



Estratégia
MED

EBOOK

GUIA DA APROVAÇÃO

TEGO²⁰₂₆

SUMÁRIO

1.0 INTRODUÇÃO	3
2.0 PROVA	5
3.0 GABARITO	46
4.0 PROVA COMENTADA	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	228

1.0 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a prova de título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO) vem ganhando cada vez mais importância. Com o número crescente de programas de Residência Médica e de especialistas formados, houve a necessidade de criar ferramentas de avaliação para a acreditação do profissional junto à sociedade e ao mercado de trabalho.

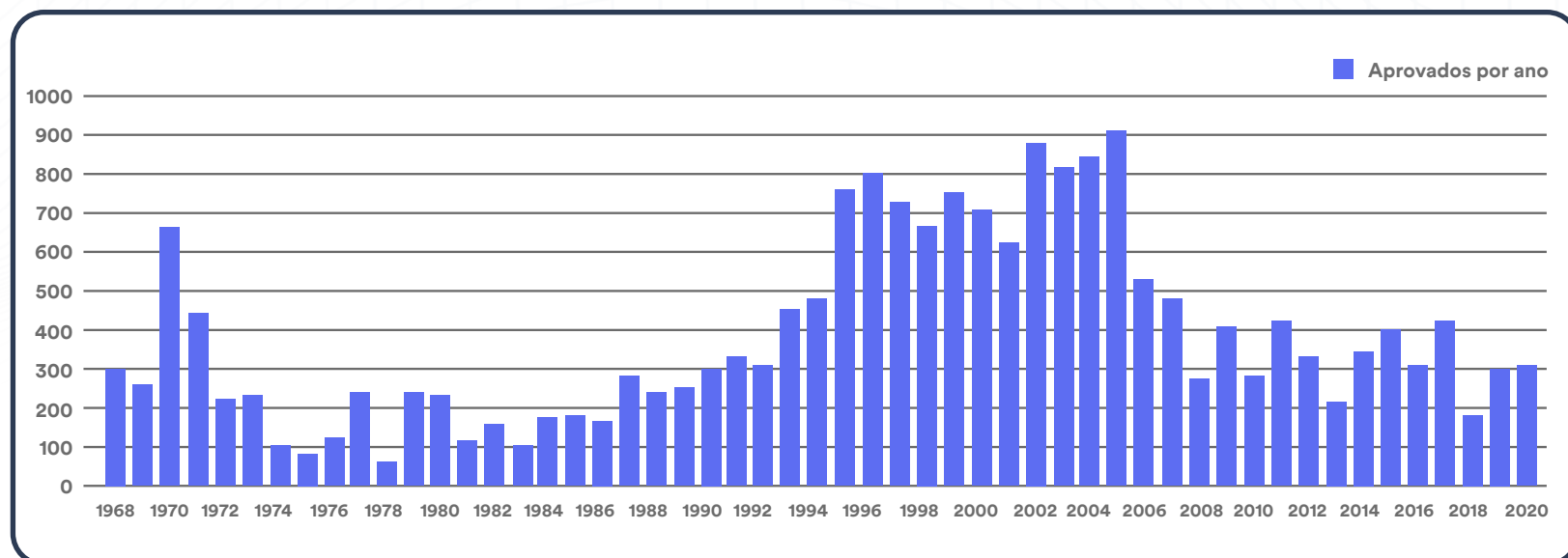
Segundo a Febrasgo, na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, há 312 programas de Residência Médica reconhecidos pelo MEC, com mais de 2.500 Residentes em processo de treinamento. Por esse motivo, o TEGO é requisitado para o exercício profissional no setor público e no privado, bem como em concursos acadêmicos.

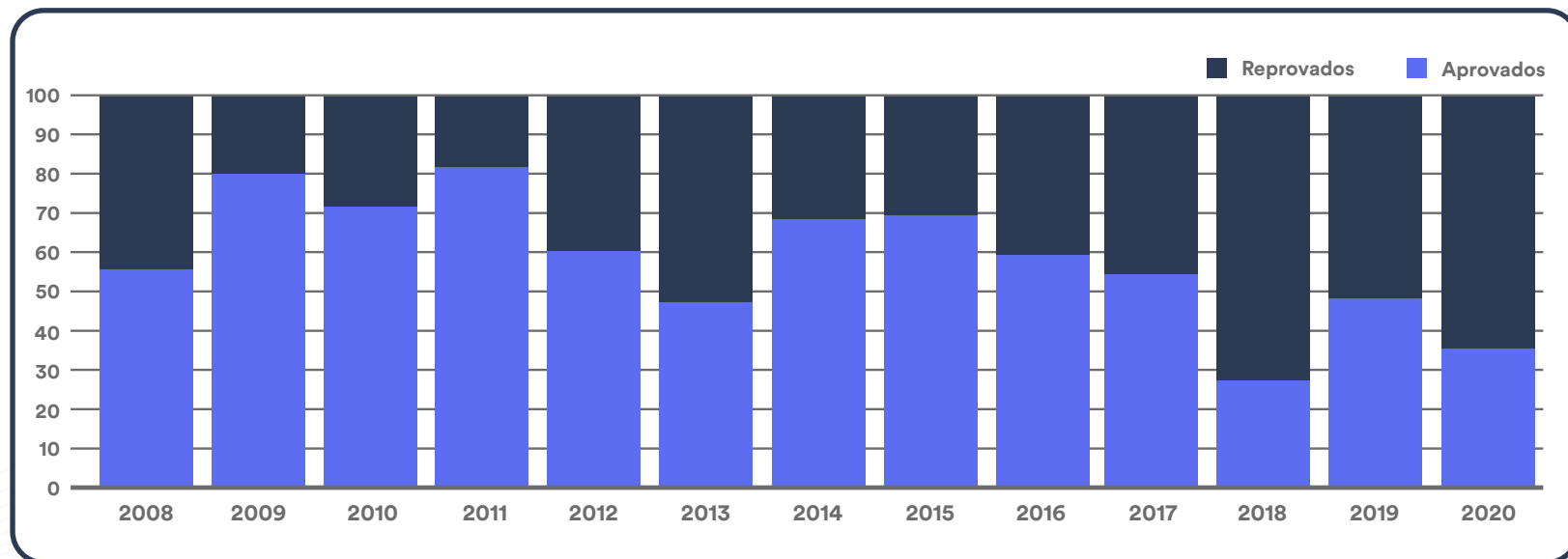
Ao longo dos anos, a prova do TEGO vem se modificando a fim de melhorar sua metodologia de avaliação e de se atualizar diante das mudanças sociais e tecnológicas. Desde 2017, a prova oral de segunda fase foi substituída por uma prova ao estilo OSCE (*Objective Structured Clinical Examination* –

Exame Clínico Objetivo Estruturado por estações).

Já em 2020, com a pandemia de covid-19, a aplicação presencial da prova foi suspensa, e a Febrasgo buscou parcerias para a implementação das provas on-line. A prova teórica foi constituída por 100 questões de múltipla escolha. A prova de segunda fase foi composta por casos clínicos com tarefas a serem respondidas em questões de múltipla escolha ou por respostas objetivas curtas.

Desde 2021, a prova mantém um formato híbrido, com a primeira fase *on-line* e a prova de segunda fase presencial, no modelo OSCE. Independentemente da forma de aplicação, o que temos observado nos últimos anos é uma redução no número de candidatos aprovados na prova. Houve uma mudança importante no padrão de prova, principalmente nos últimos cinco anos. No gráfico abaixo, extraído da Revista Femina da Febrasgo, podemos ver a tendência de aprovação, desde que o TEGO foi instituído:





Por todos esses motivos que trouxemos acima, há uma necessidade cada vez maior de uma preparação focada na prova do TEGO para alcançar a aprovação e o título de especialista. Antes, na primeira década dos anos 2000, a realidade era que quase todos os que prestavam a prova eram aprovados, agora isso já não existe mais.

Outra novidade recente do TEGO foi a instituição, desde 2018, do teste do progresso. Com essa ferramenta, há a possibilidade dos Residentes realizarem a prova durante sua formação e, de acordo com as suas notas, terem uma bonificação ou dispensa da prova teórica quando prestarem o TEGO após o término da Residência Médica. Nesse novo cenário, iniciar a preparação durante a Residência é algo muito importante.

Segundo a FEBRASGO: "O TEGO se constitui como critério válido para a certificação profissional e também é um estímulo à educação continuada para a atuação profissional. O TEGO é concedido após processo avaliativo da sociedade de especialidade, sob o aval da AMB, e representa a comprovação para a sociedade civil da qualificação do profissional médico em determinada especialidade."

Os temas cobrados pela prova teórica do TEGO estão baseados na Matriz de Competências da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, desenvolvida pela FEBRASGO e pelo Ministério da Educação. Por esse motivo, há uma manutenção da incidência de temas na prova e também o conhecimento é exigido em cada tema abordado.

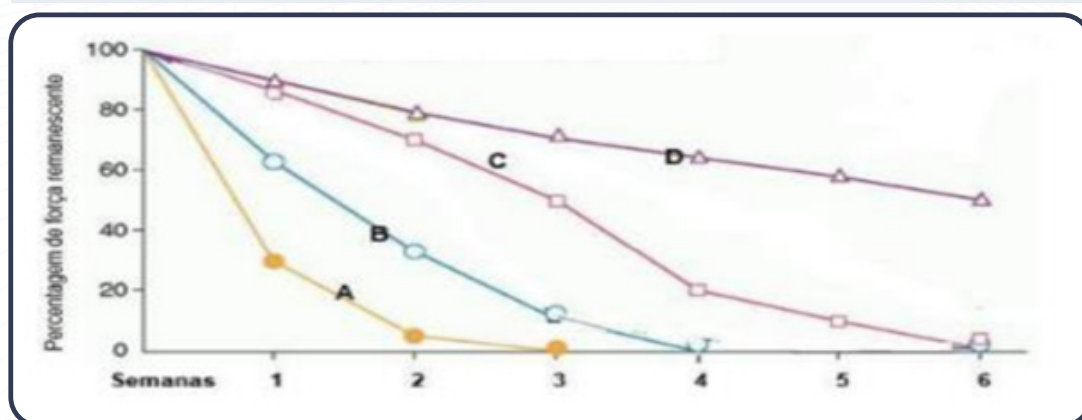
para que você fique preparado, criamos este material com de 2026 resolvida e comentada de maneira completa.

2.0 PROVA

01- Mulher, de 55 anos de idade, refere ter tido quatro cistites tratadas com antibioticoterapia nos últimos seis meses. Encontra-se em novo relacionamento há oito meses. É hipertensa em uso de anlodipino. Refere uso diário de testosterona transdérmica e de hidratante vaginal desde a menopausa que ocorreu há cinco anos. Teve parto vaginal gemelar há 15 anos. Ao exame físico: IMC 28 kg/m², aumento da pilificação em face, abdome e virilha e presença de retocelo. Com base nos dados apresentados no caso, os fatores de risco associados à recorrência das cistites são:

- A) sobrepeso, pós-menopausa.
- B) hipertensão arterial sistêmica, idade.
- C) hipoestrogenismo, nova parceria sexual.
- D) prolapso genital, uso exógeno de androgênios.

02- O fio mais utilizado nas cirurgias ginecológicas tem sido o ácido poliglicólico ou a poliglactina. Ele apresenta um padrão de absorção e força remanescente compatível com a curva de qual das linhas desta figura?



- A) A
- B) B
- C) C
- D) D

03- Adolescente de 16 anos de idade teve parto há um mês. O recém-nascido está em amamentação exclusiva e apresenta IMC de 31 kg/m². Ela deseja iniciar a contracepção. O método contraceptivo considerado categoria 1 da OMS para essa paciente é:

- A) acetato de medroxiprogesterona trimestral.
- B) anticoncepcional oral combinado.
- C) pílula de progestogênio.
- D) anel vaginal.

04- Mulher de 30 anos de idade parou a pílula há dois meses para gestar e teve dois ciclos regulares. Traz dosagem de hormônio Anti-Mülleriano (AMH) no limite inferior para a idade. Está preocupada porque tem "poucos óvulos". No histórico do casal, não existem fatores de risco para infertilidade. A orientação mais adequada para esse caso é:

- A) repetir a dosagem de AMH.
- B) encaminhá-la para tratamento de reprodução assistida.
- C) realizar a contagem de folículos antrais para avaliar a reserva.
- D) orientá-la a seguir tendo relações, pois o AMH não está relacionado ao potencial reprodutivo natural.

05- Mulher de 40 anos de idade, nuligesta, sem comorbidades, refere perda urinária aos esforços com piora gradativa e aumento de frequência urinária há um ano. Realizou um estudo urodinâmico que mostrou fluxo de pressão normal e cistometria com pressão de perda urinária de 40 cm, H₂O e ausência de contrações involuntárias do detrusor. De acordo com o caso exposto, a conduta mais adequada é:

- A) fisioterapia do assoalho pélvico.
- B) colpofixação retropúbica.
- C) cadeira eletromagnética.
- D) *sling* retropúbico.

06- Mulher de 28 anos de idade vem à consulta manifestando preocupação em relação ao seu risco, uma vez que a irmã, dois anos mais velha, está em tratamento para câncer de mama. Em consulta de aconselhamento genético, apurou-se que ela apresenta a mesma mutação patogênica da irmã no gene CDH1. Como medida redutora de risco, é importante recomendar:

- A) evitar o álcool, praticar atividade física regular e o controle de peso.
- B) iniciar quimioprevenção com tamoxifeno 5 mg ao dia por três anos.
- C) realizar salpingo-ooforectomia redutora de risco entre 40 e 45 anos.
- D) realizar mastectomia redutora de risco entre 30 e 35 anos.

07- Mulher de 24 anos de idade refere que, há seis meses, iniciou relacionamento com um novo parceiro e vem apresentando muita dor ao tentar penetração vaginal. Refere sexarca aos 18 anos sem histórico de desconforto nas relações sexuais previamente. Ao exame especular, vagina e colo normais. A inspeção vulvar está apresentada na imagem a seguir.

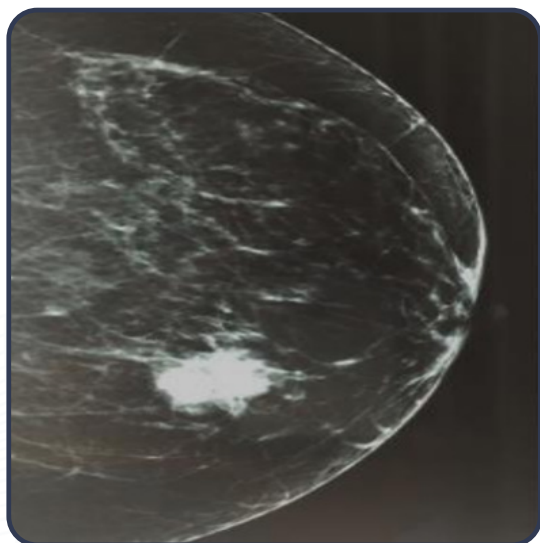


De acordo com o caso apresentado, assinale a alternativa que indica qual é o diagnóstico provável e seu tratamento.

- A) Vaginismo uso de dilatadores vaginais.
- B) Vestibulodinia localizada provocada - lidocaína tópica à 5%.
- C) Vulvodínia generalizada espontânea - antidepressivo tricíclico.
- D) Síndrome miofascial pélvica dolorosa - fisioterapia do assoalho pélvico.

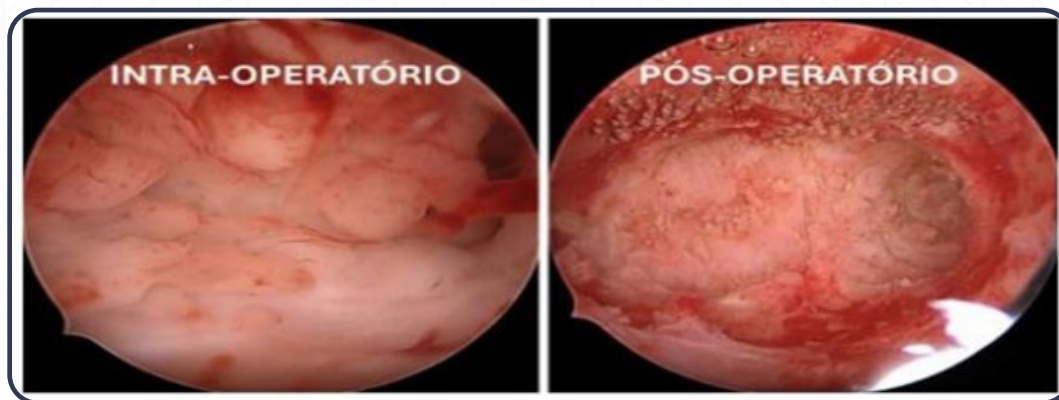
08- Mulher de 55 anos de idade foi atendida com queixa de "caroço na mama". O exame clínico evidenciou nódulo em mama esquerda medindo 2 cm, com axilas livres. Mamografia compatível com o exame clínico, representada na imagem a seguir. O laudo histopatológico confirmou a hipótese mais provável.

Assinale a alternativa que indica a conduta a ser realizada.



- A) Reavaliação com mamografia e ultrassonografia em seis meses.
- B) Quadrantectomia, estudo do linfonodo sentinela e radioterapia.
- C) Quimioterapia neoadjuvante seguida de radioterapia e trastuzumabe.
- D) Mastectomia com esvaziamento axilar, radioterapia e quimioterapia adjuvantes.

09- Mulher de 39 anos de idade, infértil, nuligesta, com indicação de fertilização *in vitro*, é diagnosticada com hiperplasia endometrial atípica com lesão em fundo uterino. As imagens do intra e pós-operatório estão representadas a seguir.



Assinale a alternativa que indica a conduta a ser realizada.

- A) Acetato de medroxiprogesterona de depósito por dois anos e reavaliar com biópsia.
- B) Sistema intrauterino de levonorgestrel por três meses e reavaliar com biópsia.
- C) Pílula anticoncepcional combinada cíclica por um ano e liberar para gravidez.
- D) Está indicado histerectomia total e salpingectomia bilateral.

10- Mulher de 24 anos de idade, vivendo com HIV, vem consultar por múltiplas lesões genitais, associadas a prurido, dor e sangramento esporádico, conforme imagem apresentada a seguir. Traz confirmação de condiloma em biópsia de vulva e já realizou tratamento com imiquimode por quatro meses.



Com base no caso apresentado, assinale a alternativa que indica o tratamento adequado.

- A) Exérese das lesões.
- B) Vulvectomy simples.
- C) Dupilumabe subcutâneo.
- D) Metotrexate intramuscular.

11- Mulher de 47 anos de idade, encontra-se no 3º PO de histerectomia total abdominal laparotômica devido a mioma uterino. Retorna ao hospital com queixa de náuseas, vômitos, distensão abdominal e sem evacuar desde o dia anterior à cirurgia. Tem antecedente de tratamento cirúrgico de hérnia cervical e torácica sem sequelas. Ao exame físico, pulso de 86 bpm, PA de 110 x 70 mmHg e temperatura de 37,1°C. Cicatriz cirúrgica em bom estado. Foi solicitada radiografia de abdome, conforme imagem a seguir, e hemograma completo (normal).



Assinale a alternativa que indica a conduta a ser realizada.

- A) Sondagem nasogástrica e tramadol regular.
- B) Hidratação venosa e avaliação eletrolítica.
- C) Dieta oral livre associada à bromoprida.
- D) Laparotomia exploradora.

12- Mulher de 34 anos de idade, nuligesta, comparece à consulta, manifestando desejo de utilização de dispositivo intrauterino. Última menstruação há 30 dias, com fluxo escasso. Apresenta ciclos menstruais irregulares e não vem fazendo uso de método contraceptivo. Imediatamente antes da inserção, a paciente apresentou um quadro de ansiedade, sendo necessário adiar o procedimento. Na semana seguinte, a paciente informou que não viria à consulta para inserção do DIU, pois descobriu que estava grávida. Diante do exposto, pode-se considerar a ocorrência de:

- A) *near miss*.
- B) dano evitável.
- C) evento adverso.
- D) incidente sem lesão.

13- Mulher de 44 anos de idade, IMC 43 kg/m², diabética e hipertensa, é submetida à histerectomia total abdominal devido a mioma. No quinto dia de pós-operatório, retorna ao hospital se apresentando desidratada com hipotermia e sinais de toxicidade sistêmica. Refere dor intensa em região de fossa ilíaca e flancos esquerdos, nos quais se observa pele eritematosa, com aumento de temperatura, além de áreas de cianose, crepitação e bolhas superficiais.



De acordo com o caso apresentado, a conduta adequada é:

- A) coletar gasometria, PCR, eletrólitos e hemocultura para auxiliar na suspeita diagnóstica e avaliar extensão do processo.
- B) solicitar imagem de pelve e abdome, preferencialmente ressonância magnética ou tomografia axial computadorizada.
- C) iniciar antibioticoterapia empírica e de amplo espectro, avaliando resposta clínico-laboratorial em até 48 horas.
- D) indicar exploração cirúrgica para confirmação diagnóstica e instituir precocemente o tratamento antimicrobiano.

14- Adolescente de 16 anos de idade chega à emergência com queixa de sangramento volumoso há sete dias. Refere ciclos menstruais a cada 21 dias, cada vez mais intensos. Está com tontura e mal-estar. Ao exame físico: IMC 22 kg/m², sem comorbidades, PA 100/60 mmHg; FC 80 bpm; mucosas descoradas. Exames: hCG negativo, Hb 9,5 g/dL Htc 27%. Exame ginecológico sem alterações. Assinale a alternativa que indica a conduta mais adequada para esse caso.

- A) Curetagem uterina.
- B) Desogestrel 75 mcg diário contínuo.
- C) Ácido tranexâmico 250 mg de 8/8h por até 10 dias.
- D) Pílula com 30 mcg etinilestradiol de 8/8h por sete dias.

15- Mulher de 36 anos de idade, com IMC de 24 kg/m², hipertensa leve controlada com diurético, faz exercício regular. Antecedente de pré-eclâmpsia há um ano. De acordo com os critérios de elegibilidade da OMS, o método contraceptivo mais adequado é:

- A) pílula combinada com drospirenona.
- B) acetato de medroxiprogesterona trimestral.
- C) implante de etonogestrel.
- D) anel vaginal.

16- Mulher de 27 anos de idade tem história de ciclos irregulares desde a menarca, associados ao aumento de pelos e de acne. Aos 17 anos, iniciou contraceptivo combinado oral para controle dos sintomas e parou aos 26 anos para gestar. Houve um sangramento de supressão após a pausa e depois evoluiu para amenorreia (há cinco meses); mantém desejo de gestação. Ao exame físico, tem IMC de 23 kg/m² e índice de Ferriman de 13. Conforme as recomendações internacionais de manejo da SOP, em casos de retomada de ciclos anovulatórios à suspensão da pílula, a conduta mais adequada é:

- A) induzir a ovulação com inositol.
- B) induzir a ovulação com citrato de clomifeno.
- C) induzir a ovulação com letrozol.
- D) iniciar uso de metformina.

17- Mulher de 35 anos de idade, com três crises de cólica biliar nos últimos seis meses, e ultrassonografia confirmando a presença de cálculos na vesícula biliar, encontra-se na fila cirúrgica para colecistectomia eletiva. Em uso de contraceptivo contendo estradiol e dienogeste e analgésicos. Pretende gestar somente após a cirurgia. De acordo com os critérios de elegibilidade da OMS, a conduta mais adequada é:

- A) trocar para progestagênio isolado.
- B) manter o contraceptivo combinado oral.
- C) trocar para contraceptivo combinado transdérmico.
- D) contraindicar o uso de hormônio e indicar preservativo.

18- Mulher de 45 anos de idade foi submetida à excisão tipo 1 da zona de transformação por meio da cirurgia de alta frequência por lesão intraepitelial escamosa cervical de alto grau. O resultado da peça cirúrgica revelou NIC 3 com margens cirúrgicas comprometidas por NIC 1. A conduta nesse caso é:

- A) histerectomia tipo 1.
- B) colposcopia em três meses.
- C) citologia em seis e 12 meses.
- D) novo procedimento excisional.

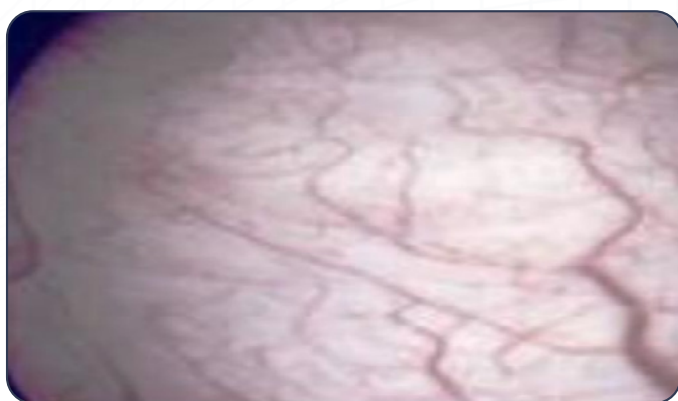
19- Mulher de 25 anos de idade refere ter tido um aborto espontâneo há 14 dias, com sangramento e saída de restos com odor fétido nesse período. Há três dias, iniciou com febre de 38,5°C, que não cedeu com analgésicos. Deu entrada no pronto-socorro em mal-estado geral, com hipótese diagnóstica de endometrite. De acordo com o caso apresentado, a conduta mais adequada é:

- A) tratamento clínico hospitalar: antibioticoterapia intravenosa até melhora clínico-laboratorial, seguimento com antibioticoterapia ambulatorial.
- B) tratamento clínico hospitalar: antibioticoterapia intravenosa por sete dias e seguimento com antibioticoterapia ambulatorial.
- C) tratamento clínico domiciliar: antibioticoterapia oral e intramuscular por sete dias.
- D) tratamento clínico domiciliar: antibioticoterapia oral e intramuscular por 14 dias.

20- Mulher de 21 anos de idade, nuligesta, procura atendimento ginecológico referindo irregularidade menstrual no último ano, com intervalos variáveis e aumento de volume, associada a ondas de calor intensas várias vezes ao dia e ressecamento vaginal. É casada e mantém relações sexuais regulares; não deseja concepção no momento e faz uso de tabelinha. Nega doenças crônicas conhecidas. Foram solicitadas dosagens hormonais, colhidas no terceiro dia do ciclo: FSH = 54 mIU/mL (VN = 2,8 a 10,0 mIU/ml); prolactina = 12 ng/mL (VN < 25 ng/mL) e TSH = 1,7 mIU/mL (VN = 0,5 a 4,0 mIU/mL). De acordo com o caso apresentado, a alternativa terapêutica mais adequada é:

- A) valerato de estradiol 2 mg/dia + diidrogesterona 5 mg por 14 dias do mês.
- B) valerato de estradiol oral 1 mg/dia + DIU de levonorgestrel.
- C) contraceptivo combinado oral no esquema de 21/7 dias.
- D) contraceptivo combinado oral no esquema estendido.

21- Mulher de 46 anos de idade refere hematúria há 10 dias. Foi submetida à ureterocistoscopia, representada na imagem a seguir. O exame identificou meatos ureterais normais e funcionantes.



A imagem cistoscópica sugere:

- A) síndrome da bexiga dolorosa.
- B) cistite não complicada.
- C) neoplasia vesical.
- D) exame normal.

22- Mulher de 35 anos de idade, ciclos menstruais regulares, vítima de estupro há 12 anos, procura atendimento por ansiedade extrema progressiva ao tentar manter relações sexuais, com dor intensa e impossibilidade de penetração. Ao exame: contração de toda a musculatura perivaginal, impedindo a passagem de espéculo e toque vaginal. Além da abordagem psicoterápica, a opção terapêutica mais adequada é:

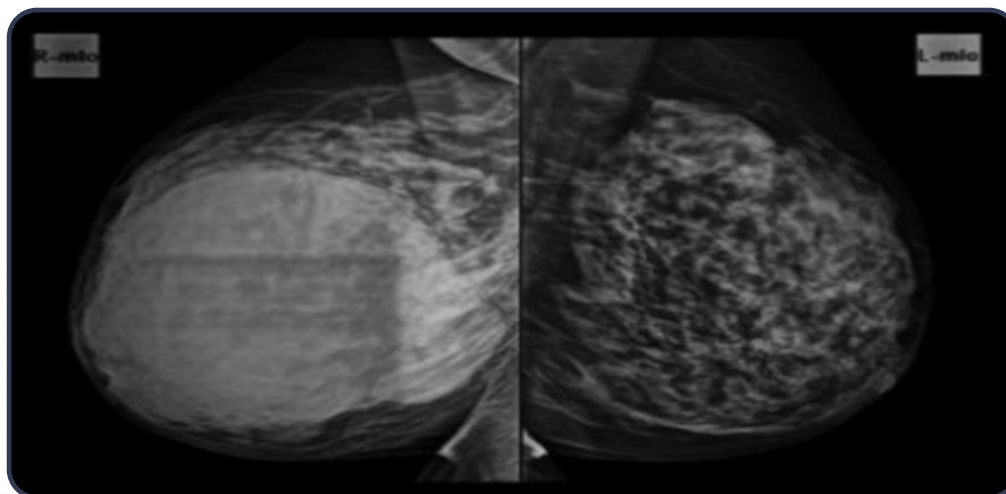
- A) uso de lubrificantes vaginais e creme de estrogênio.
- B) uso de sildenafil e creme de testosterona.
- C) técnica de dessensibilização sistemática.
- D) técnica de masturbação dirigida.

23- Mulher de 35 anos de idade, nuligesta, com diagnóstico histopatológico de carcinoma de colo do útero, representado na imagem a seguir. A conduta é:



- A) Traquelectomia radical.
- B) Histerectomia radical modificada.
- C) Histerectomia tipo III (Piver e Rutledge).
- D) Histerectomia radical + radioterapia e quimioterapia.

24- Mulher de 46 anos de idade vem à consulta ginecológica referindo crescimento da mama direita há quatro meses. Durante o exame, foi evidenciada lesão nodular, bem delimitada, não aderida a planos contíguos. Apresenta sinais de dilatação venosa na mama acometida. Ultrassonografia mamária demonstra orientação da lesão paralela à pele, com áreas císticas no seu interior e mamografia observada na figura. Foi realizada biópsia que revelou comprometimento de tecido fibroepitelial e conjuntivo, com hiperplasia do estroma, além de projeções em formas de folhas no interior das cavidades císticas.



O diagnóstico para esse caso é:

- A) hamartoma.
- B) tumor filoides.
- C) fibroadenoma complexo.
- D) adenocarcinoma mucinoso.

25- Com relação ao metabolismo ósseo em mulheres, assinale a alternativa correta.

- A) O rastreamento densitométrico é indicado para as mulheres a partir dos 50 anos.
- B) O estradiol tem importante papel, reduzindo a apoptose dos osteoclastos.
- C) A osteoporose primária é atribuída ao processo de envelhecimento ou menopausa.
- D) O estradiol tem efeito na redução da apoptose dos osteócitos, aumentando a reabsorção óssea.

26- Homem trans de 25 anos de idade comparece para consulta de rotina. Está em uso de cipionato de testosterona há três anos, em amenorreia há 18 meses, com boa resposta clínica e está satisfeito com seu fenótipo. Iniciou relacionamento com homem cis há seis meses, mantendo relações sexuais desprotegidas, com função sexual satisfatória. Nega desejo de concepção no momento. Com relação aos métodos contraceptivos, é correto afirmar que:

- A) o uso de testosterona na terapia afirmativa de gênero promove a supressão do eixo gonadal e funciona como contraceptivo.
- B) independentemente do *status* menstrual, há necessidade de se associar um método contraceptivo que não pode conter estrogênios.
- C) a testosterona não garante contracepção, entretanto homens trans que evoluem com amenorreia dispensam o uso de método contraceptivo.
- D) se deve associar método contraceptivo ao uso da testosterona, podendo ser hormonal de qualquer natureza ou não hormonal.

27- Mulher de 72 anos de idade, com fratura prévia de rádio, traz o resultado da densitometria óssea, com T score:-2,0. A avaliação pelo FRAX (Fracture Risk Assessment Tool) encontra-se representada na imagem a seguir.

Calcule as probabilidades de Fraturas Maiores e Fraturas de Quadril por Osteoporose, respondendo ao questionário abaixo, proveniente do site da FRAX Brasil

Instrumento de cálculo

Por favor, responda as perguntas abaixo para calcular a probabilidade de fratura nos próximos 10 anos com DMO

País: **Brasil** Nome/ID: **QUESTÃO TEGO** A respeito dos fatores de risco

Questionário:

- Idade (entre 40 e 90 anos) ou data de nascimento: Idade: **72**
- Gênero: ☐ Masculino ☒ Feminino
- Peso (kg): **61**
- Altura (cm): **158**
- Fratura prévia: ☐ Não ☒ Sim
- País com Fratura de quadril: ☐ Não ☒ Sim
- Tabagismo atual: ☒ Não ☐ Sim
- Glicocorticóides: ☐ Não ☒ Sim
- Artrite reumatóide: ☐ Não ☒ Sim
- Osteoporose secundária: ☒ Não ☐ Sim
- Alcool 3 ou mais unidades/dia: ☒ Não ☐ Sim
- Densidade óssea do colo do fêmur (g/cm²): T-score: **-2**

Clear Calculate

BMI: 24.4
The ten year probability of fracture (%)

with BMD

Major osteoporotic	23
Hip Fracture	13

If you have a TBS value, click here: [Adjust with TBS](#)

conversão do peso
libras kg

conversão da altura
polegadas cm

01935584
Indivíduos avaliados para risco de fratura desde 1 de junho de 2011

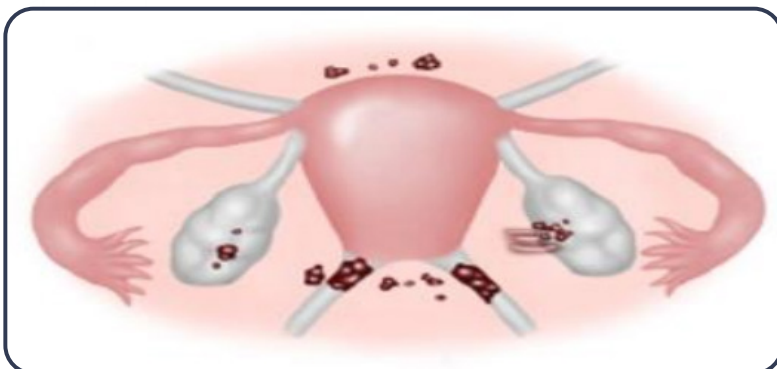
A conduta adequada para esse caso é:

- A) raloxifeno.
- B) bisfosfonatos.
- C) altas doses de vitamina D.
- D) estrogênio em baixas doses.

28- Mulher de 42 anos de idade foi submetida à nodulectomia sob sedação por fibroadenoma 3,5 cm de mama direita. Não faz uso de nenhum medicamento, a não ser compostos naturais como o Ginkgo biloba. No segundo pós-operatório, evolui com dor local intensa, aumento de volume no sítio cirúrgico e extravasamento de secreção hemática pela ferida operatória. É fator essencial na prevenção e redução de complicações nesse tipo de cirurgia:

- A) uso rotineiro de antibioticoprofilaxia na indução anestésica de cirurgias mamárias.
- B) hemostasia adequada, tração suave dos tecidos e fechamento da ferida sem tensão.
- C) preferir suturas descontínuas, em dois planos, com fios inabsorvíveis e monofilamentares.
- D) evitar o uso rotineiro de bisturi elétrico e preferir o uso preventivo de dreno laminar.

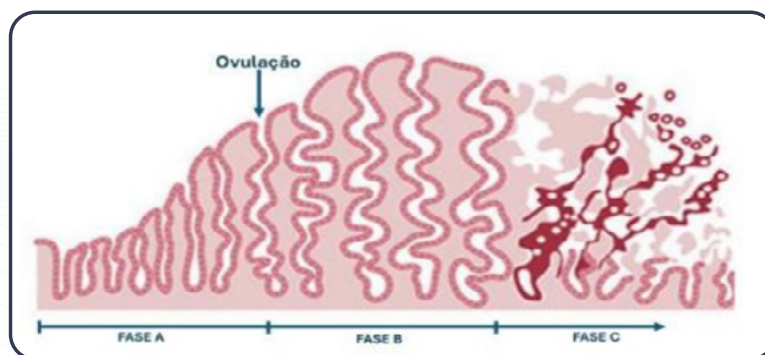
29- Mulher de 33 anos de idade foi atendida com queixa de dor pélvica crônica com intensidade progressiva nos últimos oito meses, sobretudo no período menstrual (EVA 5). Não usa medicamentos. Ciclos menstruais regulares. Não deseja gestar. Exame especular normal. Toque ginecológico com dor à palpação e mobilização uterina, sem massa anexiais e com espessamento de ligamentos uterossacros. Após a realização de exames de imagem, acredita-se que o estágio do diagnóstico é o que está representado na imagem (classificação da ASRM).



Assinale a alternativa que indica a conduta a ser realizada.

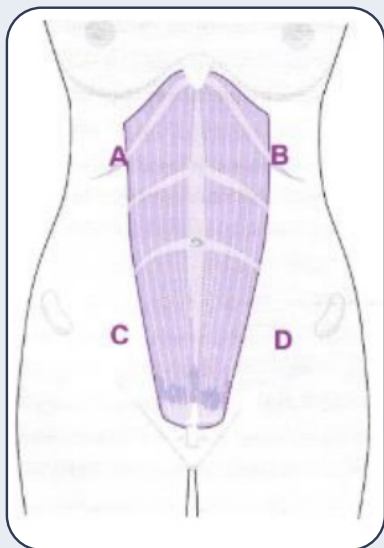
- A) Laparoscopia.
- B) Contraceptivo hormonal contínuo.
- C) Agonistas do GnRH por três meses seguido de laparoscopia.
- D) Laparoscopia e agonistas do GnRH no pós-operatório imediato.

30- De acordo com a imagem apresentada, referente ao processo menstrual fisiológico, assinale a alternativa correta.



- A) Na fase C, a parada do sangramento ocorre por mecanismo de coagulação, vasoconstrição local e proliferação endometrial a partir da camada basal das glândulas residuais.
- B) A fase B, marcada pela dominância de progesterona, é a fase de maior atividade proliferativa (aumento acentuado das mitoses) e com aumento significativo da espessura endometrial.
- C) A fase A é caracterizada por intensa expressão de receptores estrogênicos e de progesterona, sendo que estes últimos são essencialmente importantes para o reparo endometrial inicial.
- D) No final da fase C, ocorre a liberação de prostaglandinas no tecido endometrial, as quais estão provavelmente associadas às contrações miométriais que levam ao destacamento do endométrio da parede uterina.

31-



Em pacientes com cirurgias abdominais prévias ou anormalidades umbilicais, a primeira punção em uma laparoscopia ginecológica deve ser feita em locais alternativos, como o ponto de Palmer que está representado na imagem anterior pela letra:

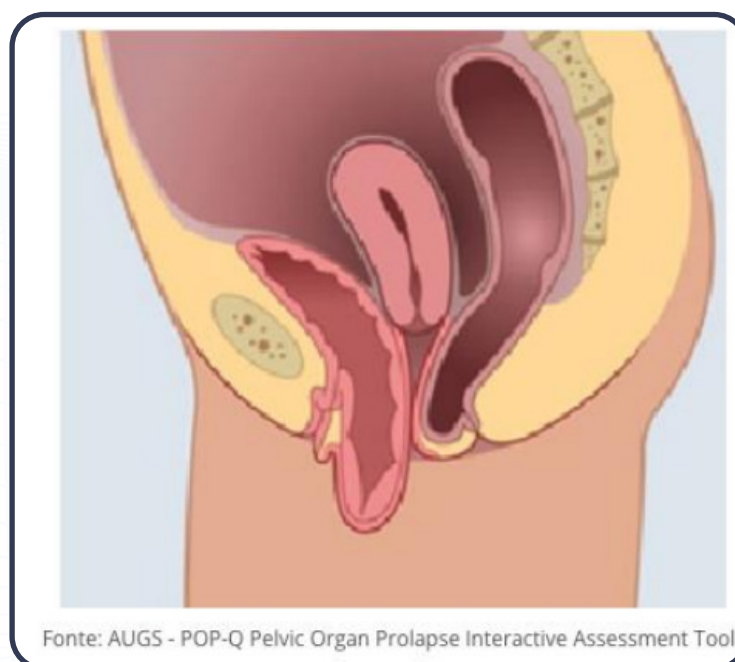
- A) A
- B) B
- C) C
- D) D

32- Mulher de 28 anos de idade, casada há dois anos, nuligesta, suspendeu o uso de pílula para tentar engravidar há um ano. Desde então, vem apresentando irritabilidade, explosões de raiva, sensação de pânico, isolamento social, fadiga, cefaleia, mastalgia, dor à evacuação e obstipação, dores articulares, dispareunia de penetração e edema de membros inferiores. Os sintomas se exacerbam no período pré-menstrual, com melhora a partir do terceiro dia de menstruação. Ultimamente tem notado piora do relacionamento conjugal. Os seguintes sinais e sintomas presentes nesse caso que se enquadram nos critérios para o diagnóstico do transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) pelo DMS-5 são:

- A) explosões de raiva, dores articulares e edema de membros inferiores.

- B) irritabilidade social, fadiga e dispareunia de penetração.
- C) sensação de pânico, cefaleia e dor à evacuação.
- D) mastalgia, isolamento social e obstipação.

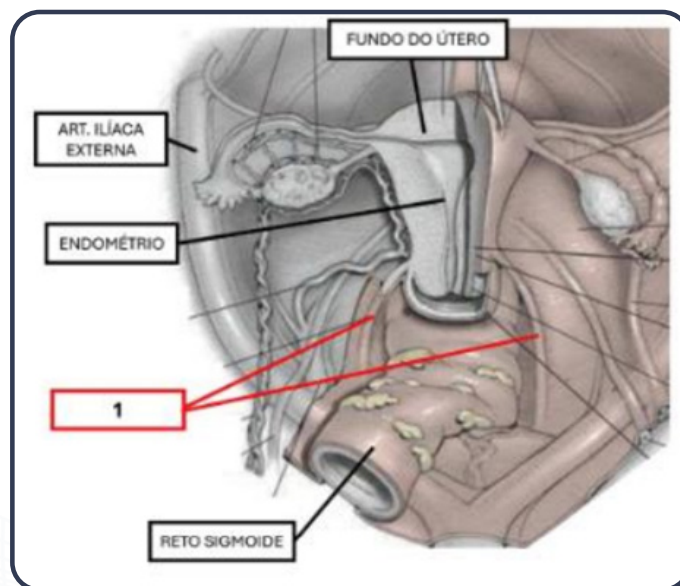
33- Mulher de 72 anos de idade, sem atividade sexual há seis anos, nega sintomas urinários ou intestinais. Ao exame físico: IMC de 22 kg/m² e não apresenta perda urinária ao esforço após a redução da parede vaginal anterior. O exame ginecológico está representado na imagem a seguir.



A conduta adequada para esse caso é:

- A) fisioterapia pélvica.
- B) histeropexia laparoscópica.
- C) colpossuspensão retropúbica.
- D) pessário tipo anel com suporte.

34- A imagem a seguir representa a visão posterior da pelve feminina.



Qual é o ligamento que está representado como número 1?

- A) Redondo
- B) Uterossacro
- C) Pubocervical
- D) Infundíbulo pélvico

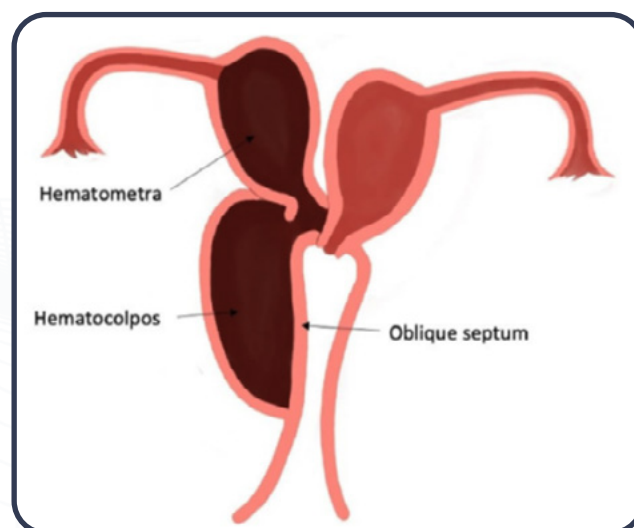
35- Mulher de 42 anos de idade, nuligesta, com útero bicornu e diagnóstico de doença hepática gordurosa não alcoólica que evoluiu para cirrose hepática compensada, comparece ao Ambulatório de Planejamento Familiar para anticoncepção adequada. No momento está em uso irregular de preservativo masculino. Segundo os Critérios de Elegibilidade da OMS, a conduta mais adequada é:

- A) prescrição de qualquer método contraceptivo não intrauterino, pois eles são categoria 1.
- B) orientação para o uso correto de preservativo, pois os métodos hormonais e os DIUs são critérios 3 ou 4.
- C) prescrição de método de progestagênio isolado, pois os métodos combinados são contraindicados.
- D) prescrição de método de progestagênio isolado oral, pois o injetável trimestral é categoria 3.

36- Mulher de 34 anos de idade, secundípara, é tabagista há 10 anos, atualmente em uso de um maço por dia. Faz uso de contraceptivo, contendo etinilestradiol e gestodeno, muito bem adaptada. Já usou mais de 10 contraceptivos, incluindo pílula de progestagênio isolado, implante e DIU de levonorgestrel e não se adaptou a nenhum deles. Ao exame físico, encontra-se normotensa. Exame ginecológico sem alterações. Além de orientar cessar o tabagismo, e de acordo com os critérios de elegibilidade da OMS, a conduta mais adequada é:

- A) manter o método contraceptivo combinado e sugerir a esterilização definitiva após os 35 anos caso mantenha o tabagismo.
- B) suspender o método contraceptivo combinado imediatamente e indicar o uso de condom.
- C) suspender o método contraceptivo combinado imediatamente e indicar vasectomia.
- D) manter o método contraceptivo combinado sem restrições até a menopausa.

37- Adolescente de 15 anos de idade vem à consulta com quadro de dor pélvica e aumento de volume abdominal progressivo. Nega início de atividade sexual e menstrua regularmente. Nega sexarca. Ao exame físico, apresenta aumento de volume abdominal com massa palpável e dolorosa em hipogástrio. Exame ginecológico: hímen íntegro e pérvio. Ao ultrassom de pelve e abdômen, foi evidenciado útero didelfo com hematometra, hematocolpo e agenesia renal à direita.



Com base no caso apresentado, assinale a alternativa que indica corretamente o diagnóstico.

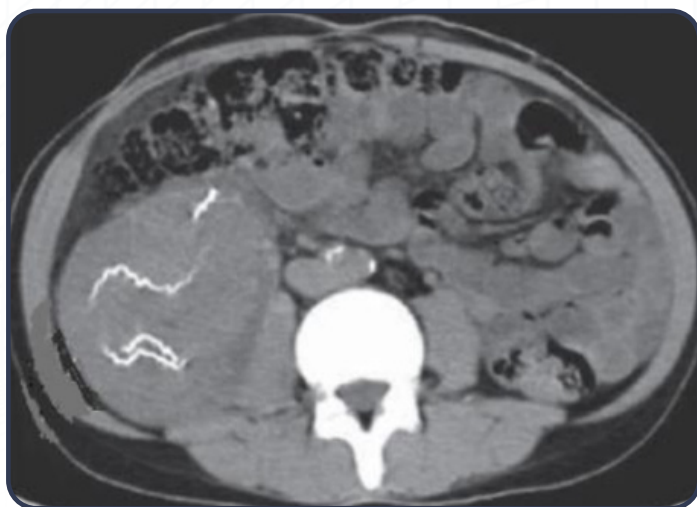
- A) Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser.
- B) Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich.
- C) Síndrome de Hipertrofia Mulleriana.
- D) Síndrome de Morris.

38- Paciente de 40 anos de idade, com ciclos irregulares e recém-diagnosticada com câncer de mama, entra em contato com seu médico seis horas após relação sexual desprotegida, para orientação contraceptiva de emergência. Nesse caso, a orientação mais adequada é:

- A) inserção do implante de etonogestrel.
- B) inserção do DIU de levonorgestrel.
- C) prescrição do método de Yuzpe.
- D) inserção do DIU de cobre.

39- Mulher de 48 anos de idade realizou histerectomia abdominal há cinco dias. Retorna no quinto dia de pós-operatório com febre e íleo adinâmico. O exame abdominal não apresenta dor ou massa palpável, e o especular não mostra sangramento. A hemoglobina está em 7,9 g/dL, e os leucócitos estão em 16.000 por mm³ com 4% de bastões.

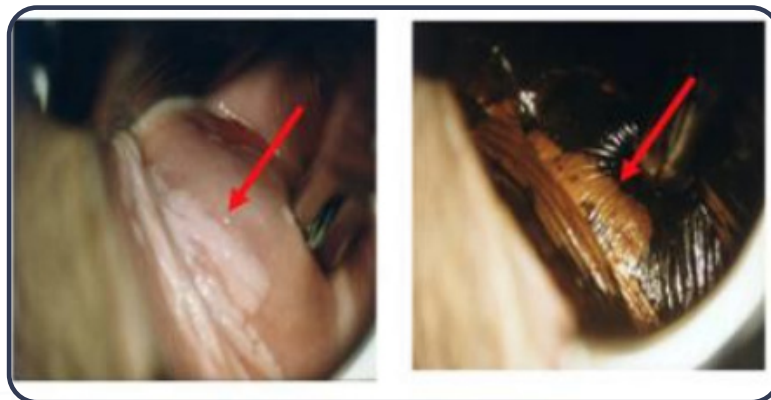
O exame tomográfico apresenta a seguinte imagem:



O diagnóstico mais provável é:

- A) íleo adinâmico.
- B) abscesso intraperitoneal.
- C) hematoma intraperitoneal.
- D) corpo estranho intra-abdominal.

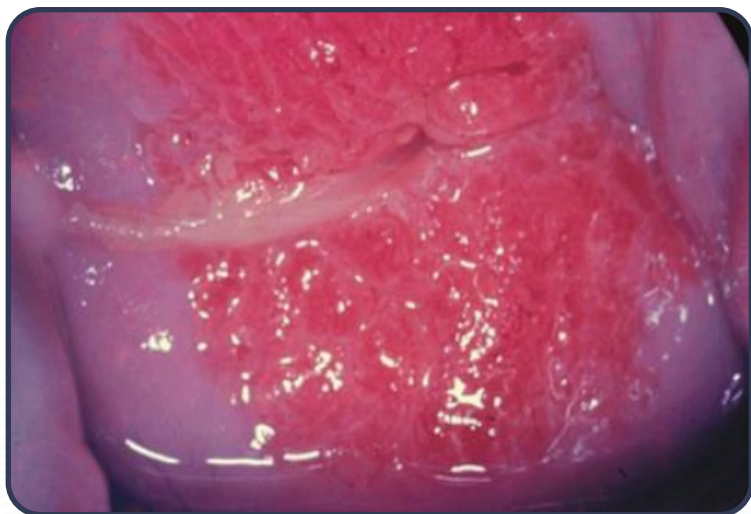
40- Mulher de 35 anos de idade, tabagista de longa data, traz resultado de biópsia de vagina realizada há dez dias, evidenciando lesão intraepitelial escamosa vaginal de alto grau (NIVA II). Refere tratamento prévio para lesão de alto grau vulvar há quatro anos.



De acordo com a imagem da vaginoscopia, a conduta é:

- A) vaporização com laser.
- B) aplicação semanal de ácido tricloroacético 90%.
- C) microfragmentação da lesão sob visão colposcópica.
- D) seguimento citológico e colposcópico entre quatro e seis meses.

41- Mulher de 28 anos de idade comparece ao ambulatório de contracepção na data agendada para inserção de dispositivo intrauterino (DIU). O exame especular está representado na imagem a seguir.



Diante do caso apresentado, a conduta mais adequada é:

- A) liberar para inserção de DIU não hormonal, mas não de DIU de levonorgestrel.
- B) liberar para inserção de DIU hormonal, mas não de DIU de cobre ou prata.
- C) suspender inserção de DIU e indicar outro método contraceptivo.
- D) liberar para a inserção de DIU hormonal ou não hormonal.

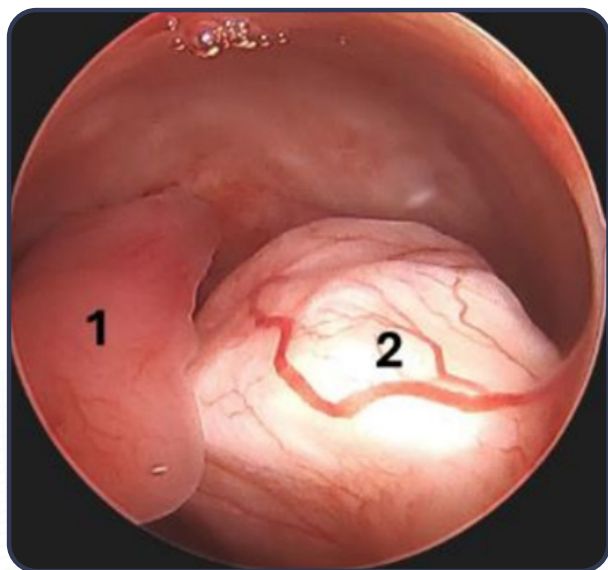
42- Menina de três anos de idade, comparece à consulta trazida pela mãe por pequeno sangramento na roupa íntima (três episódios), sendo o primeiro há dois dias. Mãe nega que a criança tenha outras queixas relacionadas, como dor ou problemas para urinar. O cuidado da criança é feito exclusivamente pela mãe. No acompanhamento de puericultura de rotina, a menina vem apresentando crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor sem intercorrências. O exame físico da genitália está representado na imagem a seguir.



Com base nos dados apresentados, qual é a hipótese diagnóstica?

- A) Prolapso uretral.
- B) Sarcoma botriode.
- C) Vulvovaginite fúngica.
- D) Trauma por abuso sexual.

43- Mulher de 49 anos de idade apresenta sangramento uterino anormal de causa estrutural, conforme identificado na imagem a seguir.



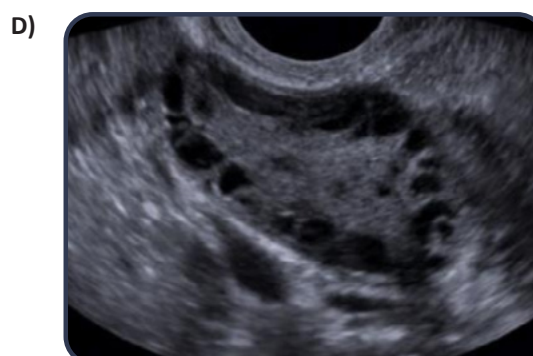
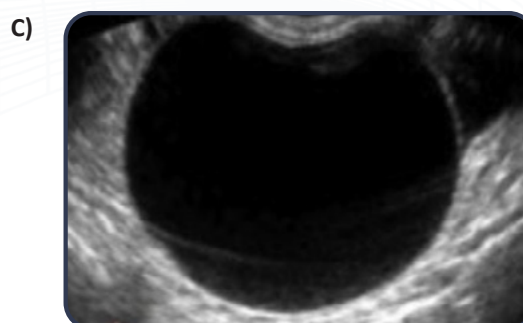
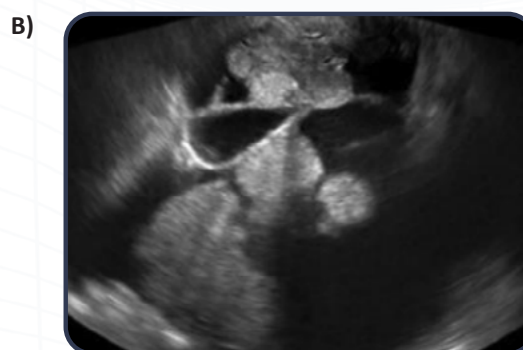
Segundo a classificação da FIGO, essas lesões (1 e 2) são classificadas respectivamente como:

- A) SUA-P e SUA-L
- B) SUA-M e SUA-C
- C) SUA-P e SUA-M
- D) SUA-E e SUA-C

44- Mulher de 33 anos de idade, vivendo com HIV, apresenta febre, dor lombar, náuseas e vômitos. Foi diagnosticada com pielonefrite aguda após outros episódios de infecção urinária. Tratamento clínico sem melhora em 48h. A alternativa que justifica a necessidade de internação para tratamento da pielonefrite é:

- A) estar em uso de medicação retroviral.
- B) terceira infecção urinária em dois anos.
- C) hospitalização prévia por pielonefrite.
- D) persistência de febre maior que 38,4 °C após 48 horas de antibioticoterapia.

45- Mulher de 28 anos de idade, nuligesta, refere dor pélvica há três anos que melhora com analgésicos, mas, nos últimos seis meses, a dor está progredindo associada à dispareunia de profundidade. Ciclos menstruais regulares a cada 25 dias, com fluxo de cinco dias. Não usa contracepção hormonal. DUM há 10 dias. Beta-hCG negativo. Exame ginecológico evidencia aumento de volume e dor à palpação de anexo direito. O achado ultrassonográfico compatível com esse quadro clínico é:



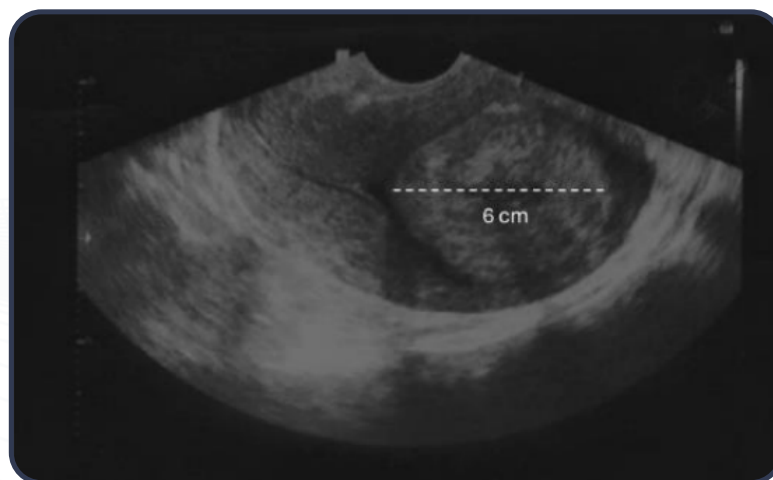
46- Mulher de 34 anos de idade, sem comorbidades, relata episódios frequentes de corrimento vaginal branco-acinzentado, com odor desagradável nos últimos seis meses. Já realizou múltiplos ciclos de tratamento para vaginose bacteriana, sem sucesso duradouro. No histórico, refere uso frequente de duchas vaginais, além de múltiplos parceiros sexuais com uso de preservativo masculino. A melhor estratégia para reduzir o risco de recorrência de sua condição é:

- A) prescrever antibióticos profiláticos em doses reduzidas por longo prazo.
- B) indicar o uso contínuo de probióticos orais e vaginais.
- C) recomendar o uso diário de sabonete íntimo ácido.
- D) suspender duchas vaginais.

47- Mulher de 48 anos de idade realizou mamografia de rastreamento que identificou grupo de microcalcificações pleomórficas em uma área de 1,5 cm (BI-RADS IVB). Realizou biópsia percutânea, cujo resultado demonstrou carcinoma intraductal de baixo grau, luminal-A. Com base no caso apresentado, assinale a alternativa que indica a conduta a ser seguida.

- A) Ressecção segmentar.
- B) Ressecção segmentar + radioterapia.
- C) Ressecção segmentar com biópsia de linfonodo sentinela.
- D) Ressecção segmentar com biópsia de linfonodo sentinela + radioterapia.

48- Mulher de 42 anos de idade, G3P3, refere que, desde os 38 anos, apresenta sangramento uterino aumentado. Há seis meses, realizou transfusão de sangue para tratamento de anemia aguda (Hb 7,0 g/dL). Ao exame de toque, o útero é móvel, restrito à pequena pelve e globoso. Já fez uso de desogestrel e medroxiprogesterona com pouca melhora do sangramento. Atualmente Hb de 9,5 g/dL, e traz ultrassonografia transvaginal realizada há uma semana representada na imagem.



Qual é o diagnóstico provável (PALM - COEIN) e qual deve ser o tratamento?

- A) SUA-L - histerectomia
- B) SUA-M - histerectomia
- C) SUA-L - histeroscopia cirúrgica
- D) SUA-M - biópsia de endométrio

49- Mulher de 34 anos de idade foi tratada para sífilis com penicilina G-benzatina 2,4 milhões UI IM, após apresentar as lesões, representadas na imagem a seguir e VDRL + 1:32. Hoje, retorna, após seis meses, sem as lesões cutâneas, com título de VDRL 1:8, no entanto se queixa de cefaleia persistente e redução da acuidade visual.



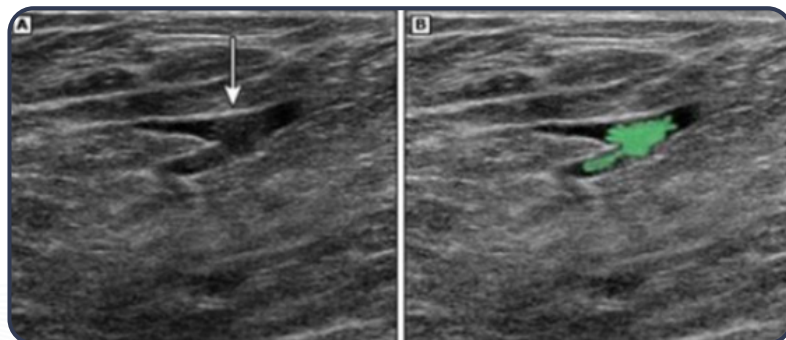
A conduta adequada para esse caso é:

- A) repetir o VDRL em três meses para avaliar evolução sorológica.
- B) repetir penicilina G-benzatina 2,4 milhões UI IM.
- C) pesquisar neurosífilis com exame de líquor.
- D) tratar com ceftriaxone 1g IM por 10 dias.

50- Adolescente de 14 anos de idade iniciou atividade sexual com o namorado e deseja inserir um DIU de cobre. Ela está acompanhada dos pais, que concordam com o procedimento. A conduta adequada para esse caso é:

- A) recusar a inserção, pois menores de 16 anos não podem receber métodos contraceptivos invasivos.
- B) encaminhar a paciente ao conselho tutelar antes de realizar o procedimento.
- C) inserir o DIU, pois há consentimento dos responsáveis e da paciente.
- D) solicitar avaliação psicológica antes de decidir sobre o procedimento.

51- Mulher de 40 anos de idade apresenta fluxo papilar espontâneo em mama esquerda. Ao exame físico, apresenta saída de secreção serossanguinolenta à compressão às três horas do mamilo da mama esquerda. Não se palpa nódulo. A mamografia não revela nenhuma lesão e foi classificada como Bi-Rads 2. A ultrassonografia apresenta a seguinte imagem:



A conduta adequada para esse caso é:

- A) nova ultrassonografia em seis meses.
- B) ressonância magnética.
- C) core biópsia.
- D) ductografia.

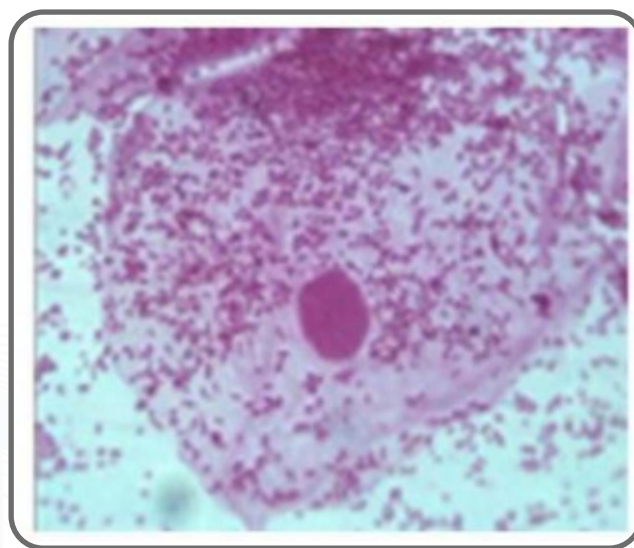
52- A localização correta para a inserção do implante de etonogestrel é:

- A) subdérmico, na porção posteromedial do braço não dominante, 3 a 5 cm posterior ao sulco bicipital e 8 a 10 cm superior ao epicôndilo medial.
- B) subcutâneo, na porção anteromedial do braço dominante, na região do sulco bicipital, aproximadamente 10 cm acima da prega do cotovelo.
- C) subdérmico, na porção posterolateral do braço não dominante, 3 a 5 cm anterior ao sulco biceptal e 8 a 10 cm superior ao epicôndilo lateral.
- D) subcutâneo, na porção anterolateral do braço dominante, na região do sulco bicipital, aproximadamente 10 cm acima da prega do cotovelo.

