa E: a associação com bloqueadores dos canais de cálcio, como nifedipina, deve ser evitada devido ao risco de efeitos aditivos cardiovasculares, incluindo hipotensão grave, depressão miocárdica e edema agudo de pulmão. Se ambos forem necessários (ex.: magnésio para neuroproteção e nifedipina como tocolítico), deve haver intervalo seguro e vigilância clínica intensiva.

Gabarito: alternativa E

32. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Marina Ayabe) Puérpera de 32 anos, G3P3, deu à luz há 4 dias por parto vaginal, sem intercorrências. Retorna ao hospital com febre de 38,6 °C, calafrios e dor hipogástrica. Ao exame, útero aumentado e doloroso à palpação, loquiação fétida. Pressão arterial e frequência cardíaca normais. Não há sintomas mamários ou urinários. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Infecção do trato urinário
- B) Mastite puerperal
- C) Morbidade febril puerperal
- D) Trombose venosa profunda
- E) Infecção da ferida operatória

COMENTÁRIOS:

O QUE O EXAMINADOR QUER SABER: sobre a morbidade febril puerperal.

A **morbidade febril puerperal** é definida como **temperatura $\geq 38,0$ °C em pelo menos 2 ocasiões nos primeiros 10 dias após o parto**, excetuando as primeiras 24 horas. A principal causa é a **endometrite puerperal**, geralmente associada a:

- Parto vaginal ou cesárea recente
- Contaminação ascendente da cavidade uterina
- Retenção de restos placentários
- Ruptura prolongada de membranas ou múltiplos exames vaginais
- O quadro clínico inclui:
 - **Febre**
 - **Dor hipogástrica**
 - **Loquiação fétida**
 - **Útero doloroso ao exame**

O tratamento é empírico com **antibioticoterapia de amplo espectro**, com cobertura para anaeróbios, Gram-negativos e estreptococos.

Incorreta a alternativa A: porque embora a infecção do trato urinário possa ocorrer no puerpério, normalmente cursa com **disúria, urgência e dor lombar**. A ausência de sintomas urinários e o **útero doloroso** com loquiação fétida indicam foco uterino, e não urinário.

Incorreta a alternativa B: porque geralmente aparece após 7 a 10 dias do parto, com dor e endurecimento **localizado nas mamas**, além de febre. A paciente não apresenta alterações mamárias, tornando essa hipótese improvável.

Correta a alternativa C: porque a paciente apresenta febre, dor pélvica, loquiação fétida e útero aumentado/doloroso, típico da infecção endometrial no puerpério. É a principal causa de morbidade febril puerperal, especialmente após partos vaginais com manipulação ou múltiplos toques.

Incorreta a alternativa D: a trombose venosa profunda (TVP) pode causar febre em casos graves, mas a apresentação principal é **dor e edema em membro inferior**, além de sinais flogísticos locais. Não há menção de alterações em membros ou risco aumentado no caso descrito.

Incorreta a alternativa E: porque a paciente não foi submetida à cesárea nem há sinais de infecção em região perineal ou cicatriz. O parto foi vaginal e o exame clínico direciona para infecção uterina, e não de ferida operatória.

Gabarito: alternativa C

33. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Marina Ayabe) Gestante de 33 semanas, G3P2, com histórico de duas cesáreas anteriores, procura o pronto atendimento com sangramento vaginal vermelho vivo, indolor e em grande quantidade. Nega contrações e dor abdominal. Ao exame clínico, apresenta boa vitalidade fetal e tônus uterino normal. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A) Placenta prévia
- B) Trabalho de parto prematuro com ruptura de bolsa
- C) Descolamento prematuro de placenta
- D) Ruptura uterina iminente
- E) Polidrâmnio com prolapso de cordão

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o quadro clínico de placenta prévia.

A **placenta prévia** ocorre quando a placenta está implantada **total ou parcialmente sobre o orifício interno do colo do útero**. É uma causa importante de **sangramento do segundo e terceiro trimestres**.

O quadro clínico clássico é:

- **Sangramento vaginal vermelho vivo, súbito e indolor**
- Sem dor abdominal ou hipertonia uterina
- Ausência de sofrimento fetal inicial

O diagnóstico é confirmado por **ultrassonografia transvaginal**, e o **toque vaginal é contraindicado** se houver suspeita, devido ao risco de sangramento abundante.

Fatores de risco incluem:

- Cesáreas anteriores
- Cirurgias uterinas
- Gestação múltipla
- Idade materna avançada
- Tabagismo

Correta a alternativa A: porque a paciente apresenta o quadro clínico típico: sangramento vermelho vivo, súbito, volumoso e indolor, com útero de tônus normal. Essa descrição é altamente sugestiva de placenta prévia, especialmente com fator de risco importante (cesáreas anteriores).

Incorreta a alternativa B: a paciente **não apresenta contrações, dilatação cervical ou perda de líquido amniótico**. O sangramento é o sintoma predominante, **sem sinais de trabalho de parto ativo**.

Incorreta a alternativa C: porque esse quadro costuma cursar com **dor abdominal intensa, hipertonia uterina (útero “lenhoso”) e sofrimento fetal agudo**. O sangramento pode ser escasso ou ausente. A paciente do caso tem útero flácido e sem dor — o oposto do quadro clássico de DPP.

Incorreta a alternativa D: porque esse diagnóstico cursa com **dor abdominal intensa, perda da apresentação fetal, sofrimento fetal, contrações cessando subitamente** e sinais de choque. A paciente está estável e sem dor, o que afasta essa hipótese.

Incorreta a alternativa E: porque a **polidramnia com prolapso de cordão** cursa com **ruptura de membranas**, saída de grande volume de líquido e **prolapso do cordão detectado ao toque vaginal ou à USG**, podendo levar a sofrimento fetal agudo. Não é compatível com o quadro de **sangramento indolor**, sem perda de líquido e ausência de sofrimento fetal.

Gabarito: alternativa A

34. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Marina Ayabe) Qual dos seguintes achados clínicos é mais característico de mola hidatiforme?

- A) Crescimento uterino menor que a idade gestacional
- B) Hiperêmese gravídica e sangramento vaginal no primeiro trimestre
- C) Sintomas de hipotireoidismo
- D) Atrofia ovariana
- E) Hipotensão arterial

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o quadro clínico da mola hidatiforme.

É importante você ficar atento às características clínicas das gestantes com suspeitas de gestação molar, já que são alvos frequentes de questões de prova. O quadro clínico depende da idade gestacional ao diagnóstico e estão listados a seguir:

- 1) clínica de sangramento de primeira metade da gestação (sinal mais encontrado). Geralmente de coloração escura, em pequena quantidade.
- 2) Eliminação espontânea de vesículas é um sinal patognomônico, mas é raro.
- 3) Altura uterina maior do que a esperada para a idade gestacional.
- 4) Hiperêmese: as náuseas e vômitos são comuns em molas volumosas devido a altos níveis de hCG.
- 5) Sintomas de HIPERTIREOIDISMO: taquicardia, tremores de extremidades, pele úmida e com extremidades quentes. Esses sintomas ocorrem devido às altas concentrações de hCG (cadeia alfa do hCG) e estimulação cruzada de receptores do hormônio estimulante da tireóide (TSH).

- 6) Aumento dos níveis pressóricos antes de 20 semanas de gestação (DHEG antes da 20 sem).
- 7) Cistos tecaluteínicos em ambos os ovários devido à hiperestimulação ovariana e altas concentrações de hCG.
- 8) Nível de hCG acima de 200.000 UI/mL.
- 9) Imagem ultrassonográfica de material heterogêneo intrauterino, com aspecto em "flocos de neve" com múltiplas áreas anecoicas entremeadas por ecos amorfos.

Incorreta a alternativa A: porque, ao contrário, a mola hidatiforme geralmente cursa com **útero aumentado em relação à idade gestacional**, devido à hiperplasia trofoblástica e ao acúmulo de líquido nas vilosidades coriônicas.

Correta a alternativa B: Hiperêmese gravídica e sangramento vaginal no primeiro trimestre. Esse é o quadro clínico mais característico da mola hidatiforme. O excesso de beta-hCG leva à hiperêmese, e o sangramento é um dos sinais mais precoces e comuns. Essa combinação deve sempre levantar a suspeita diagnóstica.

Incorreta a alternativa C: o excesso de beta-hCG pode mimetizar **TSH**, levando a **sintomas de hipertireoidismo** (como taquicardia, sudorese, intolerância ao calor). Portanto, o **hipotireoidismo não é uma manifestação associada à mola**.

Incorreta a alternativa D: a mola pode causar o oposto: **aumento dos ovários** com formação de **cistos teca-luteínicos bilaterais**, induzidos pelo alto beta-hCG. A atrofia ovariana **não está associada** ao quadro clínico.

Incorreta a alternativa E: pelo contrário, a mola hidatiforme cursa com o aumento pressórico antes de 20 semanas podendo levar a quadros de pré-eclâmpsia, se o diagnóstico for tardio.

Gabarito: alternativa B

35. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Marina Ayabe) Paciente primigesta, 24 anos, 12 semanas pela data da última menstruação, procura atendimento por sangramento vaginal escuro em pequena quantidade, sem dor à palpação de anexos. Ao exame, apresenta PA 120x70 mmHg, FC materna: 80 bpm, e colo uterino fechado ao toque. BCF: 142 bpm. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- A) Abortamento inevitável
- B) Abortamento completo
- C) Gravidez ectópica rota
- D) Ameaça de abortamento
- E) Mola hidatiforme completa

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o diagnóstico de ameaça de abortamento.

A ameaça de abortamento é caracterizada por:

- Sangramento vaginal no primeiro trimestre, geralmente escuro e em pequena quantidade;
- Colo uterino fechado ao toque vaginal;
- Presença de batimentos cardíacos fetais (BCF) ao ultrassom, o que confirma a viabilidade da gestação;
- Dor ausente ou apenas cólicas leves;
- Exame físico materno estável, sem sinais de instabilidade ou infecção.

É a forma mais comum de sangramento no primeiro trimestre e não significa necessariamente que o aborto ocorrerá. A conduta inclui vigilância clínica, repouso relativo, USG de controle e avaliação da tipagem sanguínea (com profilaxia anti-D se Rh negativo).

Incorreta a alternativa A: porque a principal característica do aborto inevitável é o colo aberto ou pérvio. Nesse caso, o colo está fechado e a gestação ainda está viável (BCF presente), afastando esse diagnóstico.

Incorreta a alternativa B: porque esse diagnóstico exige a eliminação completa do conceito, geralmente com **ausência de BCF e endométrio fino e homogêneo ao USG.** A presença de BCF de 142 bpm exclui aborto completo.

Incorreta a alternativa C: porque o caso descreve uma gestação intrauterina confirmada com BCF presente, e a paciente está **hemodinamicamente estável, sem dor abdominal ou sinais de irritação peritoneal.** Isso exclui gravidez ectópica, especialmente a forma rota.

Correta a alternativa D: porque a paciente apresenta sangramento discreto no primeiro trimestre, colo fechado ao toque, sem dor anexial, sinais vitais normais e, principalmente, BCF presente, que confirma a viabilidade da gestação. É o quadro clínico clássico da ameaça de aborto.

Incorreta a alternativa E: porque o quadro clínico não é característico de mola hidatiforme com hiperêmese gravídica, útero aumentado acima da idade gestacional calculada, beta-hCG excessivamente elevado, nem o aspecto típico de "flocos de neve" à USG. Além disso, a presença de BCF também **exclui a mola completa,** onde não há embrião viável.

Gabarito: alternativa D

36. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Natalia Carvalho) O peso fetal estimado ou a circunferência abdominal abaixo do percentil 3 fecha o diagnóstico de restrição de crescimento fetal. Em uma gestante de 33 semanas, quando o peso estimado fetal está no percentil 8, considera-se restrição de crescimento fetal:

- A) Precoce, se artéria uterina acima do percentil 95.
- B) Precoce, se artéria umbilical abaixo do percentil 5.
- C) Tardia, se relação cérebro-placentária acima do percentil 5.
- D) Tardia, se artéria umbilical acima do percentil 95.
- E) Tardia, se artéria uterina abaixo do percentil 5

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o diagnóstico de restrição de crescimento fetal.

A restrição de crescimento é classificada em **precoce ou tardia** a depender da idade gestacional em que ela surge. Se a RCF aparecer **antes de 32 semanas**, considera-se RCF **precoce**; se surgir **após 32 semanas**, considera-se RCF **tardia**.

A classificação da RCF em precoce ou tardia é muitíssimo importante, pois esses dois tipos de RCF se diferenciam quanto à **gravidade, às alterações Dopplervelocimétricas, às complicações e à conduta.**

A RCF **precoce** é mais **grave**, está mais associada à **alteração da artéria umbilical (AUM) e à pré-eclâmpsia.** Esses casos tendem a seguir uma sequência mais previsível de mudanças no Doppler da artéria umbilical e do ducto venoso (DV). As principais causas de restrição de crescimento fetal precoce são anomalias cromossômicas e infecções congênitas.

A RCF **tardia**, por sua vez, é **mais comum** e apresenta quadro **mais leve** e menos relacionado com pré-eclâmpsia e com alteração do Doppler da artéria umbilical. Por isso, há maior dificuldade para que se faça o diagnóstico e acompanhamento dos casos de RCF tardia, sendo necessário utilizar o **Doppler da artéria cerebral média (ACM) e a relação cerebroplacentária (C/P)** para ajudar na diferenciação de PIG constitucional. A causa mais comum de RCF tardia é a insuficiência placentária.

Tanto no RCF precoce quanto na RCF tardia, o peso fetal estimado ou a circunferência abdominal abaixo do percentil 3 fecham o diagnóstico. Quando o peso estimado ou a circunferência abdominal estão abaixo do percentil 10, mas acima do percentil 3, são necessários critérios adicionais para o diagnóstico de RCF, conforme a tabela a seguir.

RCF precoce (<32 semanas)	RCF tardia (≥32 semanas)
Peso ou CA <P3 ou Aumb diástole reversa	Peso ou CA <P3
<p>Peso ou CA <P10 associado com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aut IP >P95 OU • Aumb IP >P95 	<p>Dois dos três seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • peso ou CA <P10 • peso ou CA com queda de 2 quartis no percentil de crescimento • RCP <P5 ou Aumb IP >p95

Incorreta a alternativa A: considera-se restrição de crescimento fetal precoce quando o diagnóstico é realizado antes de 32 semanas de gestação.