53- Mulher de 25 anos de idade, nuligesta, comparece à consulta ginecológica referindo que não menstrua mais há dois anos. Relata menarca aos 11 anos de idade, seguida de ciclos regulares. É atleta profissional e refere estar num ótimo momento da carreira, com excelente desempenho em competições; treina cerca de seis horas por dia entre musculação e treinos aeróbicos. Nega outras queixas, sem atividade sexual no último ano. Ao exame físico: PA = 90 x 60 mmHg; IMC = 17,4 kg/m², 8% de gordura corporal. Nega uso de anabolizante ou outras substâncias para aumento de desempenho físico. Com relação à fisiopatologia da amenorreia dessa paciente, assinale a alternativa correta.

- A) A prática de exercícios físicos intensos associados a baixo peso corporal e redução da gordura corporal tem mais influência na ocorrência da amenorreia do que o tipo específico de exercício.
- B) O equilíbrio energético e o balanço entre ingesta e gasto calórico têm pouca relevância nesses casos se mantida uma porcentagem mínima de gordura corporal.
- C) Os baixos níveis de cortisol de origem adrenal, devido à baixa fonte de precursores para a síntese deste hormônio, pode induzir a amenorreia.
- D) A perda do padrão pulsátil de gonadotrofinas afeta a frequência, mas não a amplitude dos pulsos de LH, por isso o FSH funciona como melhor marcador diagnóstico.

54- Mulher de 35 anos de idade gostaria de trocar seu método contraceptivo para o DIU de cobre. Refere corrimento vaginal homogêneo, de cor clara, com início há uma semana. Foi colhido material do conteúdo vaginal para realização de Gram. De acordo com o resultado do exame, a conduta preconizada é:



- A) hidrocortisona 10% creme vaginal por 14 dias.
- B) doxiciclina 100 mg 2 x ao dia por sete dias.
- C) clotrimazol vaginal 50 mg por seis dias.
- D) metronidazol 1 g ao dia por sete dias.

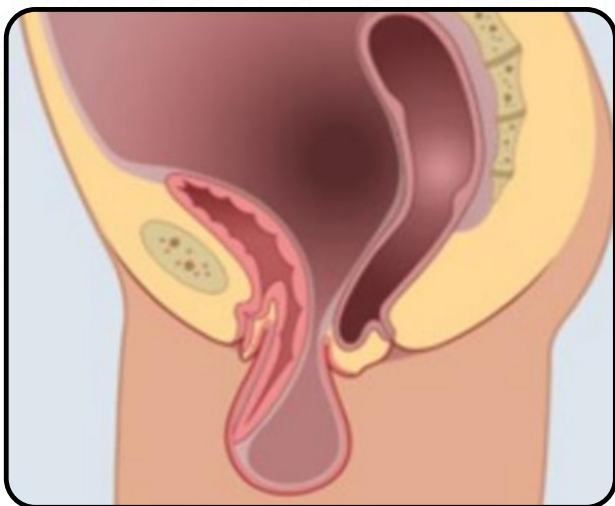
55- Mulher de 52 anos de idade na perimenopausa com sintomas vasomotores e não menstrua há três meses. Não tem fatores de risco ou histórico familiar para doença cardiovascular, osteoporose, neoplasia de mama ou gastrointestinal. Com base no caso apresentado, assinale a alternativa que indica quais são os exames que devem ser solicitados.

- A) Ultrassonografia transvaginal, perfil lipídico e colonoscopia.
- B) Mamografia, ultrassonografia transvaginal, perfil lipídico.
- C) Mamografia, densitometria óssea, colonoscopia.
- D) Perfil lipídico, colonoscopia e mamografia.

56- Adolescente de 16 anos de idade comparece à consulta com a mãe, devido à ausência de menstruação, sem outras queixas. Ao exame físico, apresenta mamas em estágio M4, ausência de pelos pubianos e genitália externa feminina de aspecto normal. Peso 54 Kg e estatura: 173 cm. Os níveis de LH estão elevados e os de FSH normais. A hipótese diagnóstica para esse caso é:

- A) síndrome de Rokitansky.
- B) disgenesia gonadal pura.
- C) adenoma hipofisário secretor.
- D) insensibilidade androgênica.

57- Mulher de 65 anos de idade refere "bola na vagina" há cinco anos. Realizou histerectomia vaginal por prolapso há 20 anos. Não apresenta sintomas urinários ou intestinais. Hígida, não está usando nenhum medicamento. Refere outras cirurgias: apendicectomia complicada, três cesáreas prévias e correção de hérnia incisional. Ao exame físico: PA de 130/90 mmHg e IMC de 26 kg/m². O exame ginecológico está representado na imagem a seguir.



O tratamento indicado para esse caso é:

- A) fixação sacroespinal.
- B) sacrocolpopexia sem tela.
- C) colpossuspensão retropúbica.
- D) colpoplastia anterior e posterior.

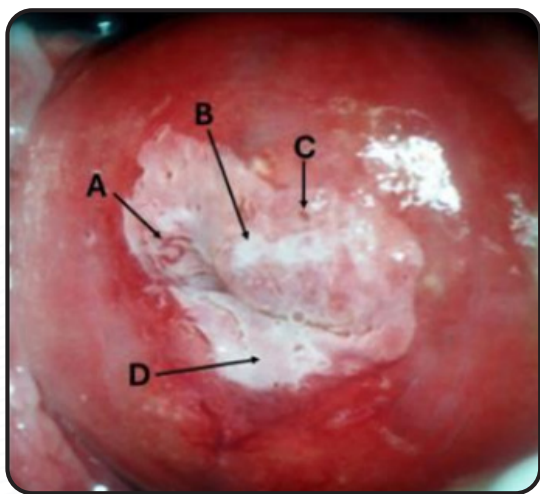
58- Adolescente de 18 anos de idade refere odor vaginal intenso há dois meses e nega corrimento vaginal. Faz uso de anticoncepcional oral combinado e preservativo. Ao exame ginecológico: conteúdo vaginal homogêneo, porém escasso. Exame a fresco, conforme imagem a seguir, e a medida do pH vaginal maior do que 4,5.



Com base no caso apresentado, o diagnóstico e a conduta são:

- A) candidíase - clindamicina em óvulo vaginal dose única.
- B) infecção herpética - valaciclovir 500 mg 12/12 horas por 10 dias.
- C) vaginose bacteriana - metronidazol 500 mg 12/12 horas por sete dias.
- D) vaginose citolítica - bicarbonato de sódio 2% em óvulos vaginais por sete dias.

59- Mulher de 34 anos de idade trouxe resultado de citologia oncológica, revelando lesão intraepitelial escamosa cervical de alto grau, não podendo afastar invasão. Foi submetida à colposcopia com aplicação de ácido acético a 5%, que resultou nas alterações observadas na imagem a seguir.



Das áreas representadas na imagem, a que representa maior suspeição de invasão é a:

- A) A
- B) B
- C) C
- D) D

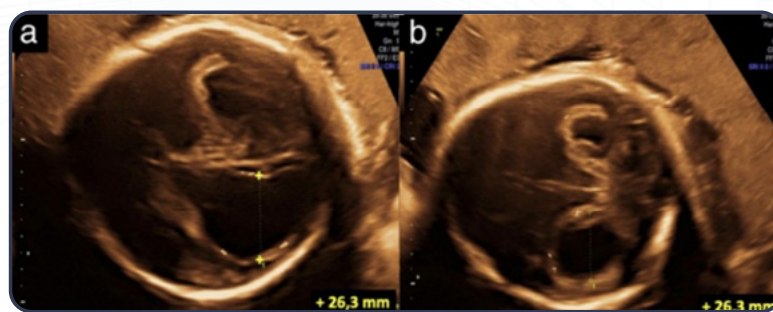
60- Adolescente de 16 anos de idade, vítima de estupro ontem à noite, com penetração vaginal e anal por dois desconhecidos, sem uso de preservativo e sem lesões físicas evidentes. Apresenta teste não reativo para sífilis, teste rápido para HIV e teste de gravidez negativos. Seu esquema vacinal é desconhecido. Para o caso apresentado, a profilaxia recomendada pelo Ministério da Saúde inclui contracepção de emergência, penicilina G-benzatina, azitromicina, ceftriaxona, vacina para hepatite B, PEP para HIV e:

- A) aciclovir.
- B) vacina de HPV.
- C) vacina meningocócica.
- D) imunoglobulina antitetânica.

61- Secundigesta, 37 semanas, com parto vaginal há quatro anos, comparece à maternidade para avaliação. A gestação atual é gemelar, monócôrionica e diamniótica. Atividade uterina ausente, colo uterino centralizado, grosso, com 2 cm de dilatação. Exame ultrassonográfico recente demonstra primeiro feto cefálico e com dorso à esquerda, peso estimado de 2.820 g. Segundo feto com situação transversa e peso estimado em 2.790 g. Líquido amniótico normal no âmnio e placenta com implantação anterior e fúndica. Exame de Doppler normal em ambos os fetos. Considerando os protocolos assistenciais oficiais, assinale a alternativa correta.

- A) Orientar retorno com 38 semanas.
- B) Orientar retorno com 39 semanas.
- C) Internar e iniciar indução de parto.
- D) Internar e indicar interrupção por cesariana.

62- Gestante de 26 anos de idade, G1P0, 28 semanas, sem comorbidades, comparece à consulta de pré-natal com resultado de sorologia para toxoplasmose com IgG e IgM positivos. A ultrassonografia obstétrica evidenciou, além de hepatoesplenomegalia, os achados demonstrados na imagem a seguir.



Qual é a conduta mais adequada nesse caso?

- A) Iniciar tratamento com pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico imediatamente.
- B) Solicitar teste de avidéz e, se a avidéz for baixa, iniciar pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico.
- C) Iniciar espiramicina, solicitar teste de avidéz e, se a avidéz for baixa, iniciar pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico.
- D) Solicitar amniocentese para realização de PCR e, se o resultado for positivo, iniciar tratamento com pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico.

63- No segundo período do parto, presentes as condições de aplicação do fórceps, um obstetra bem capacitado conclui que houve falha na prova de tração no parto operatório com o fórceps de Simpson. Com relação ao próximo passo, assinale a alternativa correta.

- A) Tentar a locação do fórceps de Kielland, após ampliação do canal de parto com episiotomia.
- B) Indicar o parto por cesariana, estando preparado para as manobras de desimpactação cefálica.
- C) Indicar o vácuo-extrator, com a limitação máxima de três trações até completar a deflexão do polo cefálico.
- D) Após comprovar a ausência de bossa significativa, indicar o uso do vácuo-extrator com pressão entre 350 e 500 mmHg.

64- Primigesta, com 37 semanas de gestação, induzindo trabalho de parto por diagnóstico iminente de eclâmpsia, já em uso de sulfato de magnésio. Foi solicitada analgesia, com 5 cm de dilatação. O anestesista desligou a bomba de infusão e instalou um soro fisiológico de 1000 mL aberto enquanto fazia a punção peridural. A gestante evolui com mal-estar, taquicardia e dessaturação. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Reflexo vagal.
- B) Choque cardiogênico.
- C) Edema agudo de pulmão.
- D) Embolia de líquido amniótico.

65- Gestante com resultado HBsAg positivo com 10 semanas, negando qualquer sintomatologia. São solicitados novos exames, e a paciente retorna com 16 semanas com os seguintes resultados: ALT 20, pesquisa de HBeAg positiva e carga viral HBV (CV) 300.000 UI/mL. Quanto à indicação do uso de tenofovir, assinale a alternativa correta.

- A) Deve-se iniciar tenofovir a partir de 20 semanas até o parto.
- B) Deve-se iniciar tenofovir imediatamente e manter até 34 semanas.
- C) Deve-se iniciar tenofovir a partir de 28 semanas e manter até o parto.
- D) Deve-se iniciar tenofovir imediatamente e repetir a carga viral a cada três meses.

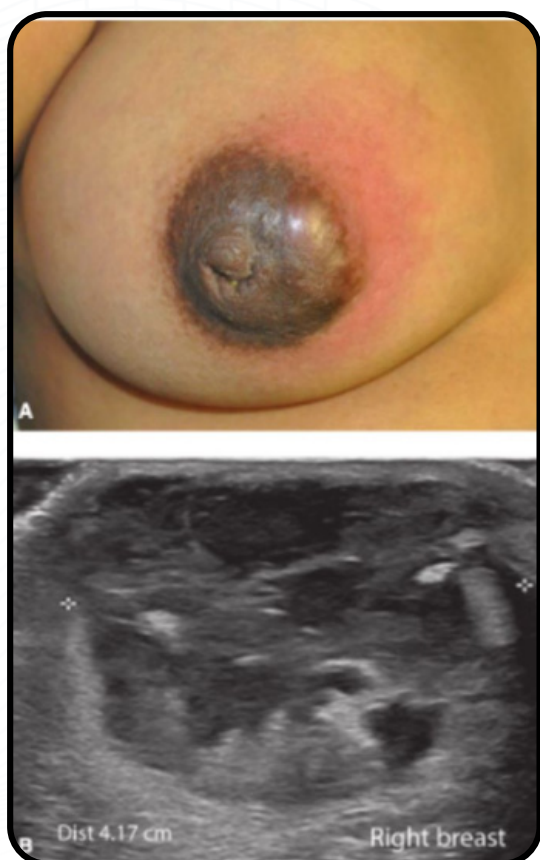
66- Mulher de 25 anos é submetida à cesariana intraparto aos 8 cm de dilatação cervical. Três horas após, já na enfermaria, a paciente apresenta quadro de hemorragia por atonia uterina. São realizadas as medidas farmacológicas iniciais, sem controle do sangramento. Diante desse cenário, a equipe considera a inserção de balão de tamponamento intrauterino, via vaginal, para controle do sangramento. Sobre o uso do balão intrauterino, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais indicada nesse caso.

- A) Contraindicar o uso do balão, estando indicado laparotomia e sutura compressiva imediatamente.
- B) Inserir o balão na cavidade uterina e preenchê-lo com solução salina resfriada para promover vasoconstrição e otimizar a hemostasia.
- C) Inserir o balão na cavidade uterina e mantê-lo por, no mínimo, 24 horas após o controle do sangramento intrauterino.
- D) Inserir o balão na cavidade uterina e preenchê-lo com volume reduzido de, no máximo, 250 a 300 mL de solução salina e mantê-lo por até 24 horas.

67- Gestante de 12 semanas, com IMC pré-gestacional de $22,5 \text{ kg/m}^2$, refere preocupação na consulta por apresentar perda ponderal de 1,0 kg. Nega qualquer sintoma ou queixas. Nesse caso, qual é a orientação correta?

- A) Prescrever suplementos por via parenteral para evitar deficiências.
- B) Aumentar a ingesta calórica diária para compensar a perda ponderal.
- C) Orientar dieta hiperproteica e suplementação de micronutrientes para evitar deficiências.
- D) Informar que se trata de condição normal nessa fase, uma vez que a paciente se encontra eutrófica.

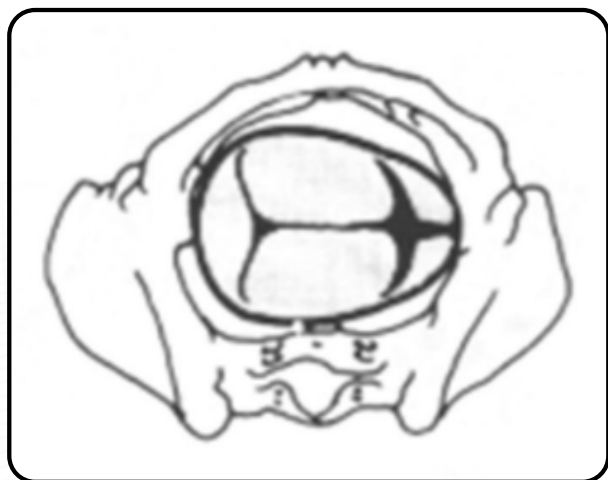
68- Puérpera retorna no 12º dia após o parto, com aleitamento materno, referindo desconforto mamário intenso em mama direita e saída de pus pelo mamilo. O exame clínico e de ultrassonografia (USG) estão demonstrados nas imagens a seguir (A/B).



Nesse caso, qual é a melhor conduta quanto ao tratamento e à orientação da amamentação para essa paciente?

- A) Dipirona ou ibuprofeno, drenagem cirúrgica e enfaixamento das mamas para inibir o aleitamento.
- B) Antibioticoterapia; drenagem cirúrgica e bloqueio farmacológico, com cabergolina, do aleitamento materno.
- C) Sintomáticos; realizar punção guiada por USG para cultura e manter o aleitamento em livre demanda em ambas mamas.
- D) Antibioticoterapia; drenagem cirúrgica, manter o esvaziamento das mamas e o aleitamento na mama contralateral.

69- Primigesta, no período expulsivo do parto a termo, apresenta variedade de posição conforme apresentado na figura a seguir. Com relação à abreviação do período expulsivo na técnica de aplicação do fórcepe de Kielland, assinale a alternativa que descreve os passos da forma e da sequência mais apropriados para a locação das colheres.



- A) Locação da colher anterior, utilizando como guia a mão direita e migração pela frente fetal, seguida pela locação da colher posterior em pega direta, tendo como guia a mão esquerda.
- B) Locação da colher posterior por pega direta, tendo como guia a mão esquerda, seguida pela locação da colher anterior, utilizando como guia a mão direita e migração pela frente fetal.
- C) Locação da colher posterior em pega direta, tendo como guia a mão esquerda, seguida pela locação da colher anterior, utilizando como guia a mão esquerda e migração pelo occipício fetal.
- D) Locação da colher anterior, tendo como guia a mão esquerda e migração pelo occipício fetal, seguida pela locação da colher posterior em pega direta, utilizando como guia a mão direita.

70- Primigesta na 29ª semana procura a maternidade com queixa de edema em membros inferiores. Pré-natal sem intercorrências e sem antecedentes médicos. Ao exame físico: atividade uterina ausente, altura de fundo uterino de 26 cm, frequência cardíaca fetal de 140 bpm, pressão arterial de 150 x 100 mmHg, colo uterino grosso e fechado. Exames complementares: hemoglobina = 10,1 g/dL; presença de esquizócitos; plaquetas = 80.000 mm³; LDH = 610 UI/L; TGO = 85 U/L; TGP = 114 U/L; relação proteinúria/creatinúria = 0,52; creatinina = 0,81 mg/dL; cardiocotografia normal, ultrassonografia obstétrica e Doppler dentro da normalidade. Nesse caso, qual é a conduta para o melhor cuidado com a paciente?

- A) Sulfato de magnésio e cesariana de emergência.
- B) Suporte clínico e programar o parto com 34 semanas.
- C) Anti-hipertensivo e controle materno-fetal até 32 semanas.
- D) Sulfato de magnésio, corticoterapia e, se mantida estabilidade clínica, parto após 48 horas.

71- G5P4, 25 anos de idade, na oitava semana de gestação, tem diagnóstico de carcinoma invasor de colo uterino, medindo aproximadamente 5 cm, acometendo cúpula vaginal e paramétrios bilateralmente, sem atingir a parede pélvica. Diante desse caso, após concordância por assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, qual é a conduta recomendada?

- A) Quimioterapia e radioterapia.
- B) Induzir o abortamento e realizar a histerectomia radical.
- C) Quimioterapia, radioterapia e histerectomia radical com anectomia bilateral.
- D) Iniciar quimioterapia e aguardar viabilidade fetal para complementação do tratamento..

72- Gestante com 10 semanas relata aparecimento, há três dias, de lesão demonstrada na imagem. Nega antecedentes de lesão semelhante.



Qual é a conduta para melhor cuidado com essa paciente?

- A) Aciclovir creme local e realizar profilaxia intraparto.
- B) Aciclovir creme local e terapia de supressão a partir de 36 semanas até o parto com aciclovir.
- C) Aciclovir via oral por cinco a sete dias e terapia de supressão a partir de 36 semanas até o parto.
- D) Aciclovir via oral, por cinco a sete dias, sem necessidade de terapia de supressão.

73- Gestante na 12ª semana de gestação comparece à emergência com náuseas e vômitos que se intensificaram há uma semana, com muita dificuldade na ingestão de alimentos e líquidos. Pesa 70 kg e teve perda de 5 kg na última semana. Refere fraqueza e cansaço e observou redução da diurese. Tem histórico de gastrectomia parcial (*sleeve gastrectomy*) há três anos, com grande perda de peso (45 kg). Nega comorbidades. Ao exame: PA = 96 x 66 mmHg, FC = 100 bpm, mucosas secas e coradas. Enquanto se aguardam resultados de eletrólitos e demais exames, qual é a conduta inicial mais adequada nesse caso?

- A) Manter dieta via oral e iniciar solução de ringier lactato intravenoso.

- B) Indicar jejum e iniciar solução fisiológica e tiamina intravenosa.
- C) Manter alimentação via oral e repor volume com solução glicofisiológica IV.
- D) Restringir alimentação via oral, controlar glicemia capilar e iniciar solução glicosada 10% com KCl 10-20 mEq/L IV.

74- Nulípara, 15 anos de idade, nove semanas de gestação, chega na urgência por apresentar vômitos há três dias. Encontra-se descorada, desidratada, sonolenta e refere perda de peso de aproximadamente 5%. Diante desse quadro, as alterações metabólicas e hormonais mais esperadas são:

- A) Acidose metabólica, TSH elevado, T4 normal.
- B) Alcalose metabólica, hiperpotassemia, amilase elevada.
- C) Alcalose metabólica hipoclorêmica, hipopotassemia, cetose.
- D) Hemoconcentração, neutropenia, elevação precoce da ureia e da creatinina, aumento de transaminases.

75- Em retorno de consulta pós-parto há 21 dias, lactante refere diminuição gradativa da produção de leite, que inicialmente era abundante, mesmo com a mama ingurgitada. Refere que, nas últimas mamadas, tem ofertado fórmula láctea, assim o recém-nascido fica mais satisfeito e espaça as mamadas durante a madrugada. Nesse caso, que mecanismo justifica a queixa apresentada?

- A) Bloqueio de ducto lactífero por ejeção láctea deficitária.
- B) Apojadura deficiente por produção insuficiente de prolactina.
- C) Lactopoesse inadequada, por sucção ineficiente e ejeção láctea deficitária.
- D) Lactogênese deficiente, por falta de bloqueio do fator inibidor da prolactina.

76- Gestante com sete semanas comparece à consulta pré-natal de alto risco por diagnóstico de doença de Graves há um ano. Nega queixas atuais. Está em uso de metimazol 20 mg/dia e folato. Deseja suspender a medicação antitireoidiana por ter conhecimento sobre os riscos fetais associados. Traz exames recentes de função tireoidiana:

TSH = 0,08 mU/L (referência: 0,6-4,0)

T4 total = 14 mcg/dL (referência: 5,4-10,1)

T4 livre = 2,8 ng/dL (referência: 0,8-1,2)

TRAb = 6 UI/L (referência: 0-1,5).

Ao exame físico, apresenta:

PA = 116 x 78 mmHg;

FC = 105 bpm.

A recomendação apropriada, neste momento, é:

- A) manter doses de metimazol e repetir testes em quatro semanas.
- B) suspender metimazol e repetir os testes laboratoriais em quatro a seis semanas.
- C) suspender metimazol e iniciar propiltiouracil; repetir testes em quatro semanas.
- D) reduzir doses de metimazol e associar propiltiouracil; repetir testes em quatro a seis semanas.

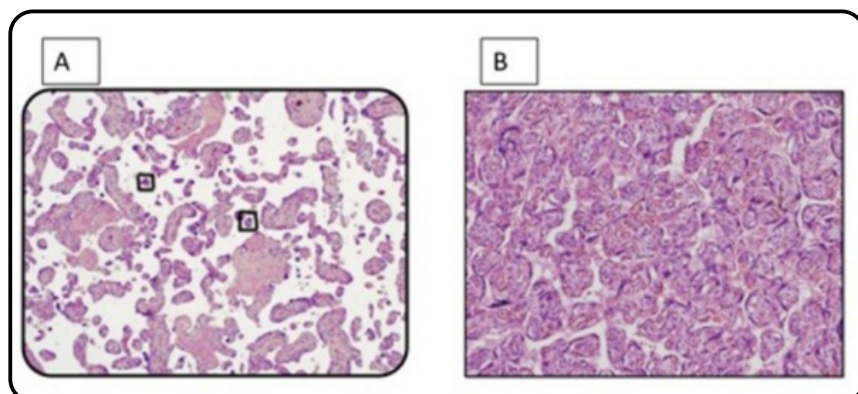
77- Gestante com 16 semanas realiza ultrassonografia demonstrada na imagem a seguir.



Qual é o diagnóstico provável?

- A) Onfalocele.
- B) Gastrosquise.
- C) Herniação fisiológica.
- D) Cisto de cordão umbilical.

78- As imagens A e B representam os exames histopatológicos de duas placentas de terceiro trimestre, oriundas de duas pacientes diferentes. Analise-as.



Com base nos aspectos observados nas imagens A e B, respectivamente, assinale a alternativa correspondente aos diagnósticos mais prováveis.

- A) A: hemorragia intervillosa; B: corangiase
- B) A: pré-eclâmpsia precoce; B: morfologia normal
- C) A: morfologia normal; B: infecção por toxoplasmose
- D) A: infecção por parvovírus; B: descolamento prematuro de placenta

79- Gestante de 26 anos de idade, 25 semanas, comparece ao pronto atendimento com dor epigástrica moderada, em cólica, associada a náuseas, diarreia líquida e sudorese. Relata que os sintomas surgem cerca de 30 minutos após as refeições. Refere história de cirurgia bariátrica (*by-pass* gástrico em Y de Roux) realizada há um ano. Nega febre ou sangramento. Ao exame, encontra-se eupneica, PA = 110 x 70 mmHg, FC = 96 bpm, sem sinais de irritação peritoneal. Ultrassonografia obstétrica sem alterações. Qual é o diagnóstico mais provável e qual é a conduta inicial mais adequada nesse caso?

- A) Colelitíase sintomática; solicitar ultrassonografia abdominal e iniciar analgesia e jejum.
- B) Obstrução intestinal parcial; solicitar tomografia de abdome com contraste e manter paciente em jejum absoluto.
- C) Úlcera marginal anastomótica; solicitar endoscopia digestiva alta e iniciar inibidor da bomba de prótons e sucralfato.
- D) Síndrome de *dumping* precoce; orientar fracionamento alimentar, evitar líquidos durante as refeições e reduzir a ingestão de carboidratos simples.

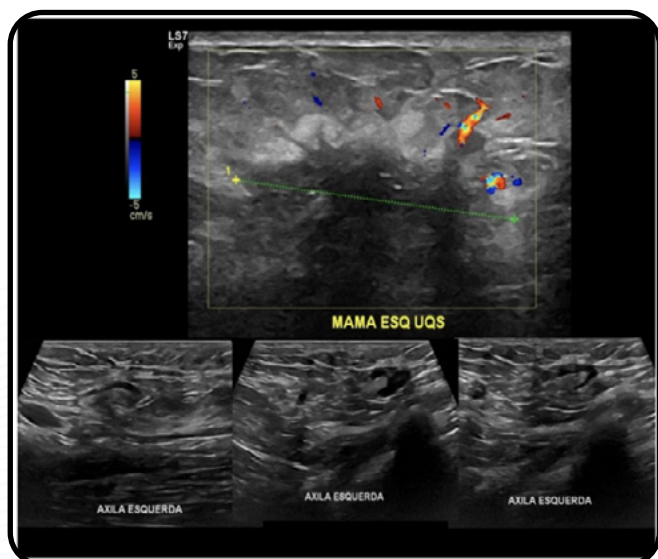
80- Primigesta, 20 anos de idade, 33 semanas de gestação, pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade, em uso de metildopa. Ultrassom obstétrico com peso fetal (1730 g) no percentil 8, cardiotocografia computadorizada com STV (*short term variation/variação de curto prazo*) de 6,0 ms.



Considerando-se as imagens apresentadas, qual é a melhor conduta neste momento?

- A) Indicar resolução imediata da gestação por via alta.
- B) Avaliar vitalidade fetal diária, parto com 39 semanas.
- C) Avaliar vitalidade fetal semanal, parto com 38 semanas.
- D) Avaliar vitalidade fetal duas vezes por semana, parto com 37 semanas.

81- Paciente nulípara, 30 anos de idade, gestante de oito semanas, gestação desejada, apresenta aumento do volume da mama associado à retração mamilar importante na mama esquerda, apresenta exame ultrassonográfico para avaliação.



Qual é a conduta que melhor beneficia essa gestante?

- A) Realizar core *biopsy*; se o resultado for carcinoma, indicar tratamento cirúrgico radical em *up front* (inicial).
- B) Realizar mamotomia; se o resultado for carcinoma, indicar tratamento cirúrgico conservador em *up front* (inicial).
- C) Realizar core *biopsy*; se o resultado for carcinoma, iniciar quimioterapia neoadjuvante após 12 semanas de gestação.
- D) Realizar mamotomia; caso seja carcinoma, iniciar quimioterapia de imediato e prosseguir o tratamento somente quando a viabilidade fetal for possível.

82- Secundigesta, com aborto anterior, 21 anos de idade, com antecedente de anemia diagnosticada no "teste do pezinho", porém sem tratamento ou acompanhamento específico. Não sabe referir o diagnóstico. Apresenta a seguinte eletroforese de hemoglobina: HbA2 = 2,0; HbS = 44,2%; HbC = 49,2%; HbF = 4,6%. Qual é o diagnóstico?

- A) Talassemia.
- B) Esferocitose.
- C) Doença falciforme.
- D) Anemia falciforme.

83- Quartigesta, 28 semanas, três partos pré-termo anteriores entre 28 e 30 semanas, questiona em consulta se pode tomar a vacina contra o vírus respiratório sincicial (VRS). Qual é a orientação correta neste momento?

- A) Indicar a vacina contra VRS no período periparto.
- B) Indicar a realização da vacina contra VRS neste momento.
- C) Aguardar a 32ª semana para indicar a vacina contra o VRS.
- D) Contraindicar a vacina contra VRS em função do risco de prematuridade.

84- Gestante com 25 semanas, sem histórico de sífilis, comparece ao pré-natal com exames laboratoriais de rotina: VDRL reagente 1/4, FTA-ABS não reagente; TPHA, não reagente. Assinale a alternativa que representa a correta interpretação dos resultados e a condução do caso.

- A) Falso-positivo, não tratar.
- B) Cicatriz sorológica, não tratar.
- C) Sífilis recente, tratar com benzilpenicilina-benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única.
- D) Sífilis latente tardia, tratar com benzilpenicilina-benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana por três semanas.

85- Em relação à técnica para medida da pressão arterial em gestante obesa com circunferência braquial de 42 cm, sem disponibilidade de manguito adequado, em que seja necessário usar a tabela de correção disponível nas imagens, considere a medida de PA (sem correção) de 130 x 90 mmHg. Assinale a alternativa que contém a imagem que representa a forma correta para a avaliação da pressão arterial durante a gestação, e o valor da PAD (pressão arterial diastólica) corrigido.

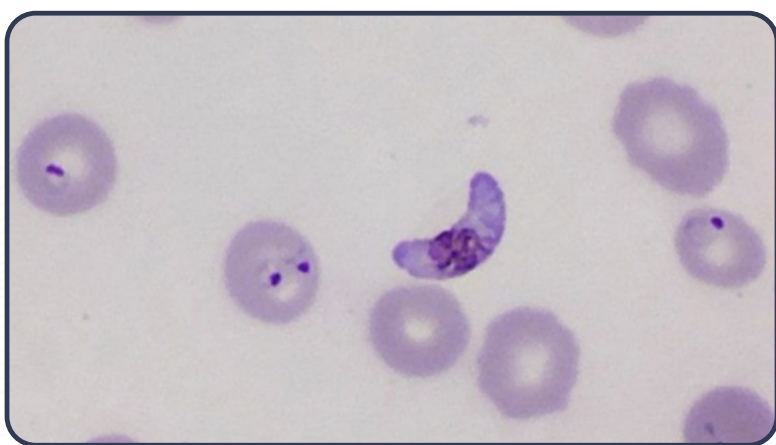


Circunferência do braço (cm)	Correção PA sistólica (mmHg)	Correção PA diastólica (mmHg)
20	+11	+7
22	+9	+6
24	+7	+4
26	+5	+3
28	+3	+2
30	0	0
32	-2	-1
34	-4	-3
36	-6	-4
38	-8	-6
40	-10	-7
42	-12	-9
44	-14	-10
46	-16	-11
48	-18	-13
50	-21	-14

Fonte: Modificado de: Maxwell MH, et al, Lancet, 1982.³⁹
PA (Pressão Arterial).

- A) Imagem D; PAD = 81 mmHg
- B) Imagem B; PAD = 80 mmHg
- C) Imagem D; PAD = 99 mmHg
- D) Imagem A; PAD = 118 mmHg

86- Gestante na 26ª semana, residente na região amazônica, comparece à consulta de pré-natal, relatando febre alta intermitente, calafrios e sudorese há três dias. Ao exame físico, apresenta temperatura de 38,5°C e esplenomegalia leve. Foi realizado o exame de gota espessa, que confirmou a presença de trofozoítos jovens e maduros além de gametócitos em forma de banana (demonstrados na imagem a seguir).



Qual é o tratamento mais adequado para essa paciente?

- A) Cloroquina
- B) Tafenoquina
- C) Primaquina/cloroquina
- D) Artemeter/lumefantrina

87- Primigesta apresenta, nos exames de pré-natal, o teste de imunofluorescência (ELISA) reagente para HTLV1 e teste confirmatório (*Western Blot*) reagente. Nesse caso, qual é a orientação correta na assistência ao parto e no pós-parto dessa paciente?

- A) Via de parto obstétrica, sem restrição à amamentação.
- B) Parto cesáreo eletivo, com supressão da amamentação.
- C) Via de parto obstétrica, com supressão da amamentação.
- D) Profilaxia pré-parto com zidovudina (AZT), liberação da amamentação após imunoglobulina para o RN.

88- Primigesta de 38 semanas encontra-se no segundo período de um parto em apresentação pélvica. A posição é em quatro apoios. O dorso fetal está dirigido para o ventre materno. Após o desprendimento dos ombros fetais, é feito o diagnóstico de cabeça derradeira. Assinale a alternativa que descreve corretamente a manobra inicial indicada.

- A) Com uma das mãos espalmada, elevar e pressionar o dorso fetal (em direção ao sacro materno), enquanto a outra mão se apoia sobre o púbis. O auxiliar ajuda na elevação das pernas fetais.
- B) O operador posiciona os dedos indicador e médio da sua mão dominante nos maldres fetais. Os dedos indicador, médio e anelar da outra mão são posicionados sobre o occipital fetal, forçando a extensão da cabeça, enquanto esta é simultaneamente empurrada contra o sacro materno.
- C) O tórax fetal é apreendido com os dedos polegares na porção ventral dos ombros (sobre as clavículas fetais) e com os demais dedos nas escápulas, sendo, então, o tronco "empurrado" para trás, em direção ao ventre materno.
- D) A posição da parturiente deve ser alterada para litotomia. Com a aplicação dos dedos indicador e médio na base da língua fetal, o polo cefálico fetal deve ser posicionado em occipitopúbica (OP), para aplicação do fórcepe de Piper.

89- Gestante com 10 semanas realiza exame protoparasitológico de fezes, apresentando resultado positivo para *Ascaris lumbricoides*. Nega dor abdominal, diarreia, vômitos, náuseas e hiporexia. Qual é a conduta para melhor cuidado com essa paciente?

- A) Ivermectina 150 a 200 mcg/kg, via oral, em dose única, iniciando 40 dias após o parto.
- B) Mebendazol 100 mg, de 12 em 12 horas, por três dias, após o término do primeiro trimestre.
- C) Tiabendazol 500 mg, via oral, 12 em 12 horas, por três dias, em qualquer idade gestacional.
- D) Metronidazol 250 mg, via oral, de oito em oito horas, por sete dias, após o término do primeiro trimestre.

90- Paciente de 17 anos de idade comparece ao hospital referindo gravidez decorrente de ato de violência sexual. Foi atendida pela equipe multiprofissional, que confirmou a compatibilidade entre o histórico e a idade gestacional. A menor manifestou o desejo de interrupção legal da gestação. Tendo como base a legislação brasileira, assinale a alternativa correta.

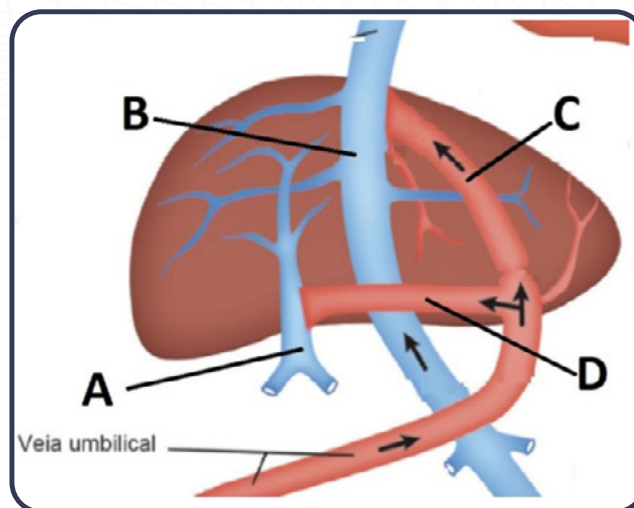
- A) É necessário o consentimento dos pais ou representante legal e deve ser feita a comunicação ao Conselho Tutelar.
- B) Caso os pais diverjam quanto ao consentimento para a interrupção legal da gestação, deve prevalecer a opinião materna.
- C) O caso deve ser notificado à Vigilância Sanitária, mas o consentimento dos pais ou representante legal não é obrigatório.
- D) Caso a equipe de assistência tenha dúvidas quanto à veracidade das informações, o caso deve ser avaliado pelo Conselho Regional de Medicina.

91- Primigesta com 33 semanas é admitida na emergência obstétrica apresentando PA = 90x 54 mmHg; FC = 122 bpm; FR = 32 irpm; SpO2 = 95%; Tax = 37,8 °C; dinâmica uterina 2/10 min (duração de 30 segundos); BCF = 176 bpm. Toque vaginal: colo 80% apagado, médio, 4 cm de dilatação, apresentação cefálica, plano -1 De Lee, bolsa íntegra. Além das medidas iniciais de suporte clínico, propedêutica laboratorial e antibioticoterapia, qual é a conduta recomendada?

- A) Acompanhar evolução do trabalho de parto.
- B) Iniciar sulfato de magnésio para neuroproteção fetal.
- C) Indicar resolução imediata da gestação por cesariana.
- D) Indicar tocólise para corticoterapia para maturação pulmonar fetal.

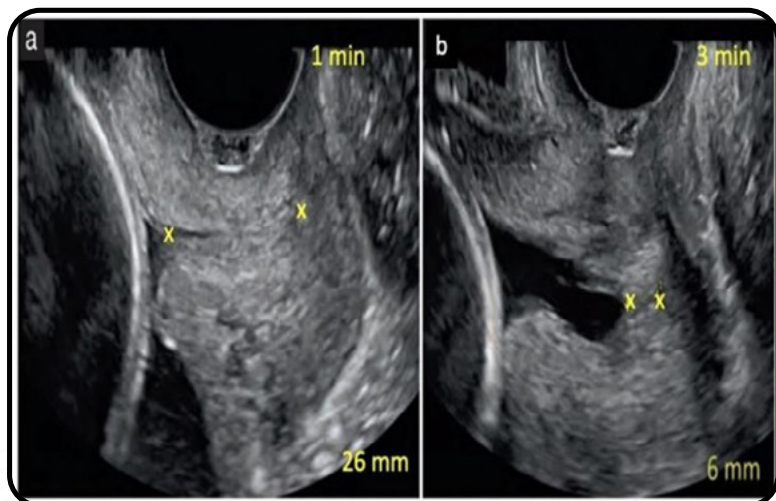
92- A imagem a seguir representa a circulação fetal no território hepático.

Assinale a alternativa cuja letra indica a interconexão existente na circulação fetal que, na restrição de crescimento fetal grave, apresenta alterações de fluxo que indicam aumento da pressão em ventrículo direito do coração.



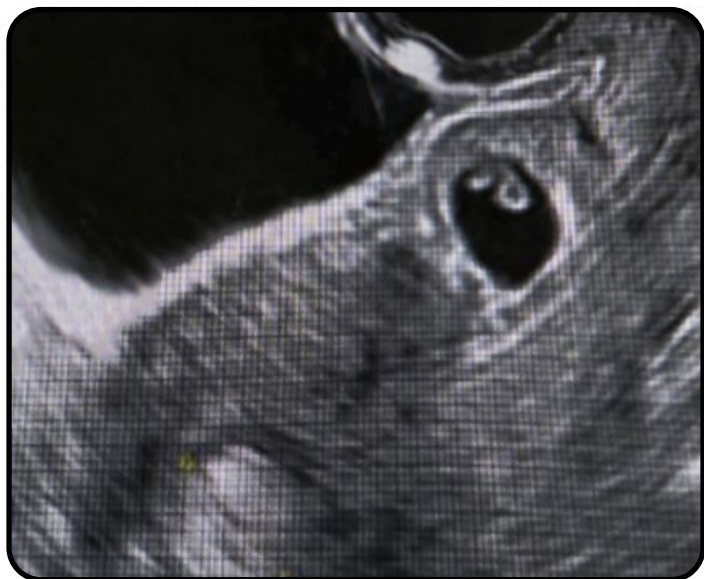
- A) A
- B) B
- C) C
- D) D

93- As medidas do comprimento do colo uterino de uma primigesta na 20ª semana estão demonstradas nas imagens a seguir. Qual é a hipótese diagnóstica e qual é a conduta para o melhor cuidado com a paciente?



- A) Compressão excessiva do colo no minuto 1, colo curto no minuto 3; indicar cerclagem.
- B) Colo normal no minuto 1, contração do istmo no minuto 3; acompanhar no pré-natal habitual.
- C) Contração do istmo no minuto 1, colo encurtado no minuto 3; iniciar progesterona vaginal.
- D) Afunilamento do colo uterino no minuto 1, colo curto no minuto 3; indicar pessário cervical.

94- Mulher de 37 anos de idade, em amenorreia há sete semanas, vem para ultrassonografia transvaginal de datação. Tem história de um parto vaginal sem intercorrência e uma cesariana prévia com hemorragia puerperal. Está preocupada por apresentar sangramento vaginal de volume crescente, mas sem dor, há cinco dias. Ao exame ultrassonográfico, representado na imagem, o saco gestacional localiza-se na parede anterior do útero na região do istmo, com espessura miometrial inferior a 2 mm entre a placenta e a serosa uterina. Os batimentos cardíacos estão presentes e o embrião é compatível com seis semanas de idade gestacional.



O diagnóstico e a melhor conduta para o cuidado com essa paciente são:

- A) gestação intrauterina em evolução; encaminhamento ao pré-natal de risco habitual.
- B) gestação ectópica em cicatriz de cesariana; administração de misoprostol e curetagem uterina.
- C) gestação ectópica em cicatriz de cesariana; administrar metotrexato e posterior procedimento cirúrgico.
- D) gestação intrauterina em evolução; repetir ecografia em três a quatro semanas para acompanhar evolução e posicionamento do saco gestacional.

95- Primigesta de 28 anos de idade é admitida na maternidade com 28 semanas de gravidez, para cesariana devido à pré-eclâmpsia associada a comprometimento importante da vitalidade do conceito. Diante do quadro, a equipe decide pela realização de cesariana com histerotomia corporal. Considerando essa técnica operatória, é correto afirmar que:

- A) a histerotomia corporal demanda abertura ampla da parede abdominal, exigindo assim uma incisão de pele vertical.
- B) na histerotomia corporal, após a abertura do peritônio parietal, realiza-se uma incisão longitudinal no corpo uterino.
- C) a histerorrafia da incisão uterina corporal deve ser feita, em plano único, com fio absorvível e sutura, contínua ou separada.
- D) a histerotomia corporal requer peritonização para reduzir o risco de rotura uterina em gravidez subsequente.

96- Gestante de 27 anos de idade, G2P1, na 30ª semana, procura atendimento por febre alta há cinco dias, cefaleia intensa, mialgia, dor retro-orbital e fadiga extrema. Nas últimas 24 horas, apresentou episódios de sangramento nasal e redução da diurese. Ao exame físico: PA = 90 x 55 mmHg; FC = 115 bpm; T: 38,7°C. Pele e mucosas descoradas, lesões na pele demonstradas na imagem a seguir. Abdome: fundo uterino = 31 cm; BCF = 135 bpm. Exames laboratoriais: plaquetas = 18.000/mm³, hematócrito = 50%; AST = 320 U/L; ALT = 290 U/L; INR = 2,0; Dímero-D = 2500 ng/mL. USG obstétrica: feto vivo, líquido amniótico normal, placenta sem sinais de deslocamento. Qual é a conduta adequada para o melhor cuidado com essa paciente?



- A) Uso de heparina profilática para reduzir risco trombótico.
- B) Hidratação venosa com cristaloides e monitorização rigorosa materno-fetal.
- C) Indução do parto imediato devido ao risco de hemorragia e instabilidade materna.
- D) Administração de transfusão plaquetária imediata para correção da plaquetopenia.

97- Após a finalização de cesariana de urgência, uma equipe obstétrica é avisada sobre a contagem discordante de compressas cirúrgicas, após conferência cuidadosa. Qual é a conduta mais adequada neste momento?

- A) Solicitar ultrassonografia após recuperação anestésica.
- B) Realizar reabertura imediata para revisão cuidadosa da cavidade.
- C) Solicitar tomografia computadorizada após a recuperação anestésica.
- D) Solicitar radiografia simples de abdômen no centro cirúrgico imediatamente.

98- Gestante, G3P2, 32 semanas de gestação, feto único e vivo, em acompanhamento pré-natal de alto risco por apresentar aloimunização ao fator Rh. Na segunda gestação, relata que o recém-nascido necessitou de transfusão de sangue durante a internação neonatal. Na atual gestação, nega realização de procedimento invasivo. Na avaliação ultrassonográfica realizada nesse dia, o Doppler de artéria cerebral média fetal constatou valor do pico de velocidade sistólica maior que 2 múltiplos da mediana. Nesse caso, qual é a conduta para o melhor resultado perinatal?

- A) Corticoterapia e resolução da gestação por cesárea.
- B) Reavaliação do exame de Doppler fetal em uma semana.
- C) Corticoterapia e cordocentese para investigar anemia fetal.
- D) Resolução imediata da gestação por comprometimento fetal.

99- Primigesta de 35 anos de idade, 26 semanas de gestação, com tromboembolismo pulmonar. Não apresentava antecedentes pessoais e familiares de fenômenos tromboembólicos. Após sete dias de internação, recebeu alta hospitalar com anticoagulação plena (enoxaparina 1 mg/kg, de 12/12 horas). Quanto ao acompanhamento dessa paciente, assinale a alternativa correta.

- A) Substituir a heparina de baixo peso molecular por rivaroxabano via oral, e manter por seis meses.
- B) Manter a dose de anticoagulação por 60 dias, modificando para dose profilática até seis semanas pós-parto.
- C) Manter a anticoagulação plena até seis semanas pós-parto, interrompendo apenas para a indução do parto.
- D) A dose da enoxaparina deve ser ajustada mensalmente pela dosagem do TTPA, que deve se situar entre 1,5 e 2,5 vezes o valor normal.

100- Gestante, G2P0A1, na 18ª semana, compareceu à consulta de pré-natal para avaliação de exame de ultrassonografia realizado na 14ª semana, demonstrado na imagem a seguir. Informa que, na gestação anterior, teve perda fetal indolor na 16ª semana. Nesse caso, qual é a melhor conduta para o cuidado com essa paciente?



- A) Realizar cerclagem uterina.
- B) Indicar uso de pessário cervical.
- C) Suplementar com progesterona micronizada vaginal.
- D) Realizar medida seriada do colo uterino a cada duas semanas por ecografia.

101- Quanto à colocação de dispositivo intrauterino (DIU) pós-parto na cesárea, assinale a alternativa correta.

- A) O DIU deve ser inserido via vaginal, logo após o término do procedimento cirúrgico.
- B) O DIU pode ser posicionado no útero tanto com o aplicador quanto com o dedo indicador e médio da mão dominante.
- C) O sistema intrauterino liberador de levonorgestrel apresenta maior risco de expulsão quando inserido na cesárea.
- D) Após a inserção do DIU, o fio deve ser direcionado para o colo uterino, confirmando seu posicionamento pelo toque vaginal.

102- Gestante 35 anos de idade, G2P0A1, com 12 semanas de gravidez, comparece à consulta de pré-natal. Relata um aborto espontâneo no primeiro trimestre e sinaliza que a gravidez atual é oriunda de reprodução assistida. Sem queixas e nega histórico pessoal ou familiar mórbido, mas sinaliza que realizou exames para trombofilias dois meses antes da gravidez, que mostraram os seguintes resultados:

- Anticoagulante lúpico: positivo;
- Anticorpos anticardiolipina: IgG e IgM negativos;
- Anticorpos anti-B2-glicoproteína: IgG e IgM negativos;
- Mutação do Fator V de Leiden em heterozigose: presente;
- Proteína S e proteína C: normais.

Considerando o quadro clínico e laboratorial apresentado, qual é a melhor conduta neste momento?

- A) Prescrever heparina em dose profilática.
- B) Prescrever heparina em dose terapêutica.
- C) Prescrever AAS em baixas doses (100 a 150 mg).
- D) Prescrever heparina profilática e AAS em baixas doses (100 mg a 150 mg).

103- Primigesta, 37 semanas, chega para consulta de pré-natal com intensa cefaleia. Na avaliação inicial, apresenta PA = 170 x 120 mmHg. A equipe assistencial solicita transferência, mas se nega a realizar o sulfato de magnésio, pois não possui bomba de infusão na unidade. Qual é a orientação correta?

- A) Contraindicar uso de sulfato de magnésio nessas condições.
- B) Prescrever sulfato de magnésio tanto de ataque quanto de manutenção, pela via intramuscular.
- C) Fazer esquema de ataque e manutenção intravenoso de sulfato de magnésio, mesmo sem bomba de infusão.
- D) Fazer ataque endovenoso e manutenção intramuscular de sulfato de magnésio para transporte seguro da gestante.

104- Puérpera no 10º dia após parto vaginal sem intercorrências encontra-se chorosa e demonstra desinteresse pelo recém-nascido e cuidados pessoais. Refere que durante a gestação fazia uso de antidepressivo por ter sido diagnosticada com depressão, mas interrompeu a medicação no último mês por receio de complicações com a amamentação. Nesse caso, a melhor opção terapêutica e a orientação para essa paciente, além de psicoterapia é:

- A) introduzir sertralina e manter o aleitamento.
- B) reforçar a rede de apoio familiar e manter o aleitamento.
- C) indicar paroxetina e suspender o aleitamento materno.
- D) introduzir carbonato de lítio e suspender o aleitamento materno.

105- Primigesta de 12 semanas, com 23 anos de idade, comparece à consulta de pré-natal. Queixa-se de cansaço eventual. Não faz uso de nenhuma medicação. Sem outras queixas ou antecedentes dignos de nota. Na ausculta cardíaca, verifica-se um clique sistólico e um sopro sistólico tardio, mais evidentes na área do ápice cardíaco. Exame de ecocardiografia recente demonstra a presença de prolapso de válvula mitral, com regurgitação moderada. Não foi evidenciada disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (VE) ou hipertensão pulmonar. Fração de ejeção em 70% do VE. Quanto à condução desse caso, assinale a alternativa correta.

- A) Não é necessária a prescrição de antibiótico para a profilaxia de endocardite durante a gravidez e o parto.
- B) Deve ser prescrito antibiótico para a profilaxia de endocardite apenas após 36 semanas, mantendo-o até o puerpério.
- C) Deve ser prescrito antibiótico mensal para a profilaxia de endocardite durante a gravidez e também no momento do parto.
- D) Não é necessária a prescrição de antibiótico para a profilaxia de endocardite durante a gravidez, mas ele deve ser prescrito no parto.

106- Puérpera de 19 anos de idade apresenta quadro de hemorragia pós-parto. No momento, queixa-se de sudorese e mal-estar. Ao exame, hipocorada 2+~4+, frequência cardíaca de 134 bpm, PA = 78 x 58 mmHg. Resultado de hemograma coletado logo após o nascimento indica hemoglobina de 9,8 g/dL. Qual é a classificação da gravidade do choque?

- A) Leve.
- B) Grave.
- C) Moderado.
- D) Compensado.

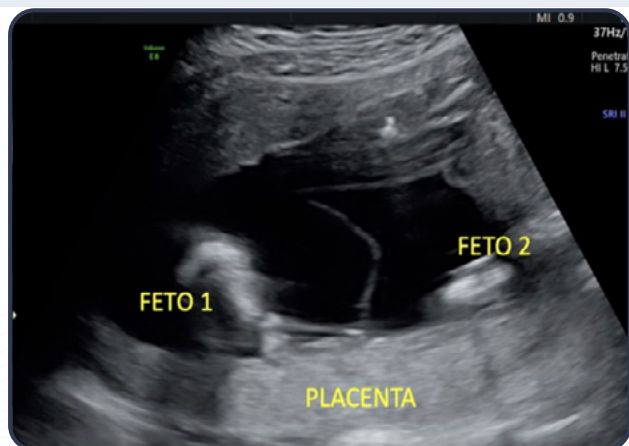
107- Uma paciente de 22 anos de idade, primigesta de 15 semanas, procura atendimento em serviço de urgência devido a sangramento vaginal discreto, sem dor abdominal. Após a realização de ultrassonografia, é diagnosticado óbito fetal. Ao exame, colo uterino fechado. A paciente está estável, sem sinais de choque e deseja a resolução imediata. Qual é a técnica mais adequada para o manejo desse quadro, levando em consideração a segurança e a eficácia do procedimento?

- A) Curetagem uterina imediata.
- B) Aspiração intrauterina imediata.
- C) Dilatação cervical com velas de Hegar e posterior curetagem ou aspiração uterina.
- D) Indução farmacológica com misoprostol e curetagem uterina após a expulsão do feto.

108- Considerando uma gestante com o feto em apresentação pélvica, assinale a alternativa com o fator que aumenta a chance de sucesso na versão cefálica externa.

- A) Nuliparidade.
- B) Placenta anterior.
- C) Posição pélvica completa.
- D) Peso fetal estimado abaixo do percentil 10.

109- Gestante G1P0, 16 semanas, compareceu à consulta pré-natal para levar resultado de ultrassonografia realizada na 13ª semana, demonstrada na imagem a seguir. Qual é o seguimento ultrassonográfico recomendado para a paciente nesse caso?



- A) Mensal.
- B) Quinzenal.
- C) Mensal após a 20ª semana.
- D) Quinzenal após a 20ª semana.

110- Mulher, 31 anos de idade, G1P0, idade gestacional 35 semanas é admitida na maternidade com quadro de descolamento prematuro de placenta, sendo necessário realizar cesariana de emergência. Durante o procedimento, a paciente apresentou quadro de atonia uterina refratária aos uterotônicos. Considerando esse cenário clínico, as indicações e as técnicas das suturas compressivas, assinale a alternativa correta.

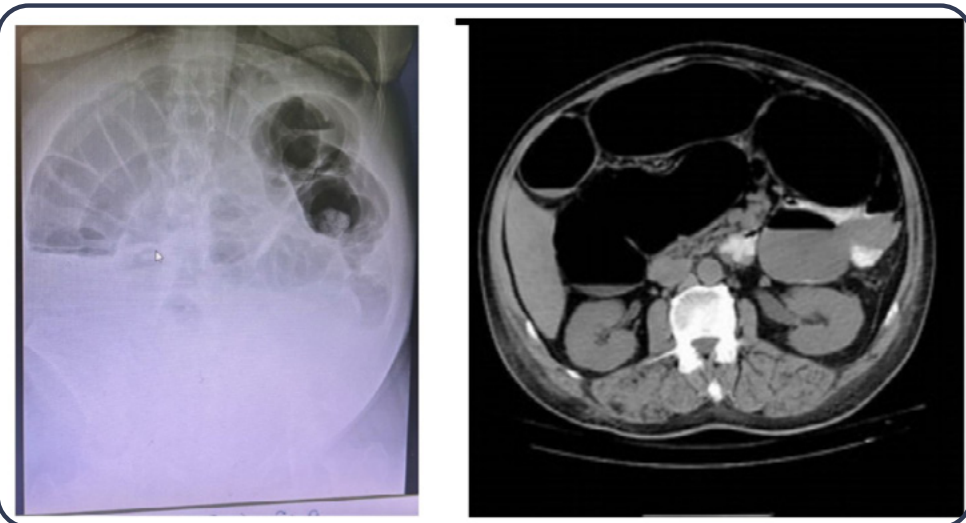
- A) Deve-se realizar compressão manual do útero antes de realizar a sutura compressiva para avaliar a capacidade de controlar o sangramento.
- B) Deve-se preferir a sutura compressiva de Haymann ou Cho, uma vez que são técnicas mais rápidas e mais efetivas que a B-Lynch nesses quadros.
- C) Deve-se preferir a sutura compressiva de B-Lynch, uma vez que essa técnica controla melhor os sangramentos oriundos dos segmentos uterinos inferiores.
- D) Deve-se evitar a associação de uma ligadura de artéria uterina com a sutura compressiva pelo alto risco de comprometimento do futuro reprodutivo da paciente.

111- Primigesta, 25 anos de idade, 39 semanas de gestação, em fase ativa do trabalho de parto espontâneo, feto único e vivo, cefálico, com 6 cm de dilatação, membranas rotas e líquido claro. Não apresenta complicações maternas ou fetais. Evolução do trabalho de parto até o momento sem intercorrências. A cardiotocografia realizada está apresentada na imagem a seguir. Nesse caso, qual é a interpretação dessa cardiotocografia e qual é a conduta?



- A) Presença de desacelerações tardias; realizar a cesárea.
- B) Redução da variabilidade; manter cardiotocografia contínua.
- C) Presença de desacelerações variáveis; realizar amnioinfusão.
- D) Presença de desacelerações precoces; manter vigilância materna e fetal.

112- Primigesta, com diagnóstico de hipotireoidismo prévio, é submetida à cesárea por síndrome HELLP e apresenta, no segundo dia pós-operatório, quadro de dor abdominal que piora ao ficar de pé e dificulta a deambulação. Ao exame: afebril, dispneia FR = 18 ipm; FC = 100 bpm; edema de MMII 3+/4+, distensão abdominal importante. Tomografia e radiografia de abdome demonstrados nas imagens a seguir.



Diante da história e dos exames apresentados, qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A) Volvo cecal
- B) Megacólon tóxico
- C) Obstrução mecânica
- D) Síndrome de Ogilvie

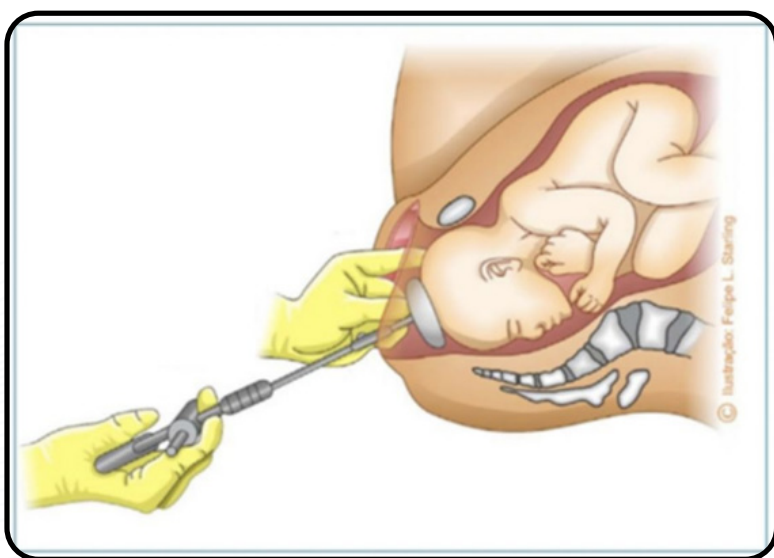
113- Puérpera com diagnóstico de hemorragia pós-parto vaginal secundária à atonia uterina. Considerando-se esse cenário clínico, qual é o momento mais indicado para iniciar a administração do ácido tranexâmico?

- A) Após a falha da ocitocina.
- B) Após a inserção do balão.
- C) Após a falha de todos os uterotônicos.
- D) Imediatamente após o diagnóstico da hemorragia.

114- Mulher, 35 anos de idade, sem acompanhamento pré-natal, G3P2, com histórico de uma cesariana há três anos, tem parto vaginal sem intercorrências. Após 45 minutos do nascimento, não ocorreu a dequitação, apesar do uso de manobras do manejo ativo do terceiro período. Nesse momento, ela apresenta um quadro de hemorragia e, durante a tentativa de retirada manual da placenta, não se identifica plano de clivagem. Diante desse cenário, e considerando as alternativas apresentadas, qual é a conduta mais adequada neste momento?

- A) Realizar histerectomia de urgência.
- B) Realizar a curetagem uterina com cureta puerperal.
- C) Manter a placenta *in situ* e administrar metotrexate.
- D) Realizar a tração do cordão umbilical com manobra de compressão do fundo uterino.

115- Primigesta, 20 anos de idade, 41 semanas de gestação, feto único e vivo, cefálico. Encontra-se em período expulsivo do parto há três horas. Ao exame de toque, a dilatação é total, bolsa rota, variedade de posição OEA, plano +3 de De Lee. Foi indicado o procedimento mostrado na imagem, por exaustão materna.



Nesse tipo de parto operatório, qual dos procedimentos revela uma conduta correta?

- A) Os dedos indicador e médio não devem ser posicionados no polo cefálico, pois prejudicam o acoplamento da campânula.
- B) Inicialmente, deve ser realizada a rotação da campânula para promover a rotação do polo cefálico para OP e, posteriormente, a tração.
- C) A verificação da boa pega é procedimento necessário para confirmar a ausência de tecido materno entre a campânula e a cabeça fetal.
- D) No procedimento da tração, a campânula é removida antes da exteriorização vulvar da mandíbula fetal para facilitar o desprendimento cefálico.

116- Puérpera está no segundo dia pós-parto induzido às 35 semanas por pré-eclâmpsia com sinais de gravidade. Está em uso de duas classes de droga anti-hipertensiva, mantendo difícil controle pressórico. Durante o plantão noturno, a paciente chama a equipe reclamando de cefaleia intensa e alteração visual (escotomas), com PA = 170 x 120 mmHg. Para o melhor cuidado com a paciente, qual é a conduta inicial?

- A) Diazepam.
- B) Sulfato de magnésio.
- C) Nifedipina sublingual.
- D) Nitroprussiato de sódio.

117- Gestante com 16 semanas dá entrada na emergência, apresentando crises convulsivas tonicoclônicas generalizadas subentrantes. O acompanhante refere que a paciente é portadora de epilepsia desde a infância, porém não tem feito uso de medicação desde que descobriu a gravidez. Nesse caso, a melhor opção terapêutica para as crises convulsivas e o fármaco de manutenção para controle da epilepsia são, respectivamente:

- A) fenitoína e levetiracetam.
- B) gabapentina e valproato.
- C) diazepam e carbamazepina.
- D) sulfato de magnésio e lamotrigina.

118- Mulher de 29 anos de idade, no segundo dia do puerpério, previamente diagnosticada com doença de Graves, sem tratamento adequado durante a gestação, apresenta-se com febre alta (39,2°C), agitação psicomotora, náuseas, vômitos, sudorese intensa, intolerância ao calor e tremores finos. Ao exame, está confusa, com exoftalmia bilateral, frequência cardíaca de 148 bpm (irregular), PA = 100 x 60 mmHg.

Exames laboratoriais:

- TSH: < 0,01 µUI/mL
- T4 livre: 4,5 ng/dL
- T3 total: 360 ng/dL
- Leucocitose com neutrofilia
- Glicemia: 168 mg/dL

Enzimas hepáticas elevadas.

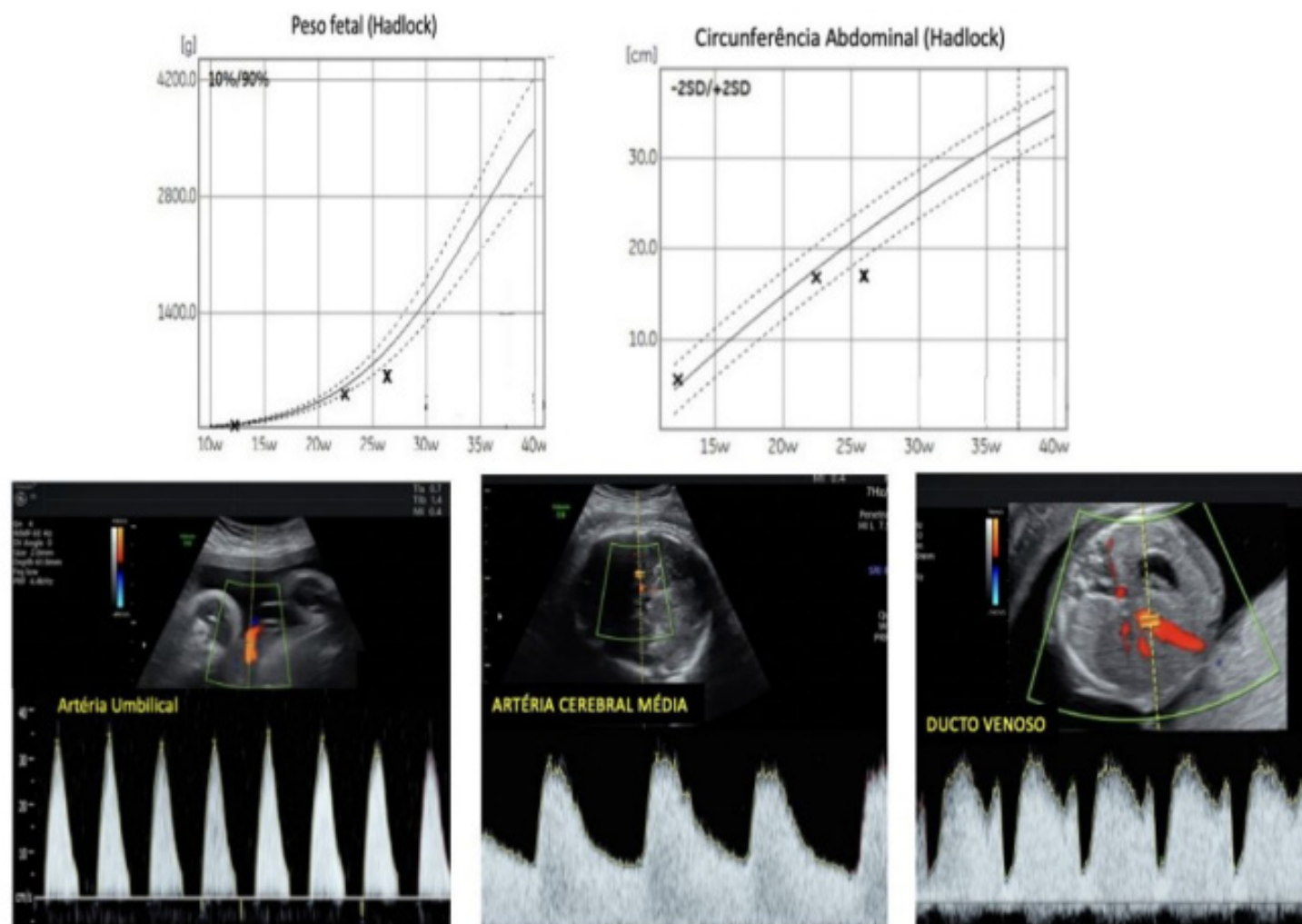
Qual é o diagnóstico e qual é a conduta inicial mais apropriada para esse caso?

- A) Seps; iniciar antibioticoterapia de amplo espectro.
- B) Tireotoxicose; iniciar betabloqueador e benzodiazepínico.
- C) Miocardiopatia periparto; iniciar betabloqueador e corticosteroides.
- D) Crise tireotóxica; iniciar betabloqueador, propiltiouracil e corticosteroides.

119- Gestante hipertensa crônica, com diagnóstico de pré-eclâmpsia sobreposta precoce, chega encaminhada já na vigência de sulfato de magnésio, diurese 40 mL/h, mantendo PA = 170 x 110 mmHg e cefaleia. Foi indicado aumento da dose de manutenção de sulfato de magnésio (2 g/hora) e foi administrada uma ampola de hidralazina endovenosa em bólus (20 mg), com queda da PA para 90 x 60 mmHg em 20 minutos. Considerando esse quadro clínico, assinale a alternativa correta.

- A) É preciso avaliar a função renal dessa gestante para definir a dose de sulfato de magnésio.
- B) É preciso avaliar a magnesemia sérica para definir a dose de manutenção de sulfato de magnésio.
- C) A dose infundida foi adequada para o controle pressórico, sendo importante manter uma PAD < 100 mmHg para evitar sangramento de SNC.
- D) A redução brusca de PA pode causar riscos maternos (acidente vascular cerebral, infarto) e fetais (redução da perfusão uteroplacentária).

120- Gestante com 28 semanas comparece à consulta pré-natal para avaliação de exame demonstrado nas imagens a seguir.



Quais são o diagnóstico, o acompanhamento adequado e a idade recomendada para o parto?

- A) Suspeita de acidose, interrupção da gestação imediatamente.
- B) Suspeita de acidose leve, monitoramento a cada dois dias, parto na 32ª semana.
- C) Insuficiência placentária moderada, monitoramento semanal, parto na 37ª semana.
- D) Insuficiência placentária grave, monitoramento duas vezes por semana, parto na 34ª semana.

3.0 GABARITO

QUESTÕES	RESPOSTAS
1	C
2	C
3	C
4	D
5	A
6	A
7	B
8	B
9	B
10	A
11	B
12	A
13	D
14	D
15	C
16	C
17	A
18	C
19	A
20	D
21	D
22	C
23	A
24	B
25	C
26	D
27	B
28	B
29	B
30	A

QUESTÕES	RESPOSTAS
31	B
32	A
33	D
34	B
35	A
36	A
37	B
38	D
39	D
40	A
41	D
42	A
43	A
44	D
45	A
46	D
47	B
48	A
49	C
50	C
51	C
52	A
53	A
54	D
55	D
56	D
57	A
58	C
59	A
60	A

QUESTÕES	RESPOSTAS
61	C
62	A
63	B
64	C
65	C
66	D
67	D
68	D
69	A
70	D
71	A
72	C
73	B
74	C
75	C
76	C
77	A
78	A
79	D
80	D
81	C
82	C
83	B
84	A
85	A
86	D
87	C
88	C
89	B
90	A

QUESTÕES	RESPOSTAS
91	A
92	C
93	A
94	C
95	B
96	B
97	D
98	C
99	C
100	A
101	B
102	C
103	D
104	A
105	A
106	B
107	D
108	C
109	B
110	A
111	D
112	D
113	D
114	A
115	C
116	B
117	A
118	D
119	D
120	D

4.0 PROVA COMENTADA

01- Mulher, de 55 anos de idade, refere ter tido quatro cistites tratadas com antibioticoterapia nos últimos seis meses. Encontra-se em novo relacionamento há oito meses. É hipertensa em uso de anlodipino. Refere uso diário de testosterona transdérmica e de hidratante vaginal desde a menopausa que ocorreu há cinco anos. Teve parto vaginal gemelar há 15 anos. Ao exame físico: IMC 28 kg/m², aumento da pilificação em face, abdome e virilha e presença de retocelo. Com base nos dados apresentados no caso, os fatores de risco associados à recorrência das cistites são:

- A) sobrepeso, pós-menopausa.
- B) hipertensão arterial sistêmica, idade.
- C) hipoestrogenismo, nova parceria sexual.
- D) prolapso genital, uso exógeno de androgênios.

COMENTÁRIOS:

A definição de cistite de repetição é: presença de, no mínimo, 2 episódios de ITU em 6 meses ou 3 episódios em 12 meses. 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. Assim sendo, guiar o tratamento por urocultura será essencial.

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. 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.

Alternativa A incorreta, pois o sobrepeso não é um fator de risco para cistite.

Indicações de avaliação por imagem ou de especialista (urologia)
Relapso de infecção (quando há novo quadro infeccioso dentro de duas semanas);
Isolamento de <i>Proteus</i> em culturas prévias (associado à nefrolitíase);
Histórico de litíase urinária;
Hematúria persistente.

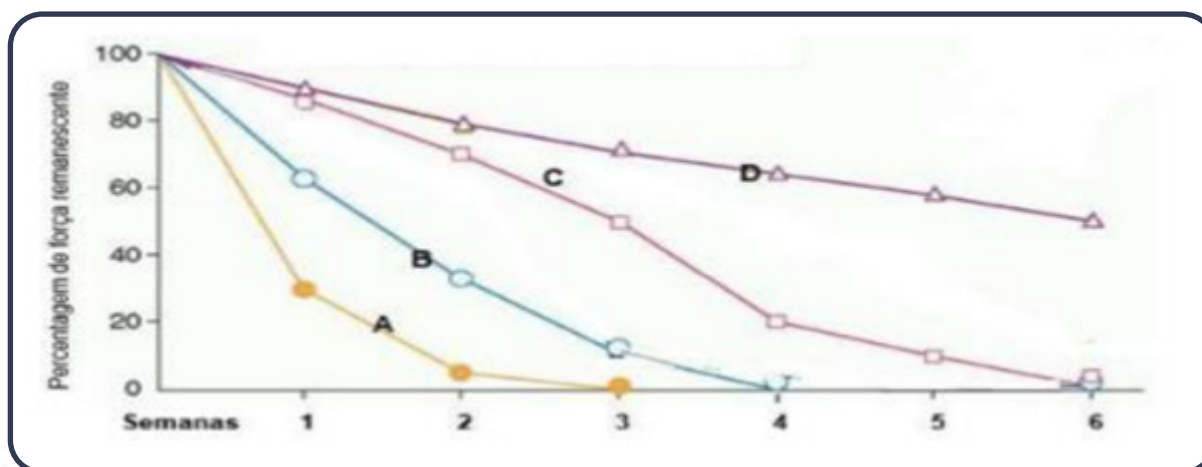
Alternativa B incorreta, pois a hipertensão não aumenta o risco de cistite.

Alternativa C correta, pois o hipoestrogenismo altera a flora vaginal e também altera os mecanismos da continência. Já a nova parceria sexual pode estar associada a uma translocação bacteriana da vagina para a uretra.

Alternativa D incorreta, pois o prolapso de parede posterior não está associado a sintomas urinários.

Gabarito: C

02- O fio mais utilizado nas cirurgias ginecológicas tem sido o ácido poliglicólico ou a poliglactina. Ele apresenta um padrão de absorção e força remanescente compatível com a curva de qual das linhas desta figura?



- A) A
- B) B
- C) C
- D) D

COMENTÁRIOS:

As características fundamentais dos fios com que devemos nos preocupar são as seguintes:

CARACTERÍSTICAS DOS FIOS	
Origem	Biológica ou sintética
Assimilação pelo organismo	Absorvível, não absorvível ou biodegradável
Propriedades físicas	Estrutura (mono ou multifilamentar); diâmetro, força tênsil e memória
Manuseio	Arraste tecidual
Reação tecidual	Potencial de multiplicação bacteriana e intensidade de reação tecidual

ORIGEM

A origem do fio significa o material de que ele é composto.

Os fios de origem BIOLÓGICA ou NATURAL são formados por componentes vegetais ou animais, por exemplo: algodão, intestino de bovinos, bicho da seda. São mais antigos, mas ainda são muito utilizados.

Os fios de origem SINTÉTICA são produzidos em laboratório, por exemplo: poliamida, poliglactina. Eles têm menor reatividade tecidual, por isso, atualmente, são os escolhidos na maioria das vezes!

ASSIMILAÇÃO PELO ORGANISMO

Os fios podem ser absorvíveis ou não absorvíveis pelo organismo. Cada tipo de material possui um tempo para o organismo absorvê-lo, e isso é muito importante porque a força tênsil de um fio irá diminuir com o tempo.

Há fios que são absorvidos em 7 dias, enquanto outros podem demorar até 180 dias!

Atenção para esta informação que pode ser questão da sua prova: os FIOS BIODEGRADÁVEIS não são absorvidos pelo organismo, porém sofrem degradação com o decorrer dos anos.

PROPRIEDADES FÍSICAS

A estrutura do fio pode ser de um único filamento (monofilamentar), que são MENOS maleáveis, ou de múltiplos filamentos (multifilamentares), que têm MAIOR arraste tecidual, ou seja, são mais traumáticos!

Outra característica física é o diâmetro do fio. Na hora de fazer uma sutura, sempre se precisa responder a pergunta: "doutor, você quer um fio 2-0 ou 3-0?". E agora?

Há padrões de espessura padronizados pela indústria: fios de MAIOR DIÂMETRO variam de 0-6 a 1-0 e fios de MENOR DIÂMETRO variam de 1-0 até 12-0!

A FORÇA TÊNSIL deve sempre vencer a RESISTÊNCIA do tecido até a cicatrização e é diretamente proporcional ao diâmetro do fio; outras características do fio também irão interferir na força tênsil.

FIOS DE SUTURA INABSORVÍVEIS		
Monofilamentar	Multifilamentar	Misto
Ethilon® (nylon - poliamida)	Seda	Nurolon®
Dermalon® (nylon - poliamida)	Ethibond® (poliéster revestido com polibutilato)	
Prolene® (polipropileno)	Algodão	
Novafil® (polibutester)	Mersilene® (poliéster)	
Aço		
FIOS DE SUTURA ABSORVÍVEIS		
Monofilamentar	Multifilamentar	
Monocryl® (glicolida+épsilon-caprolactona)	Catgut (fibra natural)	
PDS® (polidioxanona)	Vicryl® (poliglactina)	
Maxon® (poligliconato)	Dexon® (poliglicólico)	

A imagem da questão mostra a degradação da força tênsil de diferentes fios ao longo das semanas. Para resolver essa questão, devemos entender o perfil do fio ácido poliglicólico (Dexon®) ou poliglactina 910 (Vicryl®) — que são os fios absorvíveis sintéticos multifilamentares mais utilizados em Ginecologia.

Características da poliglactina/ácido poliglicólico:

- Possui força tênsil por 4 a 5 semanas
- Reabsorção completa em cerca de 70 dias
- Utilizado em tecidos com cicatrização intermediária (fáscia, musculatura, subcutâneo)
- A linha correta é a C.

Incorreta a alternativa A. A curva A representa um fio com absorção bastante rápida, por exemplo Catgut.

Incorreta a alternativa B, pois o Vicryl mantém tensão até a quarta e a quinta semanas pós-operatórias.

Correta a alternativa C, conforme explicado na introdução.

Incorreta a alternativa D, pois temos um fio de absorção lenta, como a polidioxanona ou inabsorvíveis.

Gabarito: C

03- Adolescente de 16 anos de idade teve parto há um mês. O recém-nascido está em amamentação exclusiva e apresenta IMC de 31 kg/m². Ela deseja iniciar a contracepção. O método contraceptivo considerado categoria 1 da OMS para essa paciente é:

- A) acetato de medroxiprogesterona trimestral.
- B) anticoncepcional oral combinado.
- C) pílula de progestogênio.
- D) anel vaginal.

COMENTÁRIOS:

Nossa paciente tem muitas características para levarmos em conta na escolha do contraceptivo:

- Idade
- Obesidade
- Amamentação
- Tempo de pós-parto

A questão quer saber que método pode ser utilizado sem restrições. Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. Apesar de conter apenas uma progesterona e estar liberado para a paciente nessa fase de amamentação, o injetável trimestral é categoria 2 em pacientes com idade menor que 21 anos, pois está associado à redução de massa óssea durante o período de uso.

Incorreta a alternativa B. Como o estrogênio altera a quantidade e a qualidade do leite, não devemos utilizar durante a fase de amamentação. Entre 6 semanas e 6 meses é um método categoria 3.

Correta a alternativa C. A pílula de progestogênio pode ser utilizada sem restrições aqui, já que a progesterona não interfere na amamentação.

Incorreta a alternativa D. O anel vaginal é um método combinado (estrogênio + progesterona), o que impede seu uso na amamentação

Gabarito: C

04- Mulher de 30 anos de idade parou a pílula há dois meses para gestar e teve dois ciclos regulares. Traz dosagem de hormônio Anti-Mülleriano (AMH) no limite inferior para a idade. Está preocupada porque tem "poucos óvulos". No histórico do casal, não existem fatores de risco para infertilidade. A orientação mais adequada para esse caso é:

- A) repetir a dosagem de AMH.
- B) encaminhá-la para tratamento de reprodução assistida.
- C) realizar a contagem de folículos antrais para avaliar a reserva.
- D) orientá-la a seguir tendo relações, pois o AMH não está relacionado ao potencial reprodutivo natural.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, nós, ginecologistas, temos que ter muito cuidado na indicação e interpretação de exames para avaliação de reserva ovariana. É importante que expliquemos para a nossa paciente que o melhor marcador de reserva ovariana é a idade dela e que esses testes dizem muito mais sobre a resposta dela ao processo de estimulação ovariana do que propriamente refletem diretamente a reserva. Logo, os testes não devem ser solicitados em pacientes sem fatores de risco para baixa reserva, como é o caso da paciente em questão.

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. Não há indicação de repetir o exame de dosagem de AMH, já que ele não deveria nem ter sido solicitado.

Incorreta a alternativa B. O casal nem preenche ainda critérios de infertilidade conjugal.

Incorreta a alternativa C. A paciente não tem indicação de avaliação de reserva ovariana. Seguem as principais indicações:

INDICAÇÕES DOS TESTES DE RESERVA OVARIANA
>35 anos
História familiar de menopausa precoce
Presença de ovário único
Cirurgia ovariana prévia
Quimioterapia e radioterapia prévia
ISCA (infertilidade sem causa aparente)
Baixa resposta à estimulação com gonadotrofinas exógenas
Pacientes que irão se submeter a técnicas de reprodução assistida

Correta a alternativa D. Pacientes jovens, sem critérios para avaliação de infertilidade, têm um prazo de até 12 meses de relações sexuais desprotegidas para que, então, se inicie a investigação.

Gabarito: D

05- Mulher de 40 anos de idade, nuligesta, sem comorbidades, refere perda urinária aos esforços com piora gradativa e aumento de frequência urinária há um ano. Realizou um estudo urodinâmico que mostrou fluxo de pressão normal e cistometria com pressão

de perda urinária de 40 cm, H₂O e ausência de contrações involuntárias do detrusor. De acordo com o caso exposto, a conduta mais adequada é:

- E) fisioterapia do assoalho pélvico.
- F) colpofixação retropúbica.
- G) cadeira eletromagnética.
- H) *sling* retropúbico.

COMENTÁRIOS:

O tratamento da incontinência urinária aos esforços divide-se em clínico e cirúrgico. Nos últimos anos, o tratamento conservador vem ganhando mais espaço devido à baixa taxa de efeitos colaterais. A Sociedade Internacional de Continência recomenda o tratamento conservador como primeira linha para IUE.

Os exercícios terapêuticos para o assoalho pélvico, também chamados de exercícios de Kegel, promovem o fortalecimento da musculatura pélvica com séries de poucas repetições e aumento progressivo de força. Com a musculatura mais forte, a sustentação uretral torna-se mais efetiva. As taxas de sucesso variam entre 30% e 80%. Os músculos exercitados com essa técnica são principalmente os levantadores do ânus, sobretudo o músculo pubococcígeo.

O tratamento cirúrgico está indicado nos casos em que houve falha no tratamento conservador ou quando a paciente optar por essa terapêutica. Diversas técnicas cirúrgicas já foram empregadas e estudadas e todas visam reconstruir o suporte uretral que foi perdido ao longo do tempo. Ao mesmo tempo que elas criam esse suporte, é fundamental que não haja complicações associadas à retenção urinária.

Consideramos que esta questão deveria ter seu gabarito oficial modificado, porém a banca não aceitou o recurso.

Alternativa A correta, pois a fisioterapia do assoalho pélvico é a primeira linha de tratamento para IUE.

Alternativa B incorreta, pois as colpofixações perderam espaço no tratamento da IUE com o advento dos slings.

Alternativa C incorreta, pois a cadeira eletromagnética não é um tratamento de primeira linha.

Alternativa D correta, segundo a banca.

Gabarito EMED: A

Gabarito TEGO: D

06- Mulher de 28 anos de idade vem à consulta manifestando preocupação em relação ao seu risco, uma vez que a irmã, dois anos mais velha, está em tratamento para câncer de mama. Em consulta de aconselhamento genético, apurou-se que ela apresenta a mesma mutação patogênica da irmã no gene CDH1. Como medida redutora de risco, é importante recomendar:

- A) evitar o álcool, praticar atividade física regular e o controle de peso.
- B) iniciar quimioprevenção com tamoxifeno 5 mg ao dia por três anos.
- C) realizar salpingo-ooforectomia redutora de risco entre 40 e 45 anos.
- D) realizar mastectomia redutora de risco entre 30 e 35 anos.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, mulheres portadoras de mutação patogênica no gene CDH1 apresentam risco significativamente elevado de desenvolver câncer de mama, especialmente o subtipo lobular invasivo, com estimativas de risco ao longo da vida entre 39% e 55%. As medidas de redução de risco e vigilância recomendadas para essa população devem ser individualizadas, considerando o contexto familiar, idade, preferências pessoais e o perfil de risco para câncer gástrico difuso. Para o câncer de mama, as principais estratégias incluem:

1. Vigilância intensiva: a recomendação consensual é iniciar rastreamento anual com ressonância magnética das mamas a partir dos 30 anos, devido à baixa sensibilidade da mamografia para o carcinoma lobular invasivo em portadoras de mutação CDH1. A mamografia pode ser associada, mas não substitui a ressonância. O papel da ultrassonografia é controverso, podendo ser considerada em mamas densas. O exame clínico anual também é recomendado.

2. Cirurgia redutora de risco: não há consenso absoluto sobre a indicação universal, mas é uma opção válida e discutida em centros de referência. A mastectomia bilateral redutora de risco pode ser considerada, especialmente em mulheres com mutação CDH1, dado o risco comparável ao de portadoras de mutações BRCA1/2. A decisão deve ser compartilhada, levando em conta o impacto psicossocial, as complicações cirúrgicas e as preferências da paciente.

3. Quimioprevenção: a decisão deve ser individualizada. O uso de moduladores hormonais, como tamoxifeno, pode ser considerado para redução de risco em mulheres com mutações de alta penetrância, incluindo CDH1, entretanto a evidência é extrapolada de populações com mutações BRCA e não é específica para CDH1.

4. Educação e aconselhamento genético: o acompanhamento por equipe multidisciplinar é fundamental, incluindo aconselhamento genético, suporte psicológico e discussão sobre fertilidade e saúde reprodutiva. Para o risco de câncer gástrico difuso, recomenda-se discutir a gastrectomia profilática total a partir dos 20 anos, especialmente em famílias com histórico de câncer gástrico, devido à limitação da vigilância endoscópica. Em famílias sem histórico de câncer gástrico, pode-se considerar vigilância endoscópica anual, embora a sensibilidade seja limitada.

A salpingo-ooforectomia profilática não é indicada para redução de risco de câncer de mama em portadoras de mutação CDH1, pois não há associação aumentada com o câncer de ovário.

Em resumo, as medidas prioritárias para mulheres jovens portadoras de mutação CDH1 incluem afastar fatores de risco do câncer de mama, vigilância mamária intensiva com ressonância magnética anual a partir dos 30 anos, acompanhamento multidisciplinar e avaliação do risco gástrico para considerar gastrectomia profilática

Agora vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A: trata-se de caso de alto risco para o desenvolvimento do câncer de mama, sendo indicado afastar fatores de risco desta paciente.

Incorreta a alternativa B, porque a quimioprevenção pode ser considerada, mas seria uma extrapolação em comparação ao risco quando

há mutação do BRCA, não sendo específica para mutação do CDH1. Ou seja, não é um protocolo bem estabelecido.

Incorreta a alternativa C, não é indicada a salpingo-ooforectomia nos casos de mutação de CDH-1 porque não há associação com aumento do risco de câncer de ovário.21%

Incorreta a alternativa D, porque não há consenso absoluto sobre a indicação universal e seria uma opção válida se discutida em centros de referência.

Gabarito: A

07- Mulher de 24 anos de idade refere que, há seis meses, iniciou relacionamento com um novo parceiro e vem apresentando muita dor ao tentar penetração vaginal. Refere sexarca aos 18 anos sem histórico de desconforto nas relações sexuais previamente. Ao exame especular, vagina e colo normais. A inspeção vulvar está apresentada na imagem a seguir.



De acordo com o caso apresentado, assinale a alternativa que indica qual é o diagnóstico provável e seu tratamento.

- A) Vaginismo uso de dilatadores vaginais.
- B) Vestibulodinia localizada provocada - lidocaína tópica à 5%.
- C) Vulvodínia generalizada espontânea - antidepressivo tricíclico.
- D) Síndrome miofascial pélvica dolorosa - fisioterapia do assoalho pélvico.

COMENTÁRIOS:

O que podemos visualizar na imagem?

Presença de introito vaginal NORMAL! Por que isso é importante para a questão? Existem várias causas que cursam com os transtornos de dor genitopélvica e algumas delas estão associadas a lesões na vagina e na vulva, o que não existe no caso.

Outro detalhe importante é que a paciente não tinha um histórico anterior de desconforto em relações sexuais, o que já fala bastante contra vaginismo, já que nesses casos a contração da musculatura pélvica existe desde o início das tentativas sexuais.

Dito isso, vamos analisar as alternativas

Incorreta a alternativa A, pois o fato da paciente já ter tido relações sexuais sem intercorrências fala contra o vaginismo

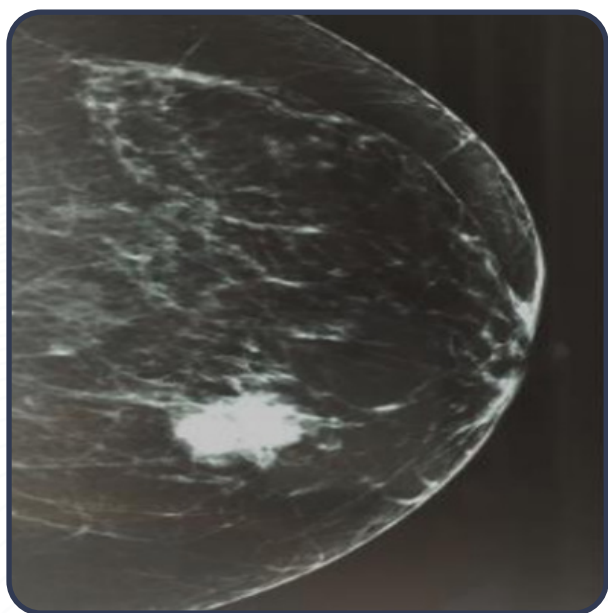
Correta a alternativa B, pois como a dor é somente na penetração, tem evolução acima de 3 meses e não há outra causa que justifique, temos o diagnóstico de vestibulodinia localizada e um dos tratamentos preconizados é o uso de anestésico local.

Incorreta a alternativa C, pois seria generalizada se a dor acometesse toda a vulva e espontânea se não tivesse um fator desencadeante

Incorreta a alternativa D, pois a dor da síndrome miofascial pélvica dolorosa é uma dor crônica, profunda, mal localizada, em peso ou queimação, que pode irradiar para região lombar e membros inferiores, desencadeada ou exacerbada pela palpação de pontos gatilho no assoalho pélvico., vamos analisar as alternativas:

Gabarito: B

08- Mulher de 55 anos de idade foi atendida com queixa de "caroço na mama". O exame clínico evidenciou nódulo em mama esquerda medindo 2 cm, com axilas livres. Mamografia compatível com o exame clínico, representada na imagem a seguir. O laudo histopatológico confirmou a hipótese mais provável.



Assinale a alternativa que indica a conduta a ser realizada.

- A) Reavaliação com mamografia e ultrassonografia em seis meses.
- B) Quadrantectomia, estudo do linfonodo sentinela e radioterapia.
- C) Quimioterapia neoadjuvante seguida de radioterapia e trastuzumabe.
- D) Mastectomia com esvaziamento axilar, radioterapia e quimioterapia adjuvantes.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa paciente de 55 anos de idade apresenta um nódulo irregular de 2 cm na sua mama esquerda. A hipótese mais provável para esse caso é de câncer de mama e esse diagnóstico foi confirmado no estudo histológico.

Trata-se de uma lesão pequena em relação ao tamanho da mama e a paciente não apresenta contraindicações para o tratamento cirúrgico conservador, sendo indicada a quadrantectomia. Veja abaixo as contraindicações da quadrantectomia.

Contraindicações para o tratamento conservador do câncer de mama (quadrantectomia)	
Tumores muito grandes em relação ao volume da mama	
Microcalcificações extensas	
Impossibilidade de margens livres	
Radioterapia torácica prévia	
Desejo da paciente	
Tumores multicêntricos (em diferentes quadrantes da mama)	
Doenças vasculares do colágeno em atividade — exceto artrite reumatoide (porque impedem a realização de radioterapia complementar)	

Nesse caso, temos a indicação de realizar biópsia do linfonodo sentinela. As indicações para a realização do estudo do linfonodo sentinela são:

- Axila clinicamente negativa
- Tumor T1 ou T2 (≤ 5 cm).
- Até 2 linfonodos sentinela comprometidos pela neoplasia no exame de congelação intraoperatória.
- Pacientes submetidas à cirurgia conservadora seguida de radioterapia.

A dissecação axilar (esvaziamento axilar) é indicada nos seguintes casos:

- Três ou mais linfonodos sentinela comprometidos
- Paciente não deseja (ou tem contraindicação) para a radioterapia.

Além disso, essa paciente tem indicação de radioterapia para complementar seu tratamento locorregional, já que, de modo geral, toda paciente submetida à quadrantectomia deve fazer radioterapia complementar.

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a paciente teve a confirmação diagnóstica de câncer de mama, devendo ser submetida ao tratamento o quanto antes.

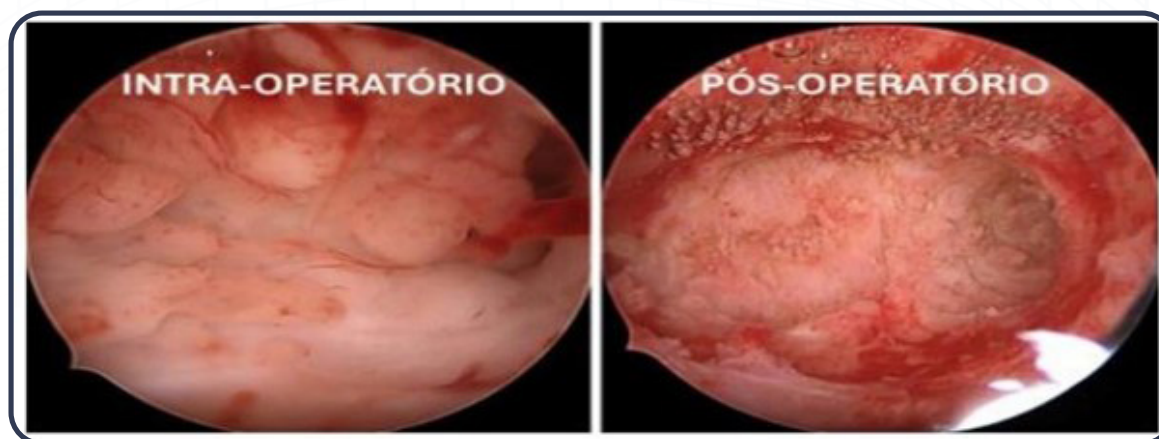
Correta a alternativa B: a paciente tem indicação de quadrantectomia, estudo do linfonodo sentinela e radioterapia complementar.

Incorreta a alternativa C, porque a quimioterapia neoadjuvante é indicada para casos de tumores luminais volumosos (> 5 cm) ou casos de tumores HER2 maior que 2 cm ou triplo negativos maiores que 1 cm. No caso em questão, o enunciado não definiu o subtipo do tumor da paciente e podemos entender que seria luminal porque este é o subtipo mais frequente.

Incorreta a alternativa D, porque a paciente não tem indicação de mastectomia e nem de esvaziamento axilar.

Gabarito: B

09- Mulher de 39 anos de idade, infértil, nuligesta, com indicação de fertilização *in vitro*, é diagnosticada com hiperplasia endometrial atípica com lesão em fundo uterino. As imagens do intra e pós-operatório estão representadas a seguir.

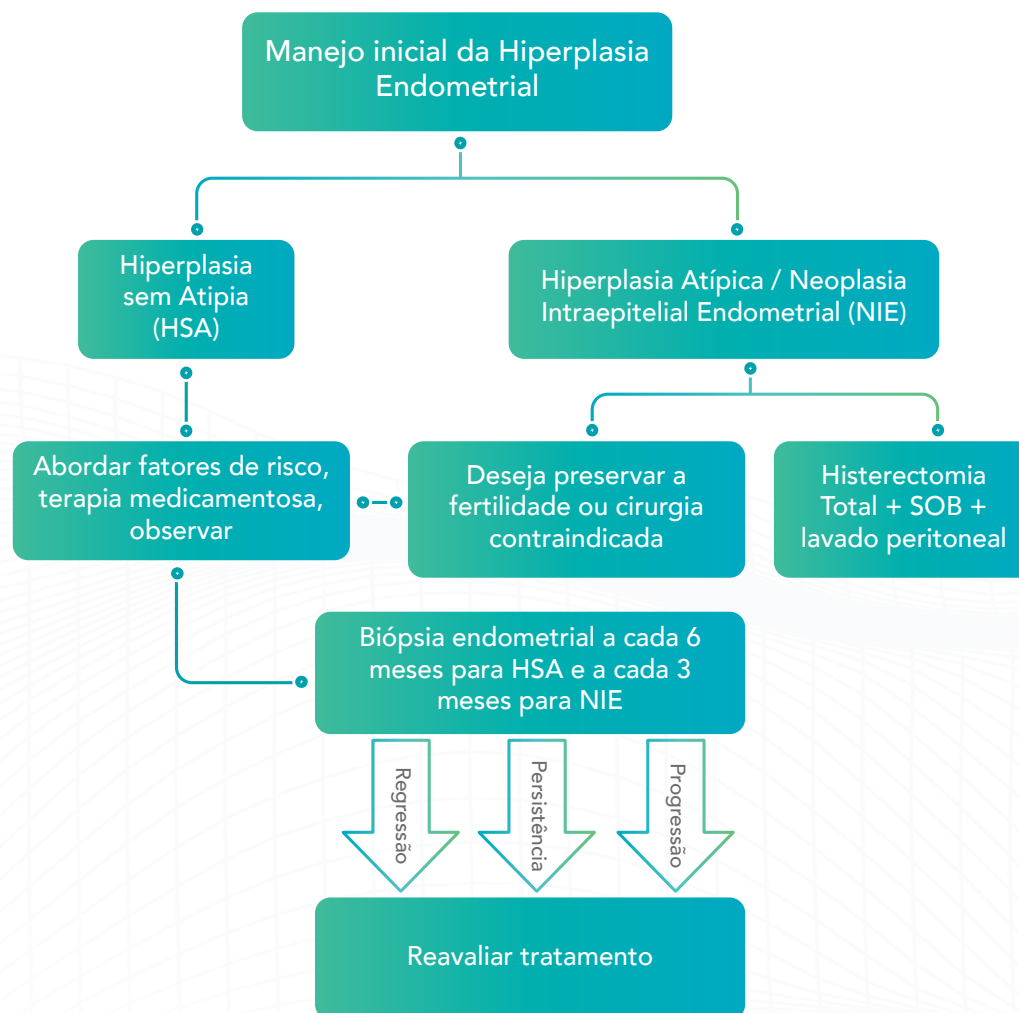


Assinale a alternativa que indica a conduta a ser realizada.

- Acetato de medroxiprogesterona de depósito por dois anos e reavaliar com biópsia.
- Sistema intrauterino de levonorgestrel por três meses e reavaliar com biópsia.
- Pílula anticoncepcional combinada cíclica por um ano e liberar para gravidez.
- Está indicado histerectomia total e salpingectomia bilateral.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, esta é uma questão sobre a conduta diante da hiperplasia endometrial. Veja o fluxograma abaixo:



Veja, nesta tabela, as opções de tratamento medicamentoso para a hiperplasia endometrial:

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)

Tabela: opções de tratamento medicamentoso para a hiperplasia endometrial (Fonte: Tratado de Ginecologia da FEBRASGO, 2019)

Agora vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a paciente deseja engravidar e deve-se fazer a reavaliação do caso em 3 meses.

Correta a alternativa B: trata-se de hiperplasia endometrial com atipia em mulher que deseja engravidar, sendo indicado o tratamento conservador com SIU de levonorgestrel e reavaliação com biópsia após 3 meses.

Incorreta a alternativa C, porque a pílula combinada não é indicada como tratamento da hiperplasia endometrial por apresentar estrógeno na sua composição.

Incorreta a alternativa D, porque a paciente deseja engravidar.

Gabarito: B

10- Mulher de 24 anos de idade, vivendo com HIV, vem consultar por múltiplas lesões genitais, associadas a prurido, dor e sangramento esporádico, conforme imagem apresentada a seguir. Traz confirmação de condiloma em biópsia de vulva e já realizou tratamento com imiquimode por quatro meses.



Com base no caso apresentado, assinale a alternativa que indica o tratamento adequado.

- A) Exérese das lesões.
- B) Vulvectomy simples.
- C) Dupilumabe subcutâneo.
- D) Metotrexate intramuscular.

COMENTÁRIOS:

O que a imagem nos mostra? Múltiplas lesões papilomatosas em toda extensão vulvar, até a região anal, bem características de condilomas, o que dispensaria até a biópsia da lesão.

A paciente é imunocomprometida e já usou imiquimode durante 4 meses. Essa medicação é um imunomodulador e muitas vezes tem ação reduzida em portadores de HIV devido ao estado de imunossupressão. O seu tempo de uso máximo é de 12 a 16 semanas e, não resolvendo o quadro, devemos considerar outro tratamento, como foi o caso aqui.

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A, como estamos diante de uma lesão extensa, especialmente mais próximo da região anal, seria a melhor opção de tratamento.

Incorreta a alternativa B, nossa paciente é muito jovem para a realização de uma cirurgia tão mutiladora, ainda mais por uma lesão que tem baixo risco oncogênico.

Incorreta a alternativa C, não é uma medicação utilizada para o tratamento de condilomas.

Incorreta a alternativa D, também não é uma medicação utilizada para o tratamento de condilomas.

Gabarito: A

11- Mulher de 47 anos de idade, encontra-se no 3° PO de histerectomia total abdominal laparotômica devido a mioma uterino. Retorna ao hospital com queixa de náuseas, vômitos, distensão abdominal e sem evacuar desde o dia anterior à cirurgia. Tem antecedente de tratamento cirúrgico de hérnia cervical e torácica sem sequelas. Ao exame físico, pulso de 86 bpm, PA de 110 x 70 mmHg e temperatura de 37,1°C. Cicatriz cirúrgica em bom estado. Foi solicitada radiografia de abdome, conforme imagem a seguir, e hemograma completo (normal).



Assinale a alternativa que indica a conduta a ser realizada.

- A) Sondagem nasogástrica e tramadol regular.
- B) Hidratação venosa e avaliação eletrolítica.
- C) Dieta oral livre associada à bromoprida.
- D) Laparotomia exploradora.

COMENTÁRIOS:

A pseudo-obstrução colônica aguda (síndrome de Ogilvie), descrita por Sir William Heneage Ogilvie, em 1948, é um distúrbio caracterizado por distensão aguda do cólon, com sinais e sintomas de obstrução colônica, na ausência de uma causa física de obstrução intestinal.

Existem dois tipos:

- **Primária:** há um distúrbio da motilidade devido à miopatia visceral familiar (síndrome da miopatia de víscera oca) ou um distúrbio difuso da motilidade que envolve a inervação autônoma da parede intestinal;
- **Secundária:** forma mais comum, associada a medicações neurolépticas, opiáceos e a uma série de patologias (estão listadas a seguir).

A síndrome de Ogilvie geralmente acomete pacientes hospitalizados ou institucionalizados, em associação com uma doença grave ou após uma cirurgia, em conjunto com um desequilíbrio metabólico ou administração de certos fármacos. As condições predisponentes mais comuns são o trauma não cirúrgico, infecção (sepse), ventilação mecânica e doença cardíaca (principalmente infarto agudo do miocárdio). Já em relação aos procedimentos cirúrgicos, os mais comuns associados são a cesariana e a cirurgia do quadril. Os sintomas, geralmente, ocorrem, em média, em cinco dias no pós-operatório.

Categoria	Exemplos
Medicamentos	Opioides, anticolinérgicos, agonistas alfa-2-adrenérgicos, antipsicóticos, bloqueadores de canais de cálcio, citotóxicos, dopaminérgicos.
Trauma e cirurgia ortopédica	Fraturas, cirurgia do quadril e coluna , hematomas retroperitoneais .
Obstétrica e ginecológica	Cirurgia pélvica, especialmente envolvendo raquianestesia, cesariana , parto vaginal (normal ou instrumental).
Cirurgia ou doença cardiorádica	Cirurgia cardíaca incluindo transplante; infarto do miocárdio , insuficiência cardíaca, pneumonia .
Doenças neurológicas	Parkinsonismo , acidente vascular cerebral, demência, Alzheimer.
Doenças retroperitoneais	Malignidade, hemorragia.
Desequilíbrio metabólico	Diabetes, uremia, hipocalemia, hipocalcemia e hipomagnesemia ; hipotireoidismo, hiperparatireoidismo .
Infecção	Herpes zoster.
Doenças reumatológicas	Lúpus, esclerodermia .

O diagnóstico deve ser suspeitado em pacientes hospitalizados que apresentem distensão abdominal e confirmado por exame de imagem. Geralmente, o diagnóstico é feito por exclusão, sendo primordial descartar uma obstrução intestinal mecânica que necessite de tratamento cirúrgico.

Não há achados laboratoriais patognomônicos em pacientes com pseudo-obstrução aguda. A avaliação laboratorial pode revelar leucocitose e anormalidades metabólicas, especialmente hipocalemia, hipocalcemia e hipomagnesemia, que ocorrem em mais de 50% dos pacientes.

As radiografias abdominais mostram um cólon dilatado, geralmente do ceco, à flexão esplênica, com haustrações normais, semelhante a uma obstrução intestinal baixa. Como os achados radiográficos abdominais não são específicos para a pseudo-obstrução colônica aguda, o papel das radiografias abdominais limita-se a monitorar o diâmetro colônico. O diâmetro de ceco considerado limítrofe, a partir do qual há risco de perfuração ou necrose isquêmica por dilatação aguda, é de 12cm (esse é o diâmetro considerado pela maioria das bancas). Alguns autores consideram um maior risco de perfuração quando o diâmetro cecal é superior a 10cm ou quando a dilatação dura mais de 6 dias.



O tratamento está resumido abaixo:

- Ceco < 12cm: medidas de suporte (jejum, hidratação, correção eletrolítica, SNG).

- Ceco > 12cm e falha no tratamento conservador: neostigmina (opção: anestesia epidural).
- Falha ou contraindicação da neostigmina/anestesia epidural: descompressão endoscópica.
- Falhas na terapia farmacológica e endoscópica: tratamento cirúrgico = colostomia em alça ou cecostomia (sem isquemia).
- Evidências de perfuração ou peritonite: colectomia total e ileostomia terminal.
- Descompressão percutânea (cecostomia): pacientes de alto risco cirúrgico.

Alternativa A incorreta, pois opioides podem piorar o quadro.

Alternativa B correta, pois essa é a conduta inicial.

Alternativa C incorreta, pois deve ser instituído jejum.

Alternativa D incorreta, pois a obstrução não é mecânica.

Gabarito: B

12- Mulher de 34 anos de idade, nuligesta, comparece à consulta, manifestando desejo de utilização de dispositivo intrauterino. Última menstruação há 30 dias, com fluxo escasso. Apresenta ciclos menstruais irregulares e não vem fazendo uso de método contraceptivo. Imediatamente antes da inserção, a paciente apresentou um quadro de ansiedade, sendo necessário adiar o procedimento. Na semana seguinte, a paciente informou que não viria à consulta para inserção do DIU, pois descobriu que estava grávida. Diante do exposto, pode-se considerar a ocorrência de:

- A) *near miss*.
- B) dano evitável.
- C) evento adverso.
- D) incidente sem lesão.

COMENTÁRIOS:

O princípio básico antes da inserção do DIU é ter certeza razoável de que a paciente não está grávida. Como a paciente tinha ciclos irregulares e a última menstruação foi há 30 dias, com fluxo escasso, havia risco de que aquela perda fosse apenas um sangramento de escape ou nidação, e não uma menstruação verdadeira. A gravidez já estava em curso na época da tentativa de inserção → ou seja, tratava-se de falha no diagnóstico de gestação pré-existente.

A questão muda completamente o foco: não é mais só contracepção, mas sim segurança do paciente e classificação de incidentes em saúde.

Vamos relembrar as definições

- **Incidente sem lesão:** evento que ocorre mas **não resulta em dano ao paciente**.
- **Near miss ("quase falha"):** incidente que **poderia causar dano**, mas foi interceptado a tempo.
- **Evento adverso:** incidente que **resultou em dano** (lesão temporária, permanente ou óbito).
- **Dano evitável:** tipo de evento adverso em que o dano poderia ter sido prevenido.

Considerando o caso em questão, o DIU não chegou a ser inserido, pois a paciente descobriu a gravidez. Se o DIU tivesse sido colocado, haveria **risco de complicações (evento adverso)**, mas não foi. Logo, ocorreu NEAR MISS

Gabarito: A

13- Mulher de 44 anos de idade, IMC 43 kg/m², diabética e hipertensa, é submetida à histerectomia total abdominal devido a mioma. No quinto dia de pós-operatório, retorna ao hospital se apresentando desidratada com hipotermia e sinais de toxicidade sistêmica. Refere dor intensa em região de fossa ilíaca e flancos esquerdos, nos quais se observa pele eritematosa, com aumento de temperatura, além de áreas de cianose, crepitação e bolhas superficiais.

De acordo com o caso apresentado, a conduta adequada é:

- A) coletar gasometria, PCR, eletrólitos e hemocultura para auxiliar na suspeita diagnóstica e avaliar extensão do processo.
- B) solicitar imagem de pelve e abdome, preferencialmente ressonância magnética ou tomografia axial computadorizada.
- C) iniciar antibioticoterapia empírica e de amplo espectro, avaliando resposta clínico-laboratorial em até 48 horas.
- D) indicar exploração cirúrgica para confirmação diagnóstica e instituir precocemente o tratamento antimicrobiano.



COMENTÁRIOS:

A imagem e o caso clínico apresentados são compatíveis com fascíte necrosante, uma infecção de partes moles grave, rapidamente progressiva, com risco de vida.

Achados clínicos que sustentam o diagnóstico:

- Pós-operatório recente (5º dia de histerectomia abdominal)
- Paciente imunocomprometida (DM tipo 2, obesidade, HAS)
- Dor intensa desproporcional ao exame físico
- Eritema extenso, áreas de cianose, bolhas e crepitação
- Sinais sistêmicos: hipotermia, desidratação, toxicidade

Esses achados são altamente sugestivos de infecção necrosante de tecidos moles, que demanda intervenção imediata.

Alternativa A incorreta, pois, apesar de os exames serem importantes, a abordagem cirúrgica e a antibioticoterapia são prioritárias.

Alternativa B incorreta, pois, como a suspeição clínica é alta, não devemos postergar o tratamento para realizar exame de imagem.

Alternativa C incorreta, pois o tratamento cirúrgico é mandatório.

Alternativa D correta, pois a cirurgia precoce é essencial. A exploração cirúrgica permite o desbridamento e o diagnóstico definitivo. O atraso no tratamento cirúrgico está associado à alta mortalidade.

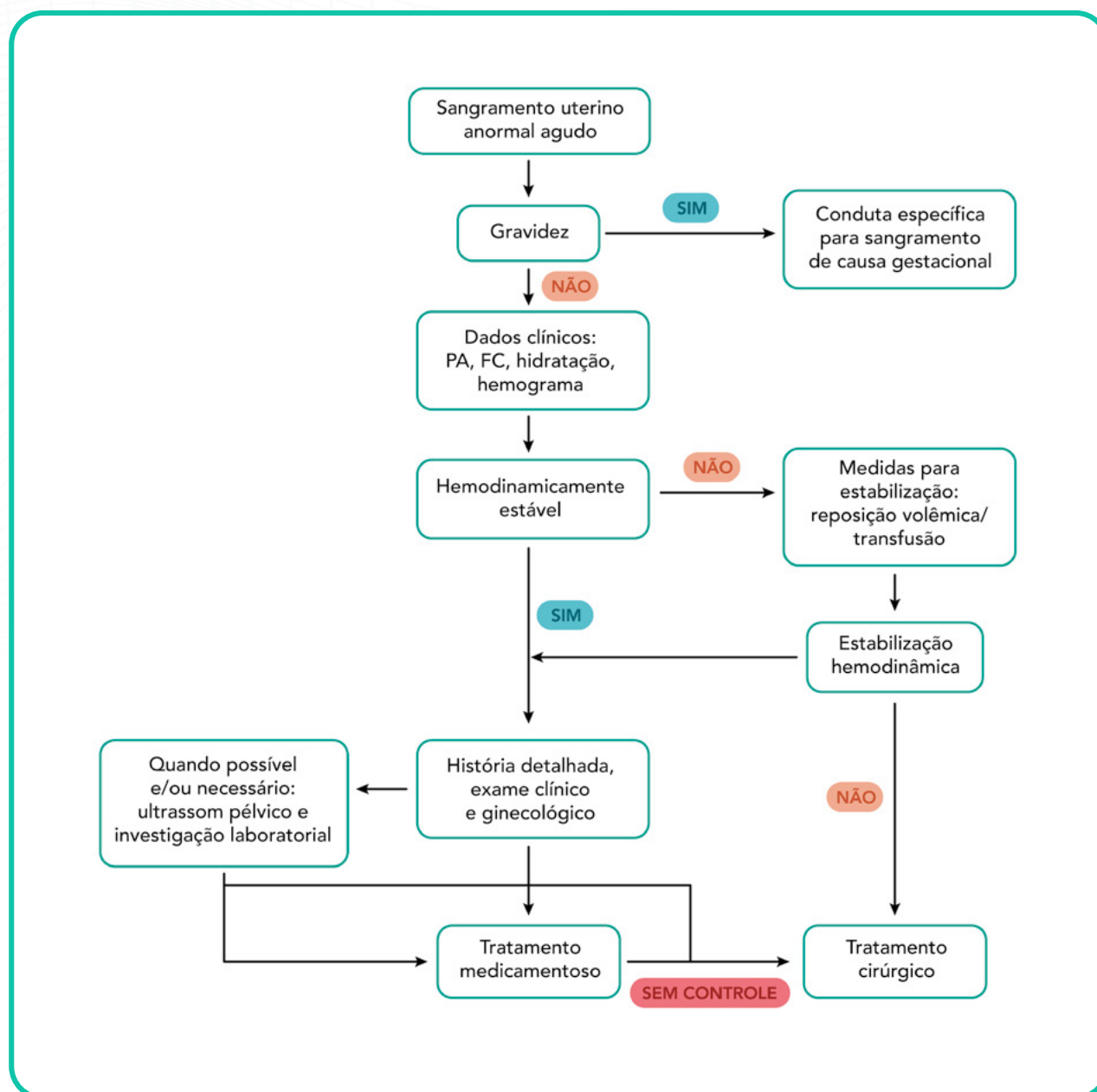
Gabarito: D

14- Adolescente de 16 anos de idade chega à emergência com queixa de sangramento volumoso há sete dias. Refere ciclos menstruais a cada 21 dias, cada vez mais intensos. Está com tontura e mal-estar. Ao exame físico: IMC 22 kg/m², sem comorbidades, PA 100/60 mmHg; FC 80 bpm; mucosas descoradas. Exames: hCG negativo, Hb 9,5 g/dL Htc 27%. Exame ginecológico sem alterações. Assinale a alternativa que indica a conduta mais adequada para esse caso.

- A) Curetagem uterina.
- B) Desogestrel 75 mcg diário contínuo.
- C) Ácido tranexâmico 250 mg de 8/8h por até 10 dias.
- D) Pílula com 30 mcg etinilestradiol de 8/8h por sete dias.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa é uma questão sobre o tratamento do sangramento uterino anormal agudo. Veja o fluxograma abaixo:



Nesse caso, foi afastada a gravidez e a paciente se encontra hemodinamicamente estável, sendo indicado o tratamento clínico medicamentoso. Veja abaixo as possíveis opções para esse tratamento:

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	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).

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a paciente não tem indicação de tratamento cirúrgico para o sangramento uterino anormal agudo, já que se encontra hemodinamicamente estável e ainda não foi tentado o tratamento medicamentoso.

Incorreta a alternativa B, porque esta não é uma opção de tratamento para o SUA agudo.

Incorreta a alternativa C, porque esta não é a posologia indicada de ácido tranexâmico para o tratamento do SUA agudo.

Correta a alternativa D: a pílula anticoncepcional combinada em altas doses é uma das principais opções de tratamento medicamentoso para o sangramento uterino anormal agudo.

Gabarito: D

15- Mulher de 36 anos de idade, com IMC de 24 kg/m², hipertensa leve controlada com diurético, faz exercício regular. Antecedente de pré-eclâmpsia há um ano. De acordo com os critérios de elegibilidade da OMS, o método contraceptivo mais adequado é:

- A) pílula combinada com drospirenona.
- B) acetato de medroxiprogesterona trimestral.
- C) implante de etonogestrel.
- D) anel vaginal.

COMENTÁRIOS:

A prova do TEGO ama cobrar os critérios de elegibilidade da OMS para escolha dos contraceptivos. Nesse caso, nossa paciente é hipertensa. Sabemos que os métodos combinados podem ativar o sistema renina-angiotensina-aldosterona e, por isso, podem aumentar a pressão arterial média em até 20 mmHg. Esse fato só é importante se a paciente já for hipertensa, por isso, em pacientes com essa condição, mesmo que controlada, não devemos prescrever métodos combinados.

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, devido a hipertensão não podemos utilizar estrogênio.

Incorreta a alternativa B, a medroxiprogesterona tem efeito glicocorticoide, por isso pode alterar a pressão arterial, assim sendo, não deve ser prescrita para pacientes hipertensos (contraindicação relativa).

Correta a alternativa C, é a melhor opção entre as alternativas, já que é um método apenas de progesterona.

Incorreta a alternativa D, o anel vaginal é combinado (estrogênio + progesterona).

Gabarito: C

16- Mulher de 27 anos de idade tem história de ciclos irregulares desde a menarca, associados ao aumento de pelos e de acne. Aos 17 anos, iniciou contraceptivo combinado oral para controle dos sintomas e parou aos 26 anos para gestar. Houve um sangramento de supressão após a pausa e depois evoluiu para amenorreia (há cinco meses); mantém desejo de gestação. Ao exame físico, tem IMC de 23 kg/m² e índice de Ferriman de 13. Conforme as recomendações internacionais de manejo da SOP, em casos de retomada de ciclos anovulatórios à suspensão da pílula, a conduta mais adequada é:

- A) induzir a ovulação com inositol.
- B) induzir a ovulação com citrato de clomifeno.
- C) induzir a ovulação com letrozol.
- D) iniciar uso de metformina.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa paciente apresenta um quadro de irregularidade menstrual e hiperandrogenismo, com aumento dos pelos e acne. Esses são critérios diagnósticos para a Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP). O princípio básico da indução da ovulação é elevar os níveis de FSH. Lembre-se de que o FSH é o hormônio folículo estimulante, ou seja, ele estimula o crescimento e amadurecimento dos folículos. Lembre-se também de que o FSH está baixo na SOP.

Temos duas maneiras de elevar os níveis de FSH. Podemos usar medicamentos que estimulam a produção de FSH pela hipófise ou podemos injetar o próprio FSH.

Letrozol: atualmente, o letrozol é a primeira escolha de tratamento medicamentoso para a indução da ovulação nas pacientes com SOP. Ele é um inibidor da aromatase, ou seja, inibe a conversão de testosterona e androstenediona (androgênios) em estradiol e estrona (estrógenos). Com isso, não ocorre o *feedback* negativo de estrogênio na hipófise, levando ao aumento da produção de FSH.

Você deve estar se perguntando: a diminuição da produção de estrógenos não vai ser pior para a mulher com SOP? A produção de estrógenos já não estava diminuída antes, devido à secreção aumentada de LH e diminuída de FSH?

Exato! A resposta está exatamente aí! Vamos voltar para o início: na SOP, temos aumento do LH e diminuição do FSH. Com isso, não ocorre o amadurecimento dos folículos e eles ficam “estacionados”, formando o ovário de aspecto policístico.

O letrozol leva ao aumento da produção do FSH, regulando e equilibrando novamente todo o “sistema”. No primeiro momento, ele diminui a produção de estrogênio mais ainda. O mecanismo de *feedback* se mantém funcionando e a hipófise aumenta os níveis de FSH. Com isso, o folículo dominante (que estava “estacionado”) finalmente amadurece e cresce e os níveis de estrogênio aumentam.

Em um segundo momento (após o uso do letrozol), vai ocorrer a supressão do FSH pelo estrogênio produzido pelo folículo dominante, com a atresia dos outros pequenos folículos em crescimento, ocorrendo a ovulação apenas desse folículo (um único óvulo). Isso é ótimo, porque diminui o risco de uma gestação múltipla.

Tratamento da infertilidade na SOP	
Opção	Tratamento
1a opção	Perda de peso
1a opção (medicamentosa)	Letrozol (mais eficaz)
	Clomifeno
2a opção	Gonadotrofinas (FSH)
2a opção	Perfuração ovariana (<i>drilling</i>)
3a opção	Fertilização <i>in vitro</i> (FIV)

Em resumo, o letrozol “dá um choque no sistema” e faz com que o mecanismo de *feedback*, que estava “parado”, volte a funcionar adequadamente. Com isso, ocorre o reequilíbrio hormonal e a ovulação.

Clomifeno: há muitos anos, o citrato de clomifeno era o medicamento de primeira linha para as pacientes com SOP (e alguns serviços ainda o consideram como a 1ª escolha), com a metformina sendo usada apenas como uma alternativa. No entanto, o clomifeno e a metformina são menos eficazes do que o letrozol para o tratamento da infertilidade.

O clomifeno é um agonista parcial do estrogênio (SERM). Também age induzindo a hipófise a produzir mais FSH. O seu uso pode resultar no desenvolvimento de muitos folículos e um risco de gestação múltipla.

Agora vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque o inositol não é recomendado como opção de tratamento da SOP porque apresenta resultados controversos na literatura.

Incorreta a alternativa B, porque o clomifeno é a segunda opção de tratamento para a indução da ovulação na SOP.

Correta a alternativa C: o letrozol é a primeira opção de medicamento para indução da ovulação nas mulheres com SOP.

Incorreta a alternativa D, porque a metformina apresenta baixa eficácia como indutor da ovulação nas mulheres com SOP.

Gabarito: C

17- Mulher de 35 anos de idade, com três crises de cólica biliar nos últimos seis meses, e ultrassonografia confirmando a presença de cálculos na vesícula biliar, encontra-se na fila cirúrgica para colecistectomia eletiva. Em uso de contraceptivo contendo estradiol e dienogeste e analgésicos. Pretende gestar somente após a cirurgia. De acordo com os critérios de elegibilidade da OMS, a conduta mais adequada é:

- A) trocar para progestagênio isolado.
- B) manter o contraceptivo combinado oral.
- C) trocar para contraceptivo combinado transdérmico.
- D) contraindicar o uso de hormônio e indicar preservativo.

COMENTÁRIOS:

Nossa paciente é portadora de colelitíase. Enquanto não realizar o procedimento cirúrgico, é importante a suspensão do etinilestradiol, pois ele aumenta o potencial litogênico da bile, o que pode desencadear crises e a necessidade de uma cirurgia de urgência. Também devemos evitar a via oral devido ao mecanismo de primeira passagem hepática.

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A, é uma opção que pode ser utilizada sem restrições.

Incorreta a alternativa B, como vimos, manter o contraceptivo combinado oral pode piorar as crises da paciente.

Incorreta a alternativa C, o transdérmico, mesmo por via não oral, contém etinilestradiol, que não deve ser utilizado.

Incorreta a alternativa D, a paciente pode utilizar progestágeno isolado

Gabarito: A

18- Mulher de 45 anos de idade foi submetida à excisão tipo 1 da zona de transformação por meio da cirurgia de alta frequência por lesão intraepitelial escamosa cervical de alto grau. O resultado da peça cirúrgica revelou NIC 3 com margens cirúrgicas comprometidas por NIC 1. A conduta nesse caso é:

- A) histerectomia tipo 1.
- B) colposcopia em três meses.
- C) citologia em seis e 12 meses.
- D) novo procedimento excisional.

COMENTÁRIOS:

Questão que cobra conhecimentos de seguimento pós-tratamento excisional de colo uterino. Sabemos que o principal fator de risco para a recidiva da lesão é a presença de margens comprometidas. Entretanto, sua presença não indica retratamento, já que a reação inflamatória do procedimento e o estímulo ao sistema imune podem contribuir para o clareamento da infecção. Sendo assim, seguem as recomendações de seguimento:

-Margens livres ou comprometidas por NIC 1: realizar citologia em 6 e 12 meses (colposcopia a critério do serviço). Se ambas negativas, dar alta para atenção básica para seguimento anual até completar 5 anos do procedimento.

-Margens comprometidas por lesão de alto grau: realizar citologia e colposcopia de 6/6 meses por 2 anos. Se negativas, encaminhar para a atenção básica para seguimento anual até completar 5 anos do procedimento.

Portanto, correta alternativa C.

Gabarito: C

19- Mulher de 25 anos de idade refere ter tido um aborto espontâneo há 14 dias, com sangramento e saída de restos com odor fétido nesse período. Há três dias, iniciou com febre de 38,5°C, que não cedeu com analgésicos. Deu entrada no pronto-socorro em mal-estado geral, com hipótese diagnóstica de endometrite. De acordo com o caso apresentado, a conduta mais adequada é:

- A) tratamento clínico hospitalar: antibioticoterapia intravenosa até melhora clínico-laboratorial, seguimento com antibioticoterapia ambulatorial.
- B) tratamento clínico hospitalar: antibioticoterapia intravenosa por sete dias e seguimento com antibioticoterapia ambulatorial.
- C) tratamento clínico domiciliar: antibioticoterapia oral e intramuscular por sete dias.
- D) tratamento clínico domiciliar: antibioticoterapia oral e intramuscular por 14 dias.

COMENTÁRIOS:

O tratamento da DIP deve ser o mais precoce possível, com a finalidade de resolver o quadro infeccioso e minimizar complicações associadas. Deve ser instalado o tratamento mesmo que o quadro seja apenas presumido. Antes de entrarmos nos esquemas de tratamento, há um MNEMÔNICO para guardar o tratamento para cada um dos agentes etiológicos da DIP:

G	C
O	L
N	AZITROMICINA
O	M
CEFTRIAXONE	Í
O	DOXICICLINA
C	I
O	A

É importante deixar claro que, nos casos de DIP, a azitromicina não entra como opção nos protocolos, porém é empregada no tratamento de cervicite por clamídia. Em relação ao ciprofloxacino, era uma opção para cervicite por gonococo, porém tem sido retirado dos protocolos devido à elevada resistência encontrada a esse antibiótico.

Uma dúvida importante que se impõe na prática clínica e nas questões de provas é a decisão de como realizar o tratamento da paciente com DIP e se o melhor é o regime ambulatorial ou o hospitalar. Nos casos leves, em que não há comprometimento sistêmico importante, sem sinais de peritonite e que não haja indicações absolutas de internação, o tratamento pode ser realizado ambulatorialmente. É importante que você tenha em mente que esses critérios não são consenso para todas as bancas e servirão para ajudar na resolução das questões. Na tabela abaixo, estão resumidas as condições que sugerem internação hospitalar para tratamento:

Critérios de Internação para a doença inflamatória pélvica

(Ministério da Saúde 2022)

Presença de abscesso tubo-ovariano ou peritonite

Estado geral grave, com náuseas, vômitos e febre

Ausência de resposta clínica após 72h do início do tratamento com antibioticoterapia oral

Intolerância a antibióticos orais ou dificuldade para seguimento ambulatorial

Gravidez

Dificuldade na exclusão de emergência cirúrgica (ex.: apendicite, gravidez ectópica)

Alternativa A correta, pois devido ao estado geral da paciente ela deve ser internada.

Alternativa B incorreta, pois havendo melhora clínica, o antibiótico pode ser transicionado para regime ambulatorial.

Alternativa C incorreta, pois a paciente tem critério de internação e o tratamento sempre deve ser por 14 dias.

Alternativa D incorreta, pois a paciente tem critério de internação.