Incorreta a alternativa B: considera-se restrição de crescimento fetal precoce quando o diagnóstico é realizado antes de 32 semanas de gestação.

Incorreta a alternativa C: quando o diagnóstico de restrição de crescimento fetal ocorre após 32 semanas, chama-se restrição de crescimento fetal tardia. Para o diagnóstico de restrição de crescimento fetal tardia, quando o peso fetal está entre o percentil 3 e 10, deve haver mais algum critério para fechar esse diagnóstico. A relação cérebro-placentária é um critério diagnóstico quando está abaixo do percentil 5 e não acima do percentil 5, como consta nessa alternativa.

Correta a alternativa D: quando a restrição de crescimento é diagnosticada após 32 semanas, considera-se restrição de crescimento fetal tardia. O diagnóstico de restrição de crescimento fetal tardio é feito quando o peso estimado fetal ou a circunferência fetal estiverem abaixo do percentil 3 ou ainda quando o peso estimado fetal ou circunferência abdominal estiverem entre o percentil 3 e 10 associado a uma das seguintes alterações: peso ou CA com queda de 2 quartis no percentil de crescimento ou relação cérebro-placentária <P5 ou artéria umbilical com IP >p95.

Incorreta a alternativa E: considera-se o doppler da artéria uterina alterado quando o IP está acima do percentil 95.

Gabarito: alternativa D

37. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Natalia Carvalho) Primigesta, 32 semanas e 3 dias, sem comorbidades, apresenta na última consulta de pré-natal altura uterina abaixo do esperado para a idade gestacional. Realiza ultrassonografia obstétrica indicando peso fetal abaixo do percentil 3 e Dopplervelocimetria obstétrica com artéria umbilical com diástole reversa, ducto venoso IP 0,9. Assinale a alternativa que indica a conduta adequada:

- A) Internação e vitalidade fetal diária até 34 semanas
- B) Internação e avaliação do Ducto venoso diariamente
- C) Corticoterapia e resolução da gestação
- D) Sulfato de magnésio e resolução da gestação
- E) Realizar cardiocografia, e se normal, manter vitalidade diária até 37 semanas.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta na restrição de crescimento fetal.

A conduta na restrição de crescimento fetal (RCF) por insuficiência placentária tem como objetivo identificar os fetos que apresentam **maior risco de morte perinatal** e que podem se beneficiar com a **antecipação do parto**, uma vez que não há tratamento efetivo para essa patologia na gestação.

O intervalo de acompanhamento dos fetos com restrição de crescimento varia de acordo com a situação da Dopplervelocimetria obstétrica. O momento ideal do parto depende da combinação de diversos fatores, como a idade gestacional, a Dopplervelocimetria da artéria umbilical e do ducto venoso e o perfil biofísico fetal. Existem diversos protocolos de conduta para fetos com RCF. O protocolo a seguir segue o preconizado pelo Ministério da Saúde, 2022, que é semelhante ao de Gratacós, com algumas modificações:

Estágio	Descrição	Risco de óbito fetal	Controle de vitalidade	Parto
Feto PIG	$P3 > PFE < P10$	Baixo	- Vitalidade (com Doppler) a cada 15 dias	- Parto até 40 sem - Via obstétrica (indução do parto)
Estágio 1	- PFE < P3 com Doppler normal ou - $P3 > PFE < P10$ com IP médio Art uterinas > p95	Baixo	- Vitalidade (com Doppler) quinzenalmente até 34 semanas - - Vitalidade (com Doppler) semanal a partir de 34 semanas	- Parto entre 37 (PFE < 1) e 38 semanas - Via obstétrica (evitar prostaglandinas)
Estágio 2	RCF com: Doppler Amb > P95, ACM < P5 ou Centralização de fluxo fetal (RCP < 1)	Baixo	-Abaixo de 34 sem: Vitalidade (com Doppler) 2 a 3 x/semana -Acima de 34 sem considerar internação: Vitalidade (com Doppler) diária	- Parto com 37 sem - Via obstétrica com indução cuidadosa (evitar prostaglandinas)

Estágio	Descrição	Risco de óbito fetal	Controle de vitalidade	Parto
Estágio 3	RCF com Doppler de AUmb com diástole zero	severa	- Internação e vitalidade diária - Doppler com avaliação do DV, Cardiotocografia computadorizada e PBF.	- Parto com 34 sem - Cesárea eletiva
Estágio 4	Art Umb com diástole reversa ou IP DV > p95	Deterioração fetal avançada	- Internação - Vitalidade fetal diária - Avaliar corticoterapia - se for aguardar corticoterapia para o parto, realizar Doppler, cardiotocografia computadorizada e PBF diários.	- Parto com 26 semanas. - Cesárea eletiva Alguns protocolos orientam parto a partir de 30 semanas.
Estágio 5	DV onda a zero ou reversa ou STV na CTG comput < 3ms ou desaceleração da FCF	Acidose fetal e alto risco de óbito	Internação, corticoterapia e parto	Parto na viabilidade (a depender da UTI neonatal) - Cesárea eletiva

Quando o peso fetal estimado (PFE) está **entre o percentil 3 e 10** e a **Dopplervelocimetria está normal** (PIG constitucional), o feto pode ser acompanhado a cada **1-2 semanas** e o **parto pode ser adiado até 40 semanas**.

Por sua vez, fetos no estágio I de RCF, isto é, com **restrição de crescimento abaixo do percentil 3** com Doppler normal ou entre o percentil 3 e 10 com alteração da artéria uterina (IP < p95), devem ser acompanhados quinzenalmente até 34 semanas e semanalmente a partir dessa idade gestacional, e a resolução da gestação deve ocorrer entre 37 e 38 semanas com indução do parto.

Diante de feto no estágio II, isto é, com restrição de crescimento fetal e alterações do Doppler das artérias umbilicais (> percentil 95), da artéria cerebral média (< percentil 5) ou relação cerebroplacentária < 1, deve-se fazer vitalidade 2-3x por semana até 34 semanas e, após, realizar vitalidade fetal diária com internação hospitalar. Parto com 37 semanas, por indução, evitando o uso de prostaglandinas pelo maior risco de sofrimento fetal intraparto.

Para feto no estágio III, com **diástole ausente da artéria umbilical**, deve-se realizar internação com acompanhamento diário da vitalidade fetal com Doppler, perfil biofísico fetal e cardiotocografia computadorizada. A **resolução da gestação** deve ocorrer **a partir de 34 semanas por cesariana eletiva**.

Quando a **diástole da artéria umbilical está reversa ou o IP do ducto venoso > 95 ou > 1**, o feto está no estágio IV de RCF e o acompanhamento da **vitalidade fetal** com Doppler, PBF e cardiotocografia computadorizada deve ser feito **diariamente**, com **resolução da gestação** por cesariana eletiva a partir da viabilidade da UTI neonatal (26 semanas ou peso estimado \geq 500 g). Alguns protocolos indicam a resolução a partir de **30 semanas**, a depender das condições do serviço de neonatologia existentes.

Fetos com **ducto venoso reverso** ou $> 1,5$ e **cardiotocografia computadorizada** com **STV < 3 ms** ou **desacelerações da FCF** são classificados **no estágio V** e têm indicação de resolução da gestação no momento do diagnóstico, a partir da viabilidade da UTI neonatal.

Deve-se prescrever **corticoterapia para maturação pulmonar** e **sulfato de magnésio** para **neuroproteção** em **fetos prematuros**, seguindo o protocolo de prematuridade (veja no livro Prematuridade e trabalho de parto prematuro). A resolução imediata da gestação de fetos restritos e prematuros, sem a realização de corticoterapia, deve ser feita apenas nos casos de ducto venoso com $IP > 1,5$; cardiotocografia categoria III; e $PBF < 4/10$ ou risco de morte materna.

Não aguardar corticoterapia se:

- ducto venoso com $IP > 1,5$;
- cardiotocografia categoria III;
- $PBF < 4/10$;
- risco de morte materna.

Diante da necessidade de **resolução da gestação**, quando há diástole da artéria umbilical, com PFB e CTG normais, é indicada a **indução do parto**, mesmo que o colo não seja favorável. Deve-se evitar o uso de prostaglandinas e dar preferência para métodos mecânicos de preparo do colo uterino, como o cateter-balão de Foley.

Incorreta a alternativa A: como há diástole reversa da artéria umbilical, está indicada a resolução da gestação a partir de 26 semanas, com realização de corticoterapia para maturação pulmonar.

Incorreta a alternativa B: como há diástole reversa da artéria umbilical, está indicada a resolução da gestação a partir de 26 semanas, com realização de corticoterapia para maturação pulmonar. A conduta diante de ducto venoso alterado também indica a resolução da gestação a partir de 26 semanas.

Correta a alternativa C: temos uma gestante de 32 semanas com restrição de crescimento fetal (peso fetal estimado abaixo do percentil 3), associado à diástole reversa da artéria umbilical. A ocorrência de diástole reversa da artéria umbilical indica a resolução da gestação a partir de 26 semanas (alguns protocolos a partir de 30 semanas), após corticoterapia para maturação pulmonar. Durante a administração da corticoterapia deve-se fazer um controle rigoroso da vitalidade fetal.

Incorreta a alternativa D: como a paciente está com mais de 32 semanas, não está indicado o uso do sulfato de magnésio para neuroproteção fetal.

Incorreta a alternativa E: há indicação de resolução após a corticoterapia independente da cardiotocografia.

Gabarito: alternativa C

38. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Natalia Carvalho) Primigesta, 18 anos, 40 semanas e 4 dias, sem comorbidades, encaminhada à maternidade para avaliação. Realizada cardiotocografia com feto reativo e ultrassonografia com maior bolsão vertical de 1,5 cm. Ao exame físico, o colo uterino apresenta-se grosso, posterior e impérvio. Assinale a alternativa que indica a conduta preconizada para essa gestante:

- A) Reavaliação em 2 dias
- B) Cesariana urgência
- C) Balão Foley
- D) Ocitocina
- E) Realizar medida do ILA para confirmar o diagnóstico

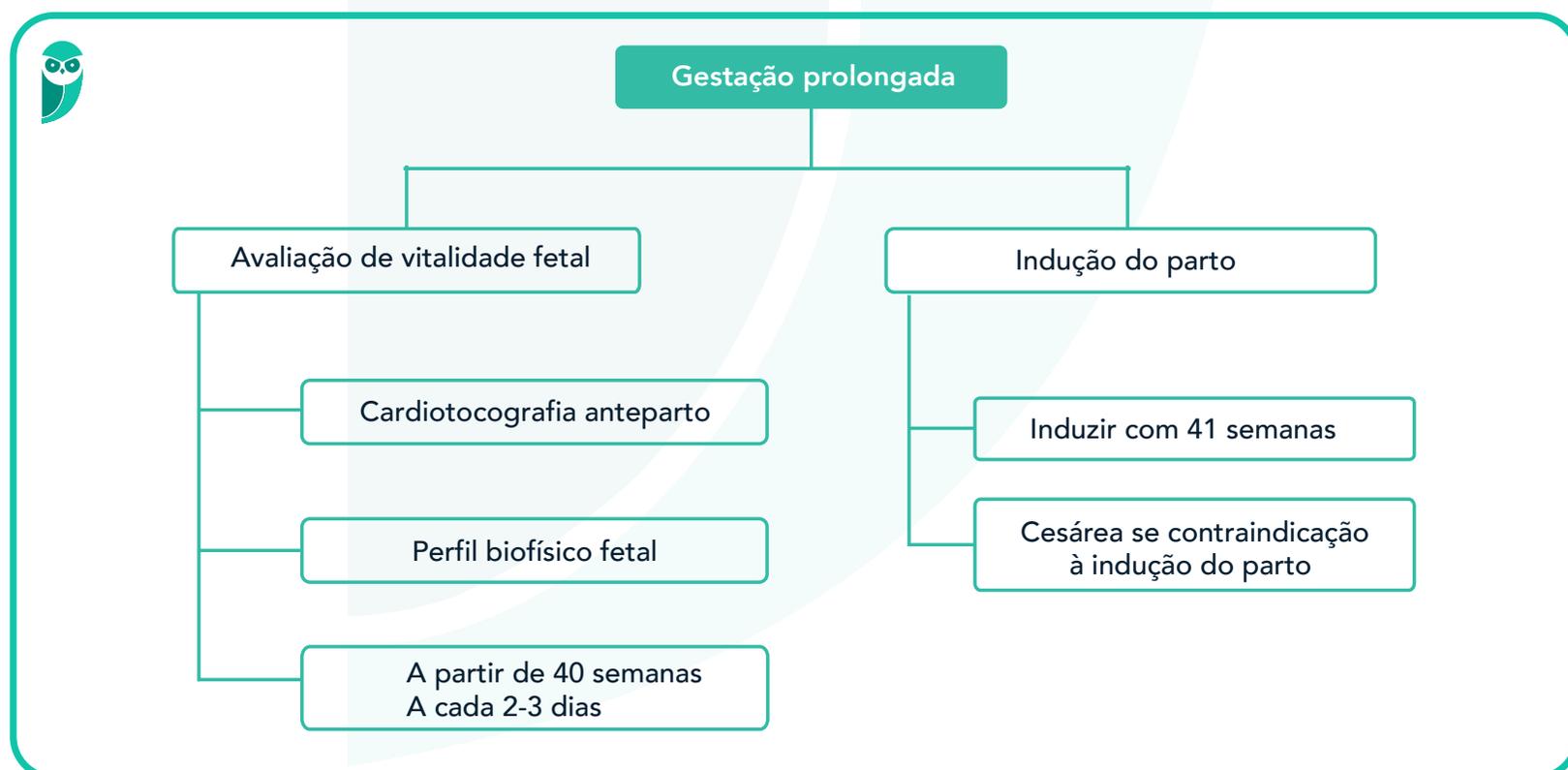
COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta diante de gestação prolongada.