Gabarito: A

20- Mulher de 21 anos de idade, nuligesta, procura atendimento ginecológico referindo irregularidade menstrual no último ano, com intervalos variáveis e aumento de volume, associada a ondas de calor intensas várias vezes ao dia e ressecamento vaginal. É casada e mantém relações sexuais regulares; não deseja concepção no momento e faz uso de tabelinha. Nega doenças crônicas conhecidas. Foram solicitadas dosagens hormonais, colhidas no terceiro dia do ciclo: FSH = 54 mIU/mL (VN = 2,8 a 10,0 mIU/ml); prolactina = 12 ng/mL (VN < 25 ng/mL) e TSH = 1,7 mIU/mL (VN = 0,5 a 4,0 mIU/mL). De acordo com o caso apresentado, a alternativa terapêutica mais adequada é:

- A) valerato de estradiol 2 mg/dia + diidrogesterona 5 mg por 14 dias do mês.
- B) valerato de estradiol oral 1 mg/dia + DIU de levonorgestrel.
- C) contraceptivo combinado oral no esquema de 21/7 dias.
- D) contraceptivo combinado oral no esquema estendido.

COMENTÁRIOS:

Nossa paciente é muito jovem e já apresenta sintomas climatéricos (ressecamento vaginal e ondas de calor), além de sangramento uterino anormal. Foi realizada toda a propedêutica para sangramento uterino anormal, que evidenciou níveis de FSH acima de 25, o que fala a favor de falência ovariana prematura, anteriormente conhecida como menopausa precoce.

Nesses casos, a realização de terapia hormonal é imprescindível para prevenir osteoporose e para alívio dos sintomas vasomotores. Entretanto, temos um detalhe aqui: nossa paciente não deseja concepção. Sendo assim, a terapia hormonal também deve ter efeito contraceptivo.

Você pode até se perguntar: "na falência ovariana prematura existe chance de gravidez espontânea?" Sim (apesar de remota)!

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, não tem efeito contraceptivo.

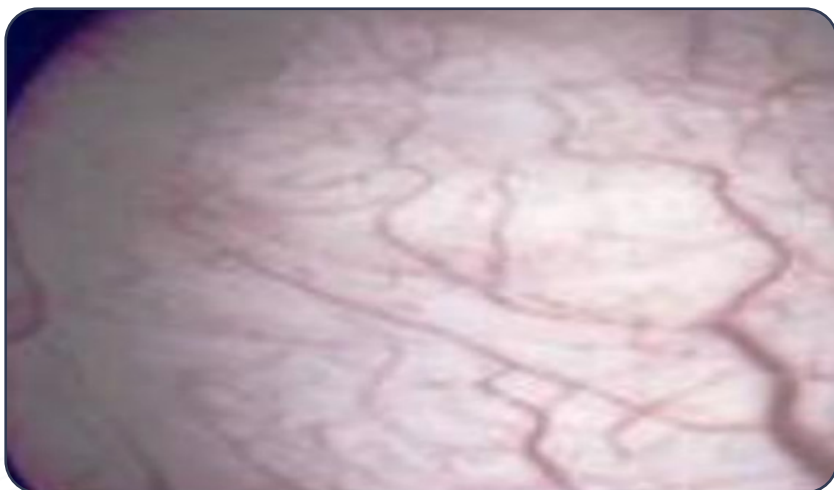
Incorreta a alternativa B, é uma opção terapêutica, já que o DIU hormonal realiza a proteção endometrial e tem efeito contraceptivo e o estrogênio é responsável pelo alívio dos sintomas climatéricos. A banca deu como gabarito a alternativa D, mas julgamos essa também uma resposta possível.

Incorreta a alternativa C, também é uma opção terapêutica, mas não seria a primeira escolha devido ao volume de sangramento da paciente.

Correta a alternativa D, Nos regimes estendidos temos melhor controle do padrão de sangramento da paciente

Gabarito da banca: D

21- Mulher de 46 anos de idade refere hematúria há 10 dias. Foi submetida à uretrocistoscopia, representada na imagem a seguir. O exame identificou meatos ureterais normais e funcionantes.



A imagem cistoscópica sugere:

- A) síndrome da bexiga dolorosa.
- B) cistite não complicada.
- C) neoplasia vesical.
- D) exame normal.

COMENTÁRIOS:

A uretrocistoscopia é um procedimento simples, de baixa morbidade e que permite visualizar a uretra e a bexiga. Tem várias indicações diagnósticas e terapêuticas no âmbito da uroginecologia.

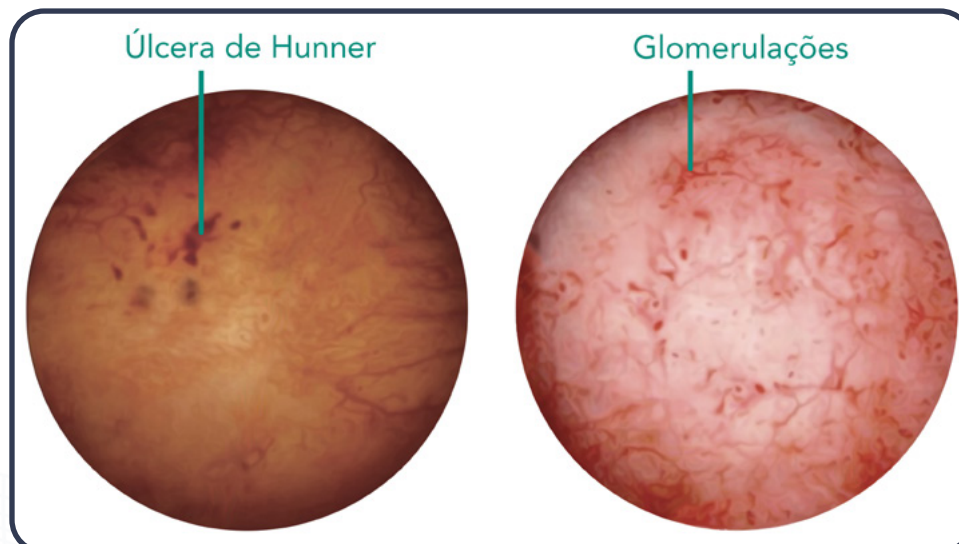
Das indicações diagnósticas, podemos citar a hematúria macroscópica e microscópica persistente, avaliação de complicações cirúrgicas, como corpo estranho suspeito, avaliação de fístulas urogenitais e divertículos uretrais, início repentino e recente de sintomas do trato urinário inferior, dor persistente ou grave na bexiga, achados ultrassonográficos suspeitos, citologia urinária suspeita ou positiva para neoplasia. Pode ser utilizada também como terapêutica nos casos de injeção intravesical de toxina botulínica, retirada de corpo estranho e injeção de agente de preenchimento uretral. A presença de infecção do trato urinário atual é uma contraindicação relativa, porque a instrumentação do trato urinário pode exacerbar a infecção.

Após a limpeza do meato uretral, a uretra é preparada usando-se lubrificante estéril e solúvel em água. Não há evidências de que a lidocaína intrauretral reduza o desconforto em mulheres submetidas à uretrocistoscopia. O cistoscópio é, então, inserido instilando o meio de distensão com ou sem o uso de obturador. A bexiga deve ser distendida com 300 a 500 mL de solução e deve ser examinada na íntegra de forma gradual para se visualizarem todos os quatro quadrantes, os orifícios ureterais e o trígono. De maneira sistemática, primeiramente, se visualiza a bolha de ar às 12 horas, em seguida é feita uma varredura de 1 às 5 horas e de 11 às 7 horas, avaliando as paredes vesicais. Finalmente o trígono e óstios ureterais são observados. Pode-se observar o funcionamento ureteral nesse momento, principalmente quando se utiliza um corante urinário. Os achados benignos que podem ser observados são: compressão extrínseca da parede posterior pelo útero, ureter duplo, ureteroceles, cistite cística, trabeculação de paredes vesicais, canais venosos proeminentes, cicatrizes, pigmentação e cisto de parede vesical. Os achados patológicos incluem: trigonite, inflamação, cistite glandular, cistite intersticial (incluindo lesão de Hunner), corpo estranho, fístula, divertículo, cálculo, câncer, entre outros.

A imagem da questão apresenta os seguintes achados

- mucosa vesical (bexiga urinária) com vascularização normal, sem sinais óbvios de lesões ulceradas, vegetações ou massas.
- Há um padrão de vasos sanguíneos visíveis, de disposição arboriforme, sem sinais de sangramento ativo, mas com possível hiperemia discreta.
- Não há evidência de trabeculações, que poderiam sugerir bexiga de esforço crônica (ex: bexiga neurogênica).
- Ausência de pontos esbranquiçados, como os observados em casos de cistite intersticial (lesões de Hunner).
- Também não se identificam edemas, erosões, tumores papilíferos, nem áreas de necrose ou coágulos.

Alternativa A incorreta, pois a paciente não apresenta úlceras de Hunner (manchas brancas) e nem glomerulações (petéquias).



Alternativa B incorreta, pois, na cistite, veríamos hiperemia, edema e até petéquias.

Alternativa C incorreta, pois não há lesões vegetantes ou polipoides.

Alternativa D correta, conforme descrito acima.

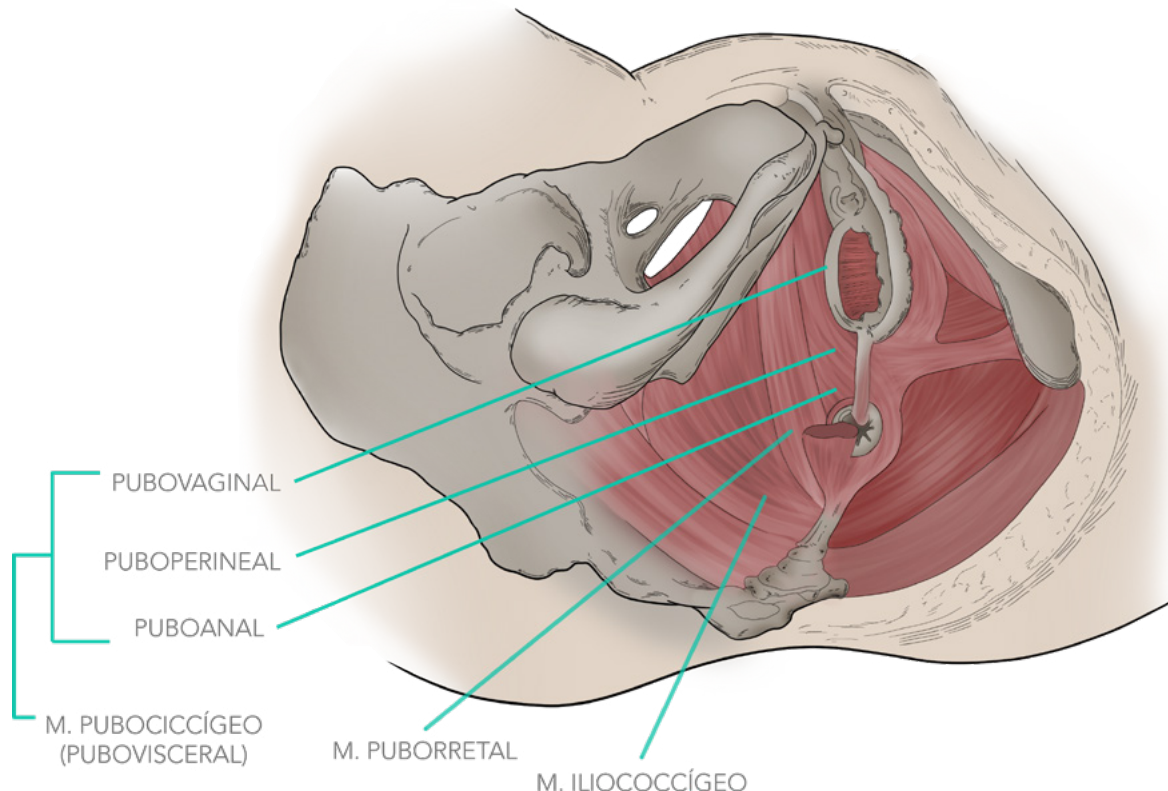
Gabarito: D

22- Mulher de 35 anos de idade, ciclos menstruais regulares, vítima de estupro há 12 anos, procura atendimento por ansiedade extrema progressiva ao tentar manter relações sexuais, com dor intensa e impossibilidade de penetração. Ao exame: contração de toda a musculatura perivaginal, impedindo a passagem de espéculo e toque vaginal. Além da abordagem psicoterápica, a opção terapêutica mais adequada é:

- A) uso de lubrificantes vaginais e creme de estrogênio.
- B) uso de sildenafila e creme de testosterona.
- C) técnica de dessensibilização sistemática.
- D) técnica de masturbação dirigida.

COMENTÁRIOS:

O vaginismo consiste no espasmo involuntário, recorrente ou persistente da musculatura do terço inferior da vagina que causa dificuldade persistente e recorrente para a penetração do pênis, dedo ou objeto na vagina, apesar de a mulher expressar desejo em fazê-lo. A musculatura mais envolvida nesse 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 paciente não tem síndrome geniturinária por hipoestrogenismo.

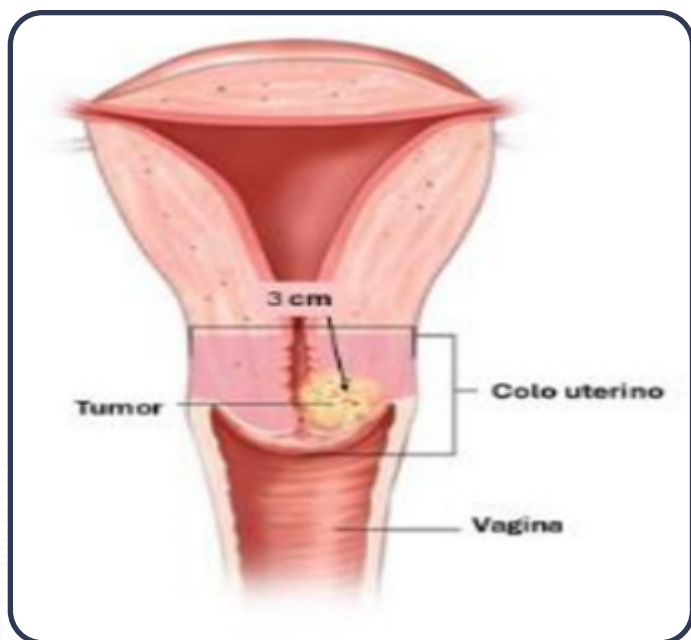
Alternativa B incorreta, pois o transtorno não é hormonal.

Alternativa C correta, conforme explicado na introdução.

Alternativa D incorreta, pois o transtorno não é de orgasmo.

Gabarito: C

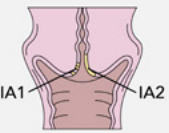
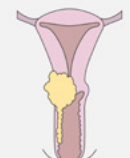
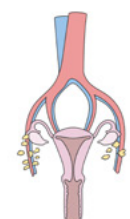
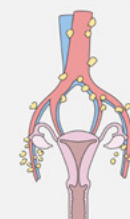
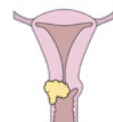
23- Mulher de 35 anos de idade, nuligesta, com diagnóstico histopatológico de carcinoma de colo do útero, representado na imagem a seguir. A conduta é:



- A) Traquelectomia radical.
- B) Histerectomia radical modificada.
- C) Histerectomia tipo III (Piver e Rutledge).
- D) Histerectomia radical + radioterapia e quimioterapia.

COMENTÁRIOS:

Nossa paciente é NULIGESTA e tem um tumor de colo uterino de 3 cm. Vamos relembrar o estadiamento do câncer de colo uterino:

Estadiamento do câncer de colo de útero			Estadiamento do câncer de colo de útero		
Estádio	Descrição		Estádio	Descrição	
I	Tumor restrito ao colo do útero		III	Tumor atinge 1/3 inferior da vagina, ou parede pélvica, ou hidronefrose, ou linfonodos	
IA		Microscópico, com invasão de até 5mm	IIIA		1/3 inferior da vagina
IA1		Invasão < 3mm	IIIB		Parede pélvica/hidronefrose/rim não funcionante
IA2		Invasão entre 3-5mm	IIIC	Linfonodos pélvicos ou para-aórticos	
IB	Profundidade de invasão ≥ 5 mm (maior que estágio IA) com lesão restrita ao colo		IIIC1		Linfonodos pélvicos
IB1		Tumor < 2cm	IIIC2		Linfonodos para-aórticos
IB2		Tumor entre 2-4cm	IV	Invasão além da pelve, ou bexiga, ou reto	
IB3		Tumor ≥ 4cm	IVA		Metástases em órgãos pélvicos adjacentes
II	Invade além do útero sem atingir 1/3 inferior da vagina ou parede pélvica		IVB		Metástases em órgãos a distância
IIA	Invade 2/3 superiores da vagina				
IIA1		< 4cm			
IIA2		≥ 4cm			
IIB		Invasão parametrial sem atingir parede pélvica			

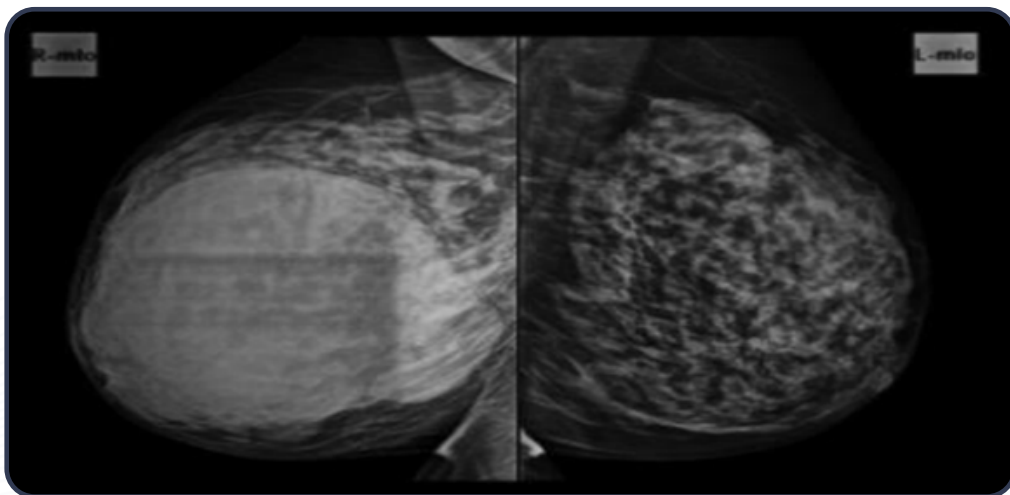
O tumor da paciente é, portanto, estadiado 1b2. O posicionamento da Febrasgo deixa claro que a preservação da fertilidade no câncer de colo uterino só é possível em tumores até o estágio 1b1 (<2 cm).

A banca deu como resposta a alternativa de traquelectomia, mas essa seria opção para tumores 1a2 ou 1b1. Portanto, valia recurso nesta questão.

Correta a alternativa A, segundo a banca.

Gabarito da banca: A

24- Mulher de 46 anos de idade vem à consulta ginecológica referindo crescimento da mama direita há quatro meses. Durante o exame, foi evidenciada lesão nodular, bem delimitada, não aderida a planos contíguos. Apresenta sinais de dilatação venosa na mama acometida. Ultrassonografia mamária demonstra orientação da lesão paralela à pele, com áreas císticas no seu interior e mamografia observada na figura. Foi realizada biópsia que revelou comprometimento de tecido fibroepitelial e conjuntivo, com hiperplasia do estroma, além de projeções em formas de folhas no interior das cavidades císticas.



O diagnóstico para esse caso é:

- A) hamartoma.
- B) tumor filoides.
- C) fibroadenoma complexo.
- D) adenocarcinoma mucinoso.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa paciente apresenta um tumor mamário volumoso, de crescimento rápido, bem delimitado, não aderido a planos contíguos. Apresenta sinais de dilatação venosa na mama acometida. Ultrassonografia mamária demonstra orientação da lesão paralela à pele, com áreas císticas no seu interior e o estudo anatomopatológico revelou comprometimento de tecido fibroepitelial e conjuntivo, com hiperplasia do estroma, além de projeções em formas de folhas no interior das cavidades císticas.

Essa descrição é característica do tumor filóide, ou tumor *phyllodes*, uma neoplasia fibroepitelial da mama que representa menos de 1% dos tumores de mama. Esses tumores são abordados no meio das doenças benignas da mama, mas podem ter um comportamento biológico maligno, podendo recidivar e metastatizar em alguns casos.

O termo "phyllodes" significa folha e descreve as projeções papilares típicas que são vistas no exame patológico. Ocorre em mulheres, com idade média de 45 anos, mas pode acometer a mulher durante a vida inteira.

O tumor filóide pode ser benigno, maligno e *borderline* ("em cima do muro"). O benigno se comporta como os fibroadenomas, mas pode recidivar localmente. Por outro lado, o maligno pode se espalhar e produzir metástases a distância e, pior ainda, em alguns casos, pode se transformar em um sarcoma.

Costuma se apresentar clinicamente como um nódulo indolor, grande, fibroelástico, bem delimitado e móvel. Sua principal característica é o crescimento rápido. Em alguns casos, devido a esse crescimento rápido, pode ocupar toda a mama e provocar úlceras isquêmicas pela compressão dos vasos da pele. A pele por cima do tumor se torna brilhante e esticada.

Estrategista, lembre-se de que a principal característica do tumor *phyllodes* é o crescimento rápido!

Preste atenção nas suas características:

- Crescimento rápido
- Consistência fibroelástica
- Nódulo grande (> 3 cm)
- Nódulo móvel

Esse tumor costuma ser parecido com os fibroadenomas nos exames de imagem. Até mesmo nas biópsias, pode ser confundido com os fibroadenomas, sendo necessária a retirada completa do tumor para se ter um diagnóstico anatomopatológico definitivo.

A classificação dos tumores *phylloides* só pode ser feita no exame anatomopatológico, através da análise histológica de toda a lesão, após sua exérese. Lembra que eu disse que, às vezes, nem a biópsia consegue diferenciar o *phylloides* dos fibroadenomas? A classificação histopatológica em benignos, *borderlines* ou malignos é feita com base na avaliação de quatro características:

- grau de atipia celular estromal
- atividade mitótica
- margens tumorais infiltrativas ou circunscritas
- crescimento excessivo do estroma (ou seja, presença de estroma puro sem epitélio)

O tratamento é a ressecção completa do tumor com margens livres de, pelo menos, 1 cm. O tipo de cirurgia vai depender do tamanho do tumor no momento do diagnóstico. Para tumores pequenos, diagnosticados no início, a tumorectomia é o tratamento de escolha. Se o tumor comprometer toda a mama devido a seu rápido crescimento, o tratamento escolhido é a mastectomia.

Esse tumor não costuma acometer os linfonodos, portanto não há necessidade de abordar a axila das pacientes e realizar a linfadenectomia.

Devido ao risco de recidiva ou metástases, devemos acompanhar as pacientes que foram tratadas.

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque o hamartoma se caracteriza por um "pedaço" de tecido mamário encapsulado dentro da mama. Ou seja, é "uma mama dentro da mama". Seria visível na mamografia como uma área de tecido mamário normal encapsulada e não apresenta crescimento ou formação de tumor.

Correta a alternativa B: o diagnóstico para esse caso é de tumor filoides.

Incorreta a alternativa C, porque o fibroadenoma complexo não apresenta hiperplasia do estroma nem projeções em formas de folhas no interior das cavidades císticas.

Incorreta a alternativa D, porque o adenocarcinoma mucinoso não costuma apresentar crescimento rápido e se mostra com áreas de conteúdo mucinoso no estudo anatomopatológico. O subtipo clássico (carcinoma mucinoso puro) exibe agrupamentos de células neoplásicas de baixo grau flutuando em extensos lagos de mucina extracelular, com limites tumorais geralmente bem definidos e baixo índice mitótico.

Gabarito: B

25- Com relação ao metabolismo ósseo em mulheres, assinale a alternativa correta.

- A) O rastreamento densitométrico é indicado para as mulheres a partir dos 50 anos.
- B) O estradiol tem importante papel, reduzindo a apoptose dos osteoclastos.
- C) A osteoporose primária é atribuída ao processo de envelhecimento ou menopausa.
- D) O estradiol tem efeito na redução da apoptose dos osteócitos, aumentando a reabsorção óssea.

COMENTÁRIOS:

O osso está em um processo contínuo de reabsorção e formação.

- Osteoclastos: células responsáveis pela reabsorção óssea, criando "crateras" no osso.
- Osteoblastos: células que secretam matriz óssea para preencher as crateras.
- Osteócitos: osteoblastos "aposentados" imersos na matriz óssea recém-secretada.

A regulação dos osteoclastos é crucial:

- RANK-L (Ligante do Receptor Ativador do Fator Nuclear Kappa B): liga-se ao seu receptor (RANK) para diferenciar o osteoclasto e iniciar a reabsorção óssea.
- Osteoprotegerina: proteína que se liga ao RANK-L, impedindo sua ligação ao RANK e, assim, inibindo a ativação dos osteoclastos.

O estrogênio desempenha um papel protetor vital na saúde óssea:

- Inibe o crescimento e a multiplicação dos osteoclastos.
- Reduz os níveis de citocinas pró-reabsorptivas (IL-1, IL-6 e RANKL).
- Aumenta os níveis de osteoprotegerina.
- Estimula a atividade e a sobrevivência dos osteoblastos.
- Favorece a absorção intestinal de cálcio e sua fixação nos ossos. O hipostrogenismo (baixa de estrogênio) resulta em aumento da reabsorção óssea.

Alternativa A incorreta, pois a densitometria é recomendada a partir dos 65 anos.

Alternativa B incorreta, pois o estradiol inibe a proliferação dos osteoclastos.

Alternativa C correta, pois a osteoporose primária é decorrente do processo natural de envelhecimento, sem causa subjacente.

Alternativa D incorreta, pois o estrogênio reduz a reabsorção óssea.

Gabarito: C

26- Homem trans de 25 anos de idade comparece para consulta de rotina. Está em uso de cipionato de testosterona há três anos, em amenorreia há 18 meses, com boa resposta clínica e está satisfeito com seu fenótipo. Iniciou relacionamento com homem cis há seis meses, mantendo relações sexuais desprotegidas, com função sexual satisfatória. Nega desejo de concepção no momento. Com relação aos métodos contraceptivos, é correto afirmar que:

- A) o uso de testosterona na terapia afirmativa de gênero promove a supressão do eixo gonadal e funciona como contraceptivo.
- B) independentemente do *status* menstrual, há necessidade de se associar um método contraceptivo que não pode conter estrogênios.
- C) a testosterona não garante contracepção, entretanto homens trans que evoluem com amenorreia dispensam o uso de método contraceptivo.
- D) se deve associar método contraceptivo ao uso da testosterona, podendo ser hormonal de qualquer natureza ou não hormonal.

COMENTÁRIOS:

Temos uma questão que envolve contracepção na população LGBTQIA+. É importante sempre avaliar as práticas sexuais do paciente, para analisar se existe risco gestacional. Nesse caso, existe o risco de gravidez, já que há atividade penetrativa desprotegida. Por mais que o uso de testosterona interfira no eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, não podemos considerar isso como medicação contraceptiva e sempre devemos oferecer contraceptivo em pacientes que não desejam gestar.

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, como vimos acima, apesar de alterar o eixo, a testosterona não funciona como contraceptivo.

Incorreta a alternativa B, o paciente não tem nenhuma condição clínica que contraindique o uso de estrogênios.

Incorreta a alternativa C, a amenorreia, mesmo indicando ovulação deficiente, não garante a contracepção.

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

Gabarito: D

27- Mulher de 72 anos de idade, com fratura prévia de rádio, traz o resultado da densitometria óssea, com T score:-2,0. A avaliação pelo FRAX (Fracture Risk Assessment Tool) encontra-se representada na imagem a seguir.

Calcule as probabilidades de Fraturas Maiores e Fraturas de Quadril por Osteoporose, respondendo ao questionário abaixo, proveniente do site da FRAX Brasil

Instrumento de cálculo

Por favor, responda as perguntas abaixo para calcular a probabilidade de fratura nos próximos 10 anos com DMO

País: **Brasil** Nome/ID: **QUESTÃO TEGO** A respeito dos fatores de risco

Questionário:

- Idade (entre 40 e 90 anos) ou data de nascimento
Idade: 72
- Gênero
☐ Masculino ☒ Feminino
- Peso (kg)
61
- Altura (cm)
158
- Fratura prévia
☐ Não ☒ Sim
- País com Fratura de quadril
☐ Não ☒ Sim
- Tabagismo atual
☒ Não ☐ Sim
- Glicocorticóides
☐ Não ☒ Sim
- Artrite reumatóide
☐ Não ☒ Sim
- Osteoporose secundária
☒ Não ☐ Sim
- Alcool 3 ou mais unidades/dia
☒ Não ☐ Sim
- Densidade óssea do colo do fêmur (g/cm²)
T-score: -2

Clear Calculate

BMI: 24.4
The ten year probability of fracture (%)

with BMD

Major osteoporotic	23
Hip Fracture	13

If you have a TBS value, click here: Adjust with TBS

conversão do peso
libras → kg
Converter

conversão da altura
polegadas → cm
Converter

01935584
Indivíduos avaliados para risco de fratura desde 1 de junho de 2011

A conduta adequada para esse caso é:

- A) raloxifeno.
- B) bisfosfonatos.
- C) altas doses de vitamina D.
- D) estrogênio em baixas doses.

COMENTÁRIOS:

A principal manifestação clínica da osteoporose são as fraturas por fragilidade, ou seja, rupturas ósseas decorrentes de traumas de mínima à baixa intensidade (como uma queda da própria altura, por exemplo). Os sítios propensos a esse tipo de fratura são os seguintes:

- Coluna vertebral (fraturas compressivas);
- Quadril;
- Punho;
- Úmero proximal;
- Costelas; e
- Pelve.

Fraturas em crânio, coluna cervical, mãos, pés, tornozelos e fraturas por estresse não são consideradas fraturas por fragilidade.

As **fraturas vertebrais são o tipo mais comum** e até 70% delas são assintomáticas. Já as fraturas de quadril são observadas em 15% das mulheres acima dos 80 anos de idade e em 5% dos homens na mesma faixa etária. A incidência de fraturas aumenta com o avançar da idade para todos os sítios e estima-se que, considerando-se a população acima de 50 anos, 46% das mulheres e 22% dos homens sofrerão alguma fratura por fragilidade ao longo da vida.

Tanto as fraturas de quadril quanto as de coluna associam-se a aumento da mortalidade, limitações à deambulação, depressão, perda de independência e dor crônica. Justamente por isso, são os sítios avaliados pela densitometria óssea.

A maioria das fraturas (em termos absolutos) acontece em pessoas sem osteoporose. Afinal, além de a osteopenia e a DMO normal serem mais prevalentes que a osteoporose, as mulheres mais jovens possuem um estilo de vida mais ativo que as idosas, portanto estão mais expostas ao risco de traumas de maneira geral.

Esse fato trouxe a percepção de que a DMO, isoladamente, não é uma ferramenta suficiente para avaliar o risco de fratura dos indivíduos. Para resolver esse problema, a OMS criou o FRAX®. Trata-se de uma ferramenta que leva em conta o valor da DMO e a presença dos fatores de risco clínicos para o desenvolvimento de fraturas.

Em suma, o objetivo do FRAX® é identificar os pacientes que, a despeito de ainda não estarem na categoria de “osteoporose”, possuem elevado risco de evoluir com fratura.

Diagnosticar osteoporose é importante, entretanto mais importante que isso é prevenir as fraturas por fragilidade. Apesar de o risco relativo desse desfecho ser maior na categoria “osteoporose”, o risco absoluto é maior na categoria “baixa massa óssea”.

Ou seja, todos os pacientes osteoporóticos deverão ser tratados, mas o FRAX® diz-nos que pacientes fora da categoria “osteoporose” também deverão ser tratados.

Tem mais... o campo onde inserimos o valor da DMO é de preenchimento opcional, ou seja, podemos calcular o FRAX® mesmo que o paciente não tenha realizado a DXA.

Desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para avaliar o risco de fraturas osteoporóticas em indivíduos, o FRAX calcula a probabilidade de fraturas major (quadril, coluna, úmero ou rádio) e de quadril em 10 anos, com base em diversos fatores de risco clínicos e da densitometria óssea (quando disponível). A principal utilidade do FRAX é ajudar os médicos a identificar pacientes com maior risco de fraturas e a orientar o tratamento da osteoporose, especialmente nos casos em que a decisão de iniciar terapias farmacológicas pode ser incerta.

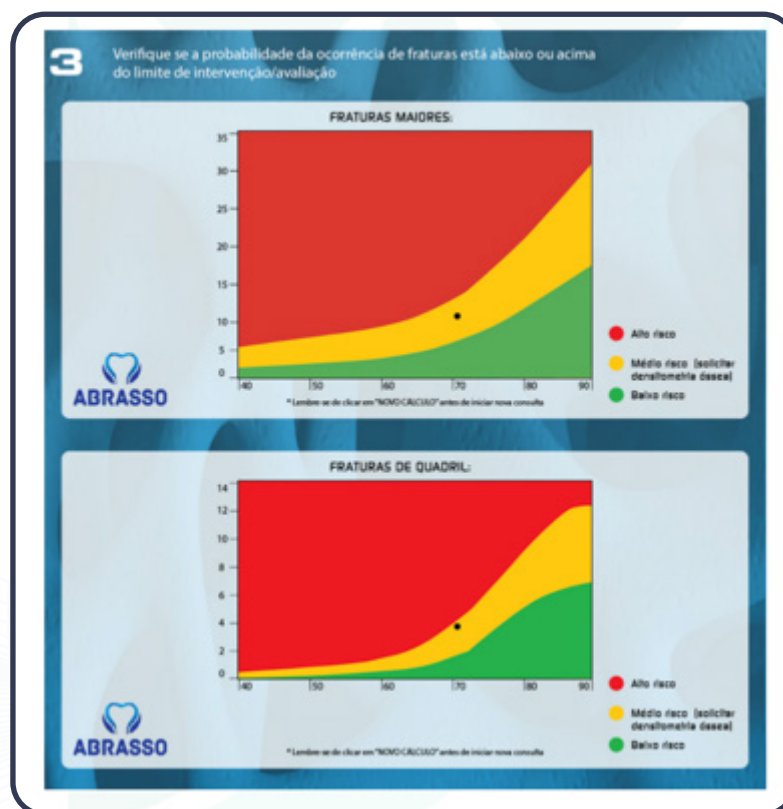
Os parâmetros avaliados pela calculadora do FRAX® são os seguintes:

Fator de risco	Orientações para o preenchimento dos campos da calculadora
Idade	A calculadora aceita idades entre 40 e 90 anos. Se a idade for abaixo de 40 ou acima de 90 anos, o programa calculará a probabilidade de fratura aos 40 e aos 90 anos, respectivamente
Sexo	Masculino ou feminino
Peso	Em quilogramas
Altura	Em centímetros
Fratura prévia	Esse campo só deve ser marcado com "Sim" caso se trate de uma fratura por fragilidade
História parental de fratura de quadril	Sim ou não
Tabagismo atual	Sim ou não
Uso de glicocorticoides	Escolher o campo "Sim" se o paciente estiver em uso de glicocorticoide oral ou foi exposto a glicocorticoide oral por mais de 3 meses, com uma dose equivalente a pelo menos 5mg de prednisona/dia. Abaixo, discriminamos as doses dos demais glicocorticoides equivalentes a 5mg de prednisona: • Hidrocortisona 20 mg; • Prednisolona 5 mg; • Metilprednisolona 4 mg; • Triancinolona 4 mg; • Dexametasona 0,75 mg; e • Betametasona 0,6 mg
Artrite reumatoide	Escolher o campo "Sim" se o paciente tiver diagnóstico confirmado de artrite reumatoide
Osteoporose secundária a outras comorbidades	Escolher o campo "Sim" se o paciente tiver uma doença fortemente associada à osteoporose. A ferramenta considera somente as seguintes etiologias como causas secundárias válidas: • Diabetes mellitus tipo I; • Osteogênese imperfeita; • Hipertireoidismo não tratado; • Hipogonadismo ou menopausa precoce (< 45 anos); • Desnutrição crônica ou má absorção intestinal; e • Doença hepática crônica
Consumo excessivo de álcool	Escolher o campo "Sim" se o paciente ingerir 3 ou mais unidades de álcool por dia. A definição de "unidade de álcool" varia de país para país, mas o FRAX® considera que uma unidade de álcool contém de 8 a 10 gramas de álcool, o que equivale às seguintes medidas: • Um copo normal de cerveja (285 mL); • Uma medida de destilado (30 mL); • Uma taça média de vinho (120 mL); e • Uma medida de aperitivo (60 mL)

A partir desses dados, a calculadora fornecerá dois parâmetros:

- Risco de fratura osteoporótica maior nos próximos 10 anos; e
- Risco de fratura de quadril nos próximos 10 anos.

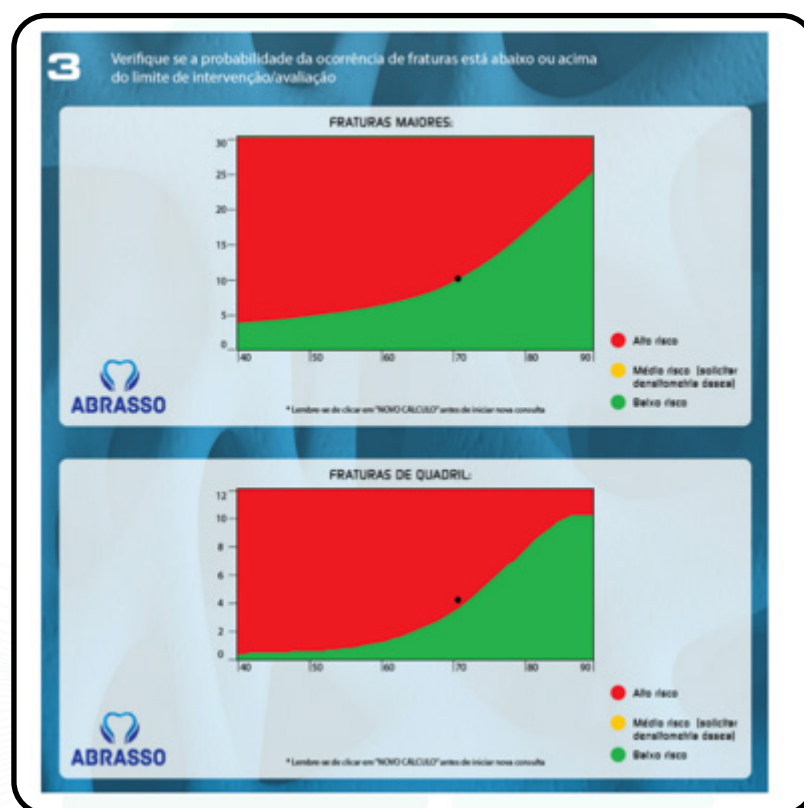
Além disso, o FRAX® fornecerá dois gráficos com o risco calculado em alto, intermediário ou baixo:



A interpretação desse gráfico deve ser a seguinte:

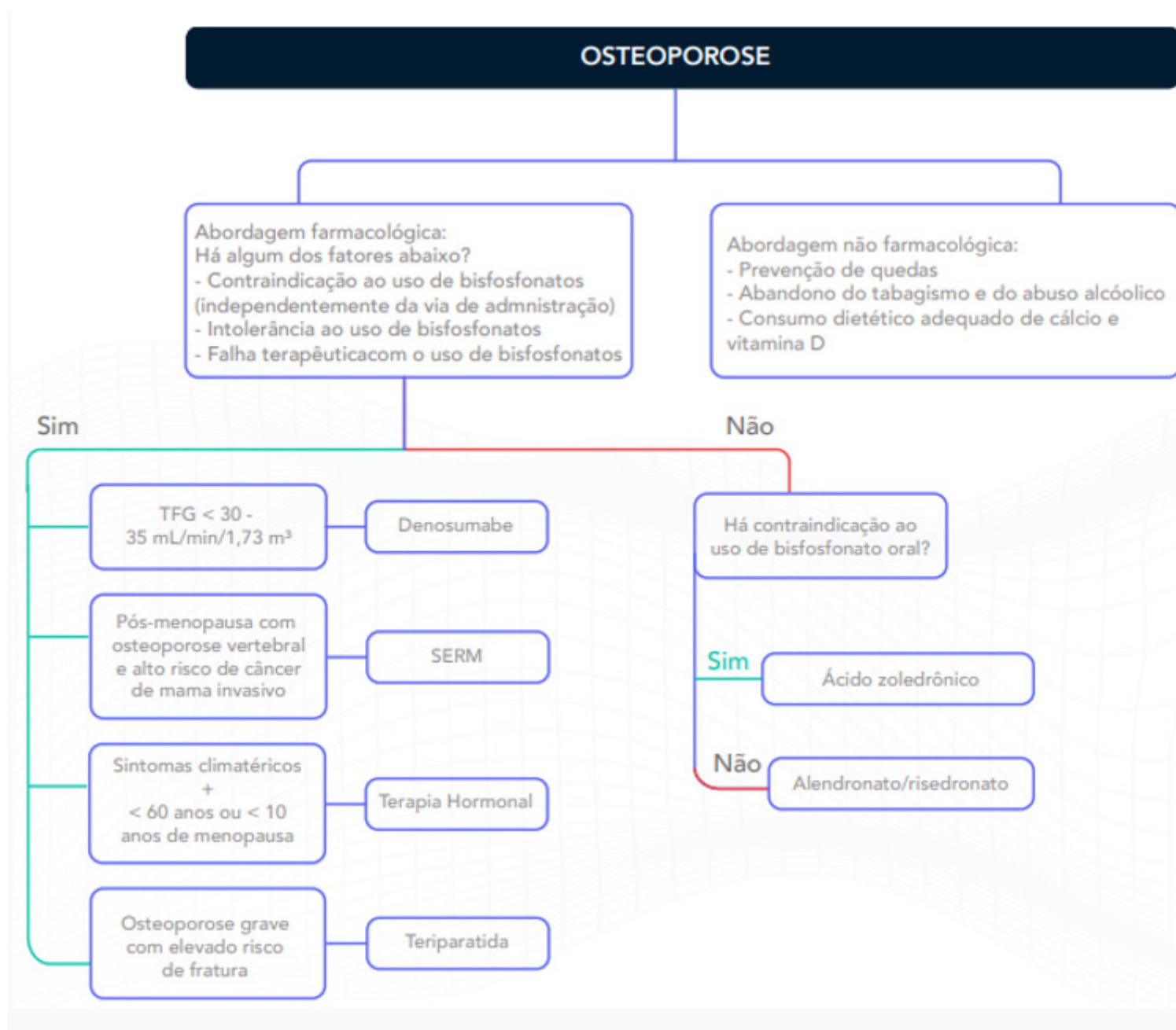
Tabela 7	Zonas de risco de fratura segundo a ABRASSO
Muito alto risco	Pelo muito alto risco de fratura, indica-se a instituição de tratamento farmacológico, especialmente de anabólicos.
Alto risco	Pelo alto risco de fratura, indica-se a instituição de tratamento farmacológico, especialmente de antirreabsortivos.
Risco intermediário	Os dados fornecidos são insuficientes para a definição do limiar de intervenção e há a necessidade de que a DXA seja realizada para aprimoramento da avaliação.
Baixo risco	Indica que, pelo baixo risco de fratura, não é necessário instituir abordagem farmacológica específica. Entretanto, medidas de promoção de saúde deverão ser orientadas e o risco deverá ser reavaliado periodicamente, segundo critérios clínicos.

Caso a paciente esteja no risco intermediário e necessite fazer a densitometria, colocamos os dados na mesma calculadora que gera um novo gráfico baseado no risco de fraturas.



Observe que, como fornecemos o valor da DMO, a zona amarela desaparece. Caso a paciente esteja na zona vermelha, ela tem indicação de tratamento farmacológico. Caso esteja na zona verde, ela deve apenas manter o seguimento.

No caso da paciente em questão, temos um elevado risco de fraturas pelo cálculo, o que indica tratamento medicamentoso. Os bisfosfonatos estão para a osteoporose como a metformina está para o DM2, ou seja, na ausência de contraindicações, são a primeira opção terapêutica.



Alternativa A incorreta, pois os SERMs não são a primeira linha de tratamento.

Alternativa B correta, pois os bifosfonatos são a primeira linha de tratamento.

Alternativa C incorreta, pois não temos os níveis de vitamina D para indicar suplementação em maior dose.

Alternativa D incorreta, pois a paciente está fora da janela de oportunidade para TH.

Gabarito: B

28- Mulher de 42 anos de idade foi submetida à nodulectomia sob sedação por fibroadenoma 3,5 cm de mama direita. Não faz uso de nenhum medicamento, a não ser compostos naturais como o Ginkgo biloba. No segundo pós-operatório, evolui com dor local intensa, aumento de volume no sítio cirúrgico e extravasamento de secreção hemática pela ferida operatória. É fator essencial na prevenção e redução de complicações nesse tipo de cirurgia:

- A) uso rotineiro de antibioticoprofilaxia na indução anestésica de cirurgias mamárias.
- B) hemostasia adequada, tração suave dos tecidos e fechamento da ferida sem tensão.
- C) preferir suturas descontínuas, em dois planos, com fios inabsorvíveis e monofilamentares.
- D) evitar o uso rotineiro de bisturi elétrico e preferir o uso preventivo de dreno laminar.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa paciente foi submetida a exérese de um fibroadenoma e evoluiu com dor local, aumento do volume do sítio cirúrgico e extravasamento de secreção hemática pela ferida operatória. Ou seja, ela evoluiu com um hematoma.

A prevenção e redução de complicações, como hematomas, durante a exérese de nódulos mamários, dependem de fatores técnicos e perioperatórios bem estabelecidos na literatura. O controle meticuloso da hemostasia intraoperatória é fundamental, pois a formação de hematomas pode dificultar o exame físico subsequente, prejudicar a interpretação de exames de imagem e aumentar o risco de reoperações e infecções. O uso de agentes hemostáticos tópicos, como selantes de fibrina e pós-hemostáticos, demonstrou reduzir complicações hemorrágicas e o tempo de permanência de drenos em cirurgias mamárias oncológicas, sendo uma estratégia válida para diminuir hematomas pós-operatórios.

A infiltração de soluções contendo epinefrina no tecido mamário antes da incisão reduz significativamente o sangramento intraoperatório, sem aumento de complicações como hematomas ou necrose de mamilo, independentemente da concentração utilizada.

A escolha da técnica cirúrgica também influencia o risco: técnicas que preservam a vascularização local e minimizam o trauma tecidual tendem a reduzir a incidência de hematomas.

A literatura recomenda evitar o uso rotineiro de drenos em cirurgias mamárias, pois não há diferença significativa na taxa de hematomas entre mamas drenadas e não drenadas, e o uso de dreno pode prolongar o tempo de internação sem benefício comprovado.

A orientação adequada do espécime e o fechamento cuidadoso dos planos teciduais também são essenciais para evitar espaços mortos, que favorecem o acúmulo de sangue e a formação de hematomas.

Fatores de risco individuais, como idade avançada, uso de antitrombóticos em dose plena, agulhas de maior calibre e histórico de mamoplastia redutora prévia, aumentam o risco de hematoma e devem ser considerados no planejamento cirúrgico. Em pacientes sob antitrombóticos, a literatura sugere que a suspensão desses medicamentos antes de biópsias mamárias pode ser desnecessária, pois hematomas clinicamente significativos são raros, mas o risco é maior com antiplaquetários em dose plena e agulhas de grande calibre.

Em resumo, os fatores essenciais para prevenção de hematomas na exérese de nódulos mamários incluem: hemostasia rigorosa, uso de agentes hemostáticos tópicos quando indicado, infiltração de epinefrina, escolha adequada da técnica cirúrgica, fechamento cuidadoso dos planos, consideração dos fatores de risco individuais e evitar o uso rotineiro de drenos.

Agora vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque não é indicado o uso rotineiro de antibioticoprofilaxia nas cirurgias mamárias, tendo em vista que se

trata de cirurgia limpa e que esta conduta não reduz o risco de formação de hematomas.

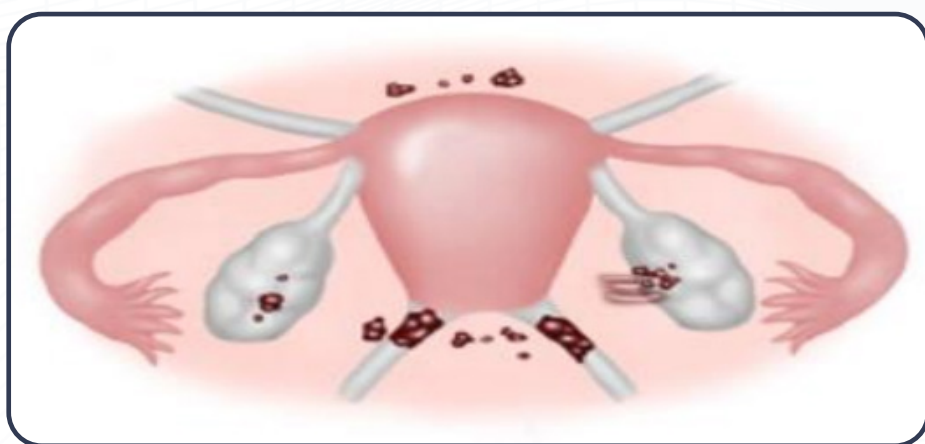
Correta a alternativa B: a hemostasia adequada, tração suave dos tecidos e fechamento da ferida sem tensão são fatores essenciais para evitar a formação de hematomas.

Incorreta a alternativa C, porque as suturas descontínuas, em dois planos, com fios inabsorvíveis e monofilamentares não é uma conduta essencial para evitar a formação de hematomas.

Incorreta a alternativa D, porque não é necessário evitar o uso rotineiro de bisturi elétrico e deve-se evitar o uso rotineiro de drenos.

Gabarito: B

29- Mulher de 33 anos de idade foi atendida com queixa de dor pélvica crônica com intensidade progressiva nos últimos oito meses, sobretudo no período menstrual (EVA 5). Não usa medicamentos. Ciclos menstruais regulares. Não deseja gestar. Exame especular normal. Toque ginecológico com dor à palpação e mobilização uterina, sem massa anexiais e com espessamento de ligamentos uterossacros. Após a realização de exames de imagem, acredita-se que o estágio do diagnóstico é o que está representado na imagem (classificação da ASRM).



Assinale a alternativa que indica a conduta a ser realizada.

- A) Laparoscopia.
- B) Contraceptivo hormonal contínuo.
- C) Agonistas do GnRH por três meses seguido de laparoscopia.
- D) Laparoscopia e agonistas do GnRH no pós-operatório imediato.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa paciente apresenta quadro de dor pélvica crônica com intensidade progressiva nos últimos oito meses, sobretudo no período menstrual. Apresenta dor à palpação e mobilização uterina e espessamento de ligamentos uterossacros.

Este quadro é característico da endometriose. A classificação da endometriose foi estabelecida pela American Society for Reproductive Medicine e leva em consideração os achados da cirurgia, considerando a aparência das lesões, sua dimensão e profundidade:

- Estádio I (doença mínima) – implantes isolados e sem aderências significativas;
- Estádio II (doença leve) – implantes superficiais, com menos de 5 cm, espalhados no peritônio e nos ovários, sem aderências significativas;
- Estádio III (doença moderada) – múltiplos implantes, aderências tubárias e ovarianas evidentes;
- Estádio IV (doença grave) – múltiplos implantes superficiais e profundos, incluindo endometriomas e aderências densas e espessas.

Cuidado!!! Não existe relação entre o estágio da endometriose e os sintomas. A dor depende da profundidade do implante e da sua localização em áreas mais innervadas.

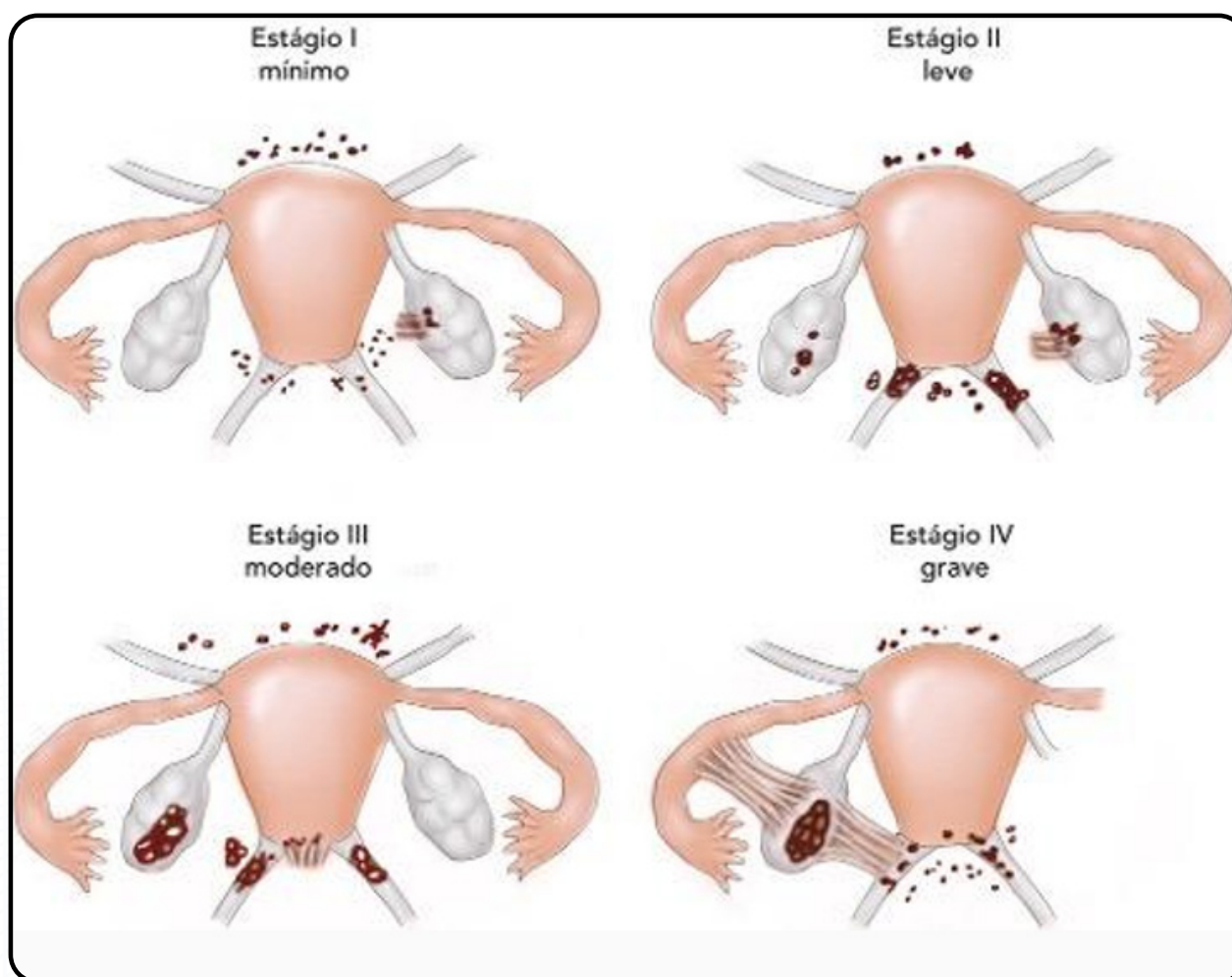


Figura: Classificação da Endometriose (Fonte: American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. Fertil Steril 1997; 67:817.)

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a paciente não apresenta indicação de tratamento cirúrgico para a endometriose. Veja esta tabela:

Indicações de tratamento cirúrgico para a endometriose	
	Dor refratária ao tratamento medicamentoso
	Recusa ao tratamento clínico (ou contraindicações medicamentosas)
	Necessidade de diagnóstico histológico de endometriose
	Exclusão de malignidade de uma massa anexial
	Obstrução do trato urinário ou intestinal
	Endometrioma de ovário > 5-6 cm
	Tratamento da infertilidade

Correta a alternativa B: os anticoncepcionais combinados são a opção de primeira escolha para a maioria das mulheres com dor e que não desejam engravidar, devido a sua praticidade, disponibilidade e custo. O mecanismo de ação é similar ao dos progestágenos, eles agem induzindo a decidualização (descamação) e a atrofia do tecido endometrial ectópico.

Incorreta a alternativa C. Os agonistas do GnRH agem no hipotálamo, ocupando os receptores do GnRH e provocando a inibição da liberação de FSH e LH pela hipófise. Consequentemente, ocorre um estado de hipoestrogenismo e anovulação, semelhante ao observado no climatério. Demora 14 dias para começarem a fazer efeito, porque, de início, ocorre o estímulo dos receptores até que estes sejam saturados (efeito *flare up*). A eficácia dos análogos do GnRH é similar às outras opções medicamentosas.

As opções mais comumente utilizadas de análogos agonistas do GnRH são a goserrelina e a leuprolida.

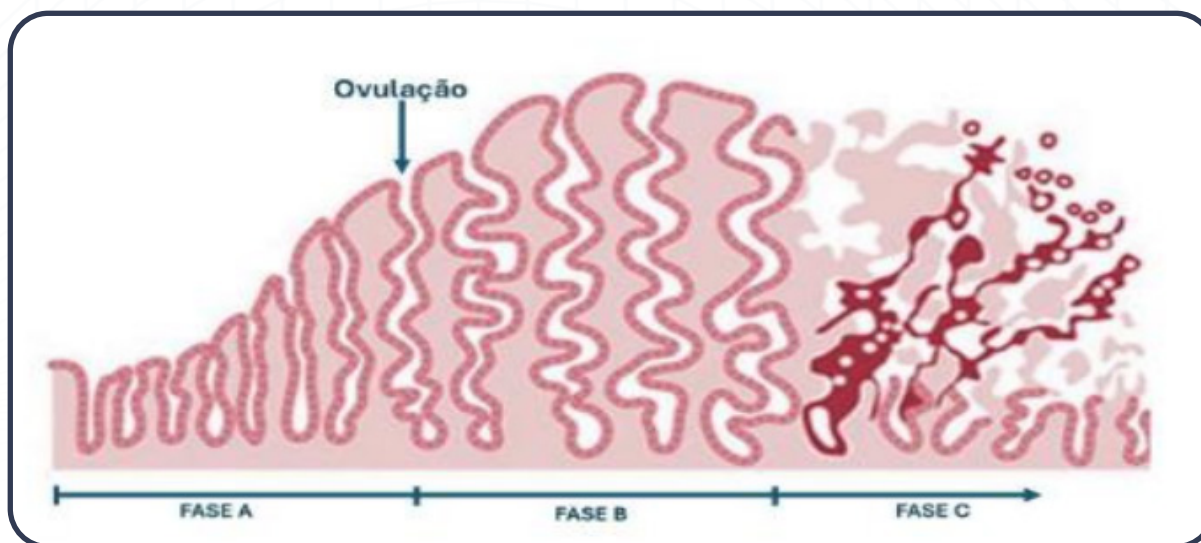
O hipoestrogenismo (“menopausa medicamentosa”) causado pelos agonistas do GnRH pode acarretar sintomas climatéricos como fogachos, secura vaginal, redução de libido e perda de massa óssea. Por isso, essa medicação deve ser prescrita com cautela e em casos selecionados, evitando-se o uso prolongado (não estender mais que 6 a 12 meses).

É incomum a utilização dessa medicação por tempo prolongado, porém o uso de reposição hormonal de estrógeno e progesterona em baixas doses (*add-back therapy*) pode reduzir esses efeitos. As doses utilizadas são as mesmas da TH pós menopausa.

Incorreta a alternativa D, porque a paciente não tem indicação de tratamento cirúrgico para a endometriose.

Gabarito: B

30- De acordo com a imagem apresentada, referente ao processo menstrual fisiológico, assinale a alternativa correta.



- A) Na fase C, a parada do sangramento ocorre por mecanismo de coagulação, vasoconstrição local e proliferação endometrial a partir da camada basal das glândulas residuais.
- B) A fase B, marcada pela dominância de progesterona, é a fase de maior atividade proliferativa (aumento acentuado das mitoses) e com aumento significativo da espessura endometrial.
- C) A fase A é caracterizada por intensa expressão de receptores estrogênicos e de progesterona, sendo que estes últimos são essencialmente importantes para o reparo endometrial inicial.
- D) No final da fase C, ocorre a liberação de prostaglandinas no tecido endometrial, as quais estão provavelmente associadas às contrações miométriais que levam ao destacamento do endométrio da parede uterina.

COMENTÁRIOS:

A questão traz a representação das variações endometriais em cada fase do ciclo menstrual. Vamos analisar cada uma:

Fase A: proliferativa. O aumento da produção estrogênica prolifera o número de glândulas endometriais, aumentando a espessura do endométrio.

Fase B: secretora. A produção de progesterona pelo corpo lúteo aumenta a secreção das glândulas, deixando o endométrio mais receptivo para o embrião.

Fase C: menstrual. A ausência de fecundação leva à dissolução do corpo lúteo, queda hormonal e consequente descamação endometrial, levando à menstruação.

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A. Com a queda hormonal, o endométrio descama e a paciente sangra. A parada do sangramento ocorre por mecanismos de coagulação e vasoconstrição local e pelo retorno à produção estrogênica devido ao aumento dos níveis de FSH consequentes ao fim do ciclo anterior

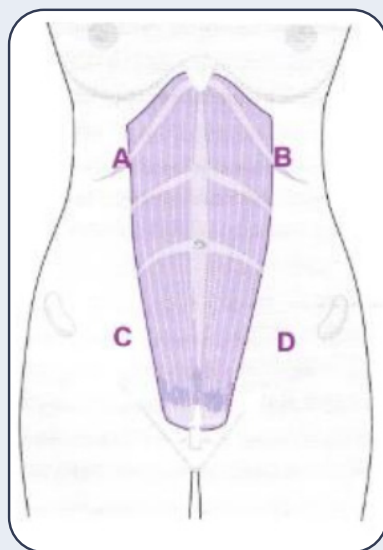
Incorreta a alternativa B, a fase B tem por característica aumento de secreção das glândulas.

Incorreta a alternativa C, a fase A é estrogênica e são seus receptores os responsáveis pela reparação endometrial.

Incorreta a alternativa D, o destacamento do endométrio da parede uterina ocorre no início da fase C

Gabarito: A

31-



Em pacientes com cirurgias abdominais prévias ou anormalidades umbilicais, a primeira punção em uma laparoscopia ginecológica deve ser feita em locais alternativos, como o ponto de Palmer que está representado na imagem anterior pela letra:

- A) A
- B) B
- C) C
- D) D

COMENTÁRIOS:

O ponto de Palmer é uma alternativa segura para a introdução do trocater em laparoscopias ginecológicas, especialmente em pacientes com:

- Cirurgias abdominais prévias (risco de aderências periumbilicais),
- Hérnias umbilicais ou alterações anatômicas nessa região.

Localização anatômica do ponto de Palmer:

- Localiza-se no hipocôndrio esquerdo, aproximadamente 3 cm abaixo da margem costal esquerda na linha hemiclavicular.

Portanto, em representações anatômicas (como a mencionada na pergunta), o ponto de Palmer corresponde à letra B, situada no quadrante superior esquerdo do abdome da paciente.

Correta a alternativa B.

Gabarito: B

32- Mulher de 28 anos de idade, casada há dois anos, nuligesta, suspendeu o uso de pílula para tentar engravidar há um ano. Desde então, vem apresentando irritabilidade, explosões de raiva, sensação de pânico, isolamento social, fadiga, cefaleia, mastalgia, dor à evacuação e obstipação, dores articulares, dispareunia de penetração e edema de membros inferiores. Os sintomas se exacerbam no período pré-menstrual, com melhora a partir do terceiro dia de menstruação. Ultimamente tem notado piora do relacionamento conjugal. Os seguintes sinais e sintomas presentes nesse caso que se enquadram nos critérios para o diagnóstico do transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) pelo DMS-5 são:

- A) explosões de raiva, dores articulares e edema de membros inferiores.
- B) irritabilidade social, fadiga e dispareunia de penetração.
- C) sensação de pânico, cefaleia e dor à evacuação.
- D) mastalgia, isolamento social e obstipação.

COMENTÁRIOS:

O transtorno disfórico pré-menstrual é a forma mais grave da síndrome pré-menstrual, geralmente associado à incapacidade da paciente. Seu diagnóstico baseia-se nos critérios do DSM-V que estão descritos a seguir:

- Documentação usando o diário de sintomas físicos e comportamentais durante os últimos 12 meses;
- Presença de 5 ou mais sintomas durante a semana que antecede a menstruação e que melhoram após o início dela (conforme a tabela a seguir); e
- Exclusão de outros transtornos psiquiátricos.

Critérios diagnósticos para o transtorno disfórico pré-menstrual

Apresentar ao menos UM dos 4 sintomas abaixo:

Humor deprimido, sentimentos de falta de esperança ou pensamentos

autodepreciativos;

Raiva ou irritabilidade persistente e acentuada ou conflitos interpessoais aumentados;

Instabilidade afetiva acentuada;

Acentuada ansiedade, tensão, sentimento de estar com "nervos a flor da pele".

Dificuldade de concentração

Apetite aumentado

Diminuição de interesse nas atividades habituais

Fadiga

Sensação de sobrecarga

Mastalgia, edema, ganho de peso, artralgia

Hipersonia ou insônia

A paciente deve totalizar 5 sintomas, sendo que ao menos 1 dos 4 primeiros deve estar presente.

Alternativa A correta, pois esses sintomas são critérios para o quadro em questão.

Alternativa B incorreta, pois a dispareunia não faz parte dos critérios.

Alternativa C incorreta, pois dor à evacuação não é um critério.

Alternativa D incorreta, pois a obstipação não é um critério

Gabarito: A

33- Mulher de 72 anos de idade, sem atividade sexual há seis anos, nega sintomas urinários ou intestinais. Ao exame físico: IMC de 22 kg/m² e não apresenta perda urinária ao esforço após a redução da parede vaginal anterior. O exame ginecológico está representado na imagem a seguir.



Fonte: AUGS - POP-Q Pelvic Organ Prolapse Interactive Assessment Tool

A conduta adequada para esse caso é:

- A) fisioterapia pélvica.
- B) histeropexia laparoscópica.
- C) colpossuspensão retropúbica.
- D) pessário tipo anel com suporte.

COMENTÁRIOS:

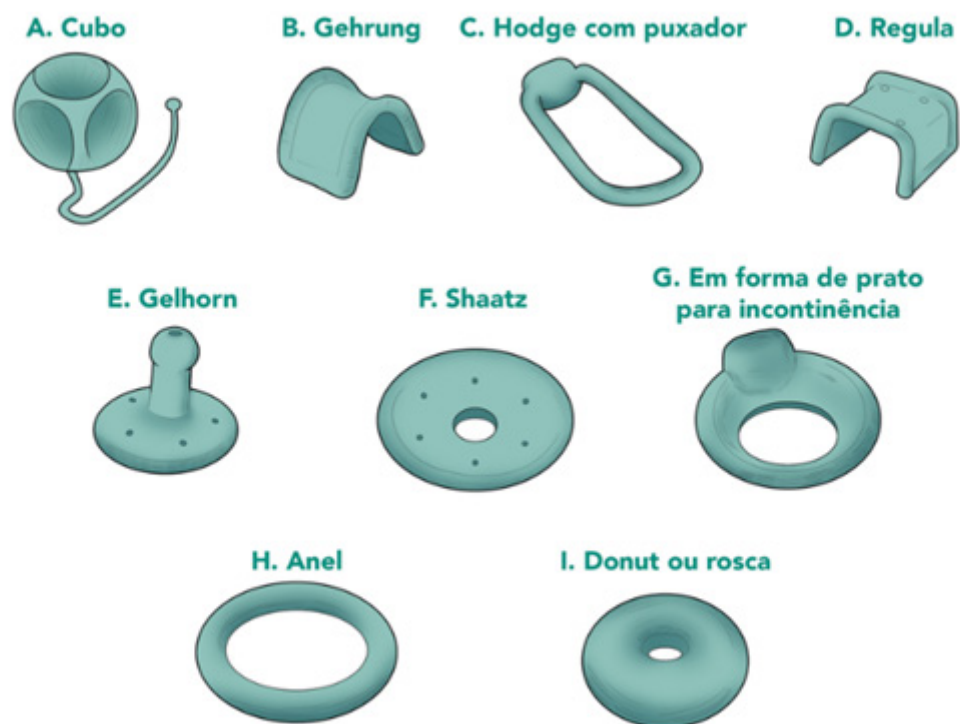
O tratamento dos prolapsos de órgãos pélvicos visa, exclusivamente, a redução da sintomatologia da paciente, pois o quadro é benigno e não apresenta complicações graves, mesmo que não seja tratado. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, a depender do desejo da paciente e da condição clínica. O estado funcional da paciente é algo de grande relevância para a realização de cirurgias, uma vez que os POPs acometem, predominantemente, a população mais idosa, que tem maior risco de complicações associadas aos procedimentos.

Os pessários são dispositivos inseridos na vagina para promover sustentação dos órgãos pélvicos em qualquer tipo de prolapso (anterior, posterior ou apical), exceto quando o defeito é muito distal na parede vaginal.

Eles podem ser divididos em pessários de suporte e de preenchimento. Entre os de suporte, o mais utilizado é o anel; sua ação é caracterizada pela elevação da porção superior da vagina e por sua fixação na sínfise púbica. Eles são mais úteis em prolapsos menos avançados (preferencialmente nos estádios I e II, e, no máximo, até o estágio III).

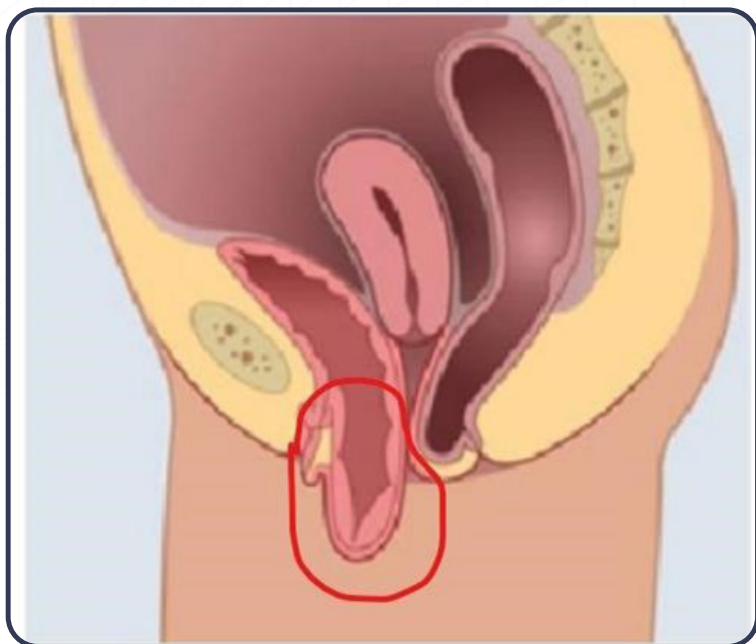
Já os pessários de preenchimento (cubo, rosca e Gellhorn) promovem um vácuo entre eles e as paredes vaginais ou criam um diâmetro maior que o hiato genital. Todos eles são mais indicados em prolapsos mais avançados (estádios III e IV).

Em geral, são uma opção para pacientes que não desejam operar ou que não têm condição clínica para a realização de um procedimento cirúrgico. As principais complicações associadas são reações locais, como dor, leucorreia e fissuras. A imagem abaixo ilustra os principais tipos de pessário.



A fisioterapia não consegue reduzir anatomicamente o prolapso mais avançado, porém, em estádios mais iniciais (I ou II), o treinamento dos músculos do assoalho pélvico pode ter efeito na atenuação dos sintomas e na redução do grau do prolapso.

A paciente em questão apresenta um prolapso avançado de parede anterior, como pode ser visto na imagem abaixo



Alternativa A incorreta, pois o prolapso é muito avançado para tratamento com fisioterapia.

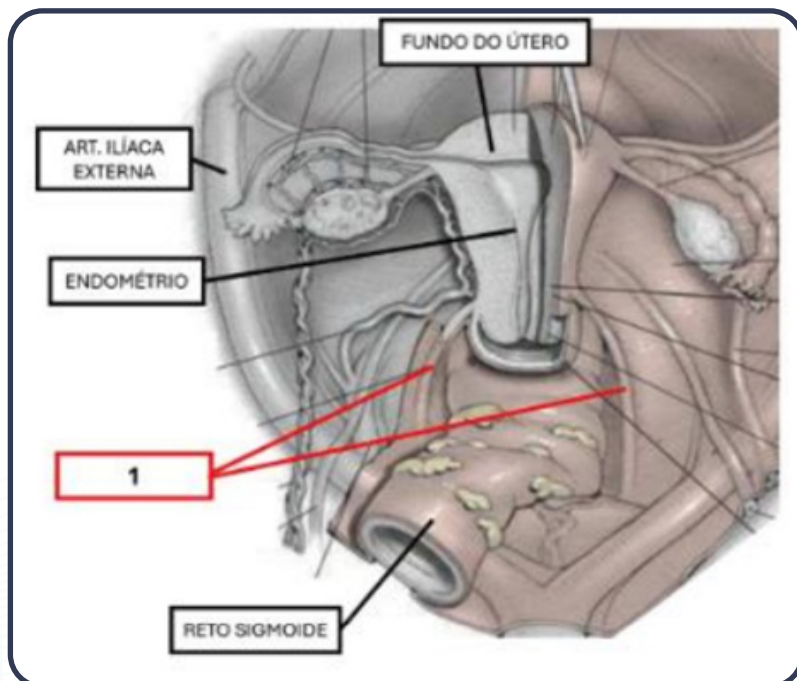
Alternativa B incorreta, pois a correção cirúrgica para essa paciente seria uma colpoplastia anterior.

Alternativa C incorreta, pois a colpofixação retropúbica é um tratamento para incontinência aos esforços.

Alternativa D correta, pois o pessário é uma boa opção para o perfil dessa paciente.

Gabarito: D

34- A imagem a seguir representa a visão posterior da pelve feminina.



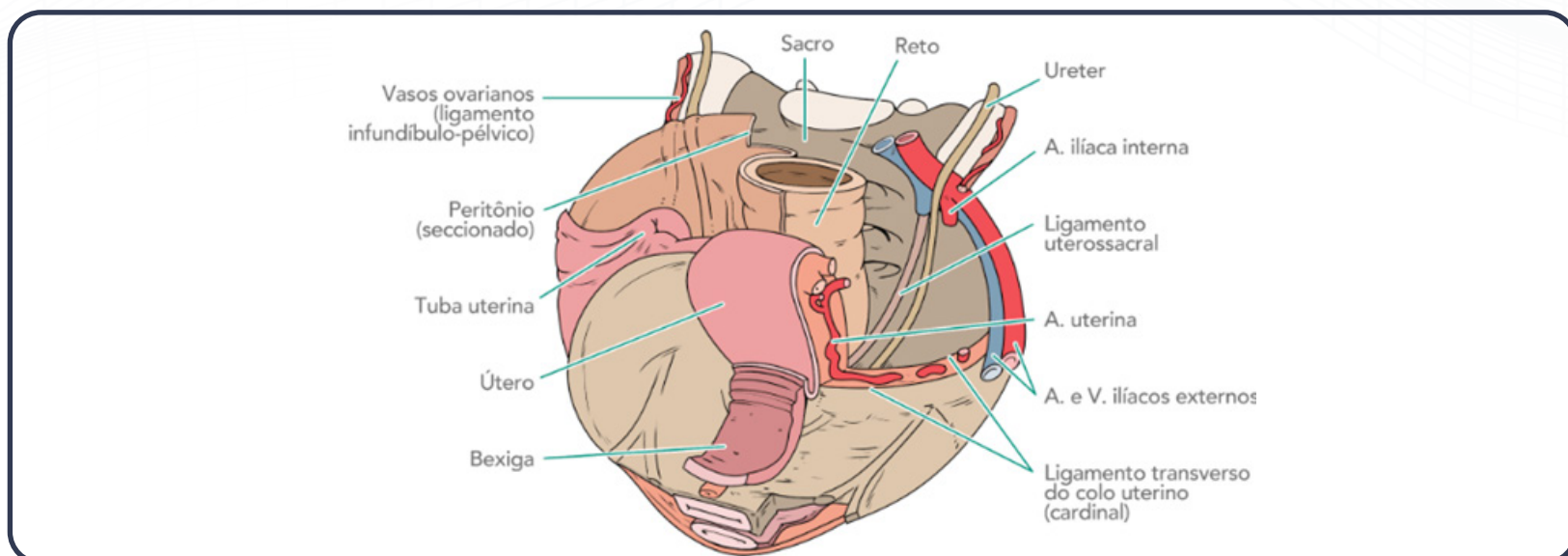
Qual é o ligamento que está representado como número 1?

- A) Redondo
- B) Uterossacro
- C) Pubocervical
- D) Infundíbulo pélvico

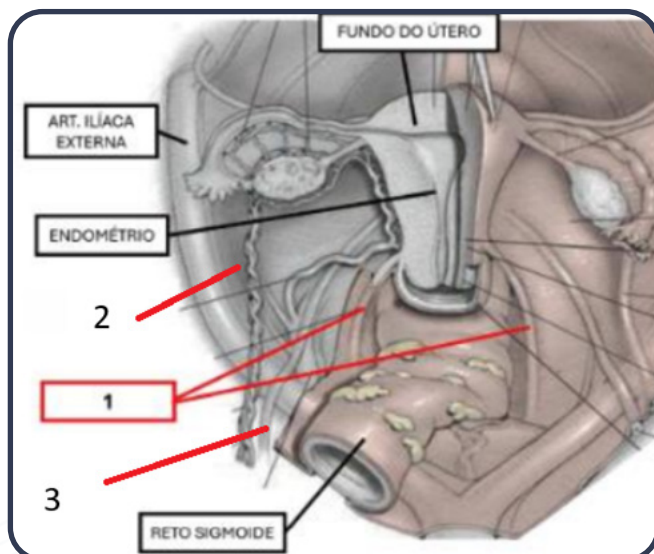
COMENTÁRIOS:

O útero está em íntima relação com as estruturas adjacentes. Anteriormente, localiza-se a bexiga, que é separada apenas por um tecido conectivo frouxo; posteriormente, está o reto, cuja separação é a escavação retouterina. Essa região entre o útero e o reto pode ser palpada por via vaginal, sendo chamada de fundo de saco de Douglas. Outra estrutura importante e que tem íntima relação com o útero é o ureter, que cruza a artéria uterina a menos de 5 cm do útero. É empregado o termo em inglês “water under the bridge”, que significa “água por baixo da ponte”, para recordar essa relação, uma vez que o ureter que contém urina (água) passa abaixo da artéria uterina (ponte). A artéria uterina cruza o ureter na altura do istmo uterino.

A proximidade do útero em relação a esses reparos anatômicos facilita a ocorrência de lesões nas estruturas adjacentes durante cirurgias ginecológicas. A imagem abaixo mostra as principais relações uterinas com as estruturas adjacentes.



Analisando a imagem da prova temos o seguinte:



- 1 - ligamento uterossacro
- 2- artéria ovariana (infundíbulo)
- 3- ureter

Diante do exposto, a alternativa correta é a letra B.

Gabarito: B

35- Mulher de 42 anos de idade, nuligesta, com útero bicornado e diagnóstico de doença hepática gordurosa não alcoólica que evoluiu para cirrose hepática compensada, comparece ao Ambulatório de Planejamento Familiar para anticoncepção adequada. No momento está em uso irregular de preservativo masculino. Segundo os Critérios de Elegibilidade da OMS, a conduta mais adequada é:

- A) prescrição de qualquer método contraceptivo não intrauterino, pois eles são categoria 1.
- B) orientação para o uso correto de preservativo, pois os métodos hormonais e os DIUs são critérios 3 ou 4.
- C) prescrição de método de progestagênio isolado, pois os métodos combinados são contraindicados.
- D) prescrição de método de progestagênio isolado oral, pois o injetável trimestral é categoria 3.

COMENTÁRIOS:

Essa é uma questão pegadinha sobre escolha de método contraceptivo.

Vamos analisar as características da nossa paciente:

-útero bicornado: é uma malformação mulleriana e, portanto, contraindica o uso de dispositivos intrauterinos.

-Cirrose compensada: essa é a grande pegadinha da questão. Você poderia pensar que, por ser uma alteração hepática, teríamos contraindicação ao uso de combinados, mas isso só é válido para cirrose DESCOMPENSADA. Em quadros de cirrose compensada, com função hepática normal, o uso de qualquer hormônio é categoria 1.

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

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

Incorreta a alternativa B, os DIUs são categoria 4, os hormonais são categoria 1.

Incorreta a alternativa C, como vimos, são categoria 1.

Incorreta a alternativa D, como vimos, são categoria 1.

Gabarito: A

36- Mulher de 34 anos de idade, secundípara, é tabagista há 10 anos, atualmente em uso de um maço por dia. Faz uso de contraceptivo, contendo etinilestradiol e gestodeno, muito bem adaptada. Já usou mais de 10 contraceptivos, incluindo pílula de progestagênio isolado, implante e DIU de levonorgestrel e não se adaptou a nenhum deles. Ao exame físico, encontra-se normotensa. Exame ginecológico sem alterações. Além de orientar cessar o tabagismo, e de acordo com os critérios de elegibilidade da OMS, a conduta mais adequada é:

- A) manter o método contraceptivo combinado e sugerir a esterilização definitiva após os 35 anos caso mantenha o tabagismo.
- B) suspender o método contraceptivo combinado imediatamente e indicar o uso de condom.
- C) suspender o método contraceptivo combinado imediatamente e indicar vasectomia.
- D) manter o método contraceptivo combinado sem restrições até a menopausa.

COMENTÁRIOS:

Questão que envolve análise das características da nossa paciente para avaliar se há contraindicação ao uso de algum contraceptivo.

Observe que a paciente é tabagista. O tabagismo aumenta o risco tromboembólico da paciente. Entretanto, esse risco depende da idade da paciente e da carga tabágica. Por isso, em pacientes fumantes com idade superior a 35 anos, não podemos utilizar estrogênio. Em pacientes que fumam acima de 15 cigarros por dia, há contraindicação absoluta e, abaixo disso, contraindicação relativa.

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A, como a paciente ainda tem menos de 35 anos, pode manter o método combinado. Depois disso, ela poderia realizar laqueadura tubária, já que preenche critérios.

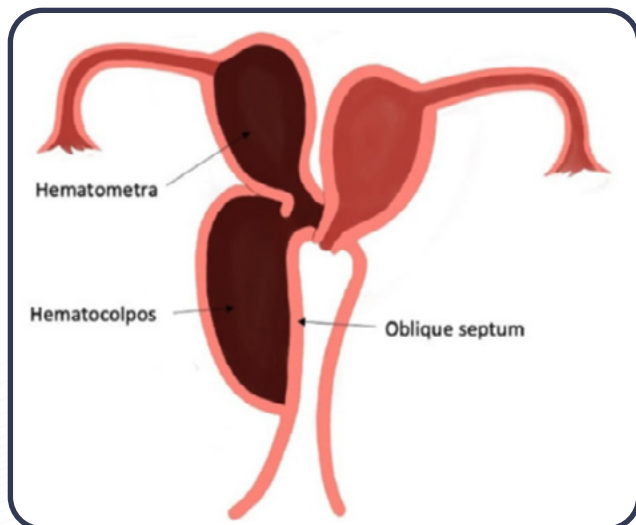
Incorreta a alternativa B, não há contraindicação formal no momento.

Incorreta a alternativa C, não há contraindicação formal no momento.

Incorreta a alternativa D, como vimos acima, mantendo o tabagismo, há contraindicação ao estrogênio após os 35 anos.

Gabarito: A

37- Adolescente de 15 anos de idade vem à consulta com quadro de dor pélvica e aumento de volume abdominal progressivo. Nega início de atividade sexual e menstrua regularmente. Nega sexarca. Ao exame físico, apresenta aumento de volume abdominal com massa palpável e dolorosa em hipogástrio. Exame ginecológico: hímen íntegro e pérvio. Ao ultrassom de pelve e abdômen, foi evidenciado útero didelfo com hematometra, hematocolpo e agenesia renal à direita.



Com base no caso apresentado, assinale a alternativa que indica corretamente o diagnóstico.

- A) Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser.
- B) Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich.
- C) Síndrome de Hipertrofia Mulleriana.
- D) Síndrome de Morris.

COMENTÁRIOS:

Esse é um caso clássico que mistura malformação mülleriana com alteração do trato urinário. Vamos analisar o caso:

A paciente tem dor pélvica crônica com aumento de volume abdominal. Na grande maioria das questões, você teria uma paciente com amenorreia primária, não é mesmo? Mas, aqui, temos menstruações regulares, o que mostra que, existindo uma obstrução, ela não é total, mas parcial. A presença de hímen íntegro e pérvio já descarta o diagnóstico de hímen imperfurado. A ultrassonografia evidenciou: **útero didelfo + hematometra + hematocolpo + agenesia renal direita.**

O diagnóstico mais provável então é de Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich (também chamada de síndrome OHVIRA: *Obstructed Hemivagina and Ipsilateral Renal Agenesis*).

É caracterizada por:

1. Útero didelfo (duplicação uterina).
2. Hemivagina obstruída → acúmulo de sangue (hematocolpo, hematometra).
3. Agenesia renal ipsilateral à hemivagina obstruída.

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, pois, nesse caso, não haveria útero, trompas, nem 2/3 superiores da vagina.

Correta a alternativa B, pois está de acordo com o que foi discutido acima.

Incorreta a alternativa C, pois não existe essa condição.

Incorreta a alternativa D, pois também não haveria útero, trompas nem 2/3 superiores da vagina, porém a gônada seria o testículo, pois o cariótipo é 46XY.

Gabarito: B

38- Paciente de 40 anos de idade, com ciclos irregulares e recém-diagnosticada com câncer de mama, entra em contato com seu médico seis horas após relação sexual desprotegida, para orientação contraceptiva de emergência. Nesse caso, a orientação mais adequada é:

- A) inserção do implante de etonogestrel.
- B) inserção do DIU de levonorgestrel.
- C) prescrição do método de Yuzpe.
- D) inserção do DIU de cobre.

COMENTÁRIOS:

Temos uma paciente com diagnóstico de câncer de mama que teve relação sexual desprotegida e necessita de contracepção de emergência. Definimos como contracepção de emergência a utilização de métodos para evitar gravidez indesejada até 120 horas após relação sexual desprotegida. Está indicada em:

- Pacientes que não usam método contraceptivo;
- Pacientes com suspeita de falha no método contraceptivo;
- Pacientes vítimas de violência sexual que não utilizam método eficaz.

Podem ser utilizados: levonorgestrel dose única, método de Yuzpe (combinado) ou DIU de cobre, sendo esse único o único com eficácia de 100%.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, a inserção do implante de etonogestrel não é método para contracepção de emergência.

Incorreta a alternativa B, apesar de existirem estudos tentando mostrar a utilização do DIU de levonorgestrel, ele ainda não é validado para contracepção de emergência.

Incorreta a alternativa C, Yuzpe é um método combinado, não devendo ser utilizado em pacientes com câncer de mama.

Correta a alternativa D, a inserção do DIU de cobre é a melhor opção nesse caso, por ter eficácia de 100% e ser um método não hormonal.

Gabarito: D

39- Mulher de 48 anos de idade realizou histerectomia abdominal há cinco dias. Retorna no quinto dia de pós-operatório com febre e íleo adinâmico. O exame abdominal não apresenta dor ou massa palpável, e o especular não mostra sangramento. A hemoglobina está em 7,9 g/dL, e os leucócitos estão em 16.000 por mm³ com 4% de bastões.

O exame tomográfico apresenta a seguinte imagem:



O diagnóstico mais provável é:

- A) íleo adinâmico.
- B) abscesso intraperitoneal.
- C) hematoma intraperitoneal.
- D) corpo estranho intra-abdominal.

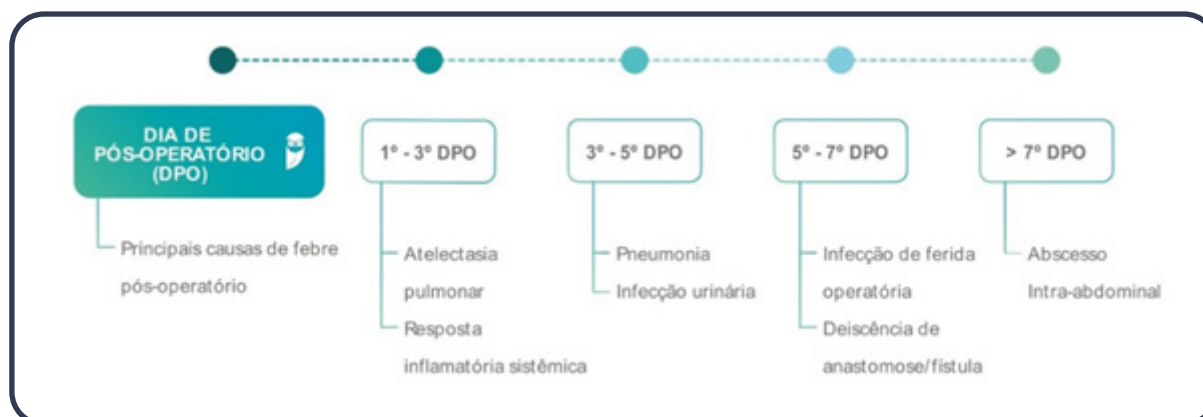
COMENTÁRIOS:

Nas primeiras 48 horas e até 72 horas após o procedimento cirúrgico, as principais causas de febre no pós-operatório são:

- Atelectasia pulmonar: segundo Sabiston, é a principal causa de febre nas primeiras 48 horas; e
- Resposta inflamatória sistêmica (SIRS) causada pelas citocinas pró-inflamatórias: interleucinas (IL)-1, IL-6, fator de necrose tumoral (FNT ou TNF) e interferon gama (IFN-γ).

Portanto, a febre pós-operatória precoce, que ocorre nos primeiros três dias após a cirurgia, muitas vezes, não requer nenhuma investigação diagnóstica adicional, além de uma boa história clínica, de exame físico dirigido e bem executado e, eventualmente, de uma radiografia de tórax para documentar a atelectasia pulmonar. Nesse momento, não há necessidade de exames laboratoriais, de hemocultura ou de urinocultura.

Passadas as primeiras 72 horas, a febre muda de figura. Nesse momento, devemos ficar mais preocupados, uma vez que o aumento da temperatura pode estar associado a processos infecciosos, como pneumonia e infecção do trato urinário. Algumas questões gostam de cobrar em que período do pós-operatório cada uma das complicações ocorre. Vamos fazer um quadro para resumir os achados conforme o período de pós-operatório:



Na imagem em questão, vemos uma imagem radio-opaca serpentiforme na tomografia. Essa imagem é sugestiva da presença de uma compressa, pois elas têm um fio radiopaco para ser identificado nos exames de imagem.



Alternativa A incorreta, pois o íleo não causaria um quadro infeccioso.

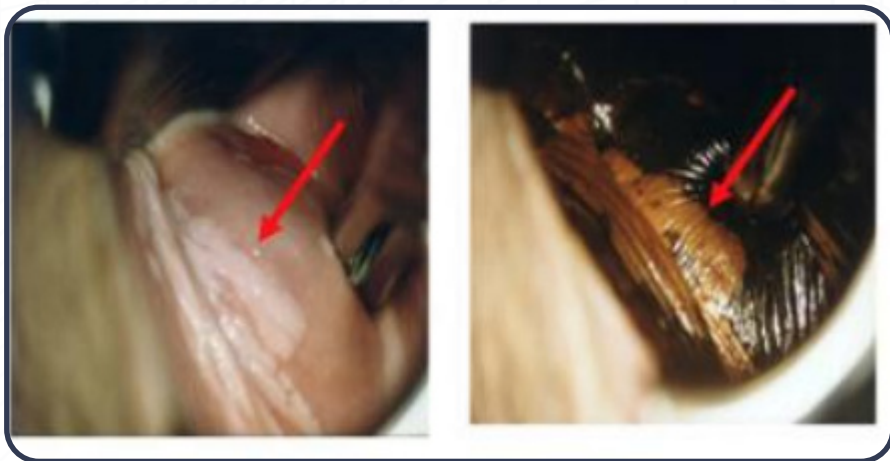
Alternativa B incorreta, de fato poderia ser um abscesso, mas a resposta mais adequada é um corpo estranho.

Alternativa C incorreta, pois a atenuação de sangue não é como a apresentada na imagem.

Alternativa D correta, conforme explicado acima.

Gabarito: D

40- Mulher de 35 anos de idade, tabagista de longa data, traz resultado de biópsia de vagina realizada há dez dias, evidenciando lesão intraepitelial escamosa vaginal de alto grau (NIVA II). Refere tratamento prévio para lesão de alto grau vulvar há quatro anos.



De acordo com a imagem da vaginoscopia, a conduta é:

- A) vaporização com laser.
- B) aplicação semanal de ácido tricloroacético 90%.
- C) microfragmentação da lesão sob visão colposcópica.
- D) seguimento citológico e colposcópico entre quatro e seis meses.

COMENTÁRIOS:

Observe que as lesões de HPV induzidas têm a tendência a multicentricidade em pacientes com algum grau de imunossupressão. Pacientes tabagistas têm um estado de imunossupressão local que facilita a persistência de lesões HPV induzidas. Nesse caso, a paciente já teve lesão de alto grau vulvar e agora evoluiu com lesão de alto grau vaginal. A lesão está em toda parede vaginal direta, indo até o fórnice direito.

Vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A, o laser de CO₂ é excelente para o tratamento das lesões de vagina, pois destrói a lesão com taxas de recorrência reduzidas, além da possibilidade de realização de múltiplas sessões sem comprometimento do comprimento vaginal da paciente, que, em geral, é sexualmente ativa.

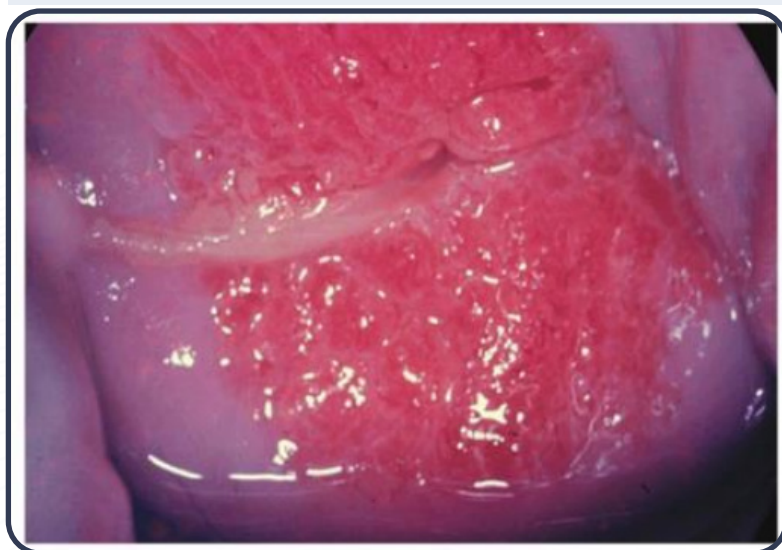
Incorreta a alternativa B, a aplicação semanal de ácido tricloroacético 90% é indicada apenas para lesões pontuais na vagina. Essa é uma lesão extensa.

Incorreta a alternativa C, microfragmentação da lesão sob visão colposcópica também é indicada apenas para lesões pontuais.

Incorreta a alternativa D, as lesões de alto grau e as de baixo grau persistentes (acima de 2 anos) necessitam de tratamento.

Gabarito: A

41- Mulher de 28 anos de idade comparece ao ambulatório de contracepção na data agendada para inserção de dispositivo intrauterino (DIU). O exame especular está representado na imagem a seguir.



Diante do caso apresentado, a conduta mais adequada é:

- A) liberar para inserção de DIU não hormonal, mas não de DIU de levonorgestrel.
- B) liberar para inserção de DIU hormonal, mas não de DIU de cobre ou prata.
- C) suspender inserção de DIU e indicar outro método contraceptivo.
- D) liberar para a inserção de DIU hormonal ou não hormonal.

COMENTÁRIOS:

A questão nos traz uma imagem de exame especular para que possamos indicar ou não a inserção de DIU na paciente. Precisamos relembrar os pré-requisitos para inserção do DIU:

- Não existir atraso menstrual
- Exame pélvico evidenciando ausência de contraindicações

O que temos no exame especular?

Apenas um colo normal! Observe que o conteúdo vaginal é cristalino e a questão não menciona sinais e sintomas clínicos que demonstrem algum processo infeccioso. Temos, também, uma ectopia cervical extensa (eversão do epitélio glandular sobre o escamoso) que também é completamente normal, especialmente em mulheres jovens.

Sendo assim, apenas pelas informações passadas na questão, não há contraindicação à inserção dos dispositivos intrauterinos.

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, o exame pélvico não contraindica nenhum dos dispositivos.

Incorreta a alternativa B, o DIU de cobre com prata nada mais é que um DIU de cobre! A prata foi acrescentada para estabilização do cobre apenas e, apesar de vendida com promessa de redução de cólica e sangramento menstrual, não há evidências científicas disso.

Incorreta a alternativa C, como vimos, não há contraindicação aos DIUs neste caso.

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

Gabarito: D

42- Menina de três anos de idade, comparece à consulta trazida pela mãe por pequeno sangramento na roupa íntima (três episódios), sendo o primeiro há dois dias. Mãe nega que a criança tenha outras queixas relacionadas, como dor ou problemas para urinar. O cuidado da criança é feito exclusivamente pela mãe. No acompanhamento de puericultura de rotina, a menina vem apresentando crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor sem intercorrências. O exame físico da genitália está representado na imagem a seguir.



Com base nos dados apresentados, qual é a hipótese diagnóstica?

- A) Prolapso uretral.
- B) Sarcoma botrioide.
- C) Vulvovaginite fúngica.
- D) Trauma por abuso sexual.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, o sangramento genital na criança deve sempre ser avaliado com atenção. Nas recém-nascidas, em alguns casos, pode ocorrer sangramento genital na primeira semana de vida, devido à queda dos estrogênios maternos. As causas de sangramento genital na menina antes da puberdade incluem:

- vulvovaginites;
- condições dermatológicas (líquen escleroso, dermatites);
- distúrbios endócrinos (puberdade precoce, menarca isolada, hipotireoidismo primário);
- tumores (papilomas, sarcoma botrioide, tumores de células da granulosa, pólipos);
- trauma (queda a cavaleiro, abuso sexual);
- prolapso de uretra;
- corpo estranho.

Entre essas causas, as mais comuns são as lesões locais, principalmente devido a trauma, e o sangramento hormonal da recém-nascida é a causa endócrina mais frequente.

Agora, nessa questão, podemos ver pela imagem que a criança apresenta um prolapso uretral, sendo ele a causa do seu sangramento genital.

Vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A: a hipótese diagnóstica para a causa do sangramento genital dessa criança é o prolapso uretral.

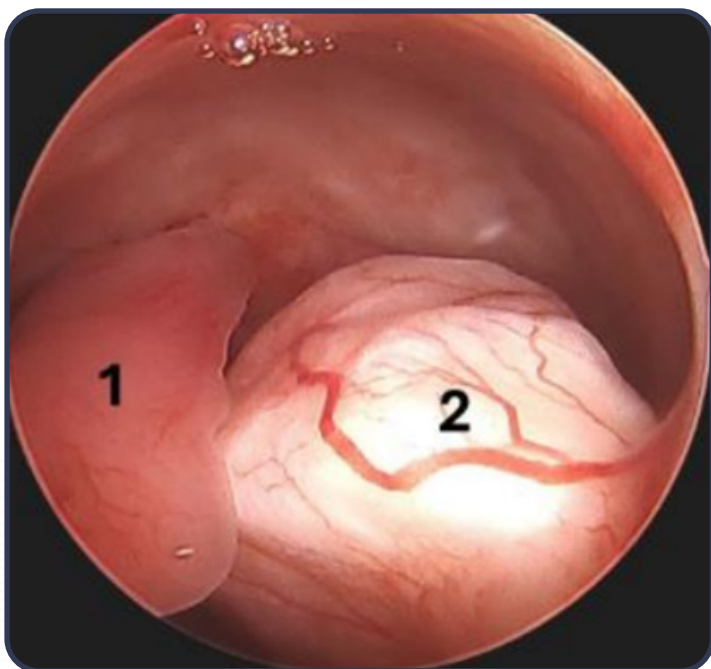
Incorreta a alternativa B, porque o sarcoma botrioide se manifesta com tumor em "cacho de uvas" se exteriorizando pela vulva da criança.

Incorreta a alternativa C, porque a criança não apresenta secreção vaginal esbranquiçada ou sinais inflamatórios.

Incorreta a alternativa D, porque a criança não apresenta trauma ou escoriações na região genital.

Gabarito: A

43- Mulher de 49 anos de idade apresenta sangramento uterino anormal de causa estrutural, conforme identificado na imagem a seguir.

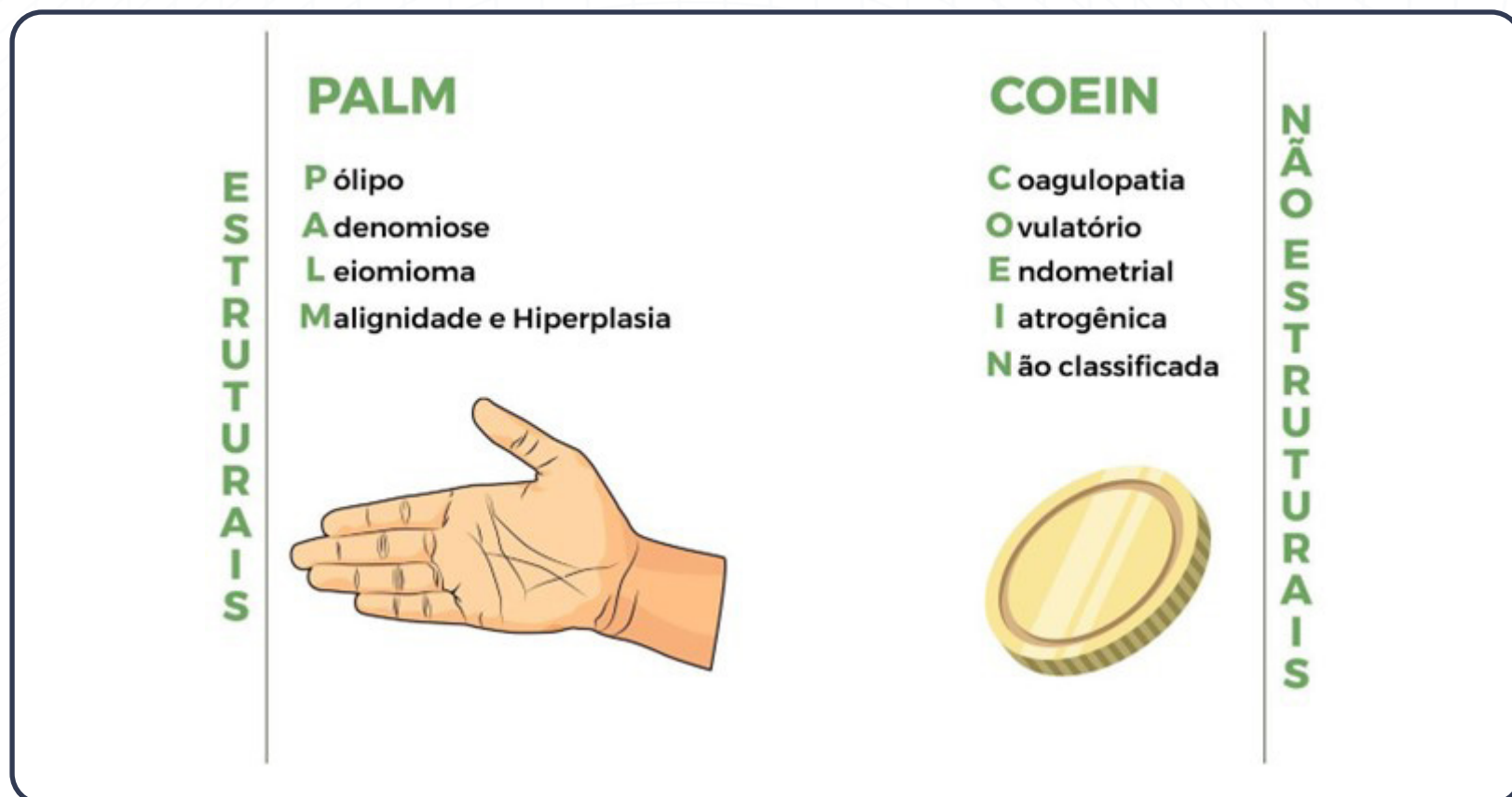


Segundo a classificação da FIGO, essas lesões (1 e 2) são classificadas respectivamente como:

- A) SUA-P e SUA-L
- B) SUA-M e SUA-C
- C) SUA-P e SUA-M
- D) SUA-E e SUA-C

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa é uma questão sobre a classificação da FIGO para as causas de sangramento uterino anormal (SUA). A FIGO classificou as causas de SUA em estruturais e não estruturais de acordo com o mnemônico PALM-COEIN. Veja o esquema abaixo:



Na imagem da histeroscopia, podemos ver duas lesões dentro da cavidade uterina. A lesão 1 é pediculada, avermelhada, friável e aparentemente mais "amolecida", bem característica de um pólip (SUA-P).

A lesão 2 é sésil, esbranquiçada, de consistência mais fibroelástica, com vascularização periférica, bem característica de um mioma submucoso (SUA-L).

Agora, vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A: a lesão 1 é um pólip endometrial e a lesão 2 é um mioma submucoso.

Incorreta a alternativa B, porque o câncer de endométrio, durante a histeroscopia, tipicamente se apresenta como lesões endometriais focais ou difusas com superfície irregular, projeções papilares, áreas de necrose, pontos brancos hiperintensos, e vascularização anormal, caracterizada por vasos irregulares e ramificados de distribuição assimétrica. A coagulopatia é uma causa não estrutural de SUA e a histeroscopia, nesses casos, não apresenta alterações.

Incorreta a alternativa C, porque a paciente não apresenta achado histeroscópico sugestivo de malignidade.

Incorreta a alternativa D, porque os principais achados histeroscópicos da endometrite incluem:

- Congestão endometrial (hiperemia difusa ou focal), que é o achado mais consistentemente associado à endometrite crônica e apresenta moderada concordância diagnóstica com o padrão-ouro histológico.
- Micropólipos endometriais (projeções menores que 1 mm), frequentemente múltiplos, são altamente sugestivos de endometrite crônica e apresentam alta especificidade para o diagnóstico.

Gabarito: A

44- Mulher de 33 anos de idade, vivendo com HIV, apresenta febre, dor lombar, náuseas e vômitos. Foi diagnosticada com pielonefrite aguda após outros episódios de infecção urinária. Tratamento clínico sem melhora em 48h. A alternativa que justifica a necessidade de internação para tratamento da pielonefrite é:

- A) estar em uso de medicação retroviral.
- B) terceira infecção urinária em dois anos.
- C) hospitalização prévia por pielonefrite.
- D) persistência de febre maior que 38,4 °C após 48 horas de antibioticoterapia.

COMENTÁRIOS:

O diagnóstico de pielonefrite pode ser feito com base na presença dos seguintes sinais e sintomas:

- sintomas urinários baixos associados à febre ou sinais sistêmicos (calafrios, alteração do estado mental);
- desconforto lombar (no exame físico, lembre-se do clássico sinal de Giordano, que é a punho-percussão lombar dolorosa), com piúria e/ou bacteriúria.

INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

- Pacientes com sepse/choque séptico precisam de internação hospitalar;
- Febre persistente;
- Impossibilidade de tolerar ingestão via oral;
- Gestantes (!!!).

Diferentemente da cistite aguda, em que não é necessária avaliação laboratorial na condução inicial, na pielonefrite, DEVEMOS solicitar urocultura, independentemente da indicação de internação ou não da paciente. Lembre-se disso!

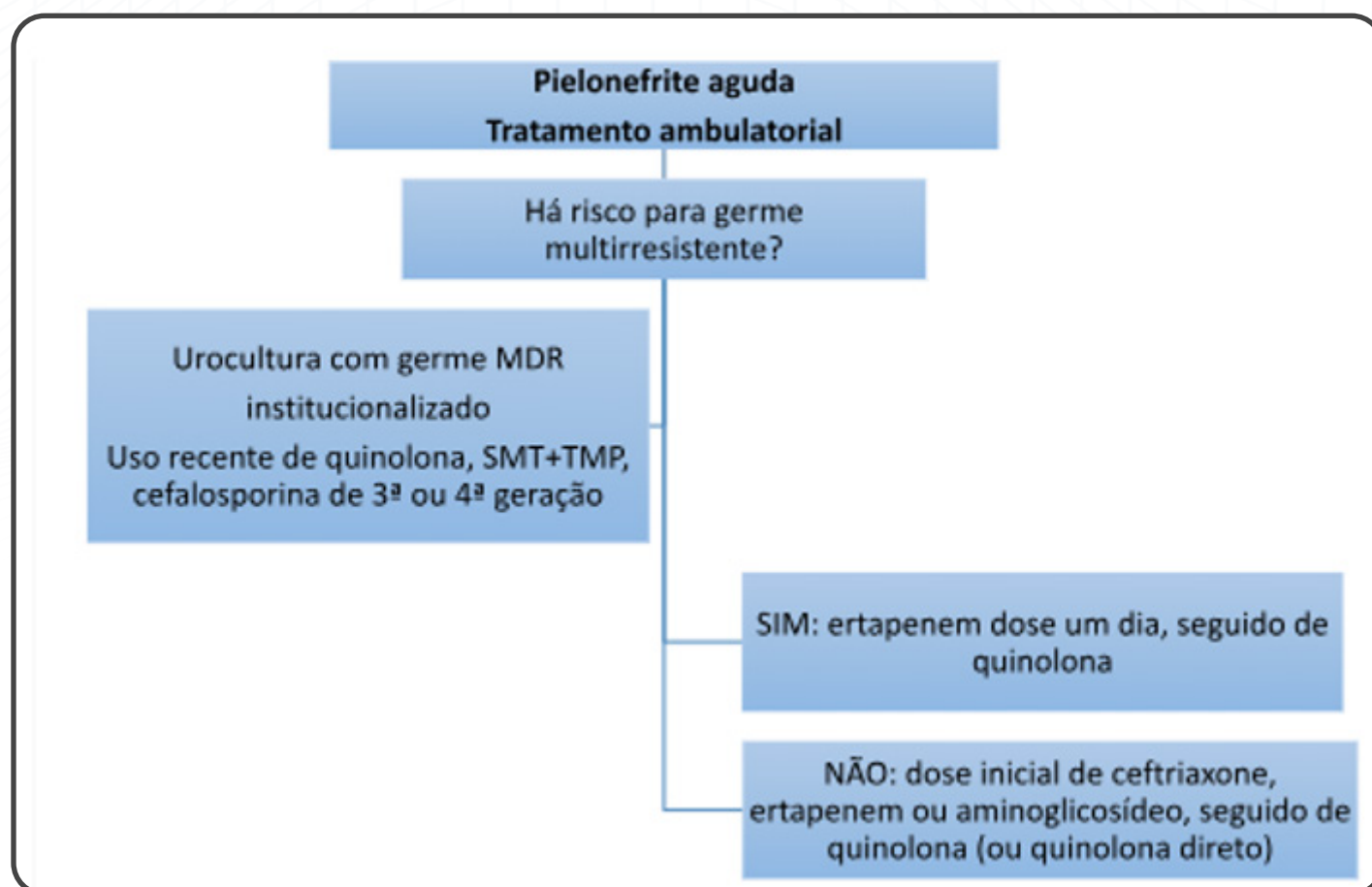
Outra dúvida frequente: é obrigatória a realização de exame de imagem? NÃO! O diagnóstico de pielonefrite não exige a realização de exame de imagem, que muitas vezes pode vir normal, sobretudo em fases iniciais (até mesmo a tomografia!). Quando o pedimos então?

INDICAÇÕES DE EXAME DE IMAGEM NA PIELONEFRITE

- gravidade clínica à admissão (sepse ou choque séptico);
- ausência de melhora clínica após 48-72 horas de antibioticoterapia direcionada;
- suspeita de obstrução urinária (redução de função renal e/ou oligúria).

No paciente em condições de tratamento ambulatorial, a escolha da antibioticoterapia deverá ser feita inicialmente a partir da possibilidade de haver infecção por germe multirresistente (fluxograma abaixo). Se há algum dos fatores presente, devemos optar por uma dose inicial de ertapenem, seguido de prescrição via oral de quinolona (ciprofloxacino 500 mg, de 12 em 12 horas, ou levofloxacino 750 mg, uma vez ao dia).

Se não há risco de resistência inicialmente, optamos pela prescrição via oral de quinolona ou antibiótico parenteral em dose única (ceftriaxone ou ertapenem, por exemplo), seguido de quinolona via oral. “Mas, professor, e se houver contraindicação às quinolonas?” Sulfametoxazol + trimetoprim; amoxicilina + clavulanato; cefadroxila e cefalexina são algumas opções viáveis, lembrando sempre de adequar a antibioticoterapia conforme resultado de urocultura. Uma ressalva importante que fazemos com relação à nitrofurantoína: apesar de ser ótima opção para o tratamento da cistite aguda, não utilizamos nitrofurantoína no tratamento de pielonefrite devido às baixas concentrações do antibiótico no tecido renal.



Alternativa A incorreta, pois esse não é um critério para internação.

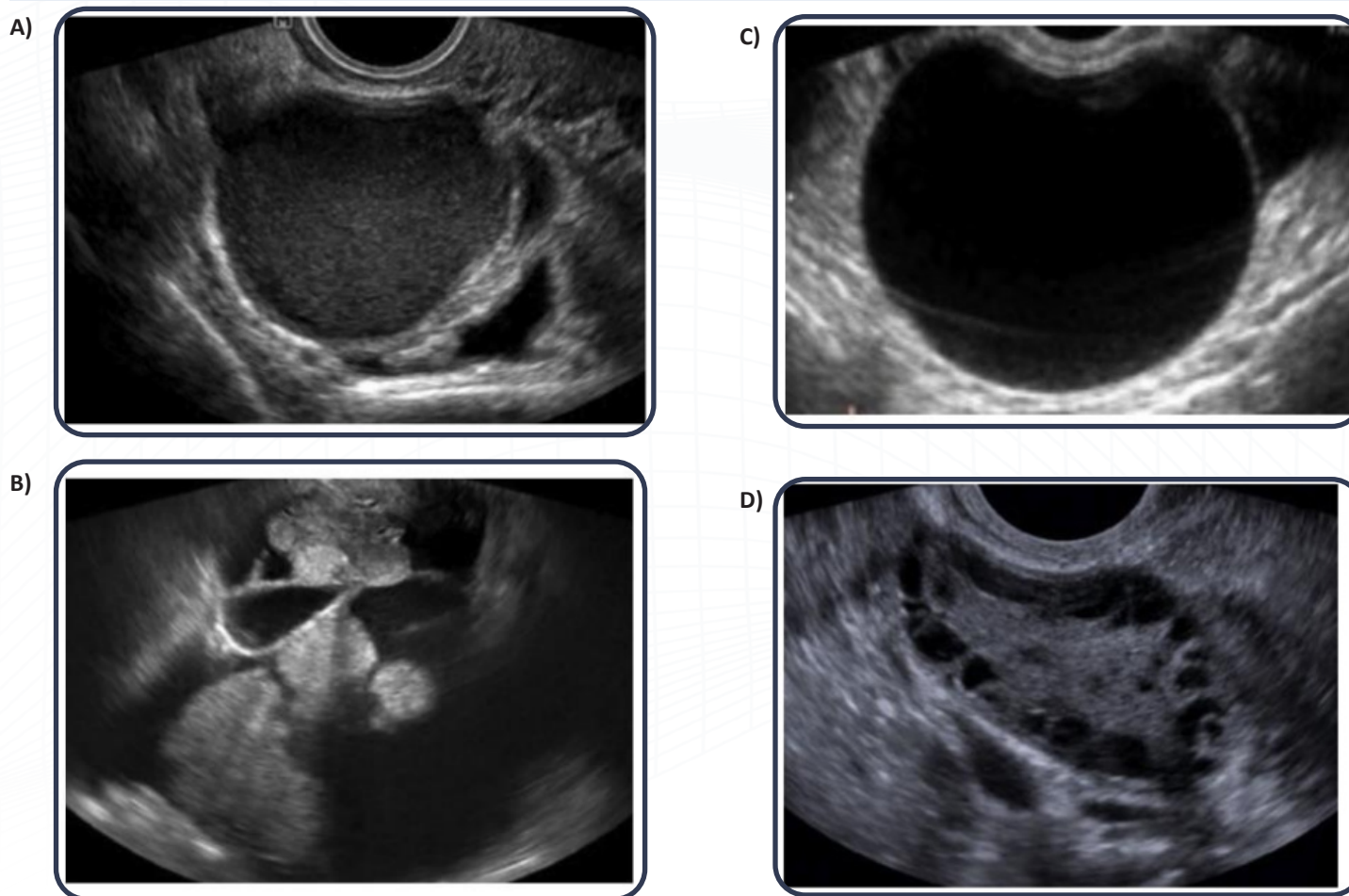
Alternativa B incorreta, pois a quantidade de eventos não está associada à gravidade.

Alternativa C incorreta, pois isso não indica internação.

Alternativa D correta, pois a febre persistente é critério de internação.

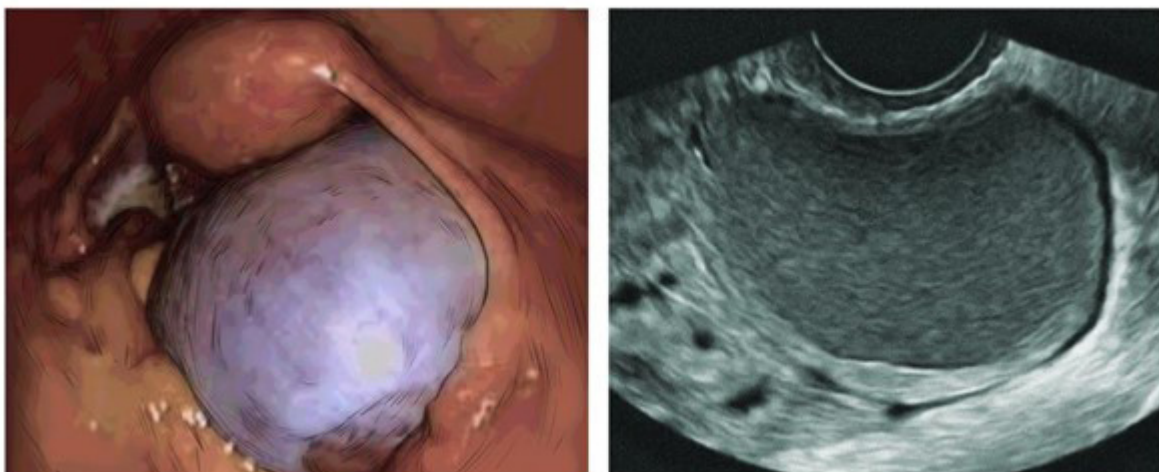
Gabarito: D

45- Mulher de 28 anos de idade, nuligesta, refere dor pélvica há três anos que melhora com analgésicos, mas, nos últimos seis meses, a dor está progredindo associada à dispareunia de profundidade. Ciclos menstruais regulares a cada 25 dias, com fluxo de cinco dias. Não usa contracepção hormonal. DUM há 10 dias. Beta-hCG negativo. Exame ginecológico evidencia aumento de volume e dor à palpação de anexo direito. O achado ultrassonográfico compatível com esse quadro clínico é:



COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa paciente apresenta um quadro de dor pélvica crônica e dispareunia de profundidade. No exame físico, foi observado aumento do volume e dor à palpação do anexo direito. Esse quadro é bastante sugestivo de endometriose, com presença de um endometrioma de ovário direito. Os endometriomas de ovário se apresentam como formações císticas hipoeecogênicas e homogêneas. Mas os endometriomas são chamados de “os grandes imitadores” porque também podem se apresentar com outras características ultrassonográficas, tais como septações e paredes espessadas com focos hipereecogênicos, sendo importante fazer o diagnóstico diferencial com os cistos funcionais (hemorrágicos) e outros tumores anexiais. O Doppler colorido mostra fluxo ao redor do cisto, não dentro do cisto.



Agora vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A: a imagem é característica de um endometrioma de ovário. Os endometriomas de ovário costumam se apresentar com conteúdo hipocogênico homogêneo, sendo chamados de "vidro fosco" ou "vidro moído" pelos radiologistas.

Incorreta a alternativa B, porque, na imagem, temos uma formação complexa anexial, sugestiva de malignidade.

Incorreta a alternativa C, porque a imagem é anecoica, típica de um cisto simples de ovário.

Incorreta a alternativa D, porque a imagem é típica de um ovário policístico, com seu microcísticos periféricos.

Gabarito: A

46- Mulher de 34 anos de idade, sem comorbidades, relata episódios frequentes de corrimento vaginal branco-acinzentado, com odor desagradável nos últimos seis meses. Já realizou múltiplos ciclos de tratamento para vaginose bacteriana, sem sucesso duradouro. No histórico, refere uso frequente de duchas vaginais, além de múltiplos parceiros sexuais com uso de preservativo masculino. A melhor estratégia para reduzir o risco de recorrência de sua condição é:

- A) prescrever antibióticos profiláticos em doses reduzidas por longo prazo.
- B) indicar o uso contínuo de probióticos orais e vaginais.
- C) recomendar o uso diário de sabonete íntimo ácido.
- D) suspender duchas vaginais.

COMENTÁRIOS:

Aqui temos um caso de vaginose bacteriana recorrente, definida como mais de 3 episódios de vaginose bacteriana confirmadas ao longo de um ano. Nesses casos, temos primeiro que entender quais são os fatores de risco que estão levando às recorrências.

Para a vaginose bacteriana, os fatores de risco abaixo estão associados:

1. Atividade sexual: apesar da VB ainda não ser classificada como uma IST, a atividade sexual é um fator de risco para essa doença. Estudos epidemiológicos mostraram que o contato sexual com novos e múltiplos parceiros masculinos e femininos aumentam o risco de VB, enquanto o uso de preservativo é associado a um risco diminuído.

2. Infecções sexualmente transmissíveis: a vaginose bacteriana é mais prevalente em pacientes com ISTs.

3. Raça e etnia: a VB é mais comum na raça negra, porém não está claro se isso reflete condições genéticas, socioeconômicas ou comportamentais.

4. Tabagismo;

5. Uso de duchas vaginais;

6. Obesidade.

A questão quer saber qual é a melhor estratégia para prevenir recorrências:

Incorreta a alternativa A. Apesar de prescrever antibióticos profiláticos em doses reduzidas por longo prazo realmente ser uma estratégia, primeiramente devemos corrigir hábitos de higiene íntima inadequados.

Incorreta a alternativa B. Não há evidência do uso de probióticos na redução de recorrência de vulvovaginites.

Incorreta a alternativa C. Os sabonetes íntimos devem ser líquidos, de pH 5-6, com detergência suave.

Correta a alternativa D. As duchas vaginais podem levar bactérias da região anal para a o interior da vagina, alterando a flora e o pH vaginal.

Gabarito: D

47- Mulher de 48 anos de idade realizou mamografia de rastreamento que identificou grupo de microcalcificações pleomórficas em uma área de 1,5 cm (BI-RADS IVB). Realizou biópsia percutânea, cujo resultado demonstrou carcinoma intraductal de baixo grau, luminal-A. Com base no caso apresentado, assinale a alternativa que indica a conduta a ser seguida.

- A) Ressecção segmentar.
- B) Ressecção segmentar + radioterapia.
- C) Ressecção segmentar com biópsia de linfonodo sentinela.
- D) Ressecção segmentar com biópsia de linfonodo sentinela + radioterapia.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa paciente tem um carcinoma intraductal de baixo grau de 1,5 cm de extensão. Nesse caso, temos a indicação de tratamento cirúrgico conservador (quadrantectomia). Atualmente, há uma tendência a realizar a cirurgia conservadora (quadrantectomia) na maior parte dos casos. Essa indicação depende basicamente da relação entre o tamanho do tumor e o tamanho da mama. A princípio, pela lógica, não é possível fazer uma quadrantectomia se o tumor ocupar mais que um quarto da mama. Mas existe a possibilidade de a paciente ser submetida ao tratamento neoadjuvante que pode promover a diminuição (ou desaparecimento completo) do tumor e, com isso, possibilitar a realização do tratamento cirúrgico conservador.

Sendo assim, é importante sabermos quais são as contraindicações do tratamento conservador, para determinar quais são as pacientes que não podem ser tratadas dessa forma e que terão que ser submetidas à mastectomia. Veja a tabela abaixo:

Contraindicações para o tratamento conservador do câncer de mama (quadrantectomia)	
	Tumores muito grandes em relação ao volume da mama
	Microcalcificações extensas
	Impossibilidade de margens livres
	Radioterapia torácica prévia
	Desejo da paciente
	Tumores multicêntricos (em diferentes quadrantes da mama)
Doenças vasculares do colágeno em atividade — exceto artrite reumatoide (porque impedem a realização de radioterapia complementar)	

A radioterapia é o complemento do tratamento local do câncer de mama. Tem o objetivo de reduzir a chance de recidiva local da doença e, com isso, aumentar a sobrevida geral.

Em linhas gerais, as indicações de radioterapia são:

- Cirurgia conservadora da mama (quadrantectomia)
- Mastectomia com tumores T3 ou T4 ou linfonodos axilares comprometidos

Praticamente, todas as pacientes que foram submetidas a tratamento conservador da mama (quadrantectomia) devem completar o seu tratamento locorregional com a radioterapia. Isso inclui as pacientes com carcinoma *in situ* ou que receberam quimioterapia neoadjuvante (antes da cirurgia) e que tiveram resposta patológica completa, ou seja, o tumor “sumiu” após o tratamento quimioterápico e não aparece na peça da cirurgia.

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque, além do tratamento cirúrgico conservador (quadrantectomia ou ressecção segmentar), é indicada também a radioterapia como tratamento complementar.

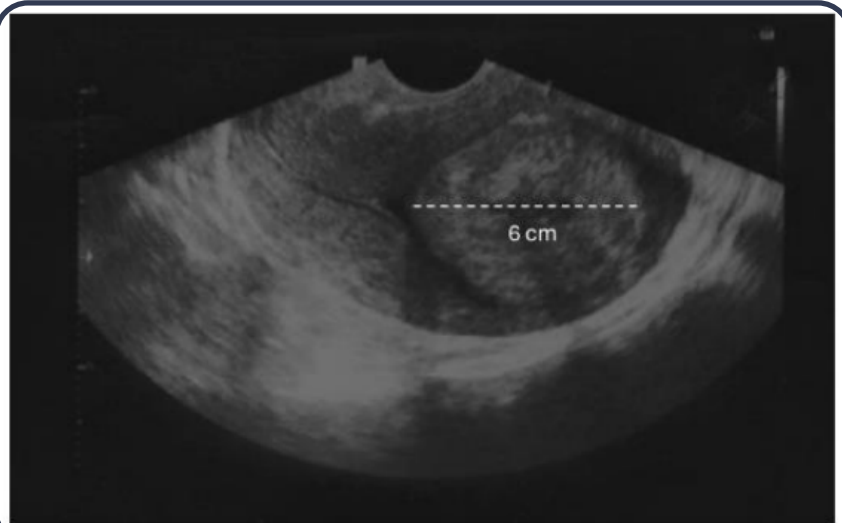
Correta a alternativa B: a paciente tem indicação de ressecção segmentar da lesão e radioterapia complementar.

Incorreta a alternativa C, porque não há indicação de biópsia do linfonodo sentinela, já que se trata de carcinoma intraductal (*in situ*) de pequena extensão. A biópsia do linfonodo sentinela seria indicada para os casos de carcinoma intraductal extenso (maior que 3 cm), já que, nesses casos, pode haver uma área de invasão “subdiagnosticada”.

Incorreta a alternativa D, porque não há indicação de biópsia do linfonodo sentinela.

Gabarito: B

48- Mulher de 42 anos de idade, G3P3, refere que, desde os 38 anos, apresenta sangramento uterino aumentado. Há seis meses, realizou transfusão de sangue para tratamento de anemia aguda (Hb 7,0 g/dL). Ao exame de toque, o útero é móvel, restrito à pequena pelve e globoso. Já fez uso de desogestrel e medroxiprogesterona com pouca melhora do sangramento. Atualmente Hb de 9,5 g/dL, e traz ultrassonografia transvaginal realizada há uma semana representada na imagem.