As principais condutas diante de uma gestação pós-termo são: **avaliação da vitalidade fetal e indução do parto.**

A **vigilância da vitalidade fetal** deve ser iniciada a partir de **40 semanas**, embora alguns serviços indiquem o acompanhamento do bem-estar fetal a partir de 41 semanas. A avaliação da vitalidade fetal na gestação prolongada deve ser feita com cardiotocografia anteparto e perfil biofísico fetal, a cada 2-3 dias até o parto. O uso da Dopplervelocimetria em gestações prolongadas não tem mostrado benefício na avaliação fetal, por isso não é recomendada nessas situações. A amnioscopia também não é recomendada, pois as evidências científicas não mostram benefícios desse procedimento na melhora dos resultados neonatais.

Considera-se a **indução do trabalho de parto entre 41 0/7 semanas e 42 0/7 semanas**. Os estudos mostram que a **indução com 41 semanas**, e não com 42 semanas, **diminui as chances de cesárea**, por isso muitos serviços orientam a indução a partir dessa idade gestacional. A partir de 42 semanas deve-se sempre induzir o trabalho de parto, pois a mortalidade fetal e neonatal aumenta consideravelmente a partir dessa idade



gestacional, não havendo mais benefícios em manter a gestação. O fluxograma a seguir resume a conduta diante da gestação prolongada.

Indica-se resolução da gestação com oligoâmnio a partir de 37 semanas. Se houver oligoâmnio severo, a resolução da gestação é indicada a partir de 34 semanas. Não há contraindicação para indução do parto na presença de oligoâmnio, mas durante o trabalho de parto deve-se realizar monitorização eletrônica contínua pelo risco aumentado de compressão funicular.

Incorreta a alternativa A: como há oligoâmnio, está indicada a resolução da gestação.

Incorreta a alternativa B: a ocorrência de oligoâmnio não indica a necessidade de cesariana.

Correta a alternativa C: temos uma primigesta de 41 semanas que realiza cardiotocografia normal, porém ultrassonografia indica oligoâmnio (maior bolsão vertical menor que 2 cm). A presença de oligoâmnio indica a resolução da gestação nessa idade gestacional, sendo possível realizar a indução do parto. Como o colo uterino está desfavorável, deve-se primeiro proceder com a maturação cervical, que pode ser mecânica (balão de foley) ou farmacológica (prostaglandinas).

Incorreta a alternativa D: como o colo uterino está desfavorável, não se deve começar a indução com ocitocina, mas sim com a maturação cervical. Somente após o colo uterino ficar favorável que se deve iniciar a indução com ocitocina.

Incorreta a alternativa E: a medida de maior bolsão está associada a menor quantidade de falsos positivos e não há indicação de reavaliar.

Gabarito: alternativa C

39. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Natalia Carvalho) Parturiente, primigesta, 20 anos, 40 semanas de gestação, interna com 6 cm de dilatação para acompanhamento do trabalho de parto. Realizada analgesia farmacológica com 8 cm a pedido da paciente. Após 2 horas apresenta dilatação total com cabeça fetal em occipito púbica no plano +3 de De Lee, bolsa rota espontaneamente com líquido meconial 2+/4. Dinâmica uterina de 4 contrações de 40 segundos em 10 min. Paciente não apresenta puxos espontâneos. Durante a ausculta dos batimentos cardíacos fetais identificado bradicardia fetal persistente. A conduta a ser realizada nesse momento:

- A) Fórcepe de rotação
- B) Fórcepe de alívio
- C) Puxos dirigidos
- D) Cesariana de urgência
- E) Manobras de ressuscitação intraútero

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o uso do fórcepe.

O parto vaginal operatório é classificado de acordo com o plano da apresentação e o grau de rotação do polo cefálico em: fórcepe ou vácuo-extração de alívio, fórcepe ou vácuo-extração baixos, fórcepe ou vácuo-extração médios e fórcepe ou vácuo-extração altos.

O fórcepe ou a vácuo-extração é considerado(a) de **alívio** quando o polo cefálico já atingiu o assoalho pélvico (passou o plano + 2 de De Lee), o couro cabeludo é visível no introito vaginal, a cabeça do feto já está no períneo, a sutura sagital está no diâmetro anteroposterior ou nos oblíquos e a rotação não excede 45 graus.

Já em fórcepe ou vácuo-extração **baixos**, o ápice da cabeça fetal está no plano +2 de De Lee ou abaixo, mas a cabeça ainda não atingiu o assoalho pélvico. Nesse caso, pode haver necessidade de rotação maior que 45 graus.

Em fórcepe ou vácuo-extração **médios**, por sua vez, o polo cefálico ainda não atingiu o plano +2 de De Lee, porém a apresentação já está insinuada (no plano 0 de De Lee).

Por fim, em fórcepe ou vácuo-extração **altos**, o polo cefálico ainda não se insinuou, encontrando-se entre os planos -1 e 0 de De Lee. Esse tipo de fórcepe ou vácuo-extração não é mais utilizado, pois aumenta muito as chances de tocotraumatismos, casos em que se deve optar pela cesárea.

O fórcepe e o vácuo-extrator devem ser aplicados somente se todas as condições de aplicabilidade estiverem presentes. Logo, o colo uterino deve estar completamente dilatado, as membranas fetais precisam estar rotas, não deve haver suspeita de desproporção cefalopélvica (cabeça fetal com volume normal e pelve compatível), o concepto deve estar vivo, com a cabeça insinuada e com a variedade de posição identificada. A tabela a seguir reúne todas as condições de aplicabilidade do fórcepe e do vácuo-extrator.

CONDIÇÕES DE APLICABILIDADE
Colo completamente dilatado
Rotura das membranas fetais
Estreitos médio e inferior compatíveis com a cabeça fetal
Concepto vivo
Cabeça insinuada (extremidade do crânio fetal na altura ou abaixo das espinhas isquiáticas – plano zero de De Lee)
Volume cefálico normal
Identificação da variedade de posição

Incorreta a alternativa A: como a cabeça fetal já rodou e está na variedade de posição occipitopúbica, não há necessidade do uso do fórcepe de rotação.

Correta a alternativa B: temos uma parturiente no período expulsivo do trabalho de parto, com a cabeça fetal em occipitopúbica e no plano +3 de De Lee, com bradicardia fetal persistente. A conduta nesse caso deve ser a resolução imediata da gestação pela via mais rápida. Como a dilatação é total, a bolsa rota, a cabeça fetal no plano +3 e já rodada na variedade de posição occipitopúbica, está indicada a aplicação do fórcepe de alívio para a ultimateção do parto.

Incorreta a alternativa C: a realização de puxos dirigidos pioram ainda mais a vitalidade fetal e não está indicada.

Incorreta a alternativa D: como a cabeça fetal está baixa, a ultimateção do parto pelo fórcepe é mais rápida e mais benéfica para o binômio materno-fetal.

Incorreta a alternativa E: há indicação de abreviação do período expulsivo por sofrimento fetal agudo.

Gabarito: alternativa B

40. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Natalia Carvalho) Primigesta, 39 semanas, em trabalho de parto há 10 horas, bolsa rota há 4 horas, no período expulsivo há 2 horas, com contrações adequadas e descida da cabeça fetal até o plano +2 De Lee, em variedade de posição occipitossacra. Observada desaceleração dos batimentos cardíacos fetais na ausculta intermitente. A cardiotocografia indica linha de base de 130 bpm, variabilidade moderada, presença de desacelerações precoces, ausência de acelerações transitórias. Assinale a alternativa com a conduta adequada:

- A) Acompanhamento do trabalho de parto
- B) Aplicação do Fórcepe de Simpson
- C) Episiotomia e puxos dirigidos
- D) Cesariana de urgência
- E) Aplicação do fórcepe de Kielland

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre cardiotocografia.

A cardiotocografia é um dos exames mais utilizados para avaliar a vitalidade fetal. Por meio do registro gráfico simultâneo do comportamento da frequência cardíaca fetal (FCF), das contrações uterinas e dos movimentos fetais por pelo menos 20 minutos, é possível identificar, de forma indireta, a presença de hipoxemia no sistema nervoso central.

Os parâmetros avaliados pela cardiotocografia são:

PARÂMETROS DA CARDIOTOCOGRAFIA

Linha de Base - Média da frequência cardíaca fetal em um segmento de 10 min.

Normal: 110-160bpm

Bradicardia: < 110bpm

Taquicardia: > 160bpm

Variabilidade - Oscilação da frequência cardíaca fetal na linha de base.

Ausente: sem variabilidade.

Mínima: < 5bpm

Moderada: 6-25bpm - normal

Aumentada :> 25bpm

Padrão Sinusoidal: ondas fixas e regulares em forma de sino - anemia fetal grave

Acelerações Transitórias

Aumento abrupto da frequência cardíaca fetal, acima de 15bpm durando de 15s a 2min.

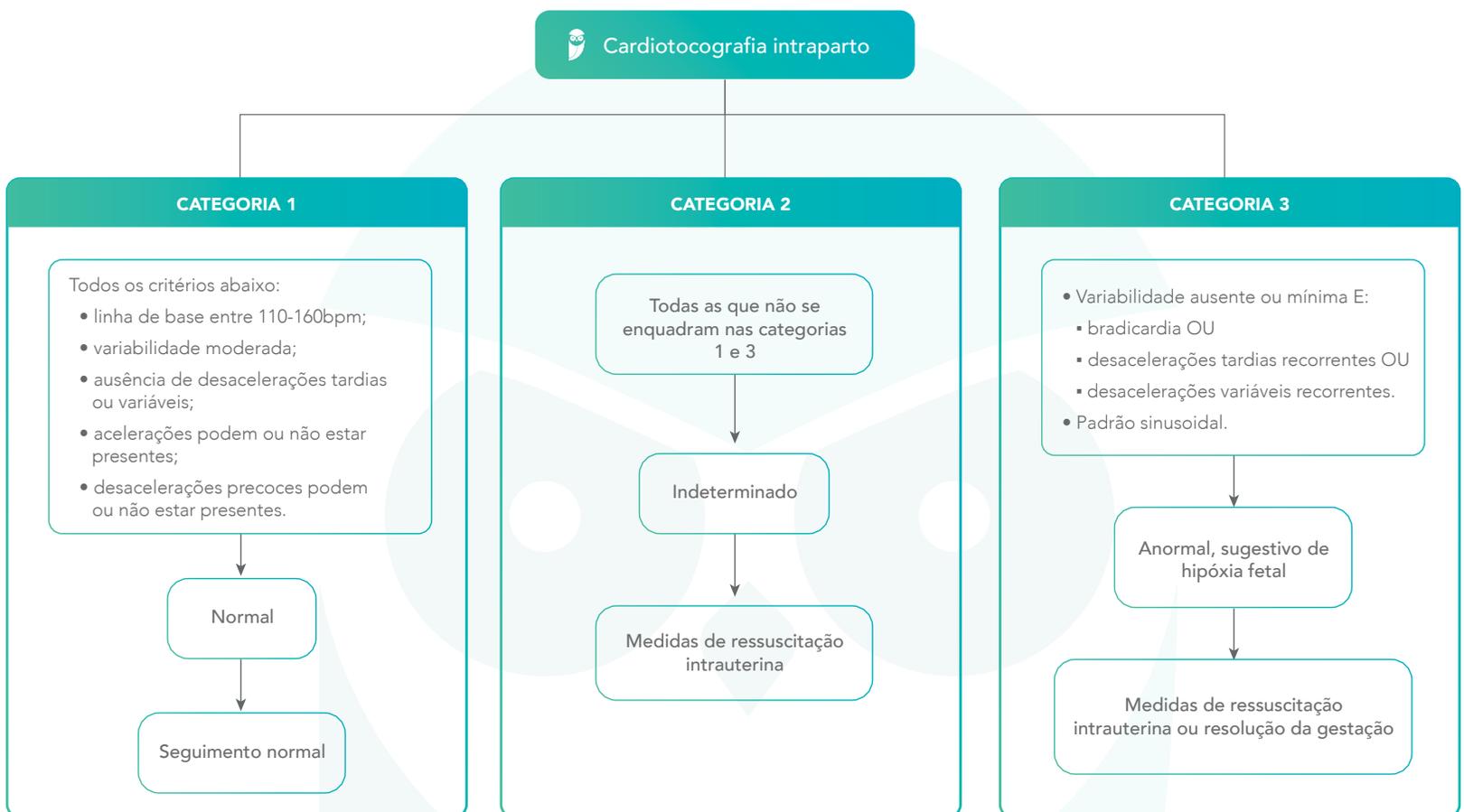
Desacelerações - queda da frequência cardíaca fetal > 15 bpm durante > 15 seg.

Precoces: desaceleração é coincidente com a contração uterina, com queda gradual e simétrica, e duração maior que 30 segundos. Resultantes da compressão do polo cefálico durante a contração.

Tardias: a desaceleração é gradual, simétrica, recorrente e inicia-se após a decalagem da contração. Indica hipoxemia fetal, resultante da redução do fluxo sanguíneo placentário em feto com baixa reserva de oxigênio.

Variáveis: não apresentam relação temporal com as contrações, a desaceleração é abrupta (menos de 30 segundos), podendo ser precedida ou seguida de pequenas acelerações. Resultantes da compressão transitória do cordão umbilical.

A cardiocotografia intraparto pode ser interpretada em três categorias.



Diante de uma cardiotocografia alterada, isto é, categoria 2/3 durante o trabalho de parto, são necessárias medidas para melhorar o padrão da frequência cardíaca fetal e com isso evitar um desfecho neonatal adverso.

Existem situações reversíveis que levam à alteração dos padrões cardiotocográficos, e a correção dessas situações pode restabelecer a oxigenação fetal, normalizando o traçado da FCF, sem a necessidade de resolver a gestação.

MEDIDAS DE RESSUSCITAÇÃO INTRAUTERINA

Melhorar a oxigenação fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Decúbito lateral • Suspende uterotônicos • Suspende puxos dirigidos • Hidratação endovenosa • Máscara de O₂
Redução da atividade uterina	<ul style="list-style-type: none"> • Suspende uterotônicos • Hidratação endovenosa • Administrar uterolítico (terbutalina)

MEDIDAS DE RESSUSCITAÇÃO INTRAUTERINA

Aliviar compressão umbilical	<ul style="list-style-type: none"> • Mudança de posição materna • Suspender puxos dirigidos • Amnioinfusão • Elevação do polo cefálico
Corrigir hipotensão materna	<ul style="list-style-type: none"> • Mudança de posição materna • Hidratação endovenosa • Administração de efedrina

Correta a alternativa A: temos uma parturiente, no período expulsivo do trabalho de parto há duas horas, com contrações adequadas e cabeça fetal no plano +2 de De Lee e variedade de posição occipitossacra. A cardiotocografia mostrou linha de base normal, variabilidade normal e desacelerações precoces, que são fisiológicas, em decorrência da compressão no polo cefálico no período expulsivo, sendo classificada como categoria 1. Sendo assim, está indicado manter o acompanhamento do trabalho de parto na próxima hora, com avaliação da progressão da cabeça fetal.