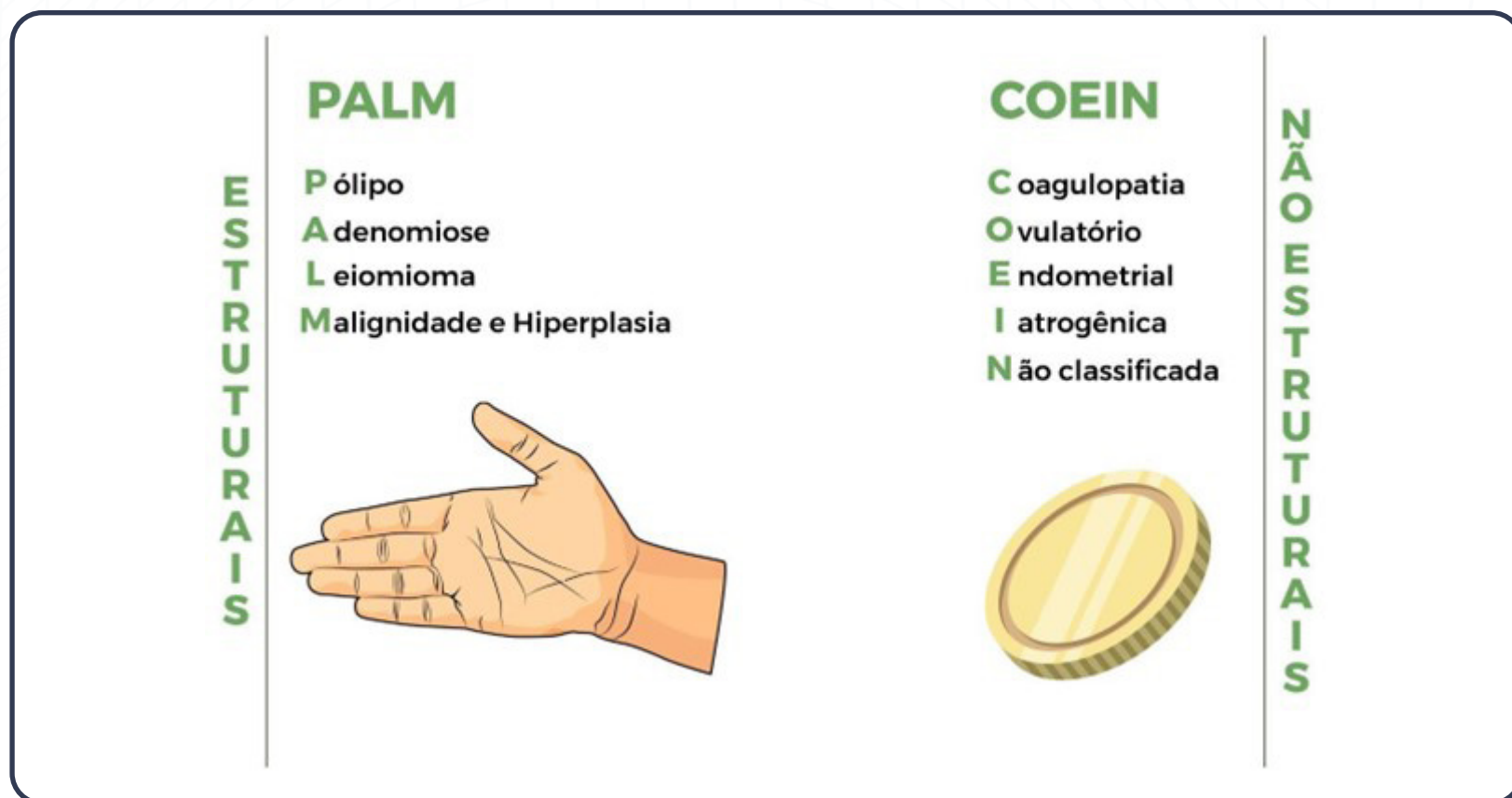
Qual é o diagnóstico provável (PALM - COEIN) e qual deve ser o tratamento?

- A) SUA-L - histerectomia
- B) SUA-M - histerectomia
- C) SUA-L - histeroscopia cirúrgica
- D) SUA-M - biópsia de endométrio

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa paciente apresenta um quadro de sangramento uterino anormal (SUA) e a sua ultrassonografia apresenta uma imagem hiperecogênica circunscrita intramural/submucosa de 6 cm. Essa imagem é característica de um mioma volumoso.

A FIGO classificou as causas de SUA em estruturais e não estruturais de acordo com o mnemônico PALM-COEIN:



Agora, vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A: trata-se de paciente com prole constituída com miomatose uterina que está provocando sangramento uterino anormal e que não melhorou com o tratamento medicamentoso, sendo indicado o tratamento cirúrgico definitivo.

Indicações para o tratamento cirúrgico definitivo
Pacientes com prole constituída
Falha do tratamento clínico
Escolha da paciente
Suspeita de Malignidade (Sarcoma)

Incorreta a alternativa B, porque a paciente não apresenta quadro de malignidade. Nesse caso, o câncer de endométrio se manifestaria com espessamento endometrial e o sarcoma, com aumento importante e rápido do volume uterino, isso geralmente ocorre em mulheres pós-menopausa.

Incorreta a alternativa C, porque a paciente apresenta mioma volumoso, com grande porção intramural, que não é passível de ressecção histeroscópica.

Incorreta a alternativa D, porque a paciente não apresenta quadro de malignidade.

Gabarito: A

49- Mulher de 34 anos de idade foi tratada para sífilis com penicilina G-benzatina 2,4 milhões UI IM, após apresentar as lesões, representadas na imagem a seguir e VDRL + 1:32. Hoje, retorna, após seis meses, sem as lesões cutâneas, com título de VDRL 1:8, no entanto se queixa de cefaleia persistente e redução da acuidade visual.



A conduta adequada para esse caso é:

- A) repetir o VDRL em três meses para avaliar evolução sorológica.
- B) repetir penicilina G-benzatina 2,4 milhões UI IM.
- C) pesquisar neurosífilis com exame de liquor.
- D) tratar com ceftriaxone 1g IM por 10 dias.

COMENTÁRIOS:

O que a imagem traz? A clássica representação da roséola sífilítica! São lesões eritemato-descamativas que envolvem principalmente mãos e pés, fazendo parte do estágio da sífilis secundária. Nesses casos, o tratamento preconizado deve ser a penicilina-benzatina 2,4 milhões de unidades. Observe também que, em 6 meses, ocorreu a redução dos títulos de VDRL, o que fala a favor do sucesso no tratamento, não é mesmo? Porém, o aparecimento de sintomas neurológicos/oftalmológicos após o tratamento levanta a suspeita de neurosífilis, manifestações que podem ocorrer em qualquer fase da doença, mas são mais associadas à fase tardia (terciária).

1. Como a penicilina G-benzatina não atinge concentrações adequadas no liquor, caso a paciente já tivesse algum grau de comprometimento neurológico/ocular na época do tratamento, o esquema realizado não teria prevenido a evolução da neurosífilis.

2. Diante da suspeita de neurosífilis, devemos solicitar punção lombar para análise do liquor (VDRL-LCR, celularidade, proteínas).

3. Se confirmado o diagnóstico de neurosífilis/ocular, o tratamento deve ser feito com penicilina G-cristalina 18–24 milhões UI/dia, IV, dividida em 3–4 milhões UI a cada 4h por 10–14 dias.

Correta a alternativa C.

Gabarito: C

50- Adolescente de 14 anos de idade iniciou atividade sexual com o namorado e deseja inserir um DIU de cobre. Ela está acompanhada dos pais, que concordam com o procedimento. A conduta adequada para esse caso é:

- A) recusar a inserção, pois menores de 16 anos não podem receber métodos contraceptivos invasivos.
- B) encaminhar a paciente ao conselho tutelar antes de realizar o procedimento.
- C) inserir o DIU, pois há consentimento dos responsáveis e da paciente.
- D) solicitar avaliação psicológica antes de decidir sobre o procedimento.

COMENTÁRIOS:

Um dos itens do edital da prova do TEGO é o de "ética médica" e, dentro dele, é bastante cobrado o tema de contracepção na adolescência.

Uma das barreiras na prescrição de contraceptivos aos adolescentes é a preocupação com a confidencialidade. Garanti-la é o primeiro passo para adquirir a confiança do adolescente. A adolescente tem direito à privacidade, ou seja, de ser atendida sozinha, em espaço privado de consulta (artigo 103 do Código de Ética Médica). A quebra do sigilo só é permitida quando:

- 1. A adolescente tem pensamentos suicidas;
- 2. História de abuso físico ou sexual.

Tanto a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) como a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) orientam que a "prescrição de métodos anticoncepcionais deverá levar em conta a solicitação dos adolescentes, respeitando-se os critérios médicos de elegibilidade, independentemente da idade. A prescrição de métodos anticoncepcionais para adolescente menor de 14 anos, desde que respeitados os critérios acima, não constitui ato ilícito por parte do médico, mas deve ser devidamente registrada em prontuário".

Nossa paciente tem 14 anos, vida sexual ativa e deseja inserir o DIU de cobre. A questão não traz nenhuma contraindicação clínica para que o método não seja inserido.

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. Os LARCs (métodos contraceptivos de longa duração) podem e devem ser inseridos nas adolescentes, pois são métodos de alta eficácia e que independem da lembrança da paciente.

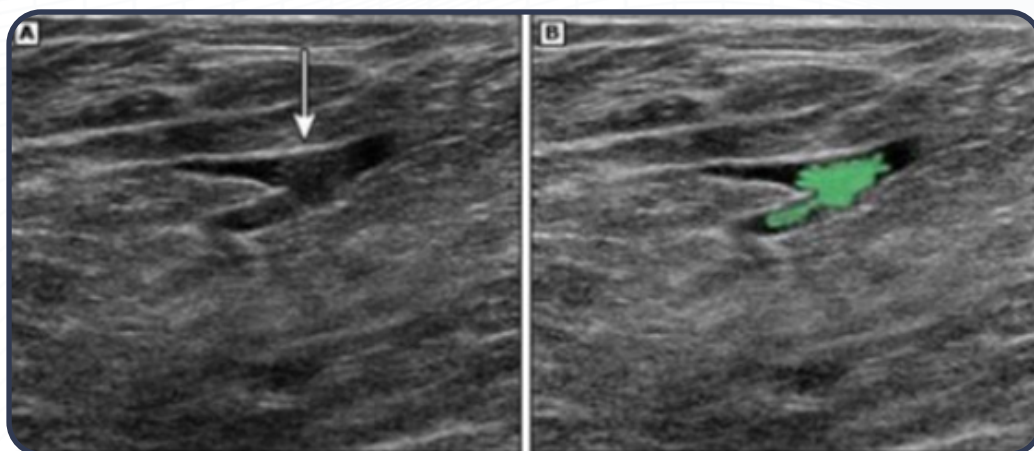
Incorreta a alternativa B. Além de que não existem contraindicações ao uso do método, os responsáveis legais estão presentes e concordam com o procedimento.

Correta a alternativa C. Está de acordo com o que vimos acima.

Incorreta a alternativa D. Não existem contraindicações ao método e as adolescentes não precisam de avaliação psicológica para a inserção

Gabarito: C

51- Mulher de 40 anos de idade apresenta fluxo papilar espontâneo em mama esquerda. Ao exame físico, apresenta saída de secreção serossanguinolenta à compressão às três horas do mamilo da mama esquerda. Não se palpa nódulo. A mamografia não revela nenhuma lesão e foi classificada como Bi-Rads 2. A ultrassonografia apresenta a seguinte imagem:



A conduta adequada para esse caso é:

- A) nova ultrassonografia em seis meses.
- B) ressonância magnética.
- C) core biópsia.
- D) ductografia.

COMENTÁRIOS:

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

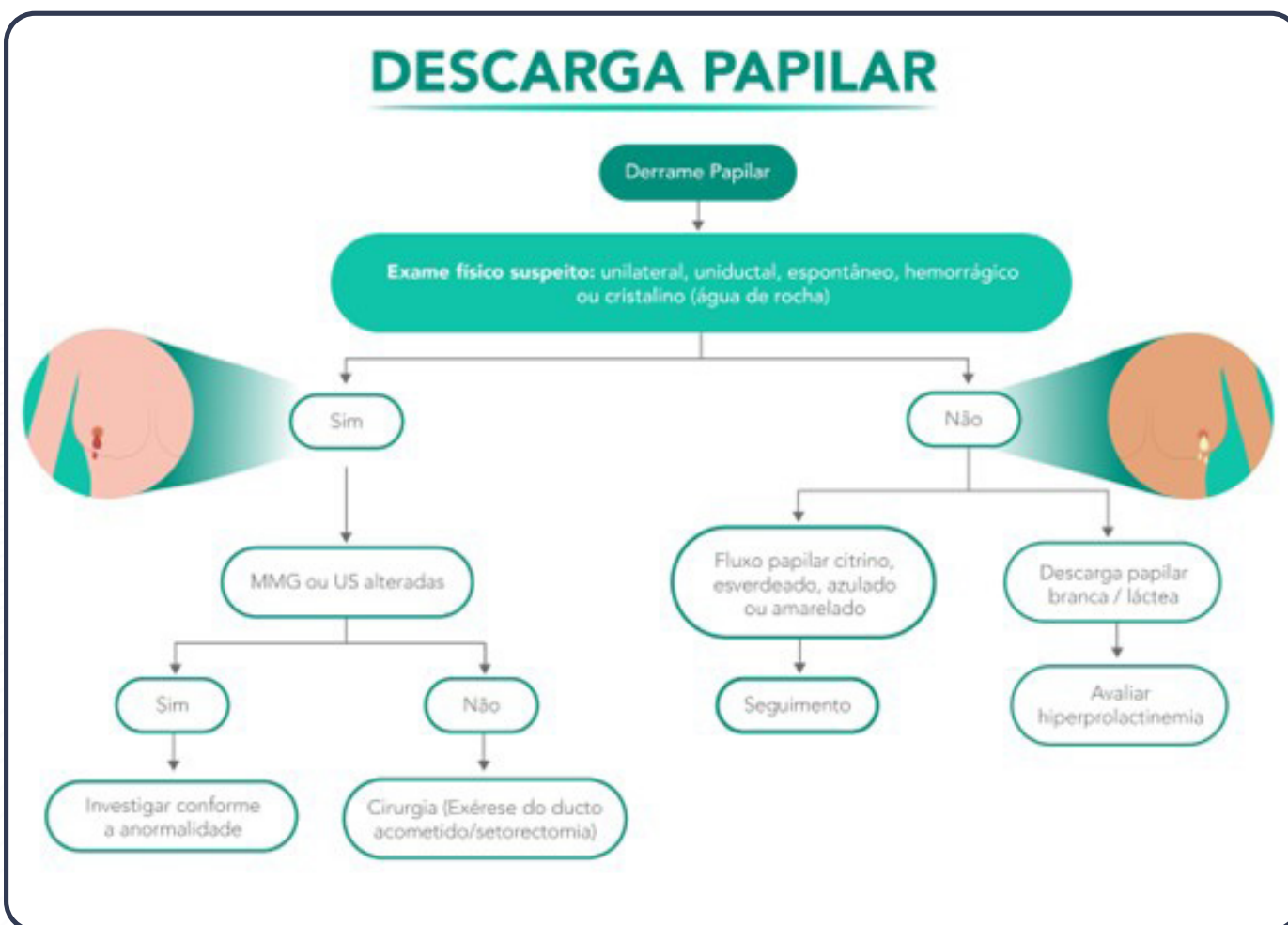
Uma das principais causas da galactorreia é a hiperprolactinemia. Mas algumas pacientes podem apresentar galactorreia sem aumento de níveis de prolactina. Devemos dosar a prolactina dessas pacientes e tratar os casos de hiperprolactinemia.

Ectasia ductal: 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 mult ductal 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 é a observação e o seguimento, porque costumam se interromper sem nenhuma intervenção médica.

Descarga papilar suspeita: 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 está associada 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.



No caso em questão, temos uma paciente com descarga papilar serossanguinolenta à esquerda. A imagem do ultrassom mostra uma lesão hipoecogênica dentro do ducto mamário, bem característica de um papiloma intraductal. Ainda assim, trata-se de descarga papilar suspeita de malignidade, sendo indicado prosseguir na investigação com realização de biópsia da lesão para se confirmar através de exame anatomopatológico se a lesão é benigna ou maligna.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque é indicado prosseguir na investigação através de biópsia e estudo anatomopatológico da lesão.

Incorreta a alternativa B, porque a ressonância só irá confirmar a existência de uma lesão intraductal, com indicação de estudo anatomopatológico.

Correta a alternativa C: está indicada a realização de biópsia e estudo anatomopatológico da lesão. É importante dizer que o tipo de biópsia mais indicado para esses casos é a mamotomia guiada por ultrassom, entretanto, apesar de não ser a mais indicada, a core biópsia ainda pode ser utilizada como forma de diagnóstico.

Incorreta a alternativa D, porque a ductografia só irá mostrar uma falha de enchimento e confirmar a existência de uma lesão intraductal, ainda estando indicada a realização de biópsia para a definição se a lesão é benigna ou maligna.

Gabarito: C

52- A localização correta para a inserção do implante de etonogestrel é:

- A) subdérmico, na porção posteromedial do braço não dominante, 3 a 5 cm posterior ao sulco bicipital e 8 a 10 cm superior ao epicôndilo medial.
- B) subcutâneo, na porção anteromedial do braço dominante, na região do sulco bicipital, aproximadamente 10 cm acima da prega do cotovelo.
- C) subdérmico, na porção posterolateral do braço não dominante, 3 a 5 cm anterior ao sulco biceptal e 8 a 10 cm superior ao epicôndilo lateral.
- D) subcutâneo, na porção anterolateral do braço dominante, na região do sulco bicipital, aproximadamente 10 cm acima da prega do cotovelo.

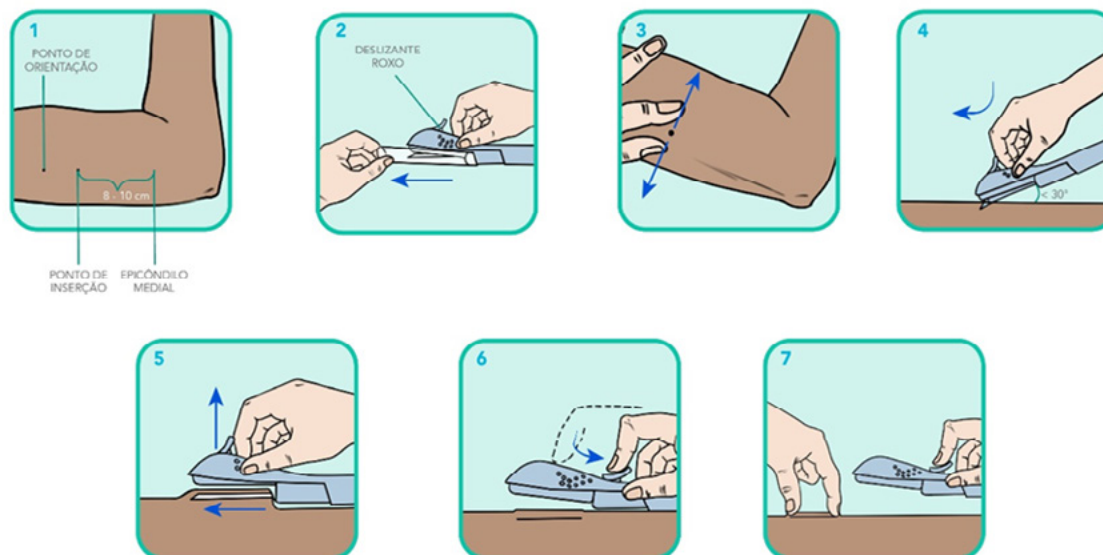
COMENTÁRIOS:

O implante subdérmico é um dispositivo plástico radiopaco de 4 cm de comprimento que contém 68 mg de etonogestrel. Tem duração de 3 anos (evidências sugerem que pode durar até 5 anos) e faz parte dos métodos anticoncepcionais reversíveis de longa duração-LARCs. De todos os métodos contraceptivos, o implante é o mais efetivo, com índice de Pearl de 0,05, inferior inclusive ao índice de Pearl esterilização cirúrgica.

O implante deve ser inserido preferencialmente do 1 ao 5º dia do ciclo menstrual, ou em qualquer momento, se afastada a possibilidade de gestação (nesse caso, deve ser recomendado método de barreira por 7 dias).

A inserção deve ser feita por profissional treinado, em consultório, no membro superior não dominante, sob anestesia local. O implante deve ser inserido de forma subdérmica, na porção posteromedial do braço não dominante, 3 a 5 cm posterior ao sulco bicipital e 8 a 10 cm superior ao epicôndilo medial. A taxa de complicações após a colocação é baixa (edema, hematoma, desconforto, infecção local ou quebra do implante).

INSERÇÃO IMPLANON



Correta a alternativa A: subdérmico, na porção posteromedial do braço não dominante, 3 a 5 cm posterior ao sulco bicipital e 8 a 10 cm superior ao epicôndilo medial.

Gabarito: A

53- Mulher de 25 anos de idade, nuligesta, comparece à consulta ginecológica referindo que não menstrua mais há dois anos. Relata menarca aos 11 anos de idade, seguida de ciclos regulares. É atleta profissional e refere estar num ótimo momento da carreira, com excelente desempenho em competições; treina cerca de seis horas por dia entre musculação e treinos aeróbicos. Nega outras queixas, sem atividade sexual no último ano. Ao exame físico: PA = 90 x 60 mmHg; IMC = 17,4 kg/m², 8% de gordura corporal. Nega uso de anabolizante ou outras substâncias para aumento de desempenho físico. Com relação à fisiopatologia da amenorreia dessa paciente, assinale a alternativa correta.

- A) A prática de exercícios físicos intensos associados a baixo peso corporal e redução da gordura corporal tem mais influência na ocorrência da amenorreia do que o tipo específico de exercício.
- B) O equilíbrio energético e o balanço entre ingesta e gasto calórico têm pouca relevância nesses casos se mantida uma porcentagem mínima de gordura corporal.
- C) Os baixos níveis de cortisol de origem adrenal, devido à baixa fonte de precursores para a síntese deste hormônio, pode induzir a amenorreia.
- D) A perda do padrão pulsátil de gonadotrofinas afeta a frequência, mas não a amplitude dos pulsos de LH, por isso o FSH funciona como melhor marcador diagnóstico.

COMENTÁRIOS:

Estamos diante de um caso clássico de amenorreia funcional hipotalâmica. Em pacientes atletas de alta performance, portadoras de transtornos alimentares ou com altos níveis de estresse, não há liberação adequada de pulsos de GnRH, levando à menstruação irregular e/ou amenorreia.

Os exercícios físicos extenuantes estão associados ao aumento de opiáceos endógenos (endorfinas). O aumento das endorfinas inibe os pulsos de GnRH, reduzindo a produção de gonadotrofinas e levando à anovulação e hipoestrogenismo.

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A. Não é o tipo de exercício, mas sim o excesso de liberação de endorfinas e o percentual de gordura reduzido que levam a redução dos pulsos de GnRH. É importante ressaltar que cada paciente tem o seu próprio ponto de regulador hipotalâmico, ou seja, cada uma tem seu nível de liberação de endorfinas e de percentual de gordura que leva à amenorreia.

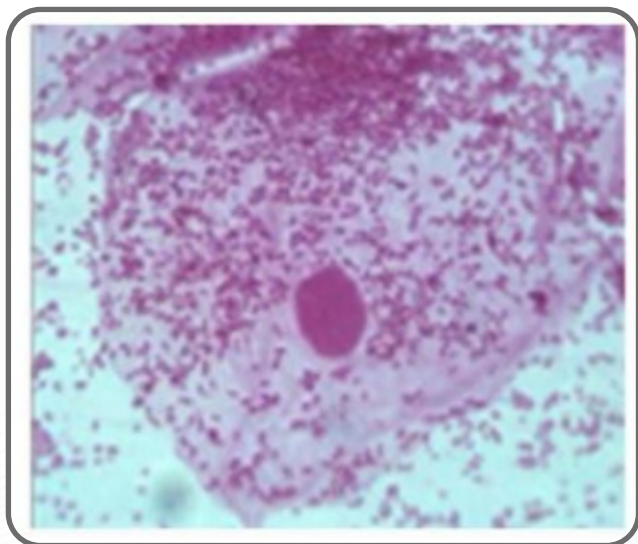
Incorreta a alternativa B, além do percentual de gordura, outros fatores precisam ser levados em consideração, como a liberação de endorfinas e o nível de estresse da paciente.

Incorreta a alternativa C, a elevação do cortisol é que pode levar à amenorréia.

Incorreta a alternativa D, há alteração total da liberação de GnRH, tanto em frequência quanto em amplitude.

Gabarito: A

54- Mulher de 35 anos de idade gostaria de trocar seu método contraceptivo para o DIU de cobre. Refere corrimento vaginal homogêneo, de cor clara, com início há uma semana. Foi colhido material do conteúdo vaginal para realização de Gram. De acordo com o resultado do exame, a conduta preconizada é:



- A) hidrocortisona 10% creme vaginal por 14 dias.
- B) doxiciclina 100 mg 2 x ao dia por sete dias.
- C) clotrimazol vaginal 50 mg por seis dias.
- D) metronidazol 1 g ao dia por sete dias.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, como costumamos falar bastante, a prova do TEGO adora cobrar imagens e, nessa questão, foi cobrada uma imagem de microscopia muito clássica: as clue cells.

Observe que temos uma célula epitelial recoberta por bactérias, inclusive borrando as suas bordas. Isso nos dá o diagnóstico de vaginose bacteriana, uma condição em que temos redução da população lactobacilar e aumento da população de anaeróbios.

A questão quer saber qual é a conduta nesses casos. Aqui, o tratamento pode ser via oral ou vaginal, com igual eficácia.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, hidrocortisona 10% creme vaginal por 14 dias seria uma opção de tratamento para vaginite inflamatória descamativa.

Incorreta a alternativa B, doxiciclina 100 mg 2 x ao dia por sete dias é o tratamento para infecção por clamídia.

Incorreta a alternativa C, clotrimazol vaginal 50 mg por seis dias é o tratamento para candidíase

Correta a alternativa D, o metronidazol é tratamento de primeira linha para a vaginose bacteriana, seja via oral (dose de 500 mg de 12/12h ou 400 mg de 8/8h por 7 dias) ou vaginal. Também é considerado classe B na gestação e lactação.

Gabarito: D

55- Mulher de 52 anos de idade na perimenopausa com sintomas vasomotores e não menstrua há três meses. Não tem fatores de risco ou histórico familiar para doença cardiovascular, osteoporose, neoplasia de mama ou gastrointestinal. Com base no caso apresentado, assinale a alternativa que indica quais são os exames que devem ser solicitados.

- A) Ultrassonografia transvaginal, perfil lipídico e colonoscopia.
- B) Mamografia, ultrassonografia transvaginal, perfil lipídico.
- C) Mamografia, densitometria óssea, colonoscopia.
- D) Perfil lipídico, colonoscopia e mamografia.

COMENTÁRIOS:

Os objetivos das avaliações realizadas no período da transição menopáusica e pós-menopausa são: otimizar a saúde e o bem-estar das pacientes, bem como diagnosticar e estratificar riscos para outros problemas de saúde.

O diagnóstico da transição menopáusica é CLÍNICO, realizado através da anamnese e do exame físico completo, buscando sinais e sintomas associados às modificações características desse período, descritas anteriormente. Exames complementares devem ser solicitados para excluir diagnósticos diferenciais e para rastrear outras comorbidades associadas.

A dosagem de FSH não é necessária para realizar diagnóstico, uma vez que o exame pode se apresentar com valores normais. A dosagem do FSH é importante nos casos em que ocorre amenorreia antes da idade prevista para a menopausa fisiológica ou em mulheres hysterectomizadas em que o parâmetro de cessação de sangramento não pode ser avaliado.

A FEBRASGO, em seu *Position Statement*, diz que mulheres com menos de 45 anos e com irregularidade menstrual podem fazer dosagem de FSH.

Nos casos de dúvida diagnóstica, ele também é aceito → 2 dosagens acima de 25Ui/mL = transição

São exames importantes para serem realizados nessas pacientes, segundo a FEBRASGO:

Propedêutica complementar recomendada pela FEBRASGO
TSH, se apresentar sintomas ou mais de 60 anos
Avaliação de risco cardiovascular: hipertensão, diabetes <i>mellitus</i> , obesidade, tabagismo e dislipidemia
Densitometria óssea a partir dos 65 anos ou em mulheres no climatério e com fator de risco para osteoporose → pode usar o FRAX
Exames de rastreamento: mamografia (40 anos), colonoscopia (50 anos), colpocitologia oncótica
Rastreamento de ISTs em caso de vida sexual ativa
Exame físico ginecológico

Alternativa A incorreta, pois a ultrassonografia transvaginal não faz parte da propedêutica.

Alternativa B incorreta, pois a ultrassonografia transvaginal não faz parte da propedêutica.

Alternativa C incorreta, pois a densitometria é indicada a partir dos 65 anos ou de acordo com o FRAX.

Alternativa D correta, pois todos esses exames são recomendados.

Gabarito: D

56- Adolescente de 16 anos de idade comparece à consulta com a mãe, devido à ausência de menstruação, sem outras queixas. Ao exame físico, apresenta mamas em estágio M4, ausência de pelos pubianos e genitália externa feminina de aspecto normal. Peso 54 Kg e estatura: 173 cm. Os níveis de LH estão elevados e os de FSH normais. A hipótese diagnóstica para esse caso é:

- A) síndrome de Rokitansky.
- B) disgenesia gonadal pura.
- C) adenoma hipofisário secretor.
- D) insensibilidade androgênica.

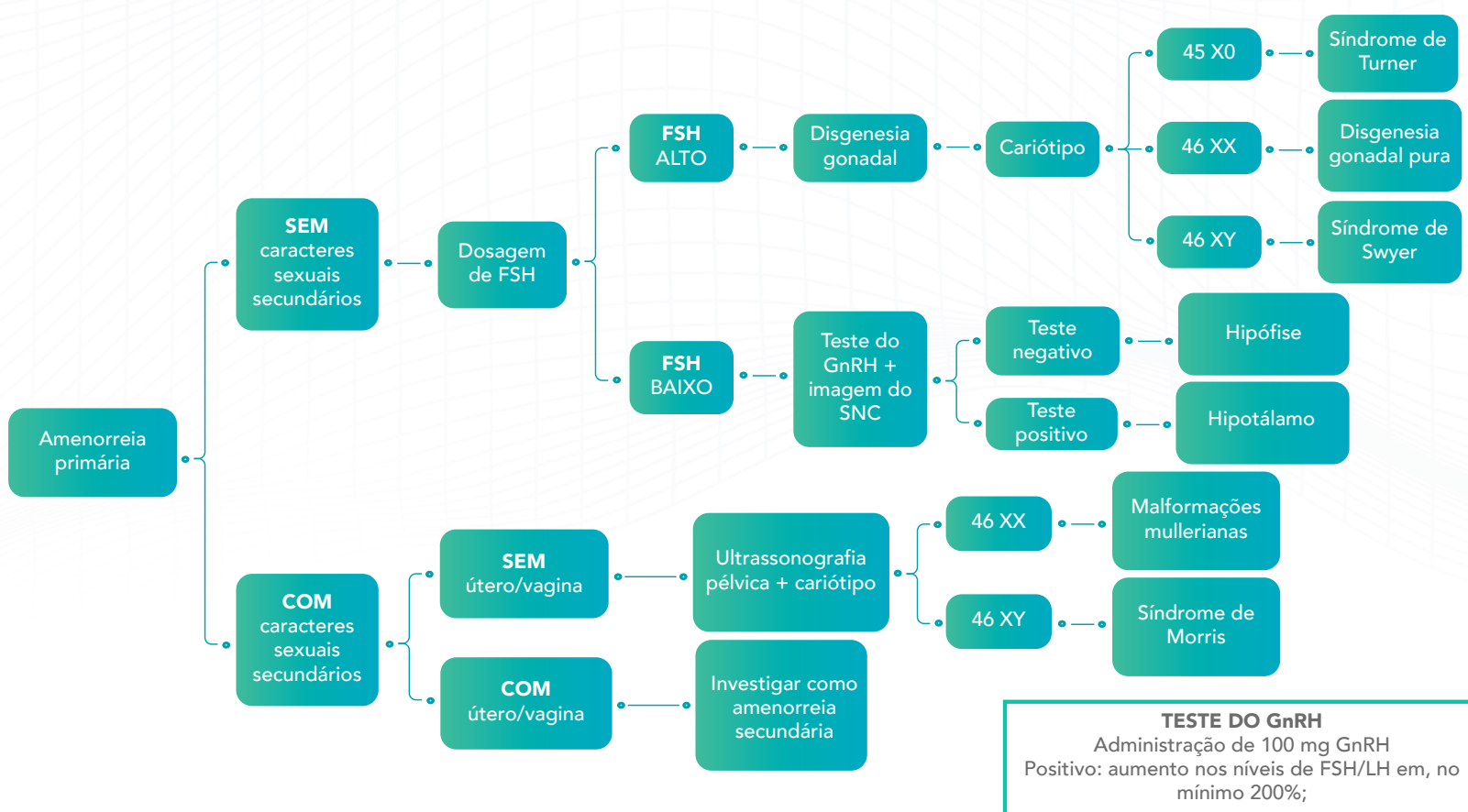
COMENTÁRIOS:

Nossa paciente comparece em consulta devido à amenorreia primária. Investigamos amenorreia primária quando:

- Na ausência de caracteres sexuais secundários, em pacientes acima de 13 anos.
- Mesmo na presença de caracteres sexuais secundários, acima de 15 anos.

Aqui, nossa paciente tem desenvolvimento mamário normal, mas já tem 16 anos, logo merece investigação.

Segue o fluxograma de investigação:



Observe que, na presença de caracteres sexuais secundários normais, devemos investigar a via de saída do trato genital, pois o eixo está funcionando. Sendo assim, ficamos com duas principais hipóteses diagnósticas: síndrome de Rokitansky ou síndrome de Morris. Como nossa paciente é magra, alta e tem pêlos pubianos ausentes, nossa principal hipótese diagnóstica é a Síndrome de Morris.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, a paciente com síndrome de Rokitansky tem distribuição de pêlos normais.

Incorreta a alternativa B, na disgenesia gonadal pura, não teríamos caracteres sexuais secundários desenvolvidos.

Incorreta a alternativa C, no adenoma hipofisário secretor, não haveria desenvolvimento de caracteres sexuais secundários.

Correta a alternativa D. A Síndrome de Insensibilidade androgênica ou síndrome de Morris ocorre por defeito no receptor de testosterona. A paciente tem genótipo masculino, 46XY, por isso não há desenvolvimento dos ductos de Muller, mas não há desenvolvimento de pêlos e forma-se genitália externa feminina devido ao defeito no receptor de testosterona.

Gabarito: D

57- Mulher de 65 anos de idade refere "bola na vagina" há cinco anos. Realizou histerectomia vaginal por prolapso há 20 anos. Não apresenta sintomas urinários ou intestinais. Hígida, não está usando nenhum medicamento. Refere outras cirurgias: apendicectomia complicada, três cesáreas prévias e correção de hérnia incisional. Ao exame físico: PA de 130/90 mmHg e IMC de 26 kg/m². O exame ginecológico está representado na imagem a seguir.



O tratamento indicado para esse caso é:

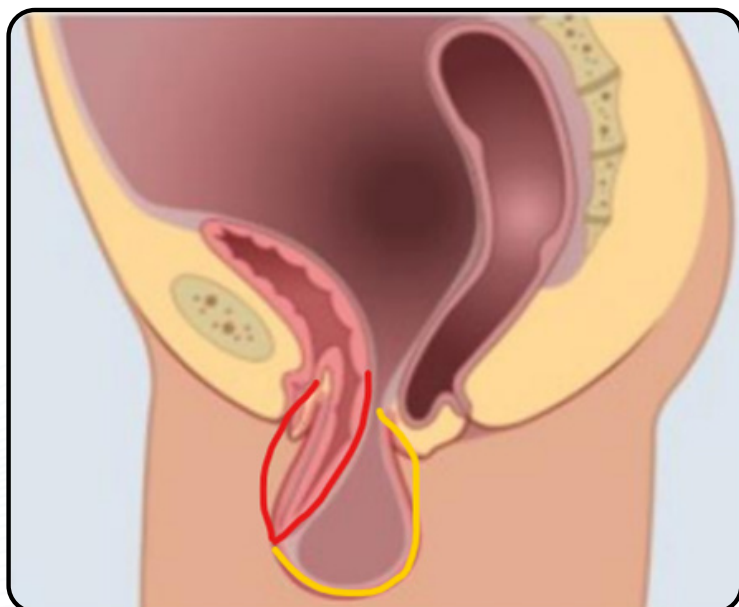
- A) fixação sacroespinal.
- B) sacrocolpopexia sem tela.
- C) colpossuspensão retropúbica.
- D) colpoplastia anterior e posterior.

COMENTÁRIOS:

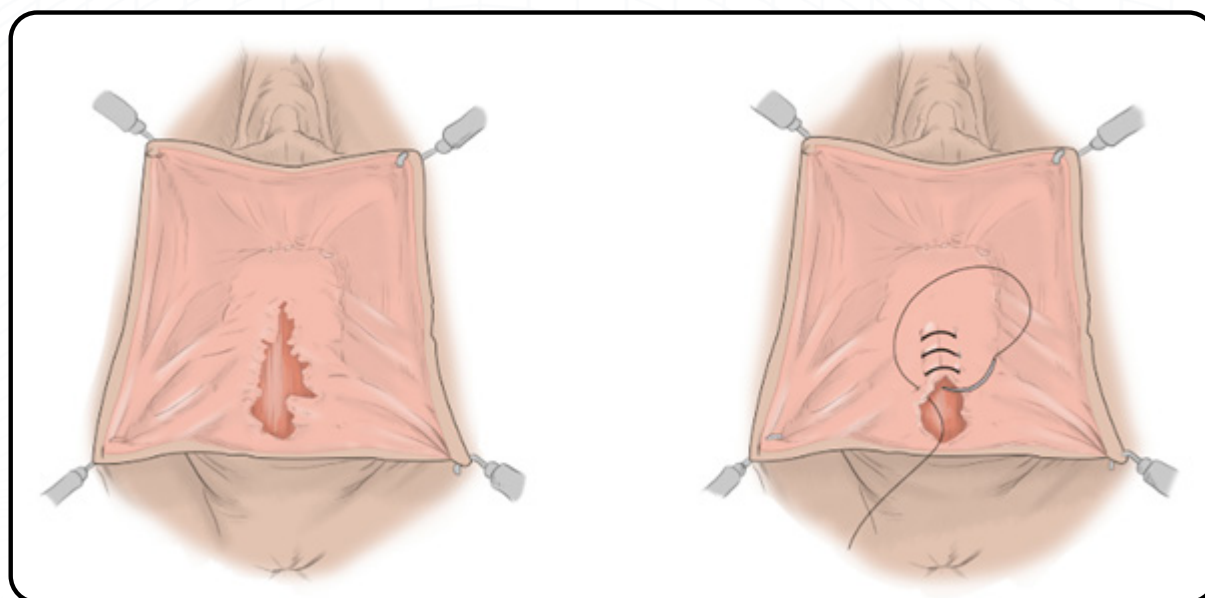
O tratamento dos prolapso de órgãos pélvicos visa, exclusivamente, à redução da sintomatologia da paciente, pois o quadro é benigno e não apresenta complicações graves, mesmo que não seja tratado. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, a depender do desejo da paciente e da condição clínica. O estado funcional da paciente é algo de grande relevância para a realização de cirurgias, uma vez que os POPs acometem, predominantemente, a população mais idosa, que tem maior risco de complicações associadas aos procedimentos.

O tratamento cirúrgico nos POPs é específico para o grau do prolapso e para o local do defeito anatômico responsável pelo descenso dos órgãos. Separamos as abordagens cirúrgicas de acordo com os compartimentos acometidos.

A paciente em questão apresenta um prolapso da parede anterior e da cúpula vaginal, como pode ser visto no desenho (vermelho - parede anterior/amarelo - cúpula)



A correção dos prolapsos de parede anterior baseia-se nas correções sítio-específicas dos defeitos existentes (colporrafia anterior). A cirurgia consiste em incisar a parede vaginal anterior e descolar a fáscia vaginal. A partir daí, evidencia-se o defeito e utiliza-se a fáscia saudável para recobri-lo.



As técnicas de correção dos prolapsos apicais podem ser reconstrutivas ou obliterativas. Nas reconstrutivas, corrige-se o defeito fixando a cúpula vaginal ou o útero a um reparo anatômico. Já nas obliterativas, como o próprio nome diz, realiza-se o fechamento do canal vaginal.

A escolha da técnica dependerá, principalmente, das condições clínicas e das necessidades da paciente. Quando há um defeito apical, a paciente manifesta-se com prolapso de cúpula vaginal ou prolapso uterino. Apesar de algumas bancas considerarem que a histerectomia isoladamente é um tratamento para o prolapso apical, a literatura sempre recomenda associar um procedimento de fixação da cúpula.

Alternativa A correta, pois a fixação sacroespinal corrige o prolapso de cúpula.

Alternativa B incorreta, pois toda sacrocolpopexia usa tela.

Alternativa C incorreta, pois a colposuspensão retropúbica é empregada no tratamento da incontinência aos esforços.

Alternativa D incorreta, pois a paciente não tem prolapso de parede posterior.

Gabarito: A

58- Adolescente de 18 anos de idade refere odor vaginal intenso há dois meses e nega corrimento vaginal. Faz uso de anticoncepcional oral combinado e preservativo. Ao exame ginecológico: conteúdo vaginal homogêneo, porém escasso. Exame a fresco, conforme imagem a seguir, e a medida do pH vaginal maior do que 4,5.



Com base no caso apresentado, o diagnóstico e a conduta são:

- A) candidíase - clindamicina em óvulo vaginal dose única.
- B) infecção herpética - valaciclovir 500 mg 12/12 horas por 10 dias.
- C) vaginose bacteriana - metronidazol 500 mg 12/12 horas por sete dias.
- D) vaginose citolítica - bicarbonato de sódio 2% em óvulos vaginais por sete dias.

COMENTÁRIOS:

Aqui, estamos diante de uma paciente com queixa de mau odor vaginal. A principal causa para isso é a vaginose bacteriana, uma condição em que há redução da população lactobacilar e aumento da população de anaeróbios. A imagem em questão é de uma microscopia a fresco, em que, muitas vezes, há maior dificuldade de avaliação quando comparamos com a microscopia corada pelo método de Gram.

O que podemos observar na imagem? As células epiteliais estão borradas por "pontinhos", que são os anaeróbios, no clássico achado das *clue cells*. Também não observamos lactobacilos na lâmina, o que nos dá o diagnóstico de vaginose bacteriana.

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, a microscopia evidenciaria hifas, pseudo-hifas ou blastoconídeos e o tratamento é através de antifúngicos, não antibióticos.

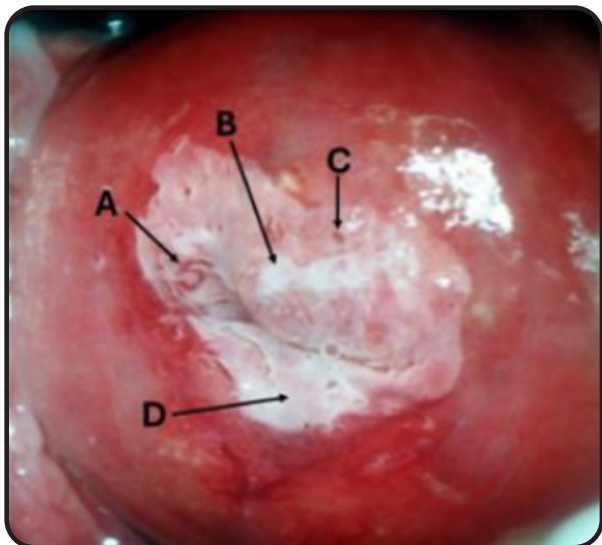
Incorreta a alternativa B, o diagnóstico de infecção herpética é clínico e pensando em exames complementares, o único que auxiliaria no diagnóstico é o PCR do material da lesão com pesquisa específica para o vírus.

Correta a alternativa C, o metronidazol é considerado de primeira linha no tratamento para a vaginose bacteriana.

Incorreta a alternativa D, na lâmina veríamos um aumento do número de lactobacilos com "quebra"/citólise celular ao fundo, com a presença de núcleos desnudos.

Gabarito: C

59- Mulher de 34 anos de idade trouxe resultado de citologia oncológica, revelando lesão intraepitelial escamosa cervical de alto grau, não podendo afastar invasão. Foi submetida à colposcopia com aplicação de ácido acético a 5%, que resultou nas alterações observadas na imagem a seguir.



Das áreas representadas na imagem, a que representa maior suspeição de invasão é a:

- A) A
- B) B
- C) C
- D) D

COMENTÁRIOS:

Estrategista, a prova do TEGO cobra bastante imagens colposcópicas. Nesse caso, a banca quer saber qual dos achados é sugestivo de invasão.

Os achados colposcópicos são divididos em:

- Menores: representam, no máximo, lesões de baixo grau.
- Maiores: representam, provavelmente, lesões de alto grau.
- Sugestivos de invasão: provavelmente, representam câncer.

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 IFCPC (2011)	
Avaliação geral	- Colposcopia satisfatória ou insatisfatória (colo não visualizado ou obscurecido por inflamação, sangramento, cicatriz, etc). - Visibilidade da junção escamocolumnar: completamente visível, parcialmente visível, não visível. - Zona de transformação tipo 1, 2 ou 3
Achados colposcópicos normais	- Epitélio escamoso original (maduro ou atrófico) - Epitélio colunar (ectopia) - Epitélio escamoso metaplásico - Cistos de Naboth - Orifícios glandulares - Decidua na gravidez

TERMINOLOGIA COLPOSCÓPICA DO COLO UTERINO IFPC (2011)	
Achados colposcópicos anormais	- Princípios gerais: - Localização da lesão: localizar pela posição dos ponteiros de relógio - Tamanho da lesão
	- Grau 1 (menor): - Epitélio acetobranco tênue/fino - Mosaico tênue/fino - Pontilhado tênue/fino
	- Grau 2 (maior): - 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: - Leucoplasia (queratose, hiperqueratose), erosão - Coloração de lugol (teste de Schiller): corado/não corado
Suspeita de invasão	- Vasos atípicos - Sinais adicionais: vasos frágeis, superfície irregular, lesão exofítica, necrose, ulceração, neoplasia/tumor aparente
Achados variados (miscelânea)	- Zona de transformação congênita - Condiloma - Pólipo - Inflamação - Estenose - Anomalia congênita - Sequela pós-tratamento - Endometriose

Vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A, é um vaso atípico, sugestivo de invasão.

Incorreta a alternativa B, epitélio acetobranco denso, um achado anormal maior.

Incorreta a alternativa C, a imagem é de difícil visualização, mas representa provavelmente um orifício glandular normal.

Incorreta a alternativa D, é um epitélio acetobranco tênue (achado anormal menor)

Gabarito: A

60- Adolescente de 16 anos de idade, vítima de estupro ontem à noite, com penetração vaginal e anal por dois desconhecidos, sem uso de preservativo e sem lesões físicas evidentes. Apresenta teste não reativo para sífilis, teste rápido para HIV e teste de gravidez negativos. Seu esquema vacinal é desconhecido. Para o caso apresentado, a profilaxia recomendada pelo Ministério da Saúde inclui contracepção de emergência, penicilina G-benzatina, azitromicina, ceftriaxona, vacina para hepatite B, PEP para HIV e:

- A) aciclovir.
- B) vacina de HPV.
- C) vacina meningocócica.
- D) imunoglobulina antitetânica.

COMENTÁRIOS:

Nossa paciente foi vítima de violência sexual. Nesses casos, temos que focar em alguns pontos:

- Acolhimento
- Notificação
- Exame físico e atenção às urgências
- Profilaxias para ISTs (infecções sexualmente transmissíveis)
- Prevenção de gravidez

A questão aborda as profilaxias, a contracepção de emergência e as vacinas, que devem ser: penicilina G-benzatina 2,4 milhões de UI IM para prevenção de sífilis, azitromicina 1 grama para prevenção de clamídia, ceftriaxona 500 mg IM dose única para prevenção de infecção gonocócica, vacina para hepatite B e avaliar necessidade de imunoglobulina, PEP (tenofovir, lamivudina e dolutegravir) para HIV até 72 horas da violência e vacina de HPV.

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

Alternativa A incorreta. Foi dada como alternativa correta, mas o aciclovir não é indicado já que o vírus do herpes não tem cura.

Alternativa B correta, pois está de acordo com o que vimos acima.

Alternativa C incorreta, pois não há indicação para essa vacina na vítima de violência sexual.

Alternativa D incorreta, pois, em casos de possibilidade de exposição ao tétano, deve ser avaliada a necessidade de vacina e imunoglobulina, mas não há menção a essa exposição na questão

Gabarito TEGO: A

Gabarito EMED: B

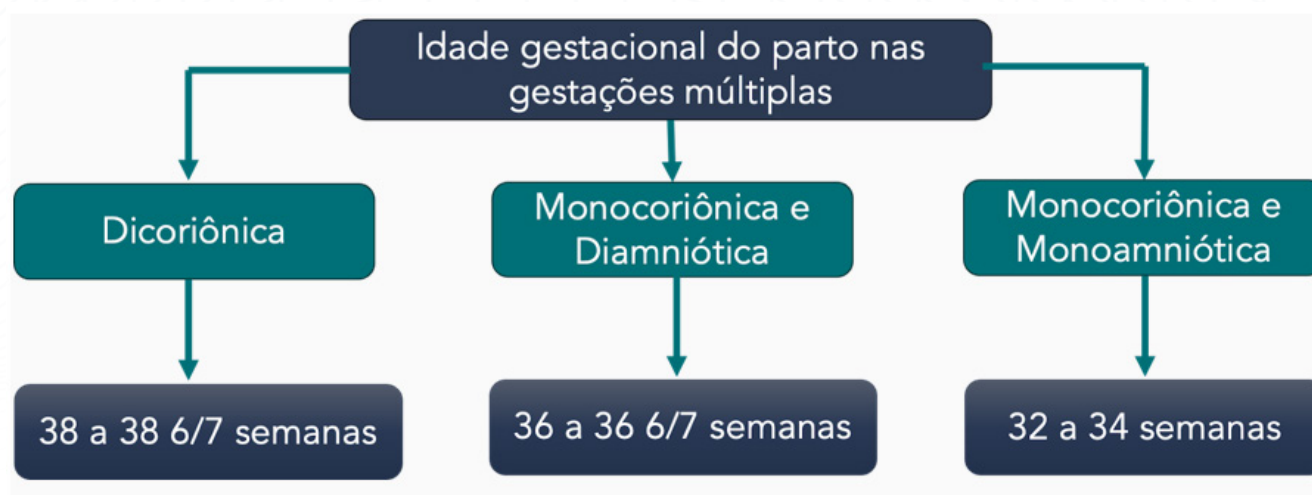
61- Secundigesta, 37 semanas, com parto vaginal há quatro anos, comparece à maternidade para avaliação. A gestação atual é gemelar, monócoriônica e diamniótica. Atividade uterina ausente, colo uterino centralizado, grosso, com 2 cm de dilatação. Exame ultrassonográfico recente demonstra primeiro feto cefálico e com dorso à esquerda, peso estimado de 2.820 g. Segundo feto com situação transversa e peso estimado em 2.790 g. Líquido amniótico normal no âmnio e placenta com implantação anterior e fúndica. Exame de Doppler normal em ambos os fetos. Considerando os protocolos assistenciais oficiais, assinale a alternativa correta.

- A) Orientar retorno com 38 semanas.
- B) Orientar retorno com 39 semanas.
- C) Internar e iniciar indução de parto.
- D) Internar e indicar interrupção por cesariana.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre assistência ao parto nas gestações gemelares.

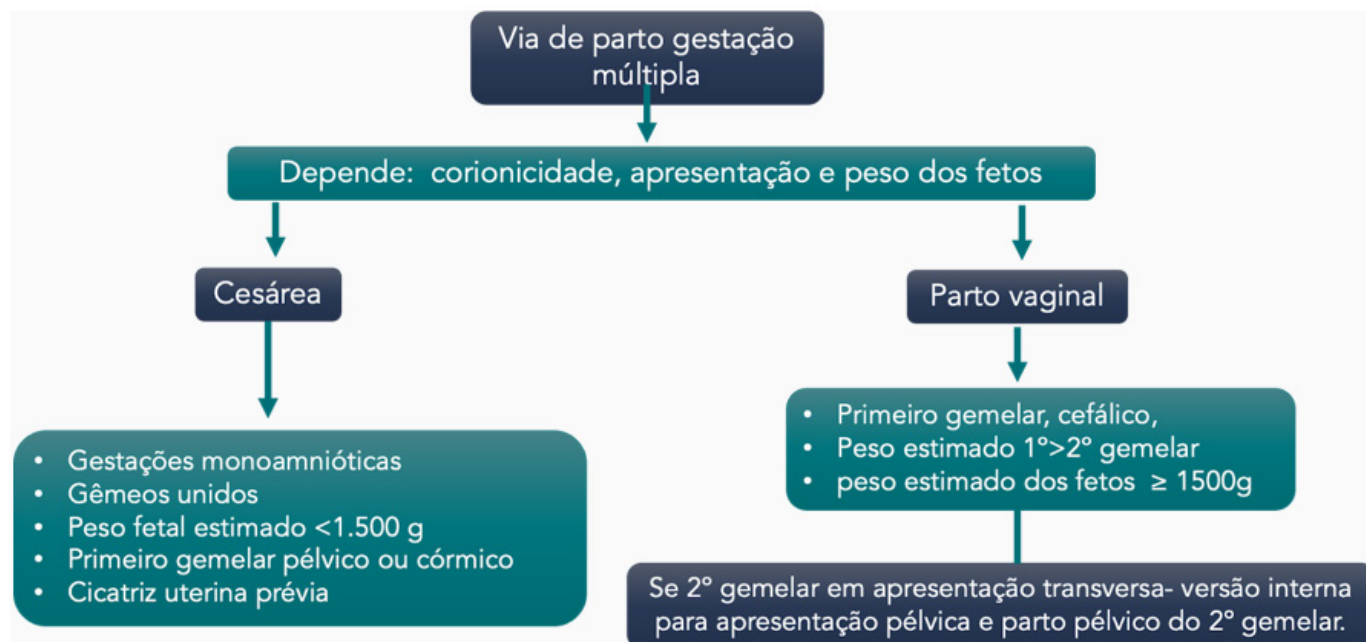
A idade gestacional de resolução das gestações de fetos gemelares é bem controversa. Nas gestações dicoriônicas, pode-se aguardar o parto até 38 a 38 semanas e 6 dias, sendo que alguns estudos sugerem não ultrapassar 38 semanas. Para gestações monócoriônicas diamnióticas, a resolução da gestação deve ocorrer entre 36 semanas e 36 semanas e 6 dias. Já nas gestações monócoriônicas e monoamnióticas, a resolução deve ocorrer entre 32 e 34 semanas.



A via de parto nas gestações monócoriônicas e monoamnióticas deve ser a cesárea, pelo risco de entrelaçamento de cordões. Nas gestações diamnióticas, é possível o parto vaginal.

A escolha da via de parto deve levar em consideração a apresentação e o peso dos fetos, além da corionicidade. O parto vaginal é possível quando o primeiro gemelar é cefálico e apresenta peso estimado entre 1.500 g e 4.000 g, **o segundo gemelar tem peso estimado menor ou tem peso, no máximo, 20% maior do que o primeiro gemelar, baseado em exame ultrassonográfico recente.** Se o primeiro gemelar não é cefálico, apresenta peso estimado menor que o segundo gemelar (com diferença ≥ 500 g), o peso estimado dos fetos é < 1.500 g ou há cicatriz uterina prévia, recomenda-se a via abdominal.

Na indicação de parto vaginal, deve-se realizar a monitorização **contínua da frequência cardíaca fetal dos dois fetos**. Deve-se ter **disponível, no serviço, analgesia com cateter, permitindo a complementação de anestésico, de acordo com eventuais necessidades de manobras, parto instrumentalizado ou mesmo conversão para cesárea**. Nas gestações gemelares, a apresentação mais comum dos fetos é a cefálica/cefálica. A segunda posição mais comum dos fetos é: o primeiro em apresentação cefálica e o segundo gemelar em apresentação não cefálica. A apresentação pélvica do primeiro gemelar é a mais difícil de ocorrer.



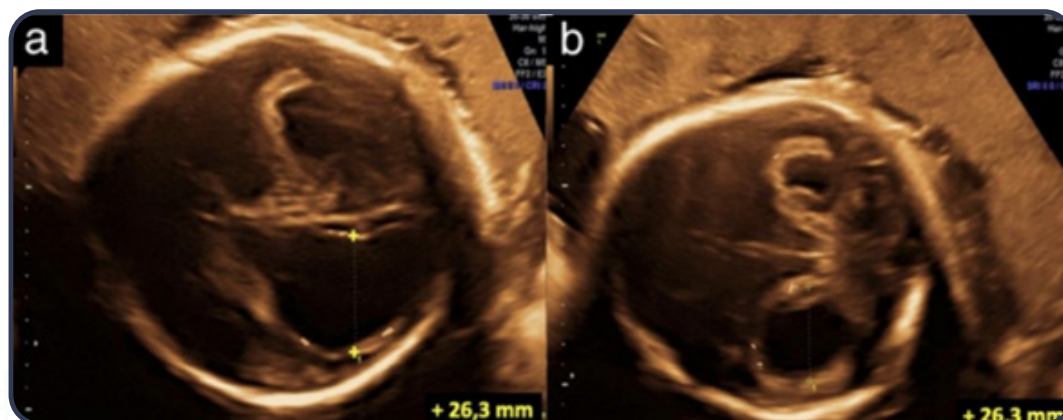
Quando se opta pelo parto vaginal e o segundo gemelar está em apresentação transversa, deve ser feita a versão fetal interna para apresentação pélvica se ele se mantiver transversa após o nascimento do primeiro gemelar e, em seguida, realizar o parto pélvico .

Sabe-se que o intervalo de nascimento entre os gêmeos não altera o prognóstico do segundo gemelar, por isso não há um tempo estabelecido entre o nascimento dos fetos.

Portanto, correta a alternativa C.

Gabarito: C

62- Gestante de 26 anos de idade, G1P0, 28 semanas, sem comorbidades, comparece à consulta de pré-natal com resultado de sorologia para toxoplasmose com IgG e IgM positivos. A ultrassonografia obstétrica evidenciou, além de hepatoesplenomegalia, os achados demonstrados na imagem a seguir.



Qual é a conduta mais adequada nesse caso?

- A) Iniciar tratamento com pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico imediatamente.
- B) Solicitar teste de avidéz e, se a avidéz for baixa, iniciar pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico.
- C) Iniciar espiramicina, solicitar teste de avidéz e, se a avidéz for baixa, iniciar pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico.
- D) Solicitar amniocentese para realização de PCR e, se o resultado for positivo, iniciar tratamento com pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico.

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 suscetíveis (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.

As principais medidas de prevenção primária da toxoplasmose são:

- Higienização correta das mãos antes das refeições, após manusear lixo, após ter contato com animais e após manipular alimentos e carnes cruas.
- Manusear terra ou solo com luvas e higienizar as mãos após o término.
- Consumir apenas água filtrada ou fervida.
- Higienizar corretamente frutas e verduras (deixar de molho em solução clorada por 10 minutos).
- Congelar carnes antes do consumo.
- Não consumir carnes cruas, malcozidas ou malpassadas.
- Não consumir leite e seus derivados crus.
- Evitar contato com animais de rua.

- Alimentar gatos com ração e não deixar que façam a ingestão de carne crua ou caça.
- Evitar manipulação da caixa de areia dos gatos domésticos e o contato com as fezes dos gatos.

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 se mantiver positiva e a IgG também positivar, trata-se de um caso de toxoplasmose aguda com soroconversão na gestação. Se a IgG não se positivar, trata-se de IgM falso-positiva 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 avides para IgG, a fim de determinar se a infecção é recente (baixa avides) ou tardia (alta avides), 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 avides da imunoglobulina aumenta com a maturação da resposta imunológica, por isso avides baixa sugere infecção recente (menos de 4 meses) e avides alta sugere infecção há mais de 4 meses.

A toxoplasmose materna aguda pode levar à transmissão vertical, causando toxoplasmose congênita. Por isso, o tratamento para a 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.

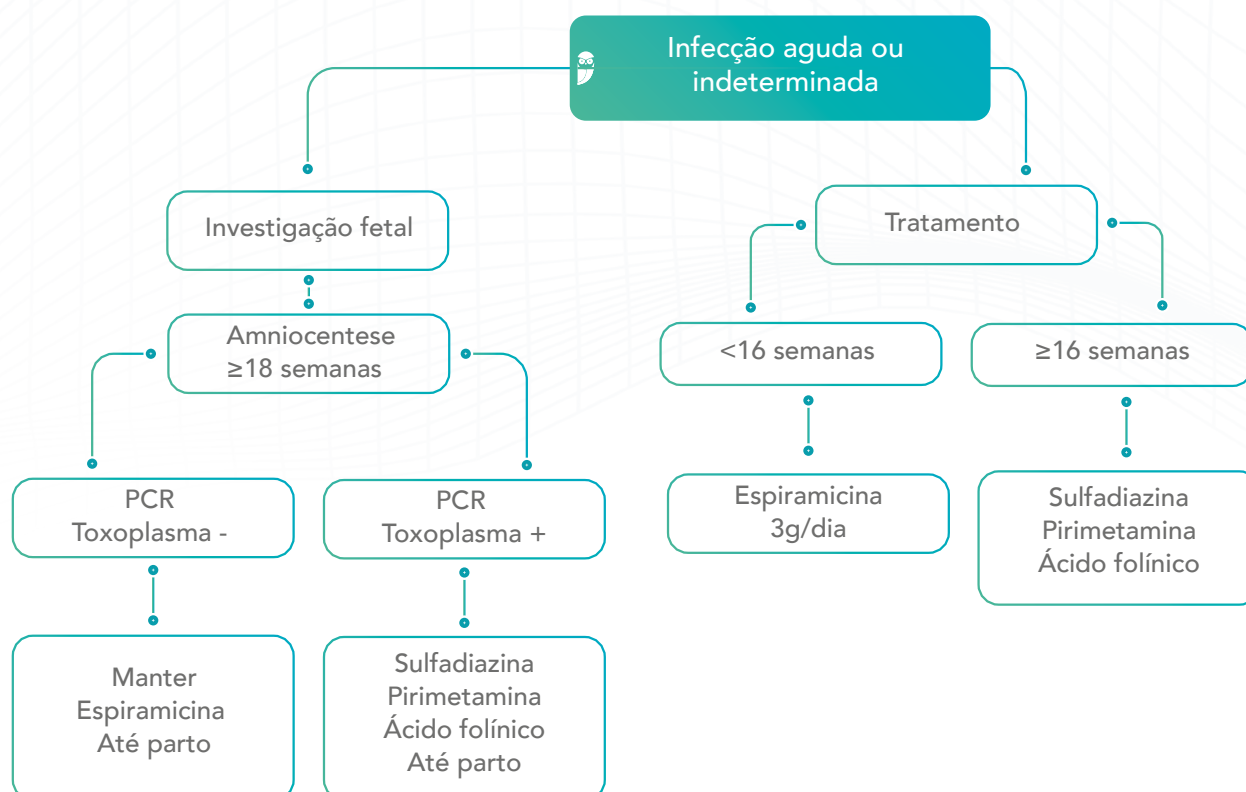
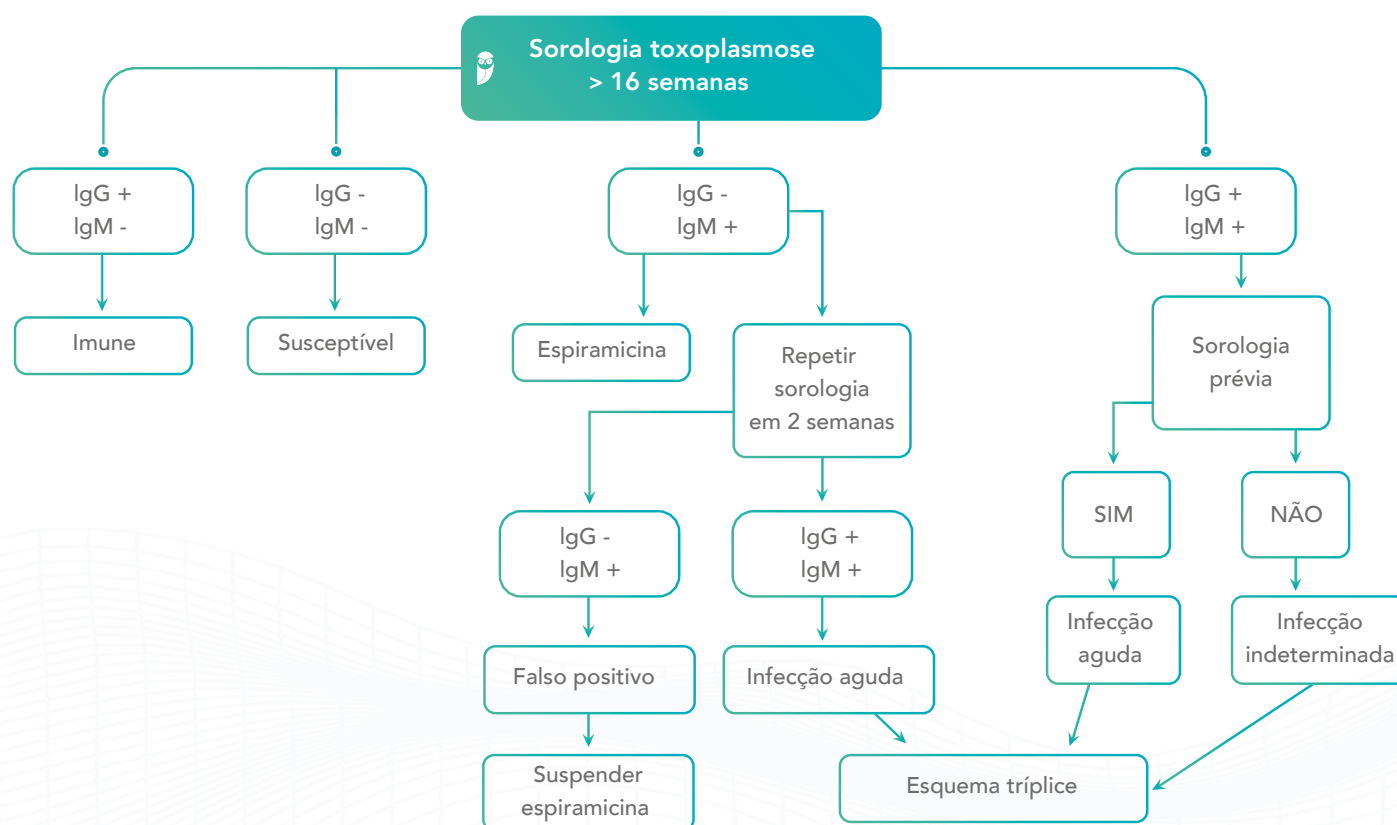
Nos casos confirmados ou prováveis de infecção aguda, isto é, se houver soroconversão, avides para IgG baixa ou intermediária, ou ascensão dos valores de IgG em amostra seriada, deve-se fazer a pesquisa de infecção fetal a partir de 18 semanas.