Incorreta a alternativa B: como não há alteração da vitalidade fetal, não está indicada a resolução da gestação, podendo aguardar a evolução do trabalho de parto.

Incorreta a alternativa C: episiotomia e puxos dirigidos não devem ser feitos de rotina.

Incorreta a alternativa D: como não há alteração da vitalidade fetal, não está indicada a resolução da gestação, podendo aguardar a evolução do trabalho de parto.

Incorreta a alternativa E: apesar do fórcepe de Kielland ser aplicável para rotação, nesse caso não há indicação de uso.

Gabarito: alternativa A

41. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Natalia Carvalho) Secundigesta, 12 semanas, sem comorbidades, IMC 25 kg/m², PA 100 x 60 mmHg, vem a consulta de pré-natal com resultado da ultrassonografia morfológica do primeiro trimestre com cálculo de risco para pré-eclâmpsia antes de 37 semanas de 1/150. Assinale a alternativa que indica o parâmetro ultrassonográfico utilizado para esse cálculo:

- A) Doppler da artéria umbilical com índice de pulsatilidade acima do percentil 95.
- B) Doppler do ducto venoso com onda A reversa.
- C) Doppler da artéria uterina com índice de pulsatilidade acima do percentil 95.
- D) Doppler da artéria cerebral média com índice de pulsatilidade abaixo do percentil 5.
- E) Doppler da tricúspide com presença de regurgitamento.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: a predição de pré-eclâmpsia.

Predizer quais são as gestantes que desenvolverão pré-eclâmpsia é de extrema importância, uma vez que existem medidas de prevenção dessa doença para mulheres que apresentam um risco maior. Duas estratégias de rastreamento têm sido recomendadas atualmente: rastreamento baseado exclusivamente em fatores de risco e rastreamento combinado (em associação com marcador biofísico e marcadores bioquímicos).

A principal forma de identificar as gestantes com risco de desenvolver pré-eclâmpsia é por meio da avaliação dos fatores de risco, pois não envolve a necessidade de exames nem de estrutura complexa. Considera-se **gestação de alto risco** para desenvolver pré-eclâmpsia quando há **um único fator de risco alto ou dois fatores de risco moderados**.

RISCO ALTO*	RISCO MODERADO
História pregressa de pré-eclâmpsia	Condição socioeconômica desfavorável
Obesidade (IMC > 30)	História familiar de pré-eclâmpsia (mãe e irmã)
Hipertensão arterial crônica	Nuliparidade
Diabetes tipo 1 e tipo 2	Idade materna ≥ 35 anos
Doença renal crônica	Intervalo interpartal > 10 anos
Doenças autoimunes (lúpus, SAAF)	Raça/cor: preta ou parda
Tratamento de reprodução assistida	Gravidez prévia com desfecho adverso relacionado à disfunção placentária: DPP, RCF, TPP, óbito fetal.
Gestação múltipla	

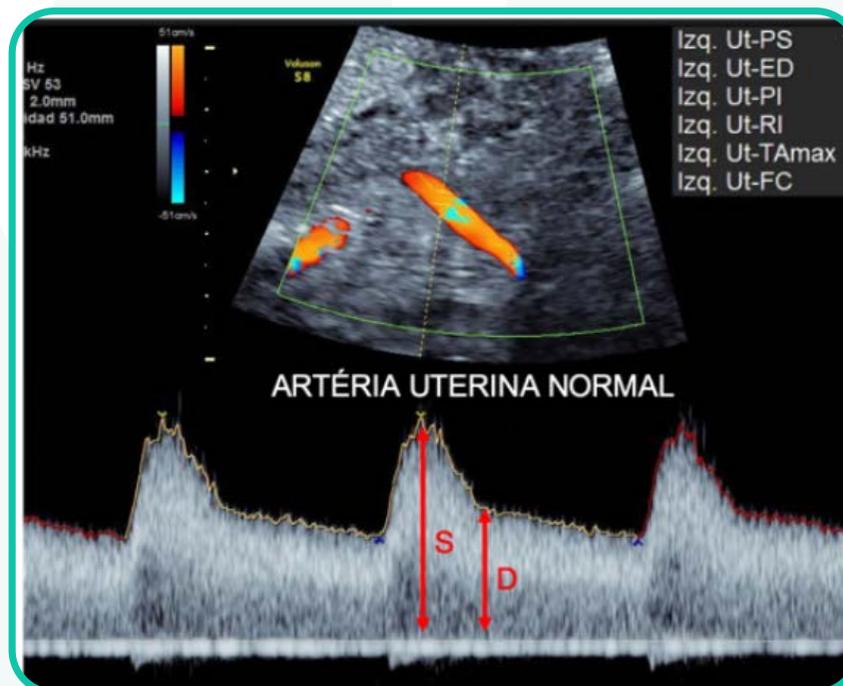
*Adaptada da ISSHP, FIGO, ACOG e MS

Recentemente, marcadores biofísicos (Dopplervelocimetria das artérias uterinas) e bioquímicos (sFlt-1, s-Eng, PlGF, VEGF e PAPP-A) têm sido utilizados para o rastreamento e a predição da pré-eclâmpsia em associação com os fatores de risco maternos e a medida da pressão arterial. Sabe-se que quanto **menor for a concentração de PlGF e de PAPP-A** (proteína plasmática associada à gravidez) e **maior for o índice de pulsatilidade da artéria uterina, maior o risco de desenvolver pré-eclâmpsia**, principalmente pré-eclâmpsia precoce (<34 semanas). Porém, até o momento, nenhum desses marcadores foi considerado realmente efetivo para prever a doença de maneira isolada.

A Dopplervelocimetria da artéria uterina é considerada alterada quando o **índice de pulsatilidade está acima do percentil 95 para a idade gestacional ou há incisura protodiastólica**. Em gestantes de baixo risco para desenvolver pré-eclâmpsia, a avaliação Dopplervelocimétrica das artérias uterinas no segundo trimestre não se mostrou efetiva para prever pré-eclâmpsia.

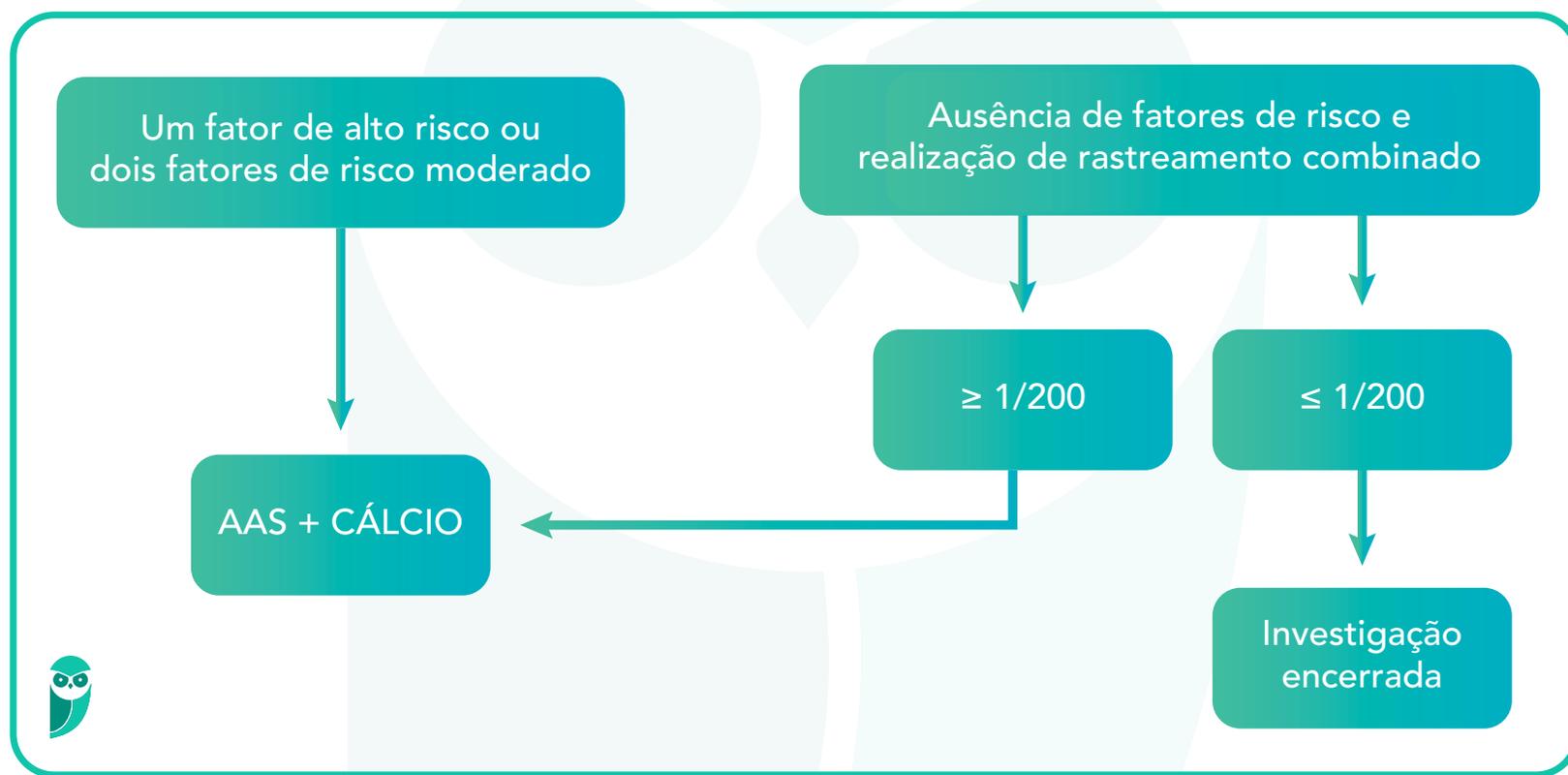
A artéria oftálmica materna também tem sido estudada com o objetivo de ajudar na predição de pré-eclâmpsia precoce, mas essa medida ainda é pouco utilizada na prática clínica.

As imagens ultrassonográficas abaixo mostram a Dopplervelocimetria das artérias uterinas normal e alterada:



A combinação de concentração baixa de PIGF, do índice de pulsatilidade da artéria uterina aumentado, dos fatores de risco e dos parâmetros maternos consegue identificar 93% das pacientes que desenvolverão pré-eclâmpsia e precisarão adiantar o parto antes de 34 semanas, porém a quantidade de falso positivo para essa predição é muito grande, em torno de 79%.

Considerando isso, o rastreamento combinado associa os fatores de risco com a medida da pressão arterial média, a Dopplervelocimetria das artérias uterinas no primeiro trimestre e a dosagem do PLGF entre 11 e 12 semanas de gestação. Esses dados são inseridos em uma plataforma digital que fornece o risco estimado para pré-eclâmpsia. Os protocolos brasileiros definem como risco aumentado para desenvolver pré-eclâmpsia quando o resultado apresentado for maior ou igual a 1/200, diferentemente dos protocolos internacionais que consideram risco aumentado quando o resultado for maior ou igual a 1/100. O rastreamento combinado aumenta a sensibilidade para identificar gestantes que irão desenvolver pré-eclâmpsia precoce (< 34 semanas).



Incorreta a alternativa A: o doppler da artéria umbilical não é um parâmetro ultrassonográfico utilizado no cálculo de risco de pré-eclâmpsia. A artéria umbilical, quando alterada, indica insuficiência placentária.

Incorreta a alternativa B: o doppler do ducto venoso não é um parâmetro ultrassonográfico utilizado no cálculo de risco de pré-eclâmpsia. O ducto venoso, quando alterado no primeiro trimestre, é um marcador de cromossomopatias ou cardiopatias.

Correta a alternativa C: temos uma secundigesta, 12 semanas que a ultrassonografia morfológica do primeiro trimestre indicou um cálculo de risco de 1/150, isto é, apresenta um risco aumentado para desenvolver pré-eclâmpsia antes de 37 semanas. O cálculo de risco de pré-eclâmpsia é feito pelos fatores de risco maternos, Dopplervelocimetria das artérias uterinas e marcadores bioquímicos (PAAP-A e PLGF). A Dopplervelocimetria das artérias uterinas está alterada quando o índice de pulsatilidade está acima do percentil 95.

Incorreta a alternativa D: o doppler da artéria cerebral média não é um parâmetro ultrassonográfico utilizado no cálculo de risco de pré-eclâmpsia. A artéria cerebral média é utilizada para avaliar o território arterial fetal em fetos com restrição de crescimento.

Incorreta a alternativa E: a avaliação da tricúspide é empregada no cálculo do risco de cromossomopatias.

Gabarito: alternativa C

42. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Natalia Carvalho) Primigesta, 37 semanas, vem trazida desacordada ao pronto-socorro pelo SAMU. A carteirinha de pré-natal não indica comorbidades ou intercorrências até o momento. Familiares negam qualquer sintoma referido pela paciente ou observado antes do desmaio. Ao exame: Regular estado geral, Glasgow 8, descorada 1+/4, PA 170 x 120 mmHg, edema 2+/4, FC 80 bpm, altura uterina 34 cm, BCF 150 bpm, tônus uterino normal, toque vaginal com colo grosso, posterior e impérvio. Diante do caso apresentado, assinale a alternativa que indica o diagnóstico e a conduta:

- A) Eclâmpsia, sulfato de magnésio e hidralazina
- B) Sineclâmpsia, sulfato de magnésio e nifedipina
- C) Síndrome HELLP, sulfato de magnésio e indução do parto
- D) Descolamento prematuro de placenta, cesariana de urgência
- E) Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade; hidralazina e cesariana de urgência.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o diagnóstico de pré-eclâmpsia e suas formas clínicas.

O diagnóstico de pré-eclâmpsia é feito quando há **hipertensão arterial após 20 semanas de gestação, ou no pós-parto (até 12 semanas de puerpério), associada à proteinúria**. Na ausência de proteinúria, considera-se **pré-eclâmpsia quando há hipertensão arterial após 20 semanas e disfunção de órgão-alvo materno** (hematológica, hepática, renal, pulmonar ou neurológica) **ou disfunção uteroplacentária**.

Sendo assim, quaisquer das seguintes disfunções de órgão-alvo materno associadas a aumento dos níveis pressóricos após 20 semanas já faz o diagnóstico de pré-eclâmpsia, mesmo sem proteinúria:

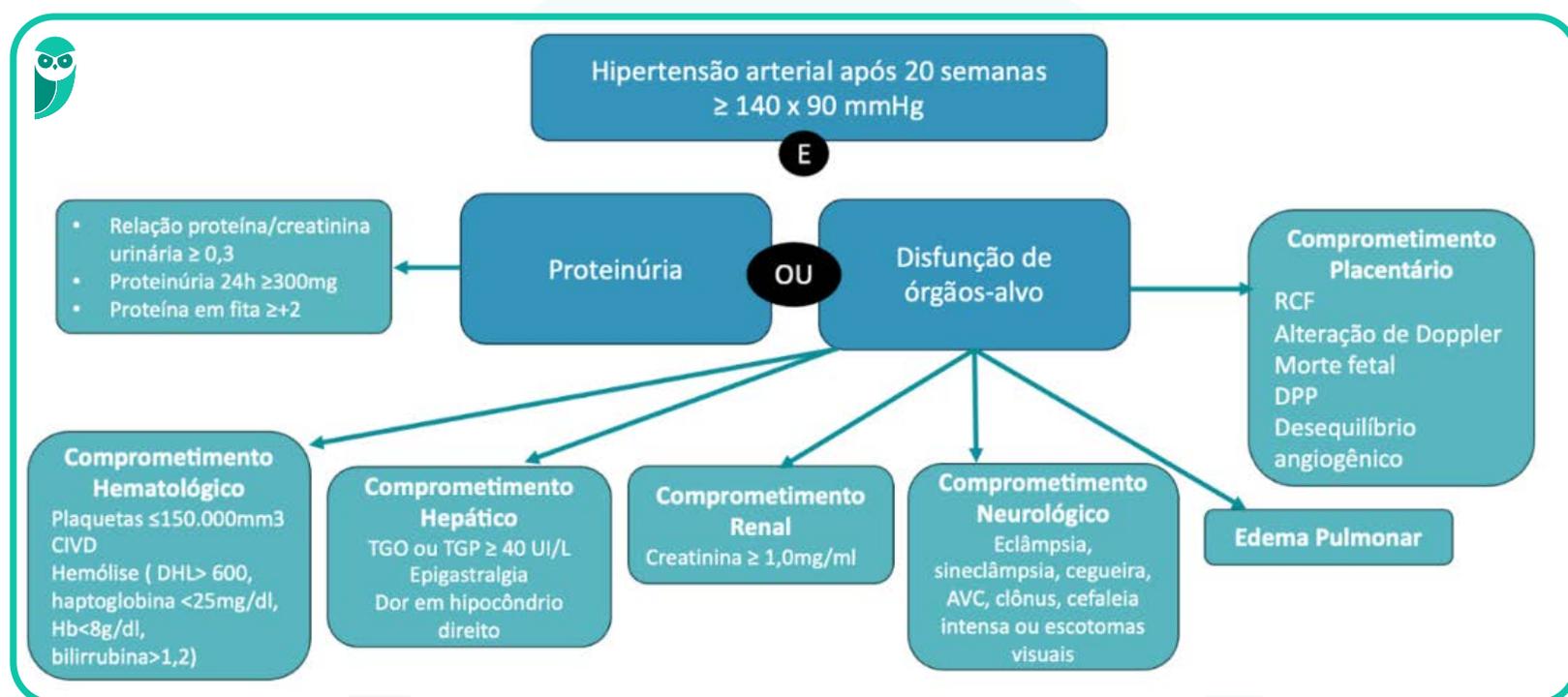
Comprometimento hematológico: trombocitopenia (plaquetas $\leq 150.000/\text{mm}^3$), hemólise (DHL >600 UI/L, bilirrubina $>1,2$, haptoglobina <25 mg/dL ou Hb ≤ 8 g/L), coagulação intravascular disseminada.

- Comprometimento renal: creatinina sérica $\geq 1,0$ mg/dL.
- Comprometimento hepático: aumento das transaminases 2 vezes o normal ou ≥ 40 UI/L, ou dor severa persistente em hipocôndrio direito ou epigástrico, sem outros diagnósticos.
- Edema pulmonar.
- Comprometimento neurológico: eclâmpsia, rebaixamento do nível de consciência (sine eclâmpsia), cegueira, acidente vascular cerebral, clônus, cefaleia intensa ou escotomas visuais.

Além disso, gestantes com sinais de **disfunção uteroplacentária**, associados ao aumento dos níveis pressóricos após 20 semanas, também recebem o diagnóstico de pré-eclâmpsia, independentemente de apresentarem proteinúria ou outras lesões de órgãos-alvo. Os sinais de disfunção placentárias são:

- **Restrição de crescimento fetal:** peso fetal $<$ percentil 10.
- **Alteração do Doppler da artéria umbilical:** IP >95 , diástole ausente ou reversa.
- **Descolamento prematuro de placenta.**
- **Morte fetal.**
- **Desequilíbrio angiogênico.**

Os critérios diagnósticos de pré-eclâmpsia estão resumidos no organograma a seguir:



Atualmente, orienta-se não usar mais o termo pré-eclâmpsia leve ou grave, pois essa classificação pode induzir ao erro, uma vez que todas as pacientes com pré-eclâmpsia podem evoluir com desfechos desfavoráveis de maneira súbita e inesperada. Recomenda-se que a paciente com pré-eclâmpsia seja avaliada quanto à presença ou não de sinais ou sintomas de comprometimento clínico ou laboratorial. Sendo assim, atualmente, o correto é utilizar os termos: pré-eclâmpsia com ou sem sinais/sintomas de deterioração clínica.

CLASSIFICAÇÃO DA PRÉ-ECLÂMPسيا

Pré-eclâmpsia com sinais de deterioração clínica/laboratorial	<ul style="list-style-type: none"> • Crise hipertensiva (PA $\geq 160 \times 110$ mmHg com ou sem sintomas). • Sinais de iminência de eclâmpsia, eclâmpsia (crise convulsiva), rebaixamento de nível de consciência (sineclâmpsia). • Síndrome HELLP. • Oligúria ou insuficiência renal aguda. • Dor torácica. • Edema pulmonar.
Pré-eclâmpsia sem sinais de deterioração clínica/laboratorial	<p>Hipertensão arterial leve (PA < 160/110 mmHg).</p> <p>E</p> <p>Ausência de sinais de deterioração clínica ou laboratorial.</p>

Portanto, os sinais de deterioração clínica são:

- crise hipertensiva (PA $\geq 160 \times 110$ mmHg com ou sem sintomas);
- sinais de iminência de eclâmpsia, eclâmpsia (crise convulsiva), rebaixamento de nível de consciência (sineclâmpsia);
- síndrome HELLP;
- oligúria ou insuficiência renal aguda;
- dor torácica;
- edema pulmonar.

Incorreta a alternativa A: o quadro de eclâmpsia apresenta convulsão tônico-clônico generalizada. A paciente não apresenta convulsão, mas sim rebaixamento do nível de consciência.

Correta a alternativa B: temos uma gestante de 37 semanas com rebaixamento do nível de consciência e hipertensão arterial grave, configurando um quadro chamado de sineclâmpsia, uma forma clínica da pré-eclâmpsia com sinais de deterioração. A conduta é a mesma da eclâmpsia, com a administração de sulfato de magnésio e hidralazina ou nifedipina para a hipertensão arterial grave.

Incorreta a alternativa C: o diagnóstico de síndrome HELLP é feito quando há plaquetopenia, elevação das enzimas hepáticas e hemólise.

Incorreta a alternativa D: no descolamento prematuro de placenta há sangramento vaginal, hipertonía uterina, dor abdominal e pode ocorrer alteração da vitalidade fetal.

Incorreta a alternativa E: uma vez que a droga mais importante nesse momento é o sulfato de magnésio.

Gabarito: alternativa B

43. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Natalia Carvalho) Primigesta, realiza ultrassonografia morfológica do segundo trimestre, com alteração do volume de líquido amniótico e ausência de bolha gástrica fetal. Assinale a alternativa que indica a alteração do volume amniótico e o provável diagnóstico.

- A) Índice de líquido amniótico de 15 cm, teratoma cervical
- B) Índice de líquido amniótico de 8 cm, agenesia gástrica.
- C) Maior bolsão vertical de 12 cm, atresia de esôfago.
- D) Maior bolsão vertical de 5 cm, atresia de duodeno.
- E) Maior bolsão vertical de 1,5 cm; gastrosquise.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre polidrâmnio.

A avaliação do líquido amniótico durante a gestação é útil para identificar, monitorizar e conduzir gestações de alto risco, além de fazer parte do exame de vitalidade fetal conhecido como perfil biofísico fetal.

Suspeitamos de **oligoâmnio** quando a gestante apresenta altura uterina abaixo do normal e confirmamos com o **maior bolsão vertical menor que 2 cm**, ou o **ILA menor ou igual a 5 cm**, ou abaixo do percentil 5 para a idade gestacional. Já no polidrâmnio, a gestante apresenta altura uterina acima do normal e ultrassonografia com **maior bolsão vertical maior que 8 cm** ou **ILA maior ou igual 25 cm** ou acima do percentil 95 para a idade gestacional.

O polidrâmnio refere-se ao excesso de volume de líquido amniótico durante a gestação, ou seja, quando se encontra acima de 2000 ml. Como vimos, na prática, consideramos polidrâmnio quando o maior bolsão está acima de 8 cm ou quando o ILA é ≥ 25 cm. Sua incidência é baixa,

variando de 1% a 2% das gestações.

Os mecanismos que levam a um aumento no volume de líquido amniótico são a **diminuição da deglutição com consequente menor absorção intestinal de líquido amniótico** e o **aumento da micção fetal com maior produção desse fluido**.

O **aumento da produção urinária fetal** pode ser consequência de **diabetes materno** ou de **insuficiência cardíaca fetal**. O diabetes materno é responsável por 25% dos casos de polidrâmnio e deve-se, principalmente, à hiperglicemia fetal, seguida de poliúria.

A insuficiência cardíaca fetal pode ser decorrente de anemia fetal, como nos casos de doenças hemolíticas perinatais e infecções congênitas, sobretudo por Parvovírus B19. Pode também ocorrer insuficiência cardíaca em fetos com malformações cardíacas fetais, principalmente por arritmias graves. Nas gestações gemelares monocoriônicas, a presença de polidrâmnio em um dos fetos e de oligoâmnio no outro é um sinal diagnóstico de síndrome da transfusão feto-fetal.

A **diminuição na absorção do líquido amniótico pelo intestino** corresponde a 15% das causas de polidrâmnio e pode ocorrer por malformações fetais no sistema gastrointestinal e no sistema nervoso central, malformações torácicas, displasias esqueléticas e tumores fetais obstrutivos. Essas **anomalias impedem ou reduzem a deglutição do líquido amniótico**, diminuindo, assim, a absorção pelo intestino, o que gera polidrâmnio severo.

As **malformações gastrointestinais** que mais levam ao polidrâmnio são as **atresias de esôfago e duodeno**. No sistema nervoso central, as principais anomalias que levam ao polidrâmnio são a **anencefalia e a mielomeningocele**. As **hérnias diafragmáticas e as displasias esqueléticas** com comprometimento torácico também são causas de polidrâmnio.

Sabe-se ainda que aproximadamente 40% dos casos de polidrâmnio permanecem com causa desconhecida mesmo após o nascimento.

Incorreta a alternativa A: índice de líquido amniótico entre ≥ 5 e ≤ 25 cm é considerado normal.

Incorreta a alternativa B: índice de líquido amniótico entre ≥ 5 e ≤ 25 cm é considerado normal.

Correta a alternativa C: a ausência de bolha gástrica indica o diagnóstico de atresia de esôfago. Essa patologia leva ao polidrâmnio, pois não há reabsorção intestinal do líquido amniótico, acumulando-se na cavidade amniótica. Considera-se polidrâmnio quando o maior bolsão vertical for >8 cm ou quando o índice de líquido amniótico for maior do que 25 cm.

Incorreta a alternativa D: Maior bolsão vertical entre 2 e 8 cm é considerado normal.

Incorreta a alternativa E: a gastrosquise não está associada à ausência de bolha gástrica.

Gabarito: alternativa C

44. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Natalia Carvalho) Assinale a alternativa que indica a medida mais importante para diminuir os riscos de transmissão vertical de hepatite B.

- A) Vacinação e Imunoglobulina contra hepatite B para o RN após o nascimento.
- B) Cesariana eletiva com 38 semanas.
- C) Tenofovir a partir de 24 semanas para todas as gestantes com hepatite B.
- D) Contra-indicação do aleitamento materno.
- E) Uso de imunoglobulina contra hepatite B para as gestantes com carga viral elevada.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre hepatite B na gestação.

A transmissão vertical da hepatite B ocorre **intraparto** em 90% a 95% dos casos, sendo a transmissão intrauterina rara.