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 avides já não é mais fidedigno, deve-se considerar o caso como infecção aguda e fazer a investigação de infecção fetal.

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



Portanto, correta a alternativa A.

Gabarito: A

63- No segundo período do parto, presentes as condições de aplicação do fórceps, um obstetra bem capacitado conclui que houve falha na prova de tração no parto operatório com o fórceps de Simpson. Com relação ao próximo passo, assinale a alternativa correta.

- A) Tentar a locação do fórceps de Kielland, após ampliação do canal de parto com episiotomia.
- B) Indicar o parto por cesariana, estando preparado para as manobras de desimpactação cefálica.
- C) Indicar o vácuo-extrator, com a limitação máxima de três trações até completar a deflexão do polo cefálico.
- D) Após comprovar a ausência de bossa significativa, indicar o uso do vácuo-extrator com pressão entre 350 e 500 mmHg.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a aplicação do fórceps.

Para a aplicação do fórceps, utilizamos o mnemônico ABCDEFGHIJ, proposto pela ALSO (*Advanced Life Support in Obstetrics*), que é seguido pelas instituições brasileiras:

A	Solicitar ajuda, avisar a paciente, avaliar a necessidade de anestesia
B	Bexiga vazia; se necessário, utilizar sonda vesical
C	Colo uterino completamente dilatado
D	Determinar a variedade de posição e pensar em distócia de ombro
E	Equipamento pronto para uso
F	Colocação do fórceps e confirmação da pega
G	Gentil tração – manobra de Pajot
H	Hora de elevar os cabos
I	Avaliar necessidade de incisão perineal
J	Já é hora de retirar o fórceps

Para a colocação do fórceps, é necessário, primeiramente, realizar a apresentação espacial, que consiste em articular os ramos do fórceps e colocá-lo na frente da vulva, na posição que ele ocupará após sua aplicação.

A colocação do fórceps depende de como se encontra a apresentação fetal. Quando a sutura é anteroposterior, isto é, nas variedades de posição occipitopúbica e occipitossacra, a colocação do fórceps inicia-se pelo ramo esquerdo, que deve ser empunhado pela mão esquerda e introduzido do lado esquerdo da pelve e do concepto. Ao iniciar a aplicação, a haste deve estar verticalizada; conforme a colher vai entrando na pelve, a haste vai horizontalizando, até a colher ocupar a região parietomalar.

Em seguida, o ramo direito é, então, empunhado pela mão direita e aplicado ao lado direito da pelve materna e da cabeça fetal. Durante a aplicação, a mão esquerda é introduzida na pelve para proteger os tecidos maternos e guiar a colher.

Após a aplicação dos ramos, o fórcepe deve ser facilmente articulado se estiver corretamente aplicado. Deve-se checar se a fontanela posterior está equidistante dos dois cabos e um centímetro acima deles. Além disso, as fenestras devem estar adaptadas à cabeça fetal, não sendo possível introduzir nelas mais do que uma polpa digital. Por fim, deve-se checar se as suturas lambdoides estão acima do plano superior das colheres e equidistantes destas.

Depois de checar a pega, inicia-se a tração do fórcepe (manobra de Pajot), que deve ser finalizada com a elevação dos cabos para seguir a curva J do desprendimento da cabeça fetal, de modo que os cabos permaneçam quase na vertical ao final do desprendimento da cabeça. Assim que a mandíbula se torna acessível, retiram-se os ramos na ordem inversa da sua aplicação.

Atenção: a realização de episiotomia não é obrigatória para aplicação do fórcepe e deve ser realizada de forma seletiva, não rotineira, somente após descida da cabeça fetal e elevação dos cabos.

Nas apresentações oblíquas, deve-se iniciar a colocação do fórcepe pela colher que ficará na posição mais posterior da pelve materna e, nas apresentações transversas, a primeira colher a ser colocada é a anterior.

Atenção: a tentativa de fórcepe deve ser interrompida se não houver progressão do polo cefálico após três trações efetuadas com pega correta e operador experiente.

Correta a alternativa B, conforme os comentários acima.

Gabarito: B

64- Primigesta, com 37 semanas de gestação, induzindo trabalho de parto por diagnóstico iminente de eclâmpsia, já em uso de sulfato de magnésio. Foi solicitada analgesia, com 5 cm de dilatação. O anestesista desligou a bomba de infusão e instalou um soro fisiológico de 1000 mL aberto enquanto fazia a punção peridural. A gestante evolui com mal-estar, taquicardia e dessaturação. Qual é o diagnóstico mais provável?

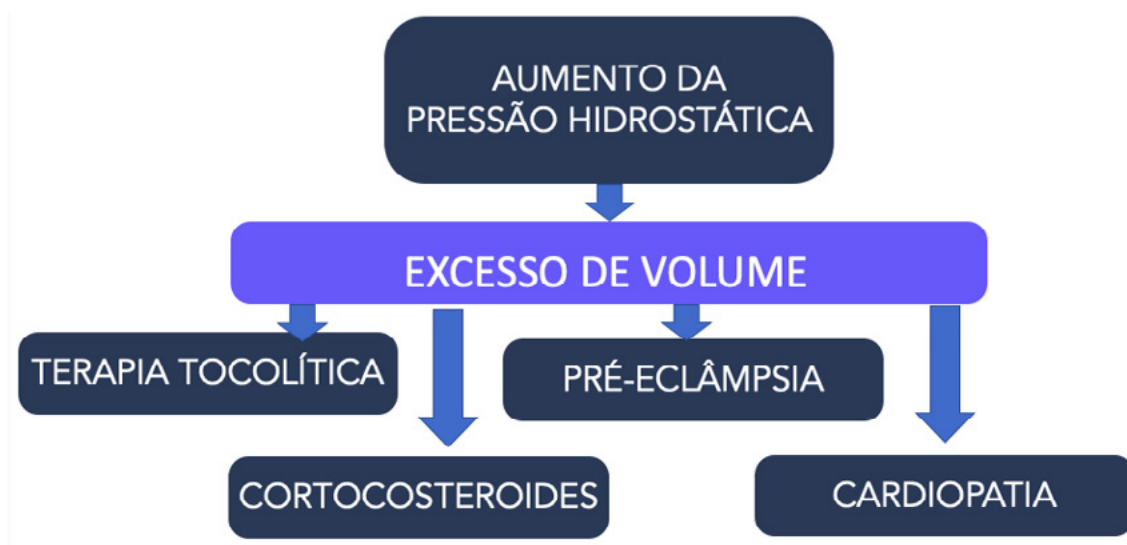
- A) Reflexo vagal.
- B) Choque cardiogênico.
- C) Edema agudo de pulmão.
- D) Embolia de líquido amniótico.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o diagnóstico do edema agudo de pulmão.

O edema agudo de pulmão mais comum na gestação é o de origem cardiogênica devido ao aumento da pressão hidrostática e ao acúmulo de líquido no interstício.

O principal fator de risco que você não pode esquecer para o edema agudo de pulmão na gestante é o EXCESSO DE VOLUME, geralmente provocado ou por terapia tocolítica, uso de corticosteroides, pré-eclâmpsia e cardiopatia.



Para o tratamento, você deve se basear nos 3 pilares:

- FUROSEMIDA
- MORFINA
- HIPOTENSOR

Veja abaixo as medicações e as dosagens correspondentes:

FUROSEMIDA		• • • • •	20-80 mg EV em 3 min
MORFINA		• • • • •	2 mg EV lento
Hipotensores	HIDRALAZINA	• • • • •	5 mg EV lento
	NITROGLICERINA	• • • • •	5 mcg/min EV em BIC
	NITROPRUSSIATO	• • • • •	0,3 A 10 mcg/kg/min EV em BIC

Incorreta a alternativa A: o reflexo vagal pode gerar um sintoma de mal-estar, mas não taquicardia e dessaturação.

Incorreta a alternativa B: no choque cardiogênico, ocorre uma hipoperfusão (falta de oxigênio nos tecidos) e hipotensão (pressão arterial baixa) levando ao quadro clínico de falta de ar, confusão mental, palidez, pulso fraco e rápido e redução do volume urinário.

Correta a alternativa C: porque o quadro clínico de mal-estar, taquicardia e dessaturação após infusão de volume indica o diagnóstico de edema agudo de pulmão.

Incorreta a alternativa D: a embolia de líquido amniótico geralmente ocorre no trabalho de parto ou puerpério imediato e ocorre um quadro de colapso cardiovascular súbito, dificuldade respiratória grave, hipóxia ou convulsões e coagulopatia intravascular disseminada.

Gabarito: C

65- Gestante com resultado HBsAg positivo com 10 semanas, negando qualquer sintomatologia. São solicitados novos exames, e a paciente retorna com 16 semanas com os seguintes resultados: ALT 20, pesquisa de HBeAg positiva e carga viral HBV (CV) 300.000 UI/ mL. Quanto à indicação do uso de tenofovir, assinale a alternativa correta.

- A) Deve-se iniciar tenofovir a partir de 20 semanas até o parto.
- B) Deve-se iniciar tenofovir imediatamente e manter até 34 semanas.
- C) Deve-se iniciar tenofovir a partir de 28 semanas e manter até o parto.
- D) Deve-se iniciar tenofovir imediatamente e repetir a carga viral a cada três meses.

COMENTÁRIOS:

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

A infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) é muito comum e representa um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, devido a sua elevada morbidade e mortalidade. Na gestação, há alta transmissibilidade e a transmissão vertical tem grande impacto na manutenção dos casos crônicos.

O vírus da hepatite B é transmitido por via parenteral, ou seja, por meio do contato com sangue ou fluidos corporais contaminados. O risco é maior quando os indivíduos apresentam alta carga viral, HBeAg positivos. As formas de transmissão podem ser pelo contato sexual, perinatal (transmissão vertical), percutânea, a partir de objetos perfurocortantes contaminados, por transfusão de sangue e hemoderivados ou, ainda, de forma menos importante, pelo contato interpessoal (transmissão horizontal), quando há exposição de feridas da pele, mucosas ou fluidos contendo HBV.

A transmissão vertical se dá pela presença do HBV no sangue e no líquido amniótico. Ela acontece principalmente no momento do parto, responsável por cerca de 90% a 95% dos casos de transmissão vertical. A transmissão intrauterina é rara.

Os principais fatores de risco relacionados à transmissão vertical são:

- HBeAg reagente materno;
- parto pré-termo laborioso;
- procedimentos obstétricos com manipulação da placenta.

Apesar de o vírus da hepatite B ser detectado no leite materno, não parece haver risco de transmissão se as medidas de profilaxia da transmissão vertical forem corretamente realizadas. Portanto, quando todas as recomendações profiláticas forem adequadamente realizadas, o aleitamento materno não está contraindicado e deve ser incentivado.

Todas as gestantes devem realizar investigação de infecção pelo HBV com a pesquisa do HBsAg no primeiro trimestre ou quando se iniciar o pré-natal, caso não haja comprovação de vacinação completa para hepatite B.

Se a gestante não realizou pesquisa HBsAg no pré-natal e não apresenta comprovação de esquema vacinal completo para hepatite B, deve-se realizar a pesquisa de HBsAg no momento da admissão hospitalar para o parto.

Todas as gestantes com rastreamento positivo para hepatite B, isto é, com HBsAg reagente, devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco, mas a solicitação de exames complementares e a indicação de terapia profilática podem ser realizadas na atenção primária, não sendo necessário aguardar consulta com especialista.

Deve-se solicitar para essas gestantes HBeAg, ALT e carga viral (CV- HBV), para avaliar a necessidade de profilaxia ou tratamento com tenofovir. Se HBeAg negativo e CV- HBV < 200.000 UI/mL, deve-se repetir esses exames no início do terceiro trimestre.

O tratamento com tenofovir está indicado nas seguintes situações:

- *gestante com idade acima de 30 anos E com HBeAg reagente;*
- *gestante com CV-HBV >2.000 UI/mL e ALT 1,5 o limite superior da normalidade (LSN)*, mantida por 3 a 6 meses.*

No caso de gestantes com infecção crônica pelo HBV e que já estejam em terapia antiviral, deve-se levar em consideração a gravidade da doença materna e o potencial risco/benefício para o feto. Interferon e entecavir estão contraindicados na gestação e devem ser substituídos por tenofovir.

A profilaxia com tenofovir está indicada quando a gestante apresenta HBeAg reagente ou carga viral ≥ 200.000 cópias. Quando o HBeAg é reagente, não há necessidade de realizar carga viral, pois isso já indica níveis elevados de CV-HBV. A terapia profilática com tenofovir deve ser feita a partir de 24-28 semanas até 30 dias após o parto. A dose de tenofovir é de 300 mg, via oral, 1x ao dia. Gestantes com carga viral desconhecida entre 24 e 28 semanas também devem receber profilaxia com tenofovir.

Puérperas devem ser monitoradas após o parto com avaliação mensal de ALT nos primeiros 3 meses e, depois, no 6º mês, pois há risco de reativação viral com exacerbação da doença hepática materna no puerpério.

A profilaxia para a infecção por HBV tem um impacto significativo no número de novos casos, principalmente na redução da transmissão vertical. Ela pode ser ativa (vacina) ou passiva (imunoglobulina específica anti-HBs).

A vacina para a hepatite B é produzida a partir de vírus inativo, com HBsAg recombinante, sem risco de doença vacinal.

O esquema de vacinação para a hepatite B deve ser feito em todos os indivíduos não imunizados, independentemente de idade ou situação de vulnerabilidade, com 3 doses, sendo a segunda em 1 mês após a primeira e a terceira em 6 meses após a primeira, com administração intramuscular. Está inserida no Calendário Nacional de Vacinação e é a melhor forma de prevenir a infecção pelo HBV.

O esquema vacinal para hepatite B está recomendado durante a gestação, desde o primeiro trimestre para todas as gestantes não vacinadas ou com esquema vacinal incompleto.

A imunização passiva com a administração de imunoglobulina hiperimune específica anti-HBs (ou HBIG) está indicada em algumas situações específicas, como na profilaxia da transmissão vertical e pós-exposição ao HBV.

Gestantes expostas ao HBV em qualquer trimestre, por relação sexual ou acidente com material biológico, devem receber vacina e HBIG.

Para a 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, por meio da administração intramuscular da imunoglobulina hiperimune específica anti-HBs (HBIG) e da vacina, em diferentes grupamentos musculares.

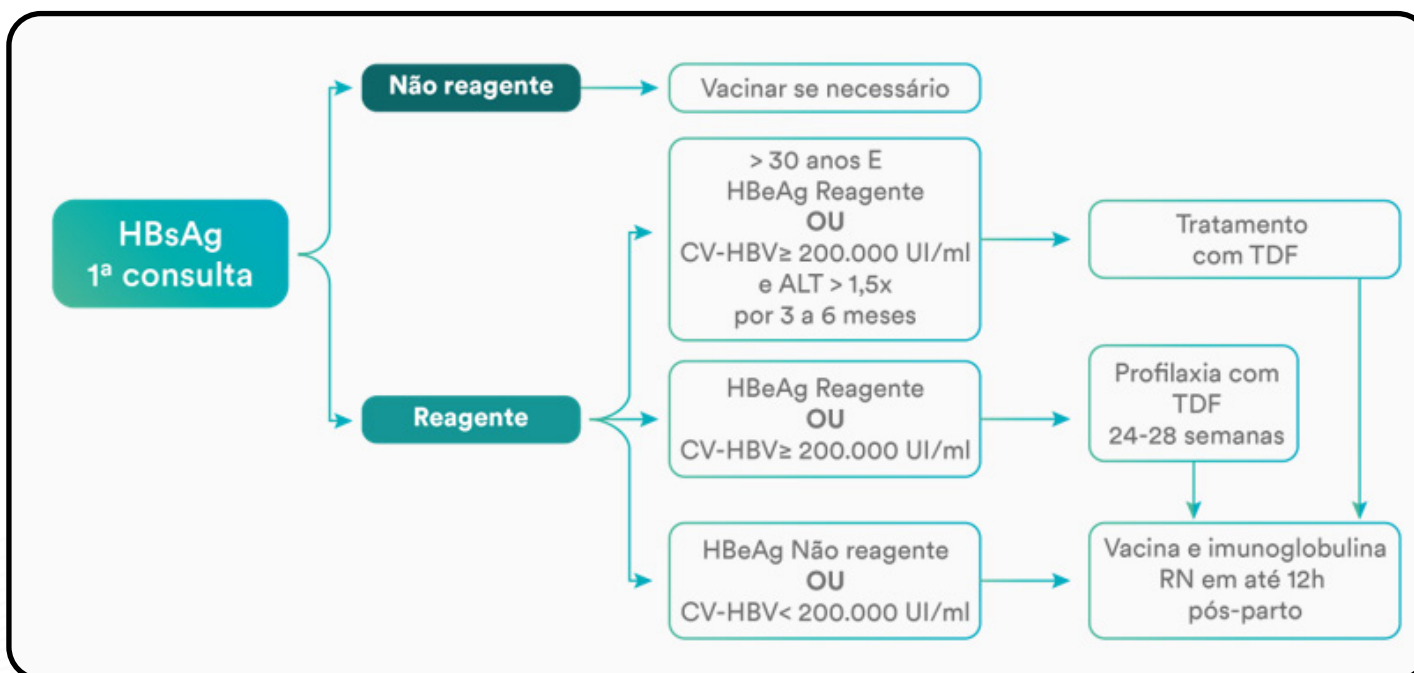
Essa estratégia foi capaz de reduzir a transmissão perinatal em cerca de 90%, porém, quando a mãe apresenta carga viral elevada, infelizmente a eficácia cai em até 70%.

Por isso, quando a gestante apresenta HbeAg positivo ou HBVDNA > 200.000 UI/mL, é preconizado, além do uso de vacina e HBIG, o uso do tenofovir profilático, mesmo que a gestante não tenha indicação de tratamento pela hepatite B, a partir de 24 a 28 semanas de gestação (terceiro trimestre) até, pelo menos, 30 dias ou 4 semanas após o parto, como mencionado anteriormente.

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, 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.

O fluxograma a seguir resume a conduta em gestantes vivendo com hepatite B:



Correta a alternativa C, conforme comentários acima.

Gabarito: C

66- Mulher de 25 anos é submetida à cesariana intraparto aos 8 cm de dilatação cervical. Três horas após, já na enfermaria, a paciente apresenta quadro de hemorragia por atonia uterina. São realizadas as medidas farmacológicas iniciais, sem controle do sangramento. Diante desse cenário, a equipe considera a inserção de balão de tamponamento intrauterino, via vaginal, para controle do sangramento. Sobre o uso do balão intrauterino, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais indicada nesse caso.

- A) Contraindicar o uso do balão, estando indicado laparotomia e sutura compressiva imediatamente.
- B) Inserir o balão na cavidade uterina e preenchê-lo com solução salina resfriada para promover vasoconstrição e otimizar a hemostasia.
- C) Inserir o balão na cavidade uterina e mantê-lo por, no mínimo, 24 horas após o controle do sangramento intrauterino.
- D) Inserir o balão na cavidade uterina e preenchê-lo com volume reduzido de, no máximo, 250 a 300 mL de solução salina e mantê-lo por até 24 horas.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o uso do balão de tamponamento intrauterino no tratamento da atonia uterina.

O balão de tamponamento intrauterino é um método de controle do sangramento por atonia uterina pós-parto considerado como escolha após a falha dos tratamentos medicamentosos.

Após parto cesariano, o balão pode ser inserido por via vaginal ou abdominal e posicionado após a sutura compressiva de B-Lynch. Lembre que, na cesárea, a infusão de volume deve ser menor para não provocar deiscência da histerorrafia. Opta-se por insuflar solução salina aquecida reduzida (250 mL) e permanecer por até 24 horas.

Se ocorrer estabilidade hemodinâmica e controle, recomenda-se a retirada precoce (12 horas) com o intuito de prevenção de infecção. Recomenda-se manter o uso de uterotônicos e antibioticoprofilaxia e utilizar um tampão vaginal para evitar deslocamento e saída via vaginal.

Após o controle, o esvaziamento do balão deve ser gradual (50 a 100 mL a cada 20 minutos), com sala cirúrgica reservada e associado à infusão de ocitocina de manutenção.

Incorreta a alternativa A: após falha do tratamento medicamentoso, está indicado o balão de compressão intrauterino ou o sistema à vácuo JADA associado quando disponível o traje antichoque não pneumático.

Incorreta a alternativa B: A solução salina deve ser aquecida, não resfriada.

Incorreta a alternativa C: após a inserção do balão o mesmo deve ser mantido até 24 horas, não no mínimo por 24 horas.

Correta a alternativa D: no parto cesariano, após ser inserido o balão na cavidade uterina, deve ser insuflada solução salina aquecida com volume reduzido para evitar deiscência, em torno de 250 mL, e é preciso mantê-lo por até 24 horas. Diante da estabilidade, a retirada precoce está indicada em até 12h.

Gabarito: D

67- Gestante de 12 semanas, com IMC pré-gestacional de 22,5 kg/m², refere preocupação na consulta por apresentar perda ponderal de 1,0 kg. Nega qualquer sintoma ou queixas. Nesse caso, qual é a orientação correta?

- A) Prescrever suplementos por via parenteral para evitar deficiências.
- B) Aumentar a ingesta calórica diária para compensar a perda ponderal.
- C) Orientar dieta hiperproteica e suplementação de micronutrientes para evitar deficiências.
- D) Informar que se trata de condição normal nessa fase, uma vez que a paciente se encontra eutrófica.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o ganho ponderal normal na gestação.

Vamos revisar por aquela tabela padrão de ganho de peso na gestação?

Segundo as orientações sobre como monitorar o ganho de peso gestacional durante o pré-natal (PT), do FEBRASGO POSITION STATEMENT 2023, devemos acompanhar a curva de ganho de peso pelo IMC no início da gestação.

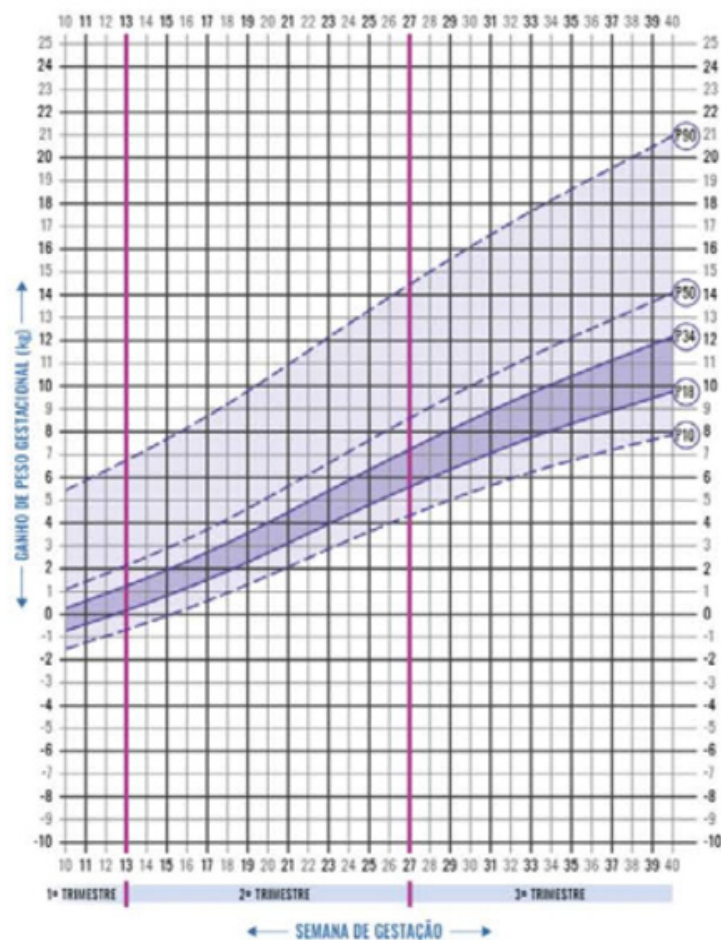
Observe as curvas de acordo com o IMC:

A

GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO DO GANHO DE PESO

Baixo peso (IMC < 18,5 kg/m²)

GANHO DE PESO RECOMENDADO ATÉ 40 SEMANAS DE GESTAÇÃO: 9,7 - 12,2 kg

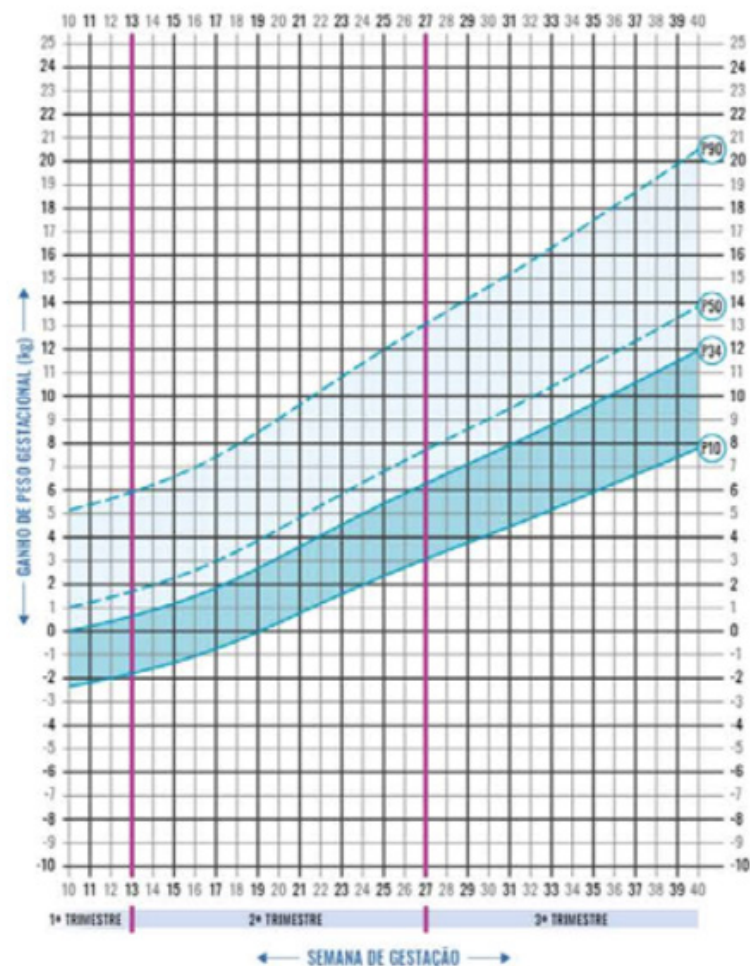


B

GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO DO GANHO DE PESO

Eutrofia (IMC ≥ 18,5 kg/m² e < 25,0 kg/m²)

GANHO DE PESO RECOMENDADO ATÉ 40 SEMANAS DE GESTAÇÃO: 8 - 12 kg

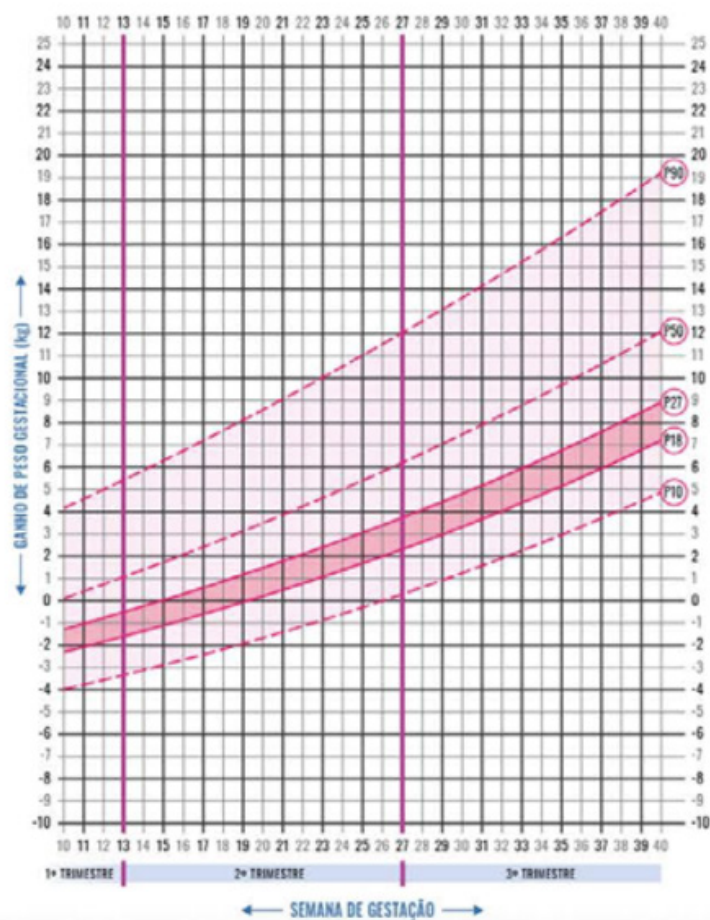


C

GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO DO GANHO DE PESO

Sobrepeso (IMC $\geq 25,0$ kg/m² e $< 30,0$ kg/m²)

GANHO DE PESO RECOMENDADO ATÉ 40 SEMANAS DE GESTAÇÃO: 7 - 9 kg

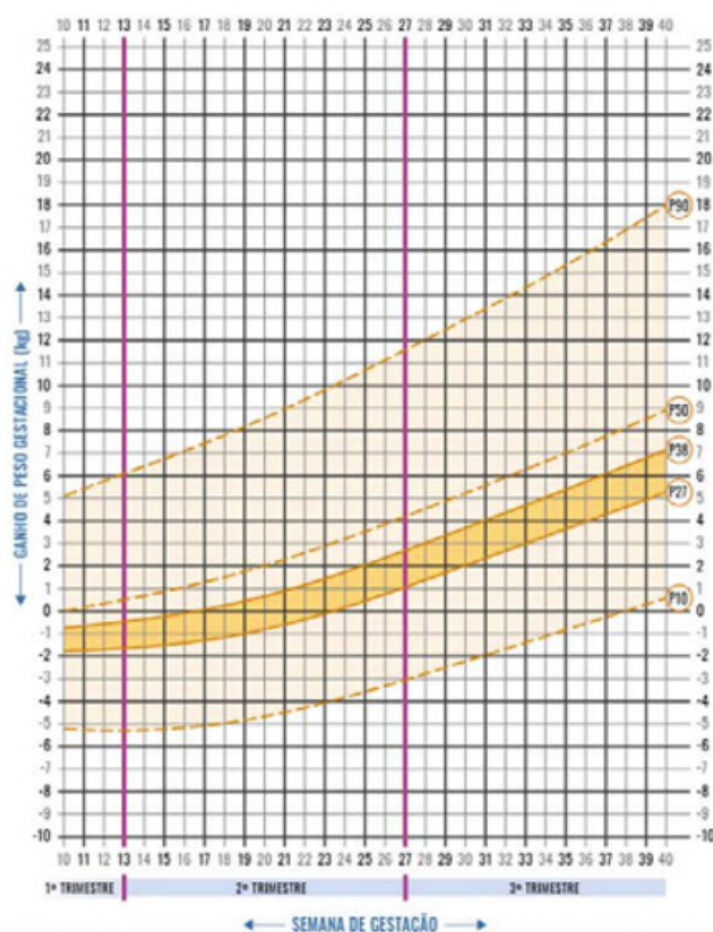


D

GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO DO GANHO DE PESO

Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²)

GANHO DE PESO RECOMENDADO ATÉ 40 SEMANAS DE GESTAÇÃO: 5 - 7,2 kg



E a tabela com a estimativa de ganho de peso na gestação:

IMC pré-gravídico		
IMC (kg/m ²)	Ganho de peso ideal durante a gestação	
	Semanal no 2º e 3º tri	TOTAL
< 18,5	500g/sem	12,5 a 18 kg
18,5 a 24,9	400g/sem	11,5 a 16 kg
25 a 29,9	300g/sem	7 a 11,5 kg
≥ 30	200g/sem	5 a 9 kg

Diante de gestantes sintomáticas, vale lembrar que a hiperêmese gravídica é caracterizada pela persistência dos vômitos, acompanhada de perda de peso maior do que 5% da massa corporal pré-gravídica e cetonúria, excluídas outras causas.

Incorreta a alternativa A: não é necessário prescrever dieta parenteral para gestante eutrófica e assintomática com perda ponderal de 1,0 kg.

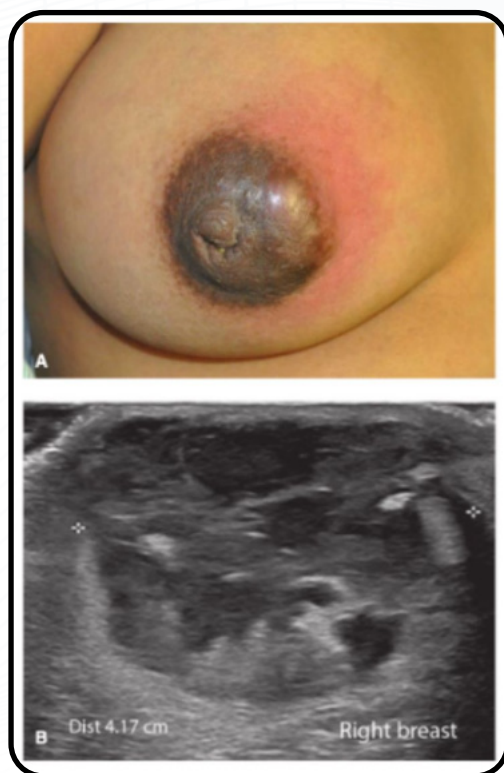
Incorreta a alternativa B: não é necessário aumentar a ingesta calórica para perda de 1,0 kg de gestante eutrófica e sem sintomas.

Incorreta a alternativa C: não é preocupante a perda de peso de 1,0 kg para paciente eutrófica e sem sintomas.

Correta a alternativa D: observe que a paciente está assintomática, tem IMC normal e refere perda de peso de 1,0 kg. Diante de paciente eutrófica e sem sintomas, não é necessário se preocupar com a perda de 1,0 kg durante a gestação.

Gabarito: D

68- Puérpera retorna no 12º dia após o parto, com aleitamento materno, referindo desconforto mamário intenso em mama direita e saída de pus pelo mamilo. O exame clínico e de ultrassonografia (USG) estão demonstrados nas imagens a seguir (A/B).



Nesse caso, qual é a melhor conduta quanto ao tratamento e à orientação da amamentação para essa paciente?

- A) Dipirona ou ibuprofeno, drenagem cirúrgica e enfaixamento das mamas para inibir o aleitamento.
- B) Antibioticoterapia; drenagem cirúrgica e bloqueio farmacológico, com cabergolina, do aleitamento materno.
- C) Sintomáticos; realizar punção guiada por USG para cultura e manter o aleitamento em livre demanda em ambas mamas.
- D) Antibioticoterapia; drenagem cirúrgica, manter o esvaziamento das mamas e o aleitamento na mama contralateral.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa paciente apresenta um quadro típico de mastite lactacional com abscesso mamário. A ultrassonografia mostra uma área heterogênea com regiões hiperecogênicas e áreas hipoecogênicas ou anecoicas, características do abscesso.

A mastite lactacional começa com o ingurgitamento mamário e o acúmulo de leite. Isso acontece devido à dificuldade de drenagem do leite, geralmente relacionada ao trauma dos mamilos associado à pega inadequada. Ocorre inchaço e compressão de um ou mais ductos de leite. O leite materno contém bactérias. Se o ingurgitamento persistir, ocorre a proliferação bacteriana e a infecção, caracterizada por dor, vermelhidão, febre e mal-estar.

As bancas gostam muito de fazer uma pegadinha para você diferenciar o ingurgitamento mamário da mastite. Preste atenção: no ingurgitamento não há febre, calafrios ou mal estar.

A infecção pode progredir para a formação de abscesso local se não for tratada imediatamente.

O agente etiológico mais frequente da mastite lactacional é o *Staphylococcus aureus*.

O tratamento consiste em:

- AINEs e compressas frias para reduzir a dor e o inchaço;
- Esvaziamento completo da mama, através da expressão ou com a “bombinha”, a fim de evitar estase de leite.
- Continuidade da amamentação.
- Antibioticoterapia (1ª escolha costuma ser a cefalexina)

Na presença de abscesso mamário, a drenagem cirúrgica (ou punção) é obrigatória. Lembre-se do aforisma: “abscesso diagnosticado é abscesso drenado!”.

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque é indicada também a antibioticoterapia para esses casos. Além disso, não se deve inibir o aleitamento por causa das mastites.

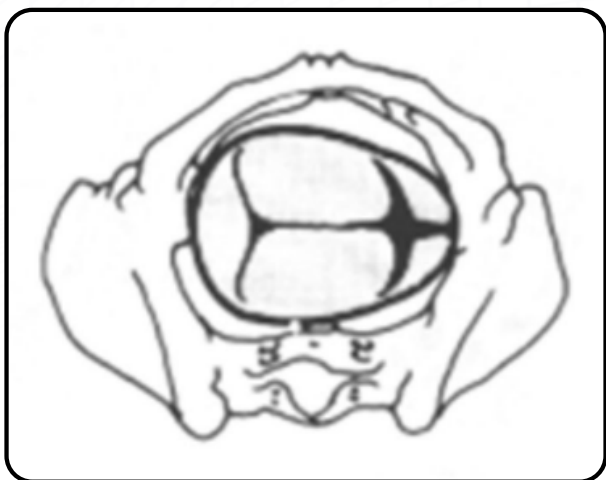
Incorreta a alternativa B, porque não se deve inibir a amamentação nos casos de mastite.

Incorreta a alternativa C, porque não é necessário realizar cultura e aguardar antibiograma para se iniciar a antibioticoterapia nos casos de mastite.

Correta a alternativa D: são indicados antibioticoterapia, drenagem do abscesso e manter a amamentação.

Gabarito: D

69- Primigesta, no período expulsivo do parto a termo, apresenta variedade de posição conforme apresentado na figura a seguir. Com relação à abreviação do período expulsivo na técnica de aplicação do fórcepe de Kielland, assinale a alternativa que descreve os passos da forma e da sequência mais apropriados para a locação das colheres.



- A) Locação da colher anterior, utilizando como guia a mão direita e migração pela frente fetal, seguida pela locação da colher posterior em pega direta, tendo como guia a mão esquerda.
- B) Locação da colher posterior por pega direta, tendo como guia a mão esquerda, seguida pela locação da colher anterior, utilizando como guia a mão direita e migração pela frente fetal.
- C) Locação da colher posterior em pega direta, tendo como guia a mão esquerda, seguida pela locação da colher anterior, utilizando como guia a mão esquerda e migração pelo occipício fetal.
- D) Locação da colher anterior, tendo como guia a mão esquerda e migração pelo occipício fetal, seguida pela locação da colher posterior em pega direta, utilizando como guia a mão direita.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a aplicação do fórcepe de Kielland.

Os quatro tipos de fórcepe mais utilizados na prática obstétrica são: Simpson-Braun, Kielland, Luikart e Piper.

A tabela abaixo resume os tipos de fórcepe e suas utilidades:

TABELA: TIPOS DE FÓRCIPES E SUAS UTILIDADES	
TIPOS DE FÓRCIPES	UTILIDADE
Simpson-Braun	Variedades oblíquas e pegas diretas (púbica e sacra).
Kielland	Todas as variedades de posição, inclusive as variedades transversas. Permite a rotação da cabeça fetal.
Marelli	Específico para extração fetal em cesariana.
Piper	Apresentações pélvicas com cabeça derradeira.

O fórcepe de Kielland, ilustrado na figura a seguir, apresenta colheres com curvatura pélvica menor e articulação deslizante, permitindo a correção do assinclitismo e seu uso para rotação, por isso pode ser usado em todas as variedades de posição, inclusive nas transversas.



No fórcepe de Kielland, nas variedades de posição transversas, a primeira colher a ser posicionada é a anterior e a segunda, a posterior. Normalmente, a colher posterior é posicionada pela técnica chamada "pega direta", e a colher anterior é posicionada pela técnica chamada

"migração pela frente". Qual é o racional por trás disso? O espaço entre a pelve materna e o polo cefálico do bebê é muito maior na porção posterior do que na anterior, permitindo que a colher posterior seja aplicada diretamente; já a colher anterior, para chegar até a porção anterior da pelve, deve ser inserida primeiramente na porção posterior e ser "deslizada" pelo cirurgião até a porção anterior. Esse deslizamento é feito pela frente fetal, já que é muito mais difícil deslizar a colher pelo occipício, que também possui pouco espaço em relação à pelve materna.

Correta a alternativa A.

Gabarito: A

70- Primigesta na 29ª semana procura a maternidade com queixa de edema em membros inferiores. Pré-natal sem intercorrências e sem antecedentes médicos. Ao exame físico: atividade uterina ausente, altura de fundo uterino de 26 cm, frequência cardíaca fetal de 140 bpm, pressão arterial de 150 x 100 mmHg, colo uterino grosso e fechado. Exames complementares: hemoglobina = 10,1 g/dL; presença de esquizócitos; plaquetas = 80.000 mm³; LDH = 610 UI/L; TGO = 85 U/L; TGP = 114 U/L; relação proteinúria/creatinúria = 0,52; creatinina = 0,81 mg/dL; cardiocotografia normal, ultrassonografia obstétrica e Doppler dentro da normalidade. Nesse caso, qual é a conduta para o melhor cuidado com a paciente?

- A) Sulfato de magnésio e cesariana de emergência.
- B) Suporte clínico e programar o parto com 34 semanas.
- C) Anti-hipertensivo e controle materno-fetal até 32 semanas.
- D) Sulfato de magnésio, corticoterapia e, se mantida estabilidade clínica, parto após 48 horas.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre síndrome HELLP.

A síndrome HELLP caracteriza-se pelo quadro de hemólise, aumento das enzimas hepáticas e plaquetopenia, sendo uma das formas mais severas da pré-eclâmpsia, com altas taxas de morbimortalidade materna e fetal. Essa síndrome ocorre com mais frequência no terceiro trimestre e no puerpério. O nome "HELLP" é um mnemônico em inglês das alterações que ocorrem nessa síndrome: HE = hemólise, EL = aumento das enzimas hepáticas.

A hemólise dá-se pela lesão endotelial, que leva à destruição eritrocitária quando o sangue passa pelos capilares alterados. Os sinais laboratoriais de hemólise são desidrogenase láctica (DHL) aumentada e aumento dos esquizócitos.

A elevação das enzimas hepáticas (TGO e TGP) ocorre pelo vasoespasmó nos vasos hepáticos com consequente necrose das células hepáticas ou hemorragia periportal. A TGP é a enzima mais sensível e específica para lesões hepáticas. Vale lembrar que a TGO está presente em outros órgãos, como o coração e os rins.

A plaquetopenia, por sua vez, deve-se ao aumento da agregação plaquetária no tecido endotelial lesado.

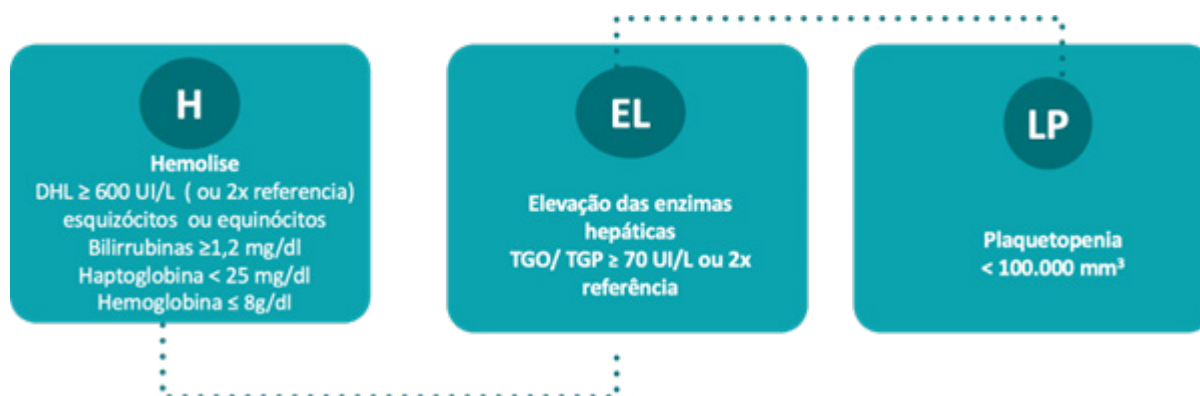
Os principais sintomas da síndrome HELLP são: dor em hipocôndrio direito e epigástrico, mal-estar geral, náuseas e vômitos. É importante lembrar que a hipertensão e a proteinúria podem estar ausentes ou serem apenas ligeiramente anormais, por isso recomenda-se avaliação laboratorial para todas as gestantes com alguns desses sintomas.

O diagnóstico da síndrome HELLP é laboratorial e feito por meio dos seguintes critérios:

H — hemólise: DHL $\geq$ 600 UI/L ou 2x a referência, esquizócitos ou equinócitos em sangue periférico, bilirrubinas $\geq$ 1,2 mg/dL, haptoglobina $<$ 25 mg/dL;

EL — elevação das enzimas hepáticas (enzyme of liver): 2 vezes o nível superior ou $\geq$ 70 UI;

LP — plaquetopenia (low platelets): plaquetas $<$ 100.000/mm³.



A síndrome HELLP é chamada de completa, quando os três critérios diagnósticos laboratoriais estão presentes, e parcial, quando estão presentes apenas dois deles.

A trombocitopenia é a principal e mais precoce alteração encontrada. Quanto menor a quantidade de plaquetas, maior a gravidade dessa patologia.

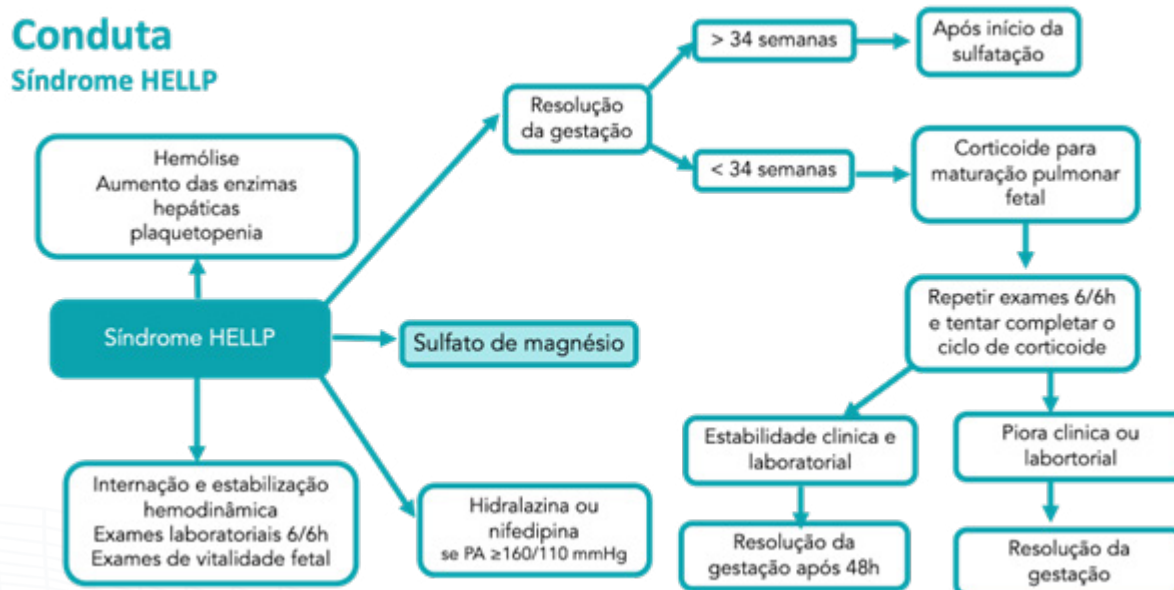
As principais complicações relacionadas a essa síndrome são: coagulação intravascular disseminada, hematoma/rotura hepática, descolamento prematuro de placenta, insuficiência renal, edema agudo de pulmão, hemorragia intracraniana e descolamento de retina. O hematoma/rotura hepática é uma das complicações mais temidas na síndrome HELLP e manifesta-se por dor súbita em hipocôndrio direito, ascite, hipotensão e choque. O diagnóstico é feito por exame de imagem (ultrassom, tomografia ou ressonância de abdome).

Diante de uma paciente com síndrome HELLP, a conduta inicial é semelhante ao tratamento da pré-eclâmpsia grave, ou seja, deve-se internar e estabilizar hemodinamicamente a gestante, fazer a avaliação da vitalidade fetal, administrar sulfato de magnésio para prevenção de convulsões e anti-hipertensivo para controle da hipertensão arterial grave (PA ≥ 160/110 mmHg). Além disso, os exames laboratoriais precisam ser realizados a cada 6 horas, até a estabilização do quadro.

Caso haja plaquetopenia abaixo de 50 mil, alguns serviços indicam transfusão de plaquetas e o uso de dexametasona, na dose de 10mg a cada 12h, até 36h após o parto, em mulheres que serão submetidas à cesárea.

A resolução da gestação é o tratamento definitivo da síndrome HELLP, por isso o parto deve ocorrer em todos os casos, após administração do sulfato de magnésio e estabilização clínica da gestante. Não é indicado manter a gestação, independentemente da idade gestacional, pois os riscos maternos são muito elevados. A administração de corticoterapia abaixo de 34 semanas pode ser realizada, mas o parto só deve ser adiado para a aplicação do ciclo completo de corticoide se houver estabilidade materna e fetal. A via de parto preferida é a vaginal, para diminuir o sangramento. A cesárea está indicada nos casos de hematoma hepático. Em caso de necessidade de cesariana, recomenda-se:

- avaliar coagulograma;
- anestesia geral, se plaqueta < 70mil;
- repor plaquetas no ato cirúrgico;
- deixar dreno sentinela para casos de sangramento aumentado.



Correta a alternativa D. Sulfato de magnésio, corticoterapia e, se mantida estabilidade clínica, parto após 48 horas.

Gabarito: D

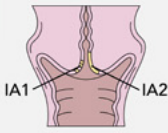
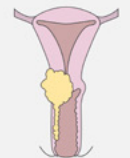
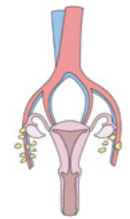
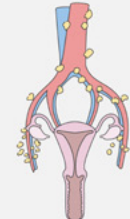
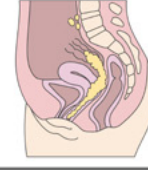
71- G5P4, 25 anos de idade, na oitava semana de gestação, tem diagnóstico de carcinoma invasor de colo uterino, medindo aproximadamente 5 cm, acometendo cúpula vaginal e paramétrios bilateralmente, sem atingir a parede pélvica. Diante desse caso, após concordância por assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, qual é a conduta recomendada?

- A) Quimioterapia e radioterapia.
- B) Induzir o abortamento e realizar a histerectomia radical.
- C) Quimioterapia, radioterapia e histerectomia radical com anectomia bilateral.
- D) Iniciar quimioterapia e aguardar viabilidade fetal para complementação do tratamento..

COMENTÁRIOS:

Aqui, temos um caso de câncer de colo uterino na gestação. Observe que a paciente está grávida de apenas 8 semanas. Em pacientes com idade gestacional inferior a 20 semanas, podemos propor o mesmo tratamento da não gestante, o que resultaria em término da gestação, por isso a necessidade de assinatura do TCLE.

Para decidirmos o tratamento padrão, temos que relembrar o estadiamento do câncer de colo uterino:

Estadiamento do câncer de colo de útero			Estadiamento do câncer de colo de útero		
Estádio	Descrição		Estádio	Descrição	
I	Tumor restrito ao colo do útero		III	Tumor atinge 1/3 inferior da vagina, ou parede pélvica, ou hidronefrose, ou linfonodos	
IA		Microscópico, com invasão de até 5mm	IIIA		1/3 inferior da vagina
IA1		Invasão < 3mm	IIIB		Parede pélvica/hidronefrose/rim não funcionante
IA2		Invasão entre 3-5mm	IIIC	Linfonodos pélvicos ou para-aórticos	
IB	Profundidade de invasão ≥ 5 mm (maior que estágio IA) com lesão restrita ao colo		IIIC1		Linfonodos pélvicos
IB1		Tumor < 2cm	IIIC2		Linfonodos para-aórticos
IB2		Tumor entre 2-4cm	IV	Invasão além da pelve, ou bexiga, ou reto	
IB3		Tumor ≥ 4cm	IVA		Metástases em órgãos pélvicos adjacentes
II	Invade além do útero sem atingir 1/3 inferior da vagina ou parede pélvica		IVB		Metástases em órgãos a distância
IIA	Invade 2/3 superiores da vagina				
IIA1		< 4cm			
IIA2		≥ 4cm			
IIB		Invasão parametrial sem atingir parede pélvica			

Sendo assim, o estágio é IIB. Para esses casos, o tratamento padrão é radioterapia externa + quimioterapia concomitante (cisplatina) + braquiterapia.

Portanto, correta alternativa A.

Gabarito: A

72- Gestante com 10 semanas relata aparecimento, há três dias, de lesão demonstrada na imagem. Nega antecedentes de lesão semelhante.



Qual é a conduta para melhor cuidado com essa paciente?

- A) Aciclovir creme local e realizar profilaxia intraparto.
- B) Aciclovir creme local e terapia de supressão a partir de 36 semanas até o parto com aciclovir.
- C) Aciclovir via oral por cinco a sete dias e terapia de supressão a partir de 36 semanas até o parto.
- D) Aciclovir via oral, por cinco a sete dias, sem necessidade de terapia de supressão.

COMENTÁRIOS:

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

O vírus causador da herpes simples é membro da família Herpesviridae, os principais tipos são o herpes-vírus tipo 1 e tipo 2.

A infecção intrauterina é muito rara e não há rastreio sorológico no pré-natal. A maior parte dos casos é transmitida durante o parto, pelo contato do neonato com lesões no trato genital materno. Outra forma de transmissão é a pós-natal, através do contato com lesões ativas. Há um tempo, ficou famoso o caso de um neonato que adquiriu a doença após ser beijado por uma pessoa com herpes.

O primeiro episódio na mulher pode ser bem doloroso e sintomático. Inicialmente aparece dor e prurido genital e, posteriormente, aparecem pústulas e vesículas que se transformam em múltiplas úlceras dolorosas. Os episódios recorrentes geralmente têm sintomas menos intensos.

Quando o primeiro episódio ocorre durante a gestação, no primeiro e no segundo trimestre, há um aumento do risco de abortamento e perda fetal. A transmissão intraútero pode ocorrer, mas é rara. O maior risco de transmissão neonatal acontece quando a infecção se dá no terceiro trimestre e ocorre contato com o vírus no momento do parto.

O diagnóstico, na maioria das vezes, é clínico, mas o método diagnóstico mais fidedigno é o isolamento e a cultura ou PCR viral em tecidos e sangue. A sorologia não serve para confirmar o diagnóstico pois demora de 6 a 8 semanas para positivar. Exames complementares devem ser solicitados para avaliação clínica: hemograma, função hepática, função renal e coleta de liquor. Exames de imagem devem ser solicitados conforme necessário.

Na gestante, o tratamento é feito com aciclovir, tentando evitar o tratamento no primeiro trimestre, apesar de estudos não mostrarem aumento do risco de malformações fetais. A dose para o tratamento das lesões agudas na gestante é de 400 mg 3x ao dia ou 200 mg 5x ao dia, via oral, por 7 a 10 dias.

A prevenção da herpes congênita deve ser realizada em todas as gestantes que já foram infectadas. Para isso, deve-se utilizar aciclovir por volta da 36ª semana de gestação em gestantes com herpes genital prévia, mesmo na ausência de sintomas, para prevenir a recorrência no termo e evitar o parto cesáreo. Caso a gestante apresente o primeiro episódio de herpes genital no momento do parto ou até 6 semanas antes, é indicado realizar o parto cesáreo, apesar de não haver nenhum estudo randomizado que mostre a efetividade da cesárea em prevenir transmissão de herpes neonatal. Diante de infecção herpética genital recorrente no momento do parto, também está indicado o parto cesáreo. Além disso, orienta-se suspender o aleitamento se houver comprometimento das mamas da puérpera. Orientar também que pessoas com lesões ativas não devem tocar no bebê. O RN infectado deve ser mantido em isolamento de contato.

Portanto, correta a alternativa C.

Gabarito: C

73- Gestante na 12ª semana de gestação comparece à emergência com náuseas e vômitos que se intensificaram há uma semana, com muita dificuldade na ingestão de alimentos e líquidos. Pesa 70 kg e teve perda de 5 kg na última semana. Refere fraqueza e cansaço e observou redução da diurese. Tem histórico de gastrectomia parcial (*sleeve gastrectomy*) há três anos, com grande perda de peso (45 kg). Nega comorbidades. Ao exame: PA = 96 x 66 mmHg, FC = 100 bpm, mucosas secas e coradas. Enquanto se aguardam resultados de eletrólitos e demais exames, qual é a conduta inicial mais adequada nesse caso?

- A) Manter dieta via oral e iniciar solução de ringer lactato intravenoso.
- B) Indicar jejum e iniciar solução fisiológica e tiamina intravenosa.
- C) Manter alimentação via oral e repor volume com solução glicofisiológica IV.
- D) Restringir alimentação via oral, controlar glicemia capilar e iniciar solução glicosada 10% com KCl 10-20 mEq/L IV.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta na hiperêmese gravídica.

Por sua definição, a hiperêmese gravídica se caracteriza pela persistência de vômitos acompanhada de perda de peso de 5% de sua massa corpórea pré-gravídica e cetonúria. O quadro clínico é de vômitos incoercíveis, levando à desidratação, perda de peso, desequilíbrio ácido-básico e hidroeletrólítico, podendo apresentar disfunção hepática e renal, hemorragia retiniana, ataxia e confusão mental (encefalopatia de Wernicke).

O tratamento é a internação com JEJUM OBRIGATÓRIO de 24 a 48 horas. Além disso, está indicada a hidratação endovenosa com soro fisiológico e a reposição de tiamina para a prevenção da Encefalopatia de Wernicke. Deve-se corrigir distúrbios hidroeletrólíticos e usar antiemético endovenoso, dimenidrinato 50 mg/piridoxina 10 mg, metoclopramida 10 mg 8/8h ou ondansetrona 4-8 mg 8/8h (> 10 sem).

Incorreta a alternativa A: na hiperêmese gravídica com vômitos persistentes, é obrigatório o jejum por 24 a 48 horas com hidratação endovenosa com soro fisiológico e reposição de tiamina.

Correta a alternativa B: na hiperêmese gravídica, está indicado o jejum por 24 a 48 horas, iniciar hidratação com soro fisiológico e a tiamina endovenosa para a prevenção da Encefalopatia de Wernicke.

Incorreta a alternativa C: na hiperêmese gravídica com vômitos persistentes, está indicado o jejum por 24 a 48 horas e hidratação endovenosa com a reposição de tiamina.

Incorreta a alternativa D: na hiperêmese gravídica, é necessário iniciar o tratamento com jejum, hidratação endovenosa, medicação antiemética e reposição de tiamina.

Gabarito: B

74- Nulípara, 15 anos de idade, nove semanas de gestação, chega na urgência por apresentar vômitos há três dias. Encontra-se descorada, desidratada, sonolenta e refere perda de peso de aproximadamente 5%. Diante desse quadro, as alterações metabólicas e hormonais mais esperadas são:

- A) Acidose metabólica, TSH elevado, T4 normal.
- B) Alcalose metabólica, hiperpotassemia, amilase elevada.
- C) Alcalose metabólica hipoclorêmica, hipopotassemia, cetose.
- D) Hemoconcentração, neutropenia, elevação precoce da ureia e da creatinina, aumento de transaminases.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre os distúrbios hidroeletrólíticos na hiperêmese gravídica.

NÃO SE ESQUEÇA:

Os principais distúrbios hidroeletrólíticos ligados a hiperêmese gravídica são:

- alcalose metabólica hipoclorêmica;
- hipopotassemia;
- cetose.

Correta a alternativa C: diante do quadro de hiperêmese gravídica, os principais distúrbios pelos vômitos incoercíveis são alcalose metabólica hipoclorêmica, hipopotassemia e cetose.

Gabarito: C

75- Em retorno de consulta pós-parto há 21 dias, lactante refere diminuição gradativa da produção de leite, que inicialmente era abundante, mesmo com a mama ingurgitada. Refere que, nas últimas mamadas, tem ofertado fórmula láctea, assim o recém-nascido fica mais satisfeito e espaça as mamadas durante a madrugada. Nesse caso, que mecanismo justifica a queixa apresentada?

- A) Bloqueio de ducto lactífero por ejeção láctea deficitária.
- B) Apojadura deficiente por produção insuficiente de prolactina.
- C) Lactopoeise inadequada, por sucção ineficiente e ejeção láctea deficitária.
- D) Lactogênese deficiente, por falta de bloqueio do fator inibidor da prolactina.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, desde a gravidez, a mama começa a ser preparada para a amamentação. O desenvolvimento estrutural da mama, acontece principalmente durante a gestação e chamamos isso de mamogênese. Os hormônios envolvidos neste processo são o estrógeno e a progesterona, a insulina, o cortisol e o hormônio lactogênio placentário.

A fisiologia da produção do leite materno (lactação) é dividida em três fases, conhecidas como fases de lactogênese. As fases I e II apresentam controle neuroendócrino, ou seja, acontecem, principalmente, por influência hormonal, independentemente da sucção do bebê. A terceira tem controle autócrino, depende da sucção do bebê e da extração de leite para ser mantida.

LACTOGÊNESE FASE I: Inicia durante a gestação, quando o colostro começa a ser produzido pelos lactócitos. Os hormônios mais importantes dessa fase são:

- Estrogênio – responsável pelo crescimento e ramificação dos ductos lactíferos.
- Progesterona – encarregada da formação dos lóbulos.

Além desses, temos o lactogênio placentário e a gonadotrofina coriônica, que aceleram o crescimento das mamas. Apesar de a produção láctea de colostro iniciar após 16 a 20 semanas de gravidez, sua excreção, nesse período, ainda é inibida. Nessa etapa, a prolactina é inibida por esses hormônios predominantes na gestação, principalmente, pela progesterona.

LACTOGÊNESE FASE II: Com o trabalho de parto, nascimento e a expulsão da placenta, há um grande aumento de prolactina e queda dos outros hormônios (principalmente da progesterona), dando início à secreção do leite. Durante a sucção, também há a liberação de ocitocina, que tem a capacidade de contrair as glândulas mamárias, expulsando o leite. Ocorre, assim, a “descida do leite” ou apoiadura, aproximadamente entre três a cinco dias após o parto. Como é uma etapa que depende de hormônios, mesmo que a criança não sugue, a apoiadura acontece.

LACTOGÊNESE FASE III (ou lactopoeise): Denomina-se autócrina, pois não depende tanto dos hormônios. Ela inicia após a apoiadura e é estimulada pelo ato de sugar e pelo esvaziamento das mamas. A produção de leite é diretamente proporcional às mamadas do bebê. Os principais hormônios que mantêm a lactação nessa fase são:

- Prolactina – secretada pela hipófise anterior (adenohipófise).
- Ocitocina – produzida no hipotálamo e secretada pela hipófise posterior (neurohipófise).