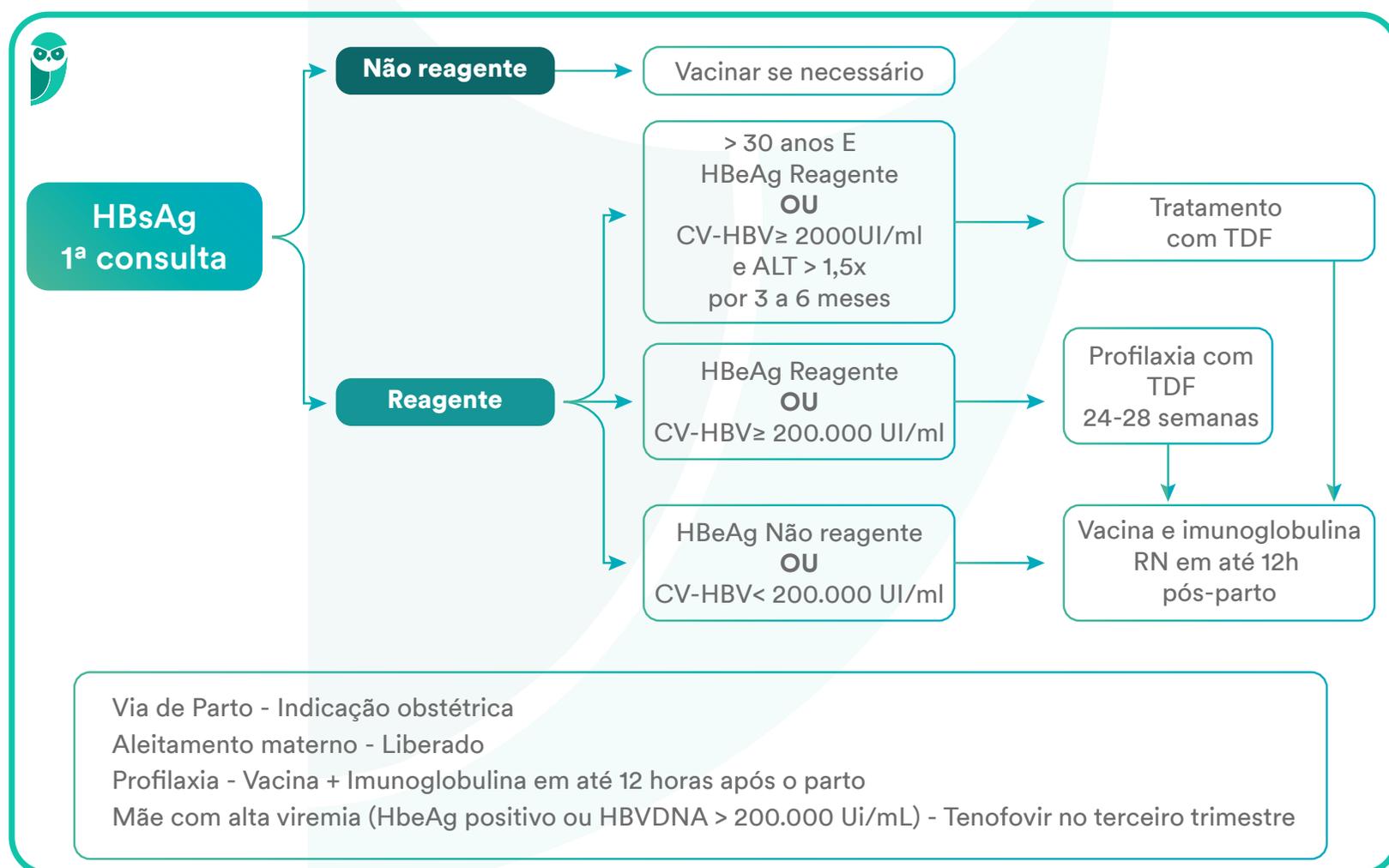
Para profilaxia da transmissão vertical, todos os recém-nascidos de **mães HBsAg positivo** devem receber **imunização passiva e ativa nas primeiras 12 horas de vida**, de preferência ainda na sala de parto, através da administração intramuscular da imunoglobulina hiperimune específica anti-HBs (HBIG) e da vacina, em diferentes grupamentos musculares.

Quando a gestante apresenta HbeAg positivo ou HBVDNA >200.000 Ui/mL, é preconizado o uso do tenofovir, mesmo que a gestante não tenha indicação de tratamento pela hepatite B, a partir da 28ª semana de gestação (terceiro trimestre) até, pelo menos, 30 dias ou 4 semanas após o parto.

Em gestantes cujo HBsAg é desconhecido, deve-se administrar a vacina para hepatite B nas primeiras 12 horas de vida, com realização da testagem da mãe. Se o HBsAg materno vier positivo, o HBIG deve ser realizado até o sétimo dia de vida do recém-nascido.

Apesar de o maior risco de transmissão ocorrer no momento de passagem do bebê pelo canal vaginal, não há evidências do benefício da cesariana. Portanto, a via de parto deve ser decidida por motivos obstétricos, e não pela presença da infecção pelo HBV, independentemente de carga viral ou qualquer outro fator.

Embora o vírus da hepatite B seja detectado no leite materno, o aleitamento não está contraindicado e deve ser incentivado se as medidas de profilaxia da transmissão vertical forem realizadas.



Correta a alternativa A: a medida mais importante para diminuir a transmissão vertical de hepatite B é a administração de vacina e imunoglobulina contra hepatite B para o recém-nascido logo após o nascimento.

Incorreta a alternativa B: a realização de cesariana eletiva não diminui os riscos de transmissão vertical, sendo assim o parto pode ser de indicação obstétrica.

Incorreta a alternativa C: o tenofovir deve ser feito a partir de 24 a 28 semanas até o puerpério para as gestantes com hepatite B e HbeAg reagente ou carga viral acima de 200.000UI.

Incorreta a alternativa D: o aleitamento está liberado para mães com hepatite B e recém-nascidos vacinados e que receberam imunoglobulina.

Incorreta a alternativa E: a imunoglobulina não tem efeito para paciente já infectadas pelo vírus.

Gabarito: alternativa A

45. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Natalia Carvalho) Gestante, 34 semanas, apresenta na ultrassonografia obstétrica ventriculomegalia e calcificações periventriculares. Solicitadas sorologias que vieram negativas, exceto toxoplasmose com resultado IgM e IgG reagentes. As sorologias do primeiro e segundo trimestres eram normais. Diante do caso apresentado, assinale a alternativa que indica a conduta correta:

- A) Iniciar espiramicina e solicitar teste de avidéz
- B) Iniciar espiramicina e solicitar nova sorologia em 3 semanas
- C) Iniciar esquema tríplice e manter até o parto
- D) Iniciar esquema tríplice e solicitar amniocentese
- E) Indicar antecipação do parto para iniciar tratamento do recém-nascido.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre toxoplasmose na gestação.

Como a maioria das gestantes é assintomática, o diagnóstico da toxoplasmose é feito pela sorologia materna, com avaliação dos anticorpos IgG e IgM para toxoplasmose, solicitada no rastreamento de rotina durante o pré-natal.

Gestantes susceptíveis (podem adquirir a infecção na gestação) têm resultados negativos para os anticorpos IgG e IgM específicos para toxoplasmose e o acompanhamento deve ser feito com sorologia seriada (1-2 meses) e orientações preventivas, a depender do perfil epidemiológico da região.

Se a gestante apresentar IgG positiva e IgM negativa, ela é considerada imune e não precisa repetir a sorologia durante o pré-natal, a não ser que seja imunocomprometida.

Por outro lado, quando a gestante apresenta IgM positiva e IgG negativa pode ser toxoplasmose aguda ou um caso de falso positivo. Por isso, deve-se introduzir espiramicina e repetir a sorologia em 2 semanas. Se IgM mantiver positiva com IgG também positiva, trata-se de um caso de toxoplasmose aguda com soroconversão na gestação. Se o IgG não positivar, trata-se de IgM falso positivo e deve-se suspender a espiramicina.

Se a gestante apresentar **IgM e IgG positivas** no primeiro trimestre, deve-se introduzir espiramicina e realizar o **teste de avidéz para IgG**, a fim de determinar se a infecção é **recente (baixa avidéz)** ou **tardia (alta avidéz)**, uma vez que os títulos de IgM podem permanecer positivos por até 1 ano e o de IgG por vários anos. Sabe-se que a capacidade de ligação e avidéz da imunoglobulina aumenta com a maturação da resposta

imunológica, por isso avidéz baixa sugere infecção recente (menos de 4 meses) e avidéz alta sugere infecção há mais de 4 meses.

A toxoplasmose materna aguda pode levar à transmissão vertical, causando toxoplasmose congênita. Por isso, o tratamento da toxoplasmose deve ser instituído se houver suspeita ou confirmação de infecção aguda na gestação. O tratamento precoce em até 3 semanas da infecção materna diminui os riscos de infecção fetal.

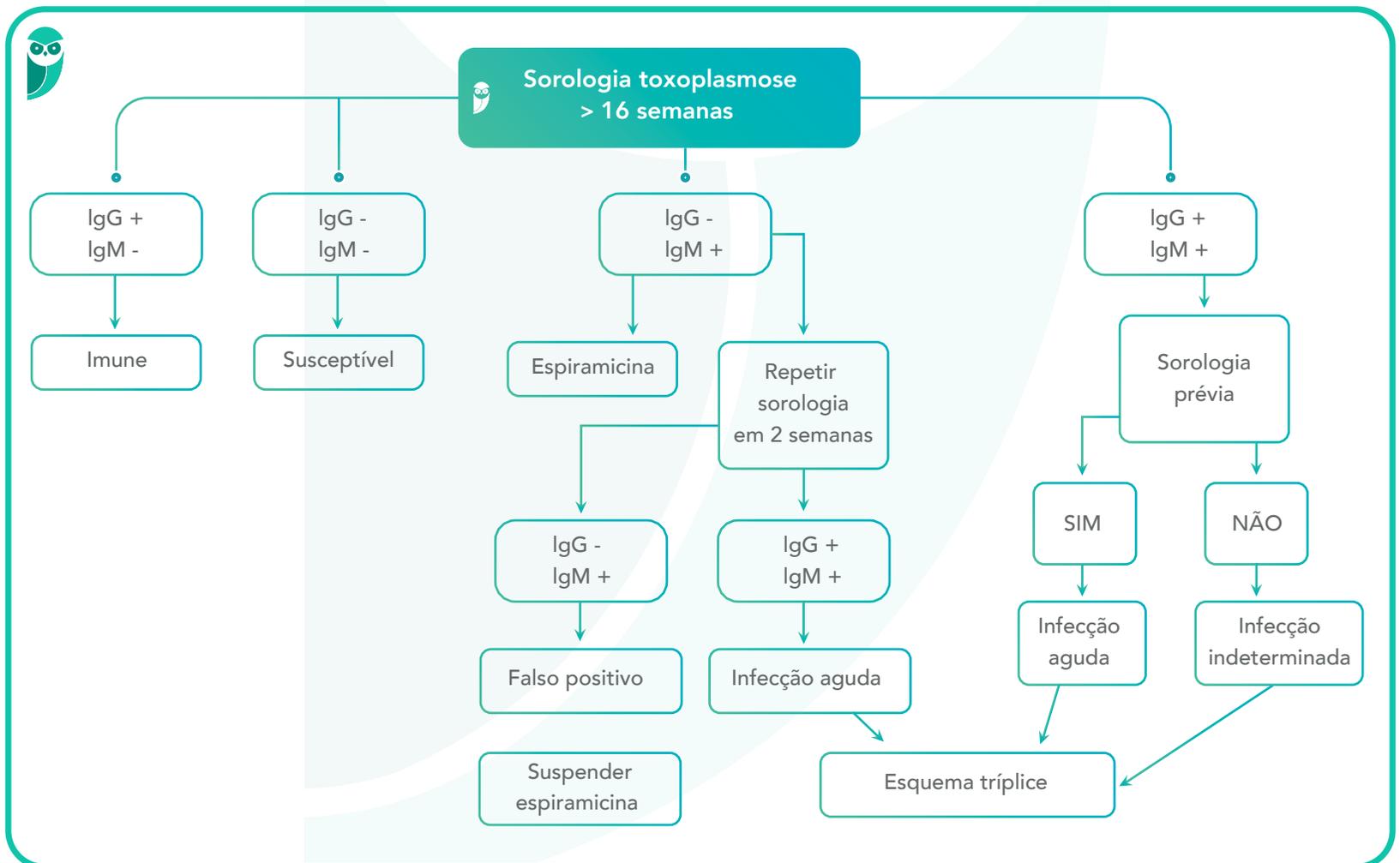
Portanto, a principal conduta diante de um caso de **suspeita** de infecção aguda é a **profilaxia para toxoplasmose congênita**, com a administração materna de espiramicina na dose de 3g/dia via oral. Isso é aplicado para todas as gestantes que apresentam sorologia IgM + e IgG – ou sorologia IgM + e IgG +. A espiramicina não ultrapassa a barreira placentária, mas tem como objetivo reduzir o risco de passagem transplacentária do parasita, impedindo a infecção fetal.

Nos casos confirmados ou prováveis de infecção aguda, isto é, se houver soroconversão, avidéz para IgG baixa ou intermediária, ou ascensão dos valores de IgG em amostra seriada, deve-se fazer a pesquisa de infecção fetal a partir de 18 semanas.

Nos casos em que há dúvida se a infecção é recente ou antiga, como quando a primeira sorologia com IgG e IgM positiva é realizada após 16 semanas e o teste de avidéz já não é mais fidedigno, deve-se considerar a gestante como infecção aguda e investigar infecção fetal.

Atualmente, orienta-se utilizar espiramicina até 16 semanas e a partir de 16 semanas trocar para o esquema tríplice até realizar a pesquisa de infecção fetal.

A pesquisa de infecção fetal é realizada por meio da amniocentese, com coleta de líquido amniótico e pesquisa do DNA do *Toxoplasma gondii* por PCR. Caso a pesquisa venha positiva, estamos diante de um feto com toxoplasmose congênita (infecção fetal). Se a pesquisa de infecção fetal vier negativa, trocar por espiramicina até o parto. Se a infecção fetal for confirmada, manter tratamento com sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico até o fim da gestação.



Lembre-se de não iniciar o esquema tríplice no primeiro trimestre, pelo risco de teratogenicidade dessas medicações.

Incorreta a alternativa A: como temos uma soroconversão da sorologia de toxoplasmose na gestação, trata-se de toxoplasmose aguda. Diante de toxoplasmose aguda na gestação após 16 semanas, está indicado o uso do esquema tríplice, que ultrapassa a barreira placentária e trata o feto. A espiramicina não ultrapassa a barreira placentária, por isso deve ser usada somente até 16 semanas ou quando for realizada amniocentese e esta for negativa, indicando que não houve infecção fetal.

Incorreta a alternativa B: como temos uma soroconversão da sorologia de toxoplasmose na gestação, trata-se de toxoplasmose aguda. Diante de toxoplasmose aguda na gestação após 16 semanas, está indicado o uso do esquema tríplice, que ultrapassa a barreira placentária e trata o feto.

Correta a alternativa C: temos uma gestante de 34 semanas com alterações no sistema nervoso central do feto. A investigação indicou sorologia de toxoplasmose IgG e IgM reagente. Como a paciente apresentava sorologias normais anteriormente, trata-se de uma soroconversão na gestação e as alterações fetais encontradas podem ser decorrentes dessa infecção aguda. A conduta deve ser introduzir imediatamente o esquema tríplice até o parto. Não está indicado amniocentese, pois o feto já está com 34 semanas. A amniocentese pode ser realizada até 32 semanas.

Incorreta a alternativa D: Não está indicado amniocentese, pois o feto já está com 34 semanas. A amniocentese pode ser realizada até 32 semanas.

Incorreta a alternativa E: não há indicação de antecipar o parto.

Gabarito: alternativa C

46. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo) Puérpera no 5º dia de pós-parto apresenta quadro de labilidade emocional, associado a choro fácil. Refere muita ansiedade e insegurança em relação ao cuidado com o recém-nascido. Refere que não está conseguindo dormir. Nega qualquer pensamento de auto ou heteroagressão. Nesse caso, o diagnóstico e a conduta são:

- A) depressão pós-parto; iniciar inibidor da recaptção de serotonina.
- B) blues puerperal; reforçar o suporte no cuidado do bebê e acompanhamento com psicoterapia.
- C) depressão maior; manter o recém-nascido sob supervisão até obter segurança de que não há risco e iniciar antidepressivo.
- D) blues puerperal; iniciar antidepressivo e manter o recém-nascido sob os cuidados da mãe.
- E) depressão pós-parto; iniciar acompanhamento com psicoterapia e, se necessário, introduzir antidepressivo.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, cerca de **75% das puérperas** sofrem, **nos dias imediatamente seguintes ao parto**, alterações no humor, caracterizando um fenômeno conhecido como **baby blues ou blues puerperal**. Esse quadro é normalmente benigno e **não atinge os critérios para o diagnóstico de um episódio de depressão maior**. Suas manifestações (tristeza, insônia, fadiga, insegurança, medo, labilidade afetiva e ansiedade) **são leves** e autolimitadas, **durando menos de 14 dias**.

Os sintomas do *blues* puerperal são atribuídos a diversas causas, como as mudanças bruscas dos níveis de hormônios sexuais que ocorrem no pós-parto, o aumento do sentimento de responsabilidade, as mudanças na dinâmica familiar, rotina e intimidade do casal, a alteração na quantidade e na qualidade do sono, entre outros fatores.

Suporte, acolhimento, escuta, apoio e orientação são essenciais nesse período. Portanto, nesse contexto, **não se deve prescrever um antidepressivo**.

Por outro lado, **em até 3 meses após o parto, entre 10% e 20% das mulheres sofrem um quadro compatível com depressão puerperal**, também chamado de depressão periparto (já que, em cerca de metade das pacientes, os sintomas iniciam antes do parto). Nesses casos, o diagnóstico de depressão puerperal é conferido e o tratamento para depressão deve ser instituído.

Os sintomas incluem ansiedade, irritabilidade, anedonia, cansaço, desânimo persistente, sentimentos de culpa, ideação suicida, temor de machucar o filho, diminuição de libido, diminuição da cognição. Geralmente inicia-se na 3ª e 4ª semanas de pós-parto e atinge intensidade máxima nos primeiros 6 meses.

Os critérios para depressão pós-parto são os seguintes:

Categorias de diagnóstico para osteoporose e baixa massa óssea (parâmetros válidos para mulheres na pós-menopausa e homens > 50 anos)

Categoria	T-score
Normal	≥ -1.0
Baixa massa óssea (osteopenia)	-1.0 a -2.5
Osteoporose	≤ -2.5
Osteoporose grave ou estabelecida	≤ -2.5 + fratura por fragilidade

CID-11 – 5 critérios durando ao menos 2 semanas, na maior parte do tempo	DSM-5-TR – 5 critérios durando ao menos 2 semanas, na maior parte do tempo
Depressão = 1 ou 2 critérios principais + critérios acessórios. Total de 5 critérios no mínimo.	Depressão = 1 ou 2 critérios principais + critérios acessórios. Total de 5 critérios no mínimo.
Critérios Principais	Critérios Principais
1 - Humor Deprimido	1 - Humor Deprimido
1.1 - Humor irritável (crianças e adolescentes)	1.1 - Humor irritável (crianças e adolescentes)
2 - Anedonia	2 - Anedonia
Critérios Acessórios	Critérios Acessórios
3 - Alteração de peso ou apetite	3 - Alteração de peso ou apetite
4 - Alteração do sono (insônia ou sono excessivo)	4 - Alteração do sono (insônia ou sono excessivo)
5 - Agitação ou retardo psicomotor	5 - Agitação ou retardo psicomotor
6 - Redução da energia ou sensação de fadiga	6 - Redução da energia ou sensação de fadiga
7 - Sentimentos de culpa ou de inutilidade	7 - Sentimentos de culpa ou de inutilidade
8 - Indecisão ou redução da concentração	8 - Indecisão ou redução da concentração
9 - Pensamentos de morte ou ideação suicida	9 - Pensamentos de morte ou ideação suicida
10 - Desesperança em relação ao futuro	

Alternativa “a” incorreta, pois o quadro é compatível com *blues* puerperal.

Alternativa “b” correta, pois o quadro é de *blues* e a conduta está adequada.

Alternativa “c” incorreta, pois a paciente não fecha critérios para depressão.

Alternativa “d” incorreta, pois não há indicação de antidepressivos no *blues*.

Alternativa “e” incorreta, pois o quadro é de *blues*.

Gabarito: alternativa B

47. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo) Durante a gravidez, o organismo feminino sofre diversas modificações com o intuito de adaptar e de preparar a mulher para o período da gestação e do parto, além de garantir condições para o desenvolvimento fetal. Essas alterações ocorrem desde o nível molecular até o nível celular nos diversos órgãos e sistemas do corpo materno, tanto em resposta à influência das mudanças hormonais quanto das mudanças promovidas pelo aumento uterino. Sobre essas modificações é correto afirmar.

- A) Há redução da taxa de filtração glomerular, com redução dos níveis de creatinina sérica.
- B) Há maior contratilidade do esfíncter inferior do esôfago, o que resulta em sintomas de regurgitamento.
- C) A resistência vascular periférica diminui, atingindo seus valores mínimos no terceiro trimestre.
- D) Apesar da redução do débito cardíaco na gestação, observamos redução na pressão arterial.
- E) Há aumento do volume de hemácias, apesar de níveis de hemoglobina mais baixos.

COMENTÁRIOS:

Como cada uma das alternativas versa sobre uma modificação diferente, vamos analisar individualmente.

Alternativa “a” incorreta, pois até há redução dos níveis de creatinina, porém por aumento do ritmo de filtração glomerular.

Alternativa “b” incorreta, pois há um relaxamento do esfíncter esofágico, o que predispõe aos sintomas.

Alternativa “c” incorreta, pois a resistência vascular periférica volta aos níveis pré-gravídicos no terceiro trimestre.

Alternativa “d” incorreta, pois há aumento do débito cardíaco na gestação.

Alternativa “e” correta, pois temos um aumento de 30% na massa eritrocitária, mas que não se reflete em elevação sérica de hemoglobina devido ao aumento de 50% do plasma sanguíneo.

Gabarito: alternativa E

48. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo) Gestante de 30 semanas vem à consulta pré-natal, pois deseja saber como será a sua assistência ao parto, devido à cardiopatia que possui. A paciente apresenta uma tetralogia de Fallot corrigida na infância, sem alterações em ecocardiograma e com classe funcional normal. Refere apenas um cansaço e uma dificuldade para dormir no momento. Sobre a assistência ao parto dessa paciente, é correto afirmar.

- A) Devido à cardiopatia, a cesariana eletiva com 39 semanas é a melhor conduta para a paciente.
- B) Durante a assistência ao parto, deve ser realizada abreviação do período expulsivo com uso de fórceps para evitar esforços
- C) A ocitocina não pode ser utilizada nesses casos para evitar sobrecarga volêmica.
- D) Em caso de atonia, deve ser evitado o uso de derivados de ergotamina.
- E) A paciente deverá ser encaminhada para UTI no puerpério imediato.

COMENTÁRIOS:

O risco de complicações maternas depende do tipo de cardiopatia, do tempo de doença, da frequência de descompensações, da medicação utilizada, do tipo e do número de cirurgias a que a paciente foi submetida, e de eventos cardíacos prévios à gestação.

A estratificação de risco cardiovascular materno proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) está detalhada na tabela abaixo. Em razão da alta mortalidade, nas pacientes com classificação de risco IV, a gestação é desaconselhada. Em caso de gestação em pacientes com hipertensão arteriolar pulmonar grave, síndrome de Marfan com comprometimento aórtico (pelo risco de dissecação da aorta) e disfunção ventricular grave (com fração de ejeção $\leq 30\%$ e/ou classe funcional III ou IV, a despeito de tratamento clínico adequado), a interrupção deve ser considerada, preferencialmente até 14 semanas de gestação, em hospital com suporte clínico e terapia intensiva, por estar associada à alta morbidade materna.

Classe	Risco de acordo com condição clínica	Tipos de cardiopatia
I	<ul style="list-style-type: none"> Não há aumento de morbidade e mortalidade materna Taxa de eventos cardíacos maternos de 2,5-5% 	<ul style="list-style-type: none"> Não complicadas: estenose pulmonar, ducto arterioso patente, prolapso da válvula mitral Reparadas: defeitos de septo, drenagem anômala de veias pulmonares Batimentos ectópicos isolados
II	<ul style="list-style-type: none"> Pequeno aumento na morbidade materna ou moderado na mortalidade Taxa de eventos cardíacos maternos de 5,7-10,5% 	<ul style="list-style-type: none"> Defeitos de septo atrioventricular não operados, tetralogia de Fallot corrigida, arritmias, síndrome de Turner sem dilatação de aorta
II-III	<ul style="list-style-type: none"> Risco II ou III, a depender da condição clínica materna Eventos cardíacos em 10%-19% 	<ul style="list-style-type: none"> Disfunção ventricular esquerda discreta (FE > 45%) Miocardiomatia hipertrófica Doença valvar compensada Síndrome de Marfan sem aumento da aorta Doença aórtica com diâmetro aórtico valar < 45 mm Coarctação de aorta reparada

Classe	Risco de acordo com condição clínica	Tipos de cardiopatia
III	<ul style="list-style-type: none"> Aumento significativo de mortalidade materna ou morbidade grave Evento cardiovascular em 19%-27% das pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> Disfunção ventricular esquerda moderada (FE 30%–45%) Miocardopatia periparto prévia sem disfunção residual Ventrículo único sistêmico (função normal ou discretamente reduzida) Circulação de Fontan Cardiopatia cianogênica não reparada Coarctação da aorta não reparada Próteses mecânicas de válvula Estenose mitral moderada Estenose aórtica assintomática Dilatação aórtica 40–45 mm na síndrome de Marfan ou de 45–50 mm na raiz bicúspide
IV	<ul style="list-style-type: none"> Risco de mortalidade materna ou morbidade grave extremamente alto. A gestação é contraindicada Evento cardiovascular em 40-100% das pacientes 	<p>Estenoses valvares graves com repercussão hemodinâmica</p> <p>Hipertensão arterial pulmonar de qualquer etiologia</p> <p>Disfunção de ventrículo sistêmico grave (FE < 30% e/ou classe funcional III ou IV da NYHA)</p> <p>Doença aortica com anel valvar > 45 mm</p> <p>Coarctação congênita grave não corrigida</p> <p>Cardiopatia periparto com qualquer disfunção residual</p> <p>Síndrome de Ehlers-Danlos vascular</p> <p>Pós-cirurgia de Fontan com qualquer complicação</p>

A tetralogia de Fallot corrigida é considerada categoria 2 da OMS durante a gestação, e a condução desses casos está resumida abaixo.

	I	II	III	IV
Pré-natal (nível de atenção)	Primária	Secundária	Terciária ou quaternária	Quaternária
Consultas	Mensais até 28 semanas, quinzenais até 36 semanas e até o parto	Mensais até 28 semanas, quinzenais até 36 semanas e até o parto	Conforme condição materna. Em geral, quinzenais até 34 semanas, depois semanais até o parto	Conforme condição materna. Em geral, quinzenais até 34 semanas, depois semanais até o parto

	I	II	III	IV
Ecocardiografia materna	Início da gestação	Início da gestação	Trimestral	Trimestral
Ecocardiografia fetal	—	Em caso de cardiopatia congênita materna ou outra indicação clínica, entre 24–28 semanas	—	—
Ultrassonografia	Rotina habitual	Rotina habitual	Mensal	Mensal
Vitalidade fetal	Habitual	Termo	Avaliação de Doppler de artérias uterinas entre 20–24 semanas. Vitalidade semanal a partir de 26 semanas e especial após 36 semanas	Avaliação de Doppler de artérias uterinas entre 20–24 semanas. Vitalidade semanal a partir de 26 semanas e especial após 36 semanas
Programação do parto	40 semanas	40 semanas	Programado a termo, entre 37–40 semanas	Programado a termo, entre 37–39 semanas**
Via de parto	Obstétrica	Obstétrica	Obstétrica, conforme condição materna	Obstétrica, conforme condição materna
Analgesia	Habitual	Recomendada	Precoce	—
Expulsivo	Habitual	Habitual	Abreviação do expulsivo	Abreviação do expulsivo
Puerpério imediato	Habitual	Recuperação pós-anestésica	Unidade de terapia intensiva	Unidade de terapia intensiva

Alternativa “a” incorreta, pois a via de parto é de indicação obstétrica.

Alternativa “b” incorreta, pois não há indicação de fórceps de alívio em cardiopatias categoria 2 da OMS.

Alternativa “c” incorreta, pois, caso seja necessário o uso de ocitocina, esse deve ser feito de maneira concentrada para evitar sobrecarga volêmica.

Alternativa “d” correta, pois, em pacientes cardiopatas, devemos evitar os derivados de ergotamina por fazerem vasoconstrição e poderem descompensar as cardiopatias.

Alternativa “e” incorreta, pois a paciente pode fazer o puerpério imediato em recuperação anestésica.

Gabarito: alternativa D

49. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo) Gestante de 22 semanas, com IMC de 34kg/m² e antecedente de mutação do fator V de Leiden em heterozigose, vem ao pronto-socorro com quadro de dispneia súbita e dor ventilatório-dependente. Refere boa movimentação fetal e nega queixas obstétricas. Qual é a conduta pensando na principal hipótese diagnóstica?

- A) Iniciar anticoagulação com enoxaparina e solicitar D-dímero, caso positivo, o diagnóstico de TEP está firmado.
- B) Solicitar doppler de membros inferiores e, se presença de trombose venosa profunda, manejar como tromboembolismo pulmonar.
- C) Iniciar anticoagulação com Warfarina e solicitar angiotomografia.
- D) Encaminhar a paciente para centro de referência com cintilografia pulmonar.
- E) Iniciar anticoagulação com enoxaparina e apenas realizar angiotomografia, se não houver melhora clínica.

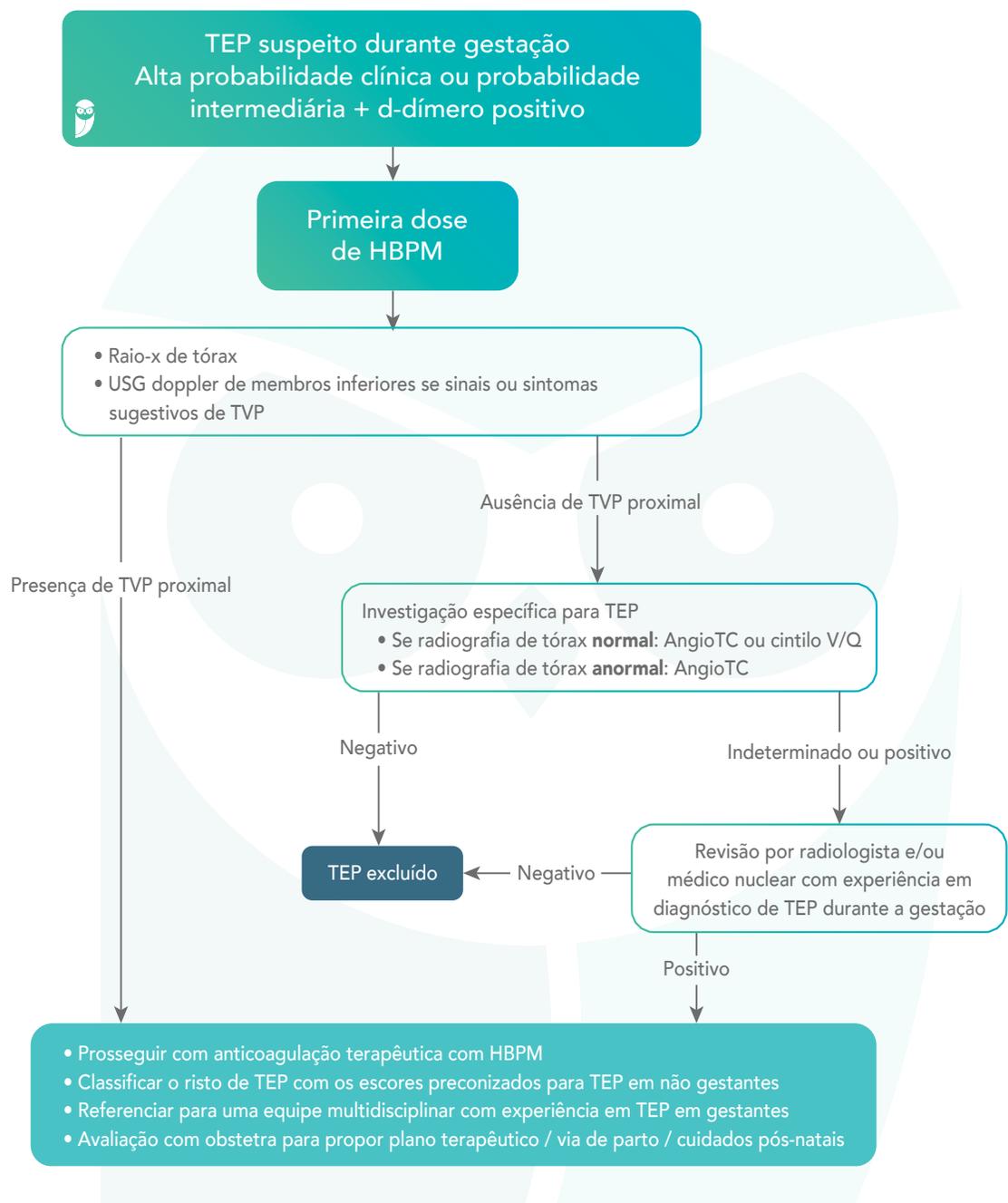
COMENTÁRIO:

TEP agudo segue como **uma das principais causas de óbito materno em países de alta renda**, como, por exemplo, a Irlanda e o Reino Unido, onde TEV é a causa direta mais comum de óbito materno.

O risco de TEV é maior em mulheres gestantes comparadas com não gestantes de mesma idade. O risco aumenta ao longo da gestação e atinge um pico no período pós-parto.

O diagnóstico durante a gestação pode ser desafiador, visto que alguns sintomas apresentados podem ter relação com a gestação normal, como taquicardia e edema de membros. **Vale lembrar que os níveis de D-dímero tendem a subir progressivamente ao longo da gestação e os níveis estão acima do corte para excluir TEP em cerca de um quarto das pacientes sem TEV, o que dificulta o uso de tal marcador para tal fim. Veja... dificulta, mas não impede!**

O algoritmo abaixo é uma proposta de seguimento da ESC para pacientes gestantes e no período pós-parto de até 6 semanas.

**Legenda:**

HBPM: Heparina de Baixo Peso Molecular;

AngioTC: Angiotomografia de Tórax protocolo TEP;

Cintilo V/Q: Cintilografia Pulmonar Ventilação/Perfusão

Alternativa “a” incorreta, pois como o quadro é de alta probabilidade não há indicação de realizar D-dímero e, além disso, ele pode estar positivo na gestação, mesmo sem TEP.

Alternativa “b” correta, pois a presença de TVP proximal diante de um quadro sugestivo de TEP confirma o diagnóstico.

Alternativa “c” incorreta, pois a droga de escolha para anticoagulação na gestante é a enoxaparina.

Alternativa “d” incorreta, pois a investigação pode ser feita com doppler e angiotomografia.

Alternativa “e” incorreta, pois é obrigatório realizar a investigação.

Gabarito: alternativa B

50. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo) Gestante de 18 semanas vem à consulta de pré-natal referindo que apresentou episódio de infecção urinária pela segunda vez na gestação, tendo sido tratada nos dois episódios com cefalexina. Traz os resultados de urocultura solicitados antes do início do tratamento com cultura positiva para *E. coli* multissensível. Encontra-se assintomática no momento. Diante desse quadro, quais as orientações que devem ser dadas à paciente?

- A) Solicitar ultrassonografia de rins e vias devido ao quadro de repetição.
- B) Iniciar imediatamente profilaxia antimicrobiana com nitrofurantoína.
- C) Orientar apenas medidas comportamentais para a paciente, como urinar após relação sexual, cuidados ao fazer a higiene íntima e hidratação e repetir urocultura em um mês.
- D) Recomendar o uso de cranberry para evitar novos episódios.
- E) Solicitar urocultura de controle imediatamente e, se estiver negativa, apenas orientar a paciente.

COMENTÁRIOS:

DEFINIMOS COMO ITU DE REPETIÇÃO A PRESENÇA DE TRÊS OU MAIS INFECÇÕES EM UM ANO OU DUAS OU MAIS, EM SEIS MESES.

CUIDADO! Se houver “recorrência” de sintomas antes de 2 semanas, não considere como novo episódio infeccioso, mas sim provável persistência do quadro. Nesse caso, a principal suspeita é resistência antimicrobiana do uropatógeno, e guiar o tratamento por urocultura será essencial (como falamos no tópico acima).

Na maioria dos casos de cistite de repetição, se os sintomas referidos forem típicos, não há necessidade de confirmação laboratorial (e microbiológica) da infecção. Caso os episódios relatados gerem dúvidas quanto ao diagnóstico, sugere-se confirmação com urocultura para termos certeza de que estamos diante de uma infecção do trato urinário de fato (e de repetição) e prosseguirmos com as condutas necessárias.

Todo paciente com cistite de repetição precisa de avaliação urológica ou exame de imagem obrigatoriamente, certo? Não, caro futuro Residente! Vamos deixar isso bem claro. **Nos casos de cistite de repetição clássicos, sem evidências de complicação e sem sinais de alteração anatômica do trato urinário, não há necessidade.** As indicações de avaliação específica você encontra na tabela abaixo.

Indicações de avaliação por imagem ou de especialista (urologia)

Relapso de infecção (quando há novo quadro infeccioso dentro de duas semanas);

Isolamento de *Proteus* em culturas prévias (associado à nefrolitíase);

Histórico de litíase urinária;

Hematúria persistente.

Uma dúvida frequente do aluno é quanto à profilaxia antibiótica. Podemos fazer? SIM! Depois de discutir com a paciente os riscos e benefícios dessa conduta, a antibioticoprofilaxia (dose reduzida diária) por 3-6 meses é uma opção eficaz, podendo ser prolongada até um ano. Uma ressalva que deve ser considerada é se os episódios de infecção têm associação com a atividade sexual. Se afirmativo, o uso do antibiótico deve ser administrado antes ou logo após o coito, também com bons resultados. A escolha do antibiótico obedece à mesma lógica do tratamento da cistite e, preferencialmente, deve ser guiado conforme cultura de infecção prévia.

“Mas, professor, e se a paciente for gestante e estiver apresentando infecções urinárias de repetição?” Devemos também proceder à antibioticoprofilaxia, respeitando as opções antimicrobianas seguras do período gestacional, e **estendê-la até a segunda semana do puerpério.**

Outra ressalva importante é que **mulheres que apresentaram pielonefrite durante a gestação devem receber antibioticoprofilaxia durante todo o restante do pré-natal.**

Alternativa “a” incorreta, pois a paciente não tem indicação de exame de imagem.

Alternativa “b” correta, pois com 2 episódios confirmados a paciente deve receber profilaxia antimicrobiana.

Alternativa “c” incorreta, pois já estamos diante de um quadro de cistite de repetição, com indicação de profilaxia.

Alternativa “d” incorreta, pois há baixa evidência da eficácia do cranberry em prevenir cistites.

Alternativa “e” incorreta, pois independente da urocultura de controle, essa paciente tem indicação de profilaxia.

Gabarito: alternativa B



[VEJA O RANKING](#)



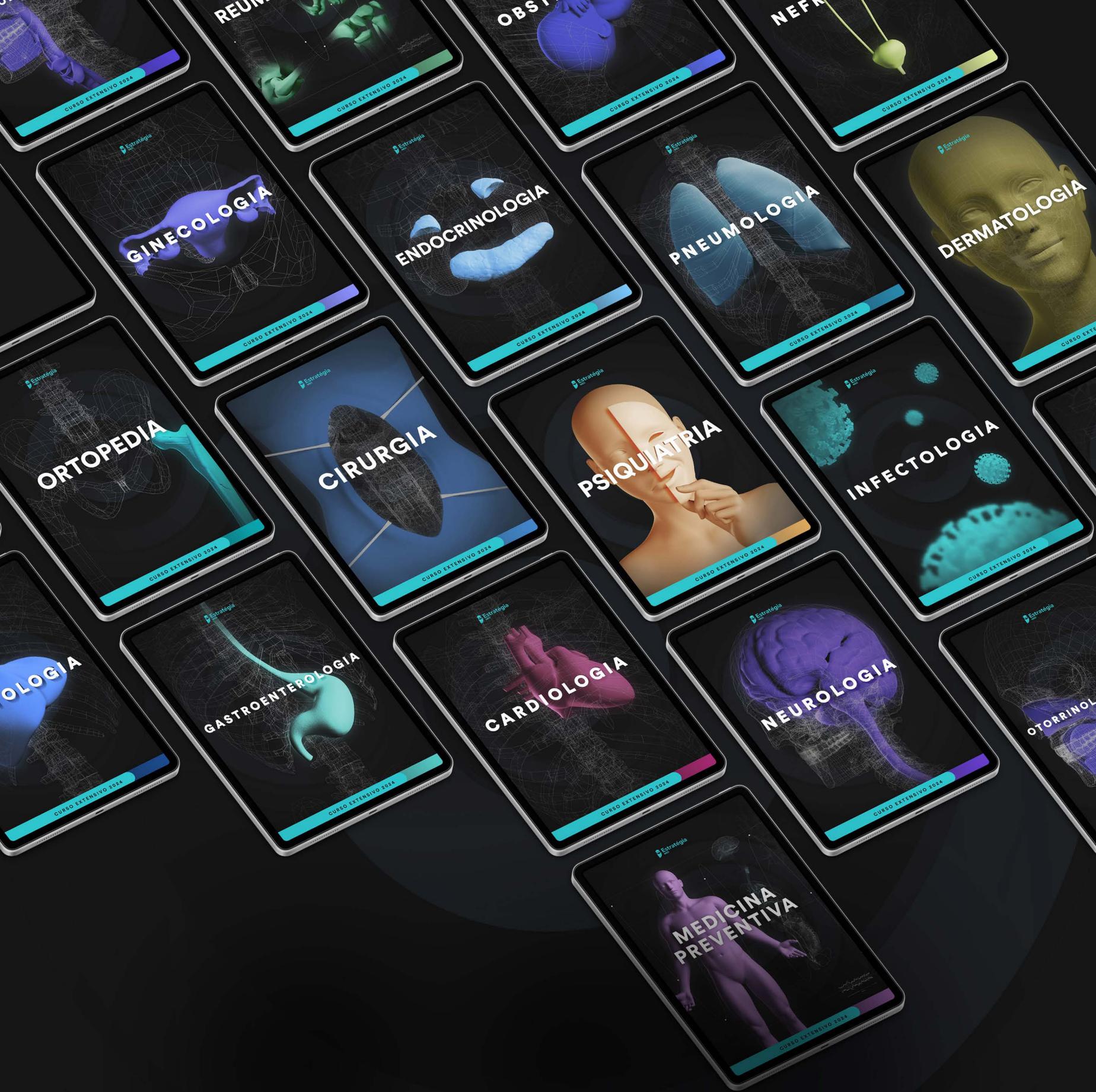
 Estratégia MED

 @estrategiamed

 @estrategiamed

 t.me/estrategiamed

 /estrategiamed



med.estrategia.com