A prolactina estimula a produção de leite. Já a ocitocina tem um papel importante no reflexo de ejeção de leite. Ela é liberada pelo estímulo da sucção, além da visão, do cheiro e pelo choro da criança. Quando a mãe está mais tranquila, confiante e motivada, há aumento de ocitocina. Por outro lado, estresse, medo e ansiedade reduzem sua secreção, prejudicando a amamentação.

Neste caso, temos uma paciente pós-parto há 21 dias. Ou seja, já está na lactopoeise (lactogênese fase III). Sendo assim, o mecanismo de ação que justifica a queixa da paciente é a diminuição do estímulo da sucção.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque não há bloqueio do ducto lactífero.

Incorreta a alternativa B, porque já se passou a fase de apojadura.

Correta a alternativa C: o mecanismo de ação envolvido, neste caso, é a diminuição do estímulo de sucção do bebê, devido à associação de fórmula láctea (mamadeira).

Incorreta a alternativa D, porque o mecanismo envolvido não é a falta de bloqueio do fator inibidor da prolactina. Mesmo porque, se houvesse bloqueio do fator inibidor da prolactina, haveria mais prolactina e maior produção de leite.

Gabarito: C

76- Gestante com sete semanas comparece à consulta pré-natal de alto risco por diagnóstico de doença de Graves há um ano. Nega queixas atuais. Está em uso de metimazol 20 mg/dia e folato. Deseja suspender a medicação antitireoidiana por ter conhecimento sobre os riscos fetais associados. Traz exames recentes de função tireoidiana:

TSH = 0,08 mU/L (referência: 0,6-4,0)

T4 total = 14 mcg/dL (referência: 5,4-10,1)

T4 livre = 2,8 ng/dL (referência: 0,8-1,2)

TRAb = 6 UI/L (referência: 0-1,5).

Ao exame físico, apresenta:

PA = 116 x 78 mmHg;

FC = 105 bpm.

A recomendação apropriada, neste momento, é:

- A) manter doses de metimazol e repetir testes em quatro semanas.
- B) suspender metimazol e repetir os testes laboratoriais em quatro a seis semanas.
- C) suspender metimazol e iniciar propiltiouracil; repetir testes em quatro semanas.
- D) reduzir doses de metimazol e associar propiltiouracil; repetir testes em quatro a seis semanas.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: a conduta no hipertireoidismo na gestação.

Gestante de 7 semanas e portadora de Doença de Graves deve ser controlada durante a gestação. A medicação de escolha, no primeiro trimestre, é o Propiltiouracil (PTU), e o metimazol (MMZ) para o segundo e terceiro trimestre.

Primeiro trimestre: o PTU está indicado na dose de 200 a 400 mg diários, 3 doses diárias. Ele atua na conversão periférica de T4 em T3, tem menor teratogenicidade, porém tem mais efeitos colaterais que o MMZ.

Segundo e terceiro trimestre: o MMZ está indicado na dose 10 a 30 mg diários em dose única.

Incorreta a alternativa A: está indicado a substituição do metimazol pelo PTU e deve ser realizado o controle em 4 semanas.

Incorreta a alternativa B: deve ser suspenso o metimazol, mas deve ser introduzido o PTU e repetir os exames em 4 semanas.

Correta a alternativa C: a medicação de escolha no primeiro trimestre é o propiltiouracil e o controle deve ser realizado em 1 mês ou 4 semanas.

Incorreta a alternativa D: está indicada a suspensão do metimazol, iniciar tratamento com PTU e repetir controle em 4 semanas.

Gabarito: C

77- Gestante com 16 semanas realiza ultrassonografia demonstrada na imagem a seguir.



Qual é o diagnóstico provável?

- A) Onfalocele.
- B) Gastrosquise.
- C) Herniação fisiológica.
- D) Cisto de cordão umbilical.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre as malformações do trato gastrointestinal.

Diversas anomalias do trato gastrointestinal podem ser detectadas durante o pré-natal e correspondem a 15 a 20% de todas as anomalias congênitas. As principais malformações gastrointestinais identificadas na gestação são: gastrosquise, onfalocele, atresia de esôfago e de duodeno. Essas malformações impedem a absorção do líquido amniótico pelo trato gastrointestinal, levando, na maioria das vezes, ao aumento do volume de líquido amniótico, chamado de polidrânio.

Deve-se suspeitar de atresia de esôfago quando não se identifica estômago no abdome fetal e ocorre polidrânio. Essa malformação pode estar associada à trissomia do cromossomo 18 e a outras malformações. O prognóstico fetal depende da ocorrência ou não de malformações associadas, sendo melhor quando a atresia é isolada.

Na atresia de duodeno, se observa no ultrassom a imagem de dupla bolha no abdome fetal e polidrânio importante. Essa malformação está associada à trissomia do cromossomo 21 e a associação com outras anomalias indica pior prognóstico.

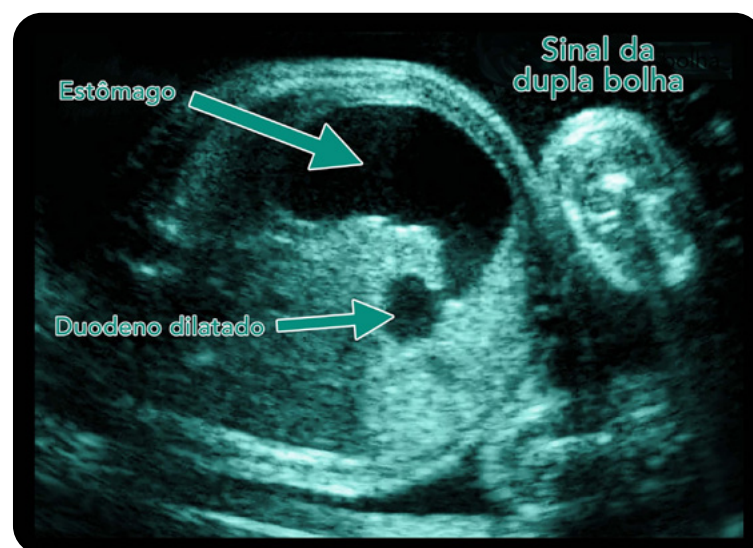


Imagem: Ultrassonografia de feto com atresia de duodeno com sinal da dupla bolha.

A onfalocele e a gastrosquise, por sua vez, são originárias de defeitos da parede abdominal e podem ser diagnosticadas já no primeiro trimestre.

Na onfalocele, o defeito abdominal é ventral e leva à herniação do conteúdo abdominal pelo cordão umbilical. O diagnóstico é feito pela ultrassonografia antenatal a partir de 12 semanas demonstrando saco herniário com conteúdo visceral na inserção do cordão umbilical. Essa anomalia pode estar associada a outras malformações e a trissomias dos cromossomos 13, 18 e 21, sendo mais frequentemente encontrado na trissomia do 18, por isso, diante do diagnóstico de onfalocele na gestação, indica-se sempre a realização de cariótipo fetal. O prognóstico fetal é bom quando a onfalocele é isolada.

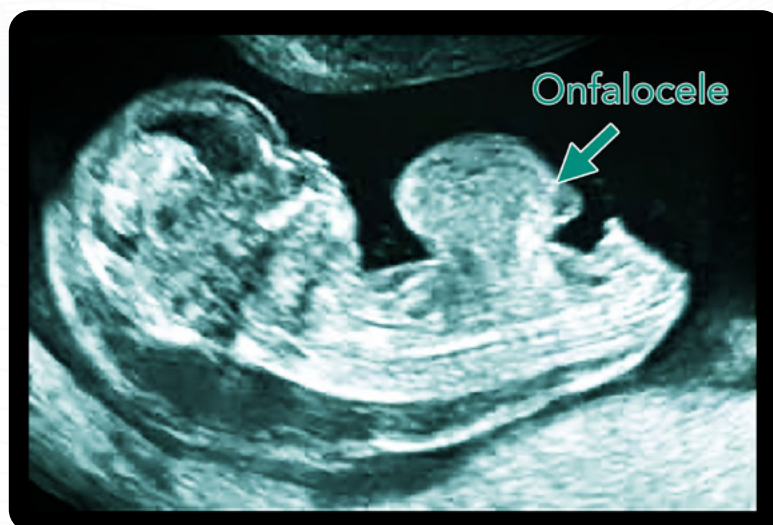


Imagem: Ultrassonografia de feto com onfalocele.

A gastrosquise caracteriza-se pela ocorrência de um defeito na parede abdominal à direita do cordão umbilical, com herniação dos órgãos intra-abdominais através do defeito paraumbilical, sem apresentar membrana recobrindo o conteúdo herniário. O diagnóstico ultrassonográfico é feito com a identificação de alças intestinais exteriorizando-se no líquido amniótico. A gastrosquise não está relacionada a aneuploidias, por isso sua diferenciação da onfalocele é muito importante e, nesses casos, não há necessidade de se realizar o cariótipo fetal. Embora as evidências científicas não tenham comprovado o benefício, indica-se a cesárea nos casos de gastrosquise e onfalocele na maioria das instituições no Brasil.

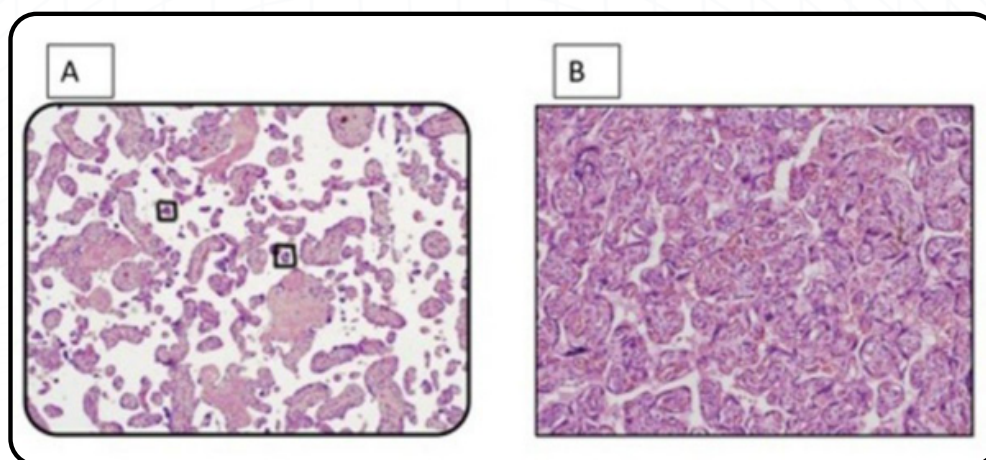


Imagem: Ultrassonografia de feto com gastrosquise.

Correta a alternativa A. Conforme visto nos comentários acima.

Gabarito: A

78- As imagens A e B representam os exames histopatológicos de duas placentas de terceiro trimestre, oriundas de duas pacientes diferentes. Analise-as.



Com base nos aspectos observados nas imagens A e B, respectivamente, assinale a alternativa correspondente aos diagnósticos mais prováveis.

- A) A: hemorragia intervillosa; B: corangiose
- B) A: pré-eclâmpsia precoce; B: morfologia normal
- C) A: morfologia normal; B: infecção por toxoplasmose
- D) A: infecção por parvovírus; B: descolamento prematuro de placenta

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre achados histológicos placentários.

DIAGNÓSTICO	Achados histológicos típicos
Morfologia normal (3º trimestre)	Vilos bem arborizados, numerosos, espaços intervilosos amplos, vascularização adequada
Pré-eclâmpsia precoce / RCIU	Vilos imaturos, má arborização, deposição fibrinoide aumentada, espaços intervilosos reduzidos, isquemia placentária
Corangiose	≥ 10 capilares por vilos em ≥ 10 vilos, em ≥ 10 campos de grande aumento
Hemorragia intervillosa	Acúmulo de sangue nos espaços intervilosos, compressão de vilos vizinhos
Infecção por toxoplasmose	Vilite crônica: infiltrado mononuclear no interior dos vilos, necrose focal, presença de cistos/trofozoítos
Infecção por parvovírus B19	Inclusões nucleares grandes nos eritroblastos, destruição da linhagem eritroide
Infecção por citomegalovírus (CMV)	Inclusões virais “olho de coruja”, vilite crônica, necrose focal
Descolamento prematuro de placenta	Hematoma retroplacentário, áreas extensas de hemorragia

Dicas para a prova (como distinguir rapidamente):

- Hemorragia intervillosa/DPP: procure sangue ou coágulo nos espaços intervilosos e vilos comprimidos.
- Pré-eclâmpsia (má perfusão): vilos hipoplásicos/hipovascularizados, aumento de nós sinciciais e deposição fibrinoide/infartos.
- Corangiose: vilos com capilarização excessiva (contagem de capilares é a chave).
- Infecções (toxoplasmose, CMV, parvovírus): procure infiltrado inflamatório crônico, necrose focal, ou inclusões virais/gigantismo de pronormoblastos.

Correta a alternativa A:

Imagem A - pré-eclâmpsia precoce

Imagem B - morfologia normal

Gabarito: A

79- Gestante de 26 anos de idade, 25 semanas, comparece ao pronto atendimento com dor epigástrica moderada, em cólica, associada a náuseas, diarreia líquida e sudorese. Relata que os sintomas surgem cerca de 30 minutos após as refeições. Refere história de cirurgia bariátrica (*by-pass* gástrico em Y de Roux) realizada há um ano. Nega febre ou sangramento. Ao exame, encontra-se eupneica, PA = 110 x 70 mmHg, FC = 96 bpm, sem sinais de irritação peritoneal. Ultrassonografia obstétrica sem alterações. Qual é o diagnóstico mais provável e qual é a conduta inicial mais adequada nesse caso?

- A) Colelitíase sintomática; solicitar ultrassonografia abdominal e iniciar analgesia e jejum.
- B) Obstrução intestinal parcial; solicitar tomografia de abdome com contraste e manter paciente em jejum absoluto.
- C) Úlcera marginal anastomótica; solicitar endoscopia digestiva alta e iniciar inibidor da bomba de prótons e sucralfato.
- D) Síndrome de *dumping* precoce; orientar fracionamento alimentar, evitar líquidos durante as refeições e reduzir a ingestão de carboidratos simples.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a gestação após a cirurgia bariátrica.

A gestante apresenta história de cirurgia bariátrica há 1 ano e inicia sintomas clínicos sugestivos de síndrome de *dumping*: cólica, associada a náuseas, diarreia líquida e sudorese.

Deve haver atenção e cuidado especial na orientação pré-concepcional durante o primeiro ano pós-cirúrgico. Com a perda de peso, a paciente aumenta o risco de engravidar, sendo necessário um método contraceptivo efetivo para o período.

Deve-se evitar engravidar no primeiro ano após a cirurgia, especialmente por um período de 12 a 18 meses, já que é o ano de maior perda ponderal e o potencial de perda de peso pode não ocorrer adequadamente após o parto. Além disso, deve-se atentar à menor quantidade de alimentos e ao aumento do risco de desnutrição.

Outro ponto importante é que as mulheres obesas são consideradas como de maior risco para defeitos do tubo neural, já que o ácido fólico participa da fase inicial da embriogênese. Assim, a recomendação é que as doses de ácido fólico devem ser 10 vezes maiores do que as doses habituais, com início 30 a 90 dias antes da concepção e com manutenção até a 12ª semana de gestação.

Gestação:

Manter o seguimento tanto do obstetra quanto do cirurgião bariátrico. Deve-se realizar controle ultrassonográfico rigoroso do crescimento fetal e manter suplementação durante a pré-concepção, gestação e puerpério, com:

- ✓ Vitamina B12
- ✓ Vitamina D
- ✓ Cálcio
- ✓ Ferro
- ✓ Tiamina
- ✓ Além da suplementação adicional recomendada para as gestantes.

Incorreta a alternativa A: o quadro clínico é compatível com síndrome de *dumping*, não de colelitíase.

Incorreta a alternativa B: o quadro clínico descrito é compatível com a síndrome de *dumping*, não com sinal clínico obstrutivo com obstrução intestinal parcial.

Incorreta a alternativa C: o quadro clínico é compatível com síndrome de *dumping* e está indicado inicialmente o fracionamento alimentar, evitar líquidos durante as refeições e reduzir a ingestão de carboidratos simples. Observe que não há quadro clínico de peritonite ou sangramento.

Correta a alternativa D: o diagnóstico é de síndrome de *dumping* e deve ser orientado inicialmente o fracionamento alimentar, evitar líquidos durante as refeições e reduzir a ingestão de carboidratos simples.

Gabarito: D

80- Primigesta, 20 anos de idade, 33 semanas de gestação, pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade, em uso de metildopa. Ultrassom obstétrico com peso fetal (1730 g) no percentil 8, cardiotocografia computadorizada com STV (*short term variation*/variação de curto prazo) de 6,0 ms.



Considerando-se as imagens apresentadas, qual é a melhor conduta neste momento?

- A) Indicar resolução imediata da gestação por via alta.
- B) Avaliar vitalidade fetal diária, parto com 39 semanas.
- C) Avaliar vitalidade fetal semanal, parto com 38 semanas.
- D) Avaliar vitalidade fetal duas vezes por semana, parto com 37 semanas.

COMENTÁRIOS:

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

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 da tabela 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 A Umb $> P95$, 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 3	RCF com Doppler de AUmb com diástole zero.	Severo	- 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

Incorreta a alternativa A: como o feto está no estágio 2 (pelo MS) e apresenta menos de 34 semanas, a conduta deve ser a avaliação da vitalidade fetal 2 a 3 x por semana e parto com 37 semanas. A resolução da gestação antes de 34 semanas deve ocorrer para fetos com diástole reversa da artéria umbilical.

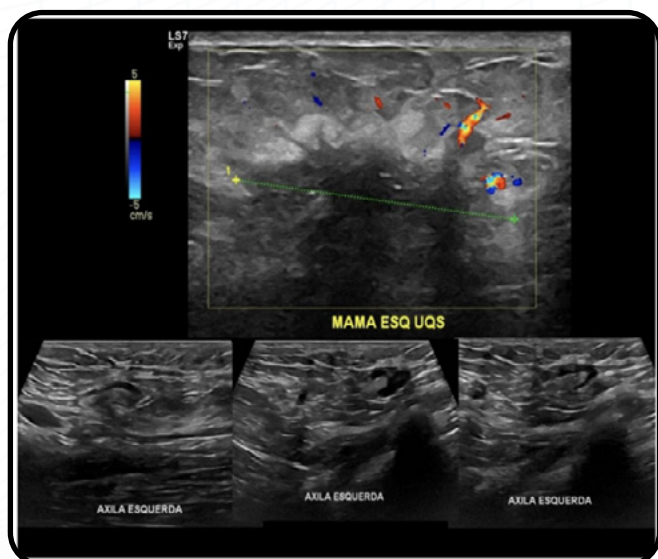
Incorreta a alternativa B: como o feto está no estágio 2 (pelo MS) e apresenta menos de 34 semanas, a conduta deve ser a avaliação da vitalidade fetal 2 a 3 x por semana e parto com 37 semanas. Na pré-eclâmpsia, o parto nunca deve ultrapassar 37 semanas.

Incorreta a alternativa C: como o feto está no estágio 2 (pelo MS) e apresenta menos de 34 semanas, a conduta deve ser a avaliação da vitalidade fetal 2 a 3 x por semana e parto com 37 semanas. Na pré-eclâmpsia o parto nunca deve ultrapassar 37 semanas.

Correta a alternativa D: temos uma gestante de 33 semanas com pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade, ultrassom com feto no percentil 8 e Dopplervelocimetria indicando aumento da resistência da artéria umbilical, com diástole presente, artéria cerebral média normal e ducto venoso normal. Sendo assim, temos um feto com restrição de crescimento estágio 2 (A umb >p95), cuja conduta é avaliação da vitalidade fetal duas a três vezes por semana e parto com 37 semanas.

Gabarito: D

81- Paciente nulípara, 30 anos de idade, gestante de oito semanas, gestação desejada, apresenta aumento do volume da mama associado à retração mamilar importante na mama esquerda, apresenta exame ultrassonográfico para avaliação.



Qual é a conduta que melhor beneficia essa gestante?

- A) Realizar core *biopsy*; se o resultado for carcinoma, indicar tratamento cirúrgico radical em *up front* (inicial).
- B) Realizar mamotomia; se o resultado for carcinoma, indicar tratamento cirúrgico conservador em *up front* (inicial).
- C) Realizar core *biopsy*; se o resultado for carcinoma, iniciar quimioterapia neoadjuvante após 12 semanas de gestação.
- D) Realizar mamotomia; caso seja carcinoma, iniciar quimioterapia de imediato e prosseguir o tratamento somente quando a viabilidade fetal for possível.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, esta paciente está gestante de 8 semanas e apresenta aumento do volume da mama, associado à retração mamilar importante na mama esquerda. A ultrassonografia mostra um nódulo irregular, heterogêneo, com sombra acústica posterior e linfonodos axilares atípicos. Trata-se de uma lesão suspeita de malignidade, BI-RADS 4, sendo indicada a realização de biópsia.

Tipo de biópsia indicada de acordo com a lesão mamária	
Tipo de lesão	Tipo de biópsia
Cisto simples (BIRADS 2)	Se indicado punção – PAAF (citológico)
Nódulos sólidos (BIRADS 4 ou 5)	Core biópsia percutânea (agulha grossa) – trocater (histológico)
Microcalcificações suspeitas (BIRADS 4 e 5)	Biópsia por agulha grossa vácuo assistida (mamotomia guiada por mamografia / estereotaxia) ou ressecção (setorectomia) com marcação pré-cirúrgica (agulhamento)
Lesões diagnosticadas pelo ultrassom ou pela mamografia e ultrassom	Biópsia guiada por ultrassom
Lesões visíveis apenas na mamografia	Biópsia guiada por mamografia (estereotaxia)
Cistos complexos (BIRADS 4)	Mamotomia guiada por ultrassom.

O quadro desta paciente é muito sugestivo de um câncer de mama. Consideramos câncer de mama na gestação quando a neoplasia é diagnosticada durante a gravidez, no primeiro ano após o parto ou a qualquer momento durante a amamentação.

O câncer de mama na gravidez é geralmente diagnosticado em estádios avançados devido a um atraso no seu diagnóstico. Isso acontece porque as modificações gravídicas, como o ingurgitamento e a hipertrofia, dificultam o exame físico e diminuem a sensibilidade da mamografia devido ao aumento da densidade mamária.

Estrategista, são comuns questões afirmando que o câncer de mama na gravidez tem um prognóstico pior devido à gestação. Essa é uma pegadinha!!! Não caia nela!!!

O prognóstico do câncer de mama na gravidez não é pior. O prognóstico é igual para as pacientes grávidas e não grávidas. O que acontece é que, na maioria das vezes, ele é diagnosticado em estádios avançados, por isso apresenta um prognóstico pior.

A mamografia diagnóstica para avaliação de nódulos e planejamento cirúrgico não é contraindicada na gravidez, porque a dose de radiação é desprezível para o feto, desde que seja usada a proteção abdominal. A ultrassonografia das mamas é absolutamente liberada durante a gravidez e pode ajudar a distinguir massas sólidas de cistos e guiar a realização de biópsias. A indicação de realização de ressonância das mamas durante a gravidez ainda não está bem definida. Caso seja realizada não se deve usar contraste (gadolínio).

Tratamento:

O tratamento do câncer de mama na gravidez obedece a alguns preceitos básicos:

- Cirurgia: a paciente pode ser submetida ao tratamento cirúrgico durante toda a gravidez. Pode ser realizada a mastectomia e a quadrantectomia (tratamento conservador), desde que seja complementada pela radioterapia após a gravidez nesses casos.
- Linfonodo sentinela: a exérese do linfonodo sentinela pode ser realizada, mas é recomendado a sua localização apenas com radiofármaco (tecnécio), pois o uso de corante (azul de metileno ou isosulfan) pode ser teratogênico.
- Quimioterapia: pode ser iniciada após o primeiro trimestre da gravidez. Não se deve fazer quimioterapia durante o primeiro trimestre devido ao risco de malformação fetal ou aborto durante o período de organogênese.
- Radioterapia: é absolutamente proibida durante toda a gravidez!!!
- Hormonioterapia: o tamoxifeno é contraindicado durante a gravidez.
- Trastuzumabe: também é contraindicado durante a gravidez.

A paciente não deve amamentar se estiver em tratamento com quimioterapia, tamoxifeno ou trastuzumabe, mas pode amamentar após o término do tratamento.

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque é indicada a realização de *core biopsy*, mas caso se confirme a malignidade, não seria indicado iniciar o tratamento da paciente pela cirurgia, já que se trata de câncer de mama avançado, com lesão grande, aumento do volume mamário e comprometimento axilar.

Incorreta a alternativa B, porque a mamotomia não é o tipo de biópsia mais indicado para este caso. A mamotomia é melhor indicada para casos de microcalcificações suspeitas de malignidade.

Correta a alternativa C: está indicada a realização de *core biopsy* e, caso se confirme a malignidade, seria indicado o tratamento com quimioterapia neoadjuvante após o primeiro trimestre, já que se trata de câncer avançado, com lesão volumosa e comprometimento axilar.

Incorreta a alternativa D, porque não se deve iniciar a quimioterapia no primeiro trimestre, já que é o período de embriogênese.

Gabarito: C

82- Secundigesta, com aborto anterior, 21 anos de idade, com antecedente de anemia diagnosticada no "teste do pezinho", porém sem tratamento ou acompanhamento específico. Não sabe referir o diagnóstico. Apresenta a seguinte eletroforese de hemoglobina: HbA2 = 2,0; HbS = 44,2%; HbC = 49,2%; HbF = 4,6%. Qual é o diagnóstico?

- A) Talassemia.
- B) Esferocitose.
- C) Doença falciforme.
- D) Anemia falciforme.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre doença falciforme na gestação.

A doença falciforme é um grupo de hemoglobinopatias resultantes da presença do gene da hemoglobina S em homozigose (HbSS) ou em associação com outras variantes, como HbC (HbSC) ou talassemia beta (HbS/ β -talassemia). Quando o indivíduo é homozigoto para HbS, o diagnóstico é de anemia falciforme, a forma mais grave; já quando há associação da HbS com outras hemoglobinas anormais, como HbC, temos também uma doença falciforme, porém não chamada de anemia falciforme.

Na gestação, a doença falciforme tem grande relevância clínica por aumentar o risco de complicações maternas e fetais. A fisiopatologia está relacionada à polimerização da HbS em situações de hipóxia, levando à falcização das hemácias, hemólise crônica e fenômenos vaso-oclusivos. Assim, gestantes com doença falciforme apresentam risco elevado de crises dolorosas, síndrome torácica aguda, infecções graves (pela asplenia funcional), anemia grave com necessidade de transfusão, além de maior incidência de pré-eclâmpsia, complicações hipertensivas e até morte materna. Do ponto de vista fetal, há aumento de abortamento espontâneo, óbito intrauterino, prematuridade e restrição de crescimento intrauterino.

O diagnóstico é feito por eletroforese de hemoglobina, que diferencia os subtipos: na anemia falciforme (HbSS), observa-se HbS > 90% com ausência de HbA; na doença falciforme HbSC, os valores de HbS e HbC ficam em torno de 40–50% cada, como no caso clínico da questão; já na HbS/ β -talassemia, ocorre predomínio de HbS associado ao aumento da HbA2.

A gestante com anemia falciforme deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco para acompanhamento multidisciplinar. As medidas que devem ser realizadas durante o pré-natal de gestante com anemia falciforme são:

- Dosagem do nível de hemoglobina e painel de análises clínicas mensalmente, a fim de identificar precocemente pacientes com maior risco de complicações agudas.
- EAS e Urocultura mensalmente para detecção e tratamento precoce de bacteriúria assintomática.
- Avaliação de aloimunização materna na primeira consulta pré-natal por meio da tipagem sanguínea e do Coombs indireto ou PAI.
- Triagem das síndromes hipertensivas e uso de aspirina de baixa dosagem para prevenção de pré-eclâmpsia.
- A suplementação de ferro deve ser evitada, a menos que a deficiência de ferro seja documentada por um baixo nível de ferritina sérica.
- Já a suplementação com ácido fólico deve ser continuada durante a gravidez, em doses maiores do que as habituais (5 mg/dia).
- Profilaxia para tromboembolismo nas mulheres com histórico de tromboembolismo no passado.
- Vacinas antitetânica, contra Hepatite B, pneumocócica 23, conjugada meningocócica C e contra Influenza.
- A hidroxiuréia é contraindicada na gestação.
- Avaliação do bem-estar fetal por meio de perfil biofísico fetal e ultrassom no segundo e terceiro trimestres, para identificar se há restrição de crescimento intrauterino.

A via de parto deve seguir a indicação obstétrica, Deve-se preferir o uso dos bloqueios regionais e realizar antibioticoprofilaxia pós-parto para cobertura do procedimento e de infecções pulmonares.

Durante as crises álgicas, deve-se fornecer oxigenoterapia, hidratação e analgesia, podendo ser realizada com anti-inflamatórios não hormonais ou opioides. Na síndrome torácica aguda, deve-se avaliar o uso de broncodilatadores, antibioticoterapia para estreptococos, corticosteroides e transfusão sanguínea. Além disso, as transfusões têm sido indicadas para: toxemia, gravidez gemelar, mortalidade perinatal prévia, septicemia, insuficiência renal aguda, bacteremia, anemia grave redução de 30% dos níveis basais ou Ht = ou menor que 20, níveis de hemoglobina abaixo de 7g/dl, sequestro esplênico, AVC, hipoxemia, cirurgia e angiografia.

Correta a alternativa C. Doença falciforme.

Gabarito: C

83- Quartigesta, 28 semanas, três partos pré-termo anteriores entre 28 e 30 semanas, questiona em consulta se pode tomar a vacina contra o vírus respiratório sincicial (VRS). Qual é a orientação correta neste momento?

- A) Indicar a vacina contra VRS no período periparto.
- B) Indicar a realização da vacina contra VRS neste momento.
- C) Aguardar a 32ª semana para indicar a vacina contra o VRS.
- D) Contraindicar a vacina contra VRS em função do risco de prematuridade.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a vacina contra o VRS na gestação.

Vamos, por meio do quadro abaixo, revisar as principais vacinas indicadas na gestação:

VACINAS INDICADAS NA GESTAÇÃO	
dT / dTpa (Imunidade passiva ao lactante contra a coqueluche)	dTpa : TODAS as gestações após 20ª sem. Se rotina incompleta, completar.
Influenza	Recomendada a todas as gestantes. Qualquer trimestre Período sazonal
Hepatite B	Recomendada a todas as gestantes com Sorologia negativa para o vírus hepatite B e sem vacinação prévia. Se rotina incompleta, completar.
COVID-19	Todas as gestantes em qualquer idade gestacional.
Vírus Sincicial Respiratório VSR	Todas as gestantes entre 24 e 36 semanas de gestação (Nacional entre 32 e 36 semanas)

E claro, vale relembrar as vacinas contraindicadas:

CONTRAINDICADA NA GESTAÇÃO
Vacinas de vírus vivos atenuados
- TRÍPLICE VIRAL (sarampo, caxumba, rubéola)
- VARICELA-ZÓSTER
- POLIOMIELITE
- TUBERCULOSE (BCG)
Vacina de antígeno recombinante
- Papilomavírus humano (HPV)

Agora, vamos responder a questão avaliando as alternativas?

Incorreta a alternativa A: a vacina contra o VRS está indicada entre 24 e 36 semanas de gestação, não periparto.

Correta a alternativa B: a vacina contra VRS está indicada para gestante entre 24 e 36 semanas de gestação.

Incorreta a alternativa C: a vacina contra o VRS está indicada entre 24 e 36 semanas de gestação.

Incorreta a alternativa D: a prematuridade não contraindica a vacina contra o VRS.

Gabarito: B

84- Gestante com 25 semanas, sem histórico de sífilis, comparece ao pré-natal com exames laboratoriais de rotina: VDRL reagente 1/4, FTA-ABS não reagente; TPHA, não reagente. Assinale a alternativa que representa a correta interpretação dos resultados e a condução do caso.

- A) Falso-positivo, não tratar.
- B) Cicatriz sorológica, não tratar.
- C) Sífilis recente, tratar com benzilpenicilina-benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única.
- D) Sífilis latente tardia, tratar com benzilpenicilina-benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana por três semanas.

COMENTÁRIOS:

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

O diagnóstico da sífilis é feito por meio da correlação entre os dados clínicos, os exames laboratoriais, o histórico de infecção passada e exposição recente. Como a maioria das pessoas com sífilis é assintomática ou apresenta quadro clínico vago, os exames laboratoriais são imprescindíveis para o diagnóstico correto.

Então, para o diagnóstico da sífilis, deve-se realizar um teste treponêmico e um não treponêmico. Recomenda-se sempre que possível realizar primeiramente o teste treponêmico (teste rápido), que é o primeiro que positiva, e, depois, fazer o não treponêmico.

Sendo assim, o diagnóstico de sífilis é confirmado quando ambos os testes, treponêmico e não treponêmico, estiverem reagentes e for afastada cicatriz sorológica (tratamento anterior para sífilis com documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições). Lembre que qualquer titulação do teste não treponêmico é considerada positiva para sífilis.

Quando os testes imunológicos são não coincidentes, isto é, um encontra-se reagente e outro não reagente, deve-se sempre repetir o teste treponêmico com uma metodologia diferente. Caso esse segundo teste treponêmico se apresente reagente, trata-se de sífilis ou cicatriz sorológica. Se o segundo teste se apresentar não reagente, descarta-se o diagnóstico de sífilis.

A tabela abaixo resume a interpretação dos testes imunológicos:

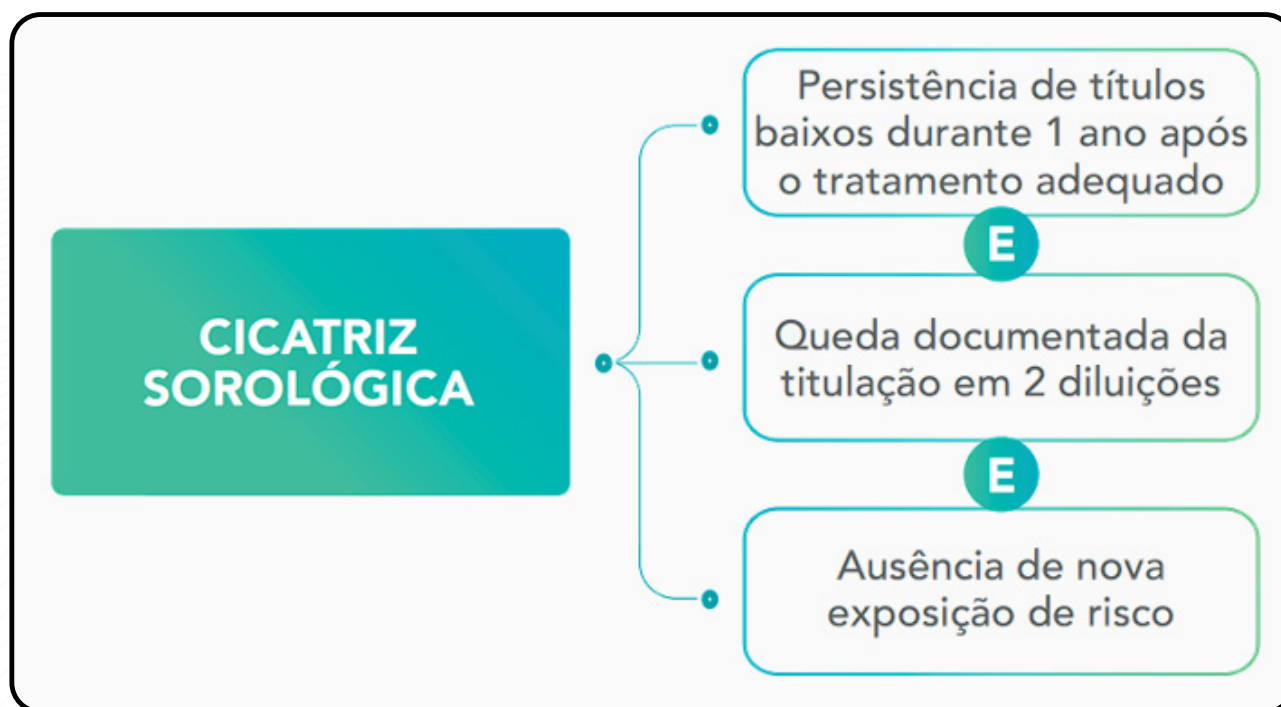
TREPONÊMICO	NÃO TREPONÊMICO	INTERPRETAÇÃO
Reagente	Reagente	Sífilis confirmada ou cicatriz sorológica.
Reagente	Não reagente	Repetir teste treponêmico com metodologia diferente. Reagente: infecção recente ou cicatriz sorológica. Não reagente: primeiro teste falso-reagente, descartar diagnóstico de sífilis.
Não reagente	Reagente	Repetir teste treponêmico com metodologia diferente. Reagente: sífilis ou cicatriz sorológica. Não reagente: teste não treponêmico falso-reagente, descartar diagnóstico de sífilis.
Não reagente	Não reagente	Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica).

Apesar de a confirmação diagnóstica ser feita apenas com a solicitação dos dois testes, recomenda-se que, na gestação, o tratamento deve ser imediato após um único teste positivo para sífilis, seja ele treponêmico ou não treponêmico. Quanto mais semanas uma gestante com sífilis passa sem tratamento, maior é o tempo de exposição e risco de infecção para o conceito.

Assim, não se deve adiar o tratamento na gestação a fim de aguardar a confirmação com outro teste, pois essa demora para o início do tratamento aumenta o risco de transmissão vertical.

Todavia, apesar de já haver indicação de tratamento imediato, ainda assim é necessário realizar um segundo teste diagnóstico, fazer monitoramento laboratorial (controle de cura) e também tratar os parceiros(as) sexuais (interrupção da cadeia de transmissão).

Em relação à cicatriz sorológica, considera-se somente se houve tratamento anterior para sífilis documentado, com queda da titulação em pelo menos 2 diluições (4 vezes) e descartada nova exposição de risco.



Correta a alternativa A: temos uma gestante com um teste não treponêmico reagente e dois testes treponêmicos não reagentes, indicando um teste não treponêmico falso-positivo, não sendo necessário tratamento.

Incorreta a alternativa B: para considerar cicatriz sorológica, temos que ter teste treponêmico reagente e não treponêmico reagente em baixa titulação, com tratamento prévio documentado indicando queda da titulação.

Incorreta a alternativa C: como a paciente apresentou dois testes treponêmicos não reagentes, trata-se de um teste não treponêmico falso-positivo e a paciente não tem sífilis.

Incorreta a alternativa D: como a paciente apresentou dois testes treponêmicos não reagentes, trata-se de um teste não treponêmico falso-positivo e a paciente não tem sífilis.

Gabarito: A

85- Em relação à técnica para medida da pressão arterial em gestante obesa com circunferência braquial de 42 cm, sem disponibilidade de manguito adequado, em que seja necessário usar a tabela de correção disponível nas imagens, considere a medida de PA (sem correção) de 130 x 90 mmHg. Assinale a alternativa que contém a imagem que representa a forma correta para a avaliação da pressão arterial durante a gestação, e o valor da PAD (pressão arterial diastólica) corrigido.



Circunferência do braço (cm)	Correção PA sistólica (mmHg)	Correção PA diastólica (mmHg)
20	+11	+7
22	+9	+6
24	+7	+4
26	+5	+3
28	+3	+2
30	0	0
32	-2	-1
34	-4	-3
36	-6	-4
38	-8	-6
40	-10	-7
42	-12	-9
44	-14	-10
46	-16	-11
48	-18	-13
50	-21	-14

Fonte: Modificado de: Maxwell MH, et al, Lancet, 1982.³⁹
PA (Pressão Arterial).

- A) Imagem D; PAD = 81 mmHg
B) Imagem B; PAD = 80 mmHg
C) Imagem D; PAD = 99 mmHg
D) Imagem A; PAD = 118 mmHg

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a medida da pressão arterial na gestação.

Na obstetrícia, definimos hipertensão arterial quando a pressão arterial sistólica (PAS) é igual ou superior a 140 mmHg ou a pressão arterial diastólica (PAD) é igual ou superior a 90 mmHg, medida com a paciente em repouso, sentada com os pés apoiados no chão, e confirmada após 4 horas de repouso ou duas visitas consecutivas. Se a PAS é maior ou igual a 160 mmHg ou a PAD é maior ou igual a 110 mmHg, espera-se apenas 15 minutos para confirmar a presença de hipertensão arterial. Lembre-se de que a fase V de Korotkoff é empregada para definir a pressão arterial diastólica.

Atenção, se a circunferência do braço é ≥ 33 cm, deve-se utilizar um manguito grande. Quando não disponível, corrigir a PA pela tabela de correção, conforme a medida da circunferência abdominal.

Não se deve medir a pressão arterial da gestante em decúbito lateral esquerdo, pois essa posição falseia a medida da PA.

Correta a alternativa A: a PA na gestação deve ser medida sempre com a paciente sentada e com os pés apoiados no chão, conforme a imagem D. A PAD corrigida é de 81 mmHg (90 -9).

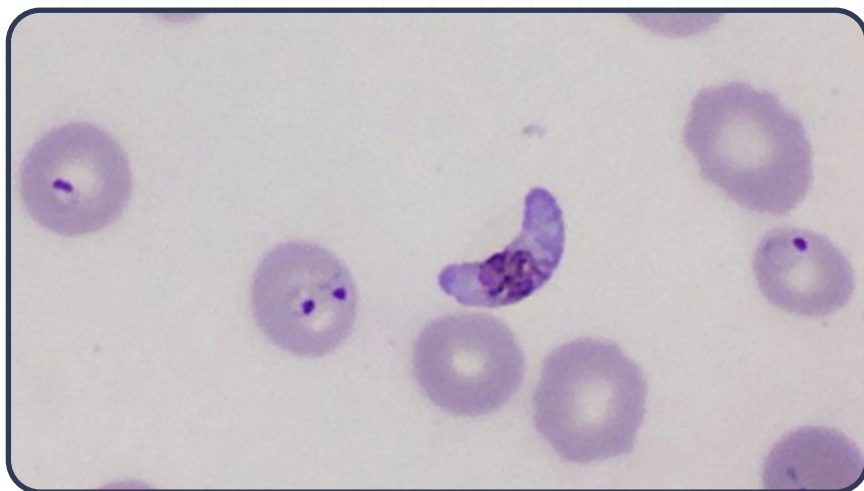
Incorreta a alternativa B: para correta medida da PA na gestação, a paciente deve estar com os pés apoiados no chão.

Incorreta a alternativa C: como a paciente tem uma circunferência abdominal de 42 cm, pela tabela, deve-se subtrair 9 da PAD para se ter o valor correto da PA.

Incorreta a alternativa D: não se deve medir a PA da gestante em decúbito lateral esquerdo, pois essa posição falseia medida da PA.

Gabarito: A

86- Gestante na 26ª semana, residente na região amazônica, comparece à consulta de pré-natal, relatando febre alta intermitente, calafrios e sudorese há três dias. Ao exame físico, apresenta temperatura de 38,5°C e esplenomegalia leve. Foi realizado o exame de gota espessa, que confirmou a presença de trofozoítos jovens e maduros além de gametócitos em forma de banana (demonstrados na imagem a seguir).



Qual é o tratamento mais adequado para essa paciente?

- A) Cloroquina
- B) Tafenoquina
- C) Primaquina/cloroquina
- D) Artemeter/lumefantrina

COMENTÁRIOS:

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

A malária representa um desafio significativo de saúde pública, sendo uma protozoose febril aguda quase totalmente concentrada na região da Amazônia Legal, abrangendo estados como Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. A doença é mais prevalente e mais grave em gestantes em comparação com mulheres não grávidas, com o maior número de casos ocorrendo no primeiro e segundo trimestres.

A transmissão do parasita *Plasmodium* ocorre via mosquitos *Anopheles*. Além da transmissão vetorial, existe a possibilidade de transmissão transplacentária e perinatal. Os agentes etiológicos mais comuns no Brasil são o *Plasmodium falciparum* e o *Plasmodium vivax*.

O quadro clínico da malária em gestantes, assim como na população geral, pode ser inespecífico, manifestando-se com febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$), calafrios, cefaleia, mialgia, fadiga, náuseas/vômitos e dor abdominal. Casos graves de malária são mais frequentes no segundo e terceiro trimestres e carregam um risco elevado de morte materna. A malária grave é caracterizada por: consciência prejudicada, prostração, múltiplas convulsões, acidemia, hipoglicemia, anemia severa (hemoglobina $< 7 \text{ g/dL}$ ou hematócrito $< 20\%$), insuficiência renal (creatinina $> 3 \text{ mg/dL}$), icterícia (bilirrubina total $> 3 \text{ mg/dL}$), edema agudo de pulmão, sufusões hemorrágicas, choque hipovolêmico e hiperparasitemia.

O diagnóstico padrão para malária é o esfregaço de sangue periférico (gota espessa e esfregaço fino), corado com Giemsa. Esse exame permite a avaliação qualitativa (identificação da espécie de *Plasmodium* através do esfregaço fino) e quantitativa (grau de parasitemia), com resultado disponível em até 1 hora.

- *Falciparum*: múltiplos anéis na mesma hemácia, gametócito em banana.
- *Vivax*: hemácias aumentadas, pontos de Schüffner, trofozoítos ameboides.
- *Malariae*: hemácias normais, trofozoítos em faixa, esquizonte em roseta.
- *Ovale*: hemácias ovais aumentadas, pontos de Schüffner, parasita menor.

A suspeita clínica é fundamental em qualquer pessoa com exposição epidemiológica (reside ou viajou para área endêmica) que apresente febre e sintomas associados. Lembre que a malária é uma doença de notificação compulsória.

A malária na gestação está associada a diversos desfechos adversos materno-fetais, incluindo:

- Morte materna (em casos de malária grave)
- Anemia materna
- Abortamento espontâneo
- Prematuridade
- Baixo peso ao nascer
- Restrição de crescimento intrauterino
- Infecção congênita
- Óbito intrauterino
- Óbito neonatal

O tratamento da malária na gestação deve seguir o Guia de Tratamento da Malária no Brasil do Ministério da Saúde. É crucial encaminhar a gestante para um centro de referência local.

Malária não complicada por *Plasmodium falciparum*:

No Brasil, todas as cepas são resistentes à cloroquina. O esquema de escolha na gestação é a terapia combinada com artemisinina (TCA) em qualquer trimestre.

- O mais seguro é arteméter-lumefantrina (20/120 mg), 4 comprimidos de 12/12 horas por 3 dias, administrados após refeição completa ou leite integral.
- Outras combinações possíveis incluem artesunato-amodiaquina, artesunato-mefloquina e diidroartemisinina-piperaquina, todas por 3 dias.

Malária não complicada por *Plasmodium vivax* ou *P. ovale*:

Esses parasitas são sensíveis à cloroquina. O esquema recomendado é:

- Cloroquina: dose de ataque de 1000 mg, seguida de 500 mg após 6 horas e 500 mg/dia no 2º e 3º dias.

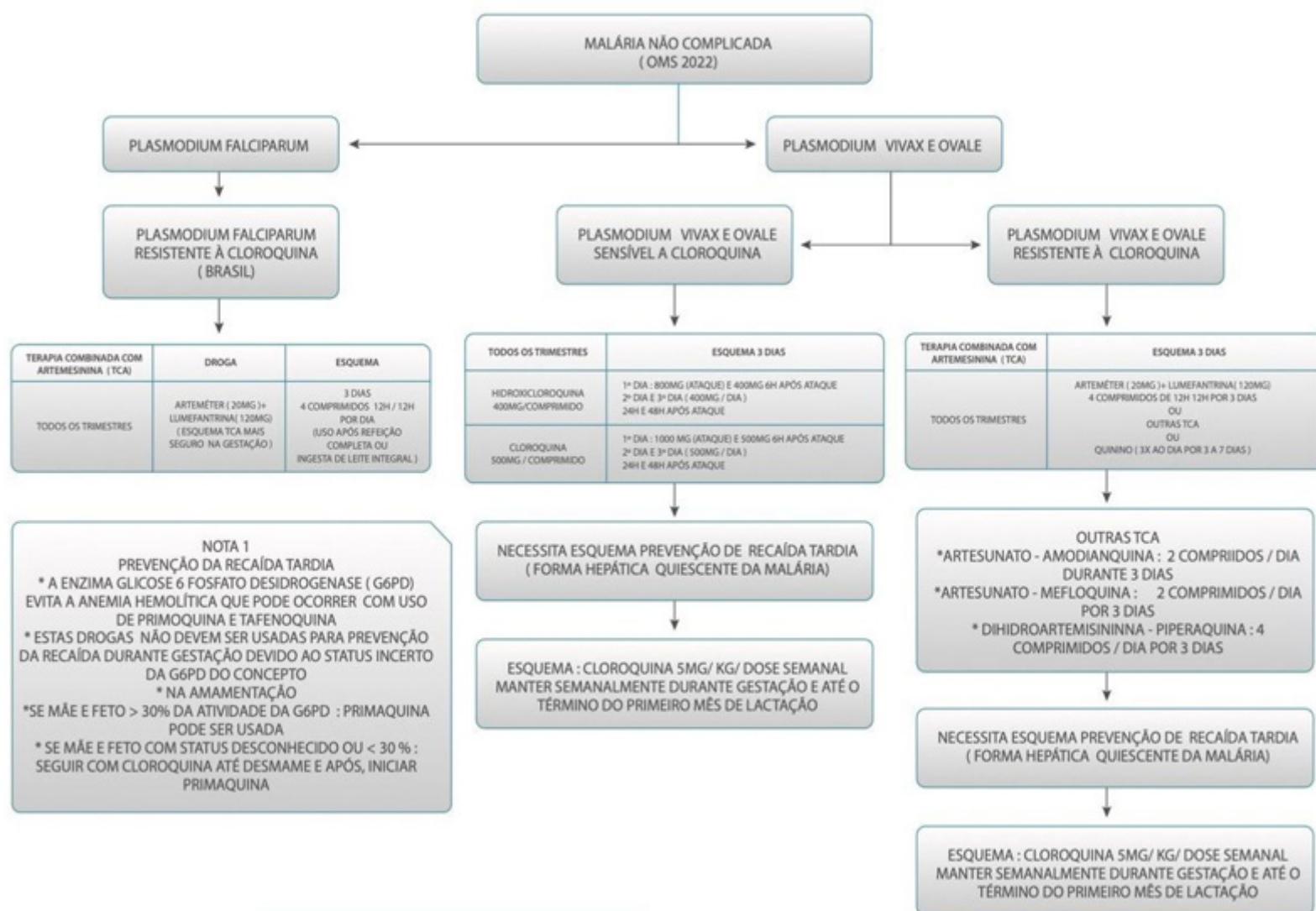
• Como as drogas que eliminam as formas hepáticas (primaquina e tafenoquina) são contraindicadas na gestação pelo risco de hemólise em fetos com deficiência de G6PD, deve-se instituir esquema supressivo com cloroquina 5 mg/kg semanal durante toda a gestação e até o fim do primeiro mês de lactação, para prevenir recaídas.

Malária grave (qualquer espécie, mais comum com *P. falciparum*):

Caracteriza-se por critérios da OMS (2022), como alteração de consciência, convulsões, acidemia, hipoglicemia, anemia grave, insuficiência renal, icterícia, edema agudo de pulmão, choque hipovolêmico ou hiperparasitemia.

• O tratamento de escolha é artesunato parenteral, seguro em todos os trimestres. Deve ser mantido por pelo menos 24 horas ou até que a paciente tolere a via oral.

- Após estabilização, deve-se transitar para TCA oral (por exemplo, arteméter-lumefantrina).



Correta a alternativa D: artemeter/lumefantrina.

Gabarito: D

87- Primigesta apresenta, nos exames de pré-natal, o teste de imunofluorescência (ELISA) reagente para HTLV1 e teste confirmatório (*Western Blot*) reagente. Nesse caso, qual é a orientação correta na assistência ao parto e no pós-parto dessa paciente?

- A) Via de parto obstétrica, sem restrição à amamentação.
- B) Parto cesáreo eletivo, com supressão da amamentação.
- C) Via de parto obstétrica, com supressão da amamentação.
- D) Profilaxia pré-parto com zidovudina (AZT), liberação da amamentação após imunoglobulina para o RN.

COMENTÁRIOS:

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

O HTLV (Vírus Linfotrópico de Células T Humanas) é um retrovírus que afeta principalmente as células de defesa do organismo e pode causar doenças graves em uma pequena porcentagem dos infectados, como leucemia/linfoma de células T do adulto (ATL) e mielopatia associada ao HTLV-1/paraparesia espástica tropical (HAM/TSP). A infecção é crônica e geralmente assintomática por muitos anos.

A principal preocupação em relação ao HTLV na gestação é a transmissão vertical, que ocorre principalmente pela amamentação, responsável por mais de 85% dos casos de transmissão vertical no Brasil. A transmissão transplacentária é rara, em menos de 5% dos casos e a transmissão durante o trabalho de parto é ainda menos frequente.

O diagnóstico de HTLV é feito por meio de exames de sangue, inicialmente por um teste de triagem (como ELISA ou CMIA) e, se reativo, é confirmado por testes mais específicos (como *Western Blot* ou PCR).

A triagem pré-natal deve ser feita para todas as gestantes e faz parte das sorologias indicadas na primeira consulta de pré-natal pelos protocolos do Ministério da Saúde,

Não existe vacina ou tratamento para curar a infecção pelo HTLV. No entanto, a identificação da gestante infectada é crucial para contraindicar a amamentação e prevenir a transmissão vertical ao recém-nascido.

Incorreta a alternativa A: quando a gestante apresenta HTLV positivo, está contraindicada a amamentação.

Incorreta a alternativa B: quando a gestante apresenta HTLV positivo, está contraindicada a amamentação, mas a via de parto não muda, podendo ser parto vaginal.

Correta a alternativa C: quando a gestante apresenta HTLV positivo, está contraindicada a amamentação, mas a via de parto não muda, podendo ser parto vaginal, isto é, a via de parto é obstétrica.

Incorreta a alternativa D: quando a gestante apresenta HTLV positivo, está contraindicada a amamentação e não há profilaxia e nem imunoglobulina para essa infecção.

Gabarito: C

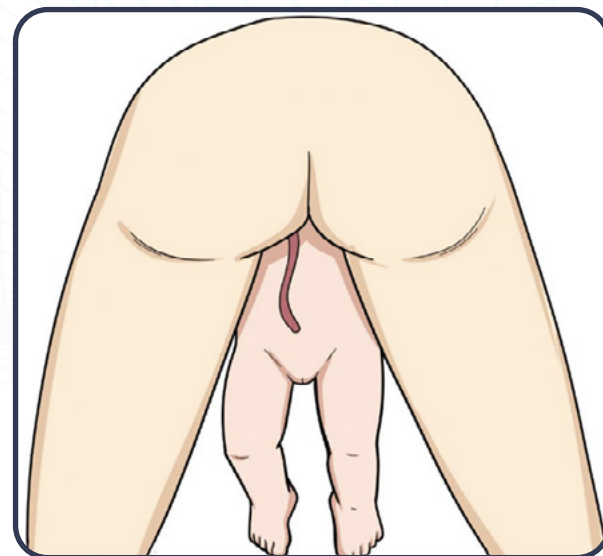
88- Primigesta de 38 semanas encontra-se no segundo período de um parto em apresentação pélvica. A posição é em quatro apoios. O dorso fetal está dirigido para o ventre materno. Após o desprendimento dos ombros fetais, é feito o diagnóstico de cabeça derradeira. Assinale a alternativa que descreve corretamente a manobra inicial indicada.

- A) Com uma das mãos espalmada, elevar e pressionar o dorso fetal (em direção ao sacro materno), enquanto a outra mão se apoia sobre o púbis. O auxiliar ajuda na elevação das pernas fetais.
- B) O operador posiciona os dedos indicador e médio da sua mão dominante nos maldres fetais. Os dedos indicador, médio e anelar da outra mão são posicionados sobre o occipital fetal, forçando a extensão da cabeça, enquanto esta é simultaneamente empurrada contra o sacro materno.
- C) O tórax fetal é apreendido com os dedos polegares na porção ventral dos ombros (sobre as clavículas fetais) e com os demais dedos nas escápulas, sendo, então, o tronco "empurrado" para trás, em direção ao ventre materno.
- D) A posição da parturiente deve ser alterada para litotomia. Com a aplicação dos dedos indicador e médio na base da língua fetal, o polo cefálico fetal deve ser posicionado em occipitopúbica (OP), para aplicação do fórcepe de Piper.

COMENTÁRIOS:

A assistência ao parto pélvico na posição de quatro apoios (posição de Gaskin) tem sido associada à redução do período de dilatação, da taxa de cesariana, da necessidade de manobras para extração fetal e da taxa de lesões neonatais.

Na posição de quatro apoios, deve-se basicamente observar a evolução natural dos mecanismos do parto, evitando manobras desnecessárias. As manobras, quando necessárias, são para efetuar rotações e melhorar o posicionamento dos diâmetros fetais, sem exercer trações verticais. Observa-se que, após o desprendimento do diâmetro bitrocantérico, o feto roda seu dorso em direção ao abdome materno, com o abdome fetal voltado para o dorso materno. Essa posição reduz a compressão funicular e é possível observar o tônus dos membros inferiores fetais e o ingurgitamento do cordão umbilical, que indicam boa oxigenação fetal. Com a descida do abdome fetal, deve-se observar a presença dos cotovelos e/ou da prega no tórax fetal, indicando que os braços estão fletidos diante do tórax, indicativo de que não haverá distocia de ombro. Após o desprendimento dos ombros e dos membros superiores, observa-se a dilatação anal materna, indicando que está ocorrendo a descida do polo cefálico fletido.



Assistência ao parto pélvico na posição de quatro apoios.

As manobras usadas na assistência ao parto na posição de quatro apoios são utilizadas somente quando não houver progressão fisiológica do parto ou diante de suspeita de hipóxia fetal. Para a correção de distocia de ombro, utiliza-se a manobra "rotação 180°-90°". O tórax fetal é apreendido por meio da aplicação dos dedos polegares sobre as clavículas fetais e dos demais dedos nas escápulas fetais, e o corpo fetal é rodado por 180° na direção contrária ao abdome fetal. Sequencialmente, o feto é rodado de volta à posição anterior, porém somente a 90°. Sendo assim, ao final das rotações, o feto deve ocupar o diâmetro transversal da pelve, com seu abdome voltado para o dorso materno.



Imagem: manobra de rotação 180° a 90° para desprendimento dos ombros no parto pélvico vaginal na posição de quatro apoios.

Diante de sinais de cabeça derradeira (ânus materno não dilatado), o desprendimento do polo cefálico pode ser auxiliado com a manobra “*Frank nudge*”. Essa manobra consiste em empurrar o occipital do feto contra o pube materno, promovendo um apoio para a flexão do polo cefálico.

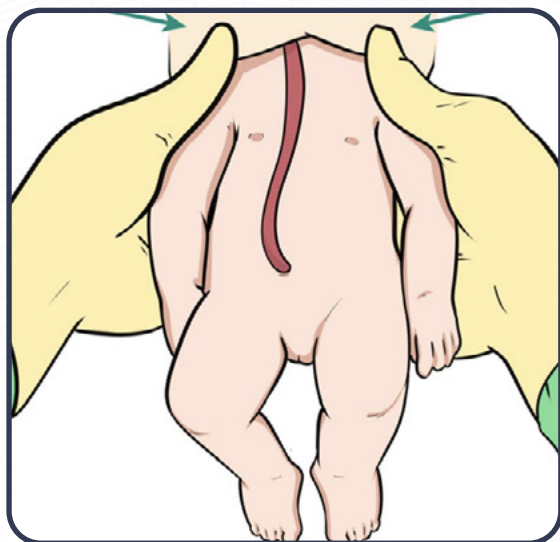


Imagem: manobra “*Frank nudge*” para auxílio ao desprendimento do polo cefálico no parto pélvico vaginal na posição de quatro apoios.

Incorreta a alternativa A: essa não é a descrição da manobra de Frank Nudge para o desprendimento da cabeça fetal derradeira na posição de 4 apoios.

Incorreta a alternativa B: essa não é a descrição da manobra de Frank Nudge para o desprendimento da cabeça fetal derradeira na posição de 4 apoios. Lembre que, para ocorrer o desprendimento da cabeça fetal, deve-se realizar a flexão da cabeça, não a extensão.

Correta a alternativa C: diante de uma cabeça derradeira na posição de 4 apoios, deve-se realizar a manobra de *Frank nudge*. Essa manobra consiste em empurrar o occipital do feto contra o pube materno, promovendo um apoio para a flexão do polo cefálico.

Incorreta a alternativa D: diante de uma cabeça derradeira na posição de 4 apoios, deve-se fazer primeiramente a manobra de *Frank nudge*. Somente se essa manobra não for efetiva, optar pela aplicação do fórcepe de Piper.

Gabarito: C

89- Gestante com 10 semanas realiza exame protoparasitológico de fezes, apresentando resultado positivo para *Ascaris lumbricoides*. Nega dor abdominal, diarreia, vômitos, náuseas e hiporexia. Qual é a conduta para melhor cuidado com essa paciente?

- A) Ivermectina 150 a 200 mcg/kg, via oral, em dose única, iniciando 40 dias após o parto.
- B) Mebendazol 100 mg, de 12 em 12 horas, por três dias, após o término do primeiro trimestre.
- C) Tiabendazol 500 mg, via oral, 12 em 12 horas, por três dias, em qualquer idade gestacional.
- D) Metronidazol 250 mg, via oral, de oito em oito horas, por sete dias, após o término do primeiro trimestre.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o tratamento de *Ascaris lumbricoides*.

A ascaridíase, causada pelo *Ascaris lumbricoides*, é uma das helmintíases mais prevalentes no mundo. O tratamento medicamentoso deve ser criterioso na gestação: drogas como albendazol e mebendazol são consideradas relativamente seguras a partir do 2º trimestre, enquanto o pamoato de pirvínio pode ser opção em alguns contextos. O uso no 1º trimestre é restrito devido ao risco potencial teratogênico.

Segundo o Zugaib Obstetrícia, o tratamento descrito para *Ascaris lumbricoides* pode ser realizado por:

- Mebendazol 100 mg , 2 vezes por dia, por 3 dias.
- Albendazol 400 mg, dose única.
- Nitazoxamida 500 mg, 12/12h , por 3 dias.
- Pamoato de pirantel 10mg/kg, 1 vez por dia, por 3 dias (máximo de 1g/dia)

Incorreta a alternativa A: a ivermectina não é uma opção descrita para tratamento da ascaridíase.

Correta a alternativa B: como a paciente está assintomática, pode-se aguardar o primeiro trimestre e iniciar o tratamento com Mebendazol 100 mg, de 12 em 12 horas, por três dias.

Incorreta a alternativa C: o tiabendazol não está descrito como tratamento do *Ascaris lumbricoides*.

Incorreta a alternativa D: o metronidazol não é descrito como tratamento do *Ascaris lumbricoides*.

Gabarito: B

90- Paciente de 17 anos de idade comparece ao hospital referindo gravidez decorrente de ato de violência sexual. Foi atendida pela equipe multiprofissional, que confirmou a compatibilidade entre o histórico e a idade gestacional. A menor manifestou o desejo de interrupção legal da gestação. Tendo como base a legislação brasileira, assinale a alternativa correta.

- A) É necessário o consentimento dos pais ou representante legal e deve ser feita a comunicação ao Conselho Tutelar.
- B) Caso os pais diverjam quanto ao consentimento para a interrupção legal da gestação, deve prevalecer a opinião materna.
- C) O caso deve ser notificado à Vigilância Sanitária, mas o consentimento dos pais ou representante legal não é obrigatório.
- D) Caso a equipe de assistência tenha dúvidas quanto à veracidade das informações, o caso deve ser avaliado pelo Conselho Regional de Medicina.

COMENTÁRIOS:

Temos uma paciente gestante fruto de violência sexual. Nesses casos, há respaldo legal para a interrupção da gestação.

- O aborto é permitido em três situações no Brasil:
 1. Gravidez resultante de estupro (não exige boletim de ocorrência nem decisão judicial; apenas relato da vítima).
 2. Risco de morte materna.
 3. Anencefalia fetal (ADPF 54/2012, STF).

No caso de menores de 18 anos, é necessário o consentimento da paciente + responsável legal.

Não se exige autorização judicial para a interrupção em caso de violência sexual.

Um detalhe importante é que, dentro do processo de autorização do aborto, é necessário que se comprove a compatibilidade entre relato e idade gestacional. Outro ponto importante no caso é que o Conselho Tutelar deve estar à frente do processo, já que a paciente é menor de idade.

Correta a alternativa A. É necessário o consentimento dos pais ou representante legal e deve ser feita a comunicação ao Conselho Tutelar.

Gabarito: A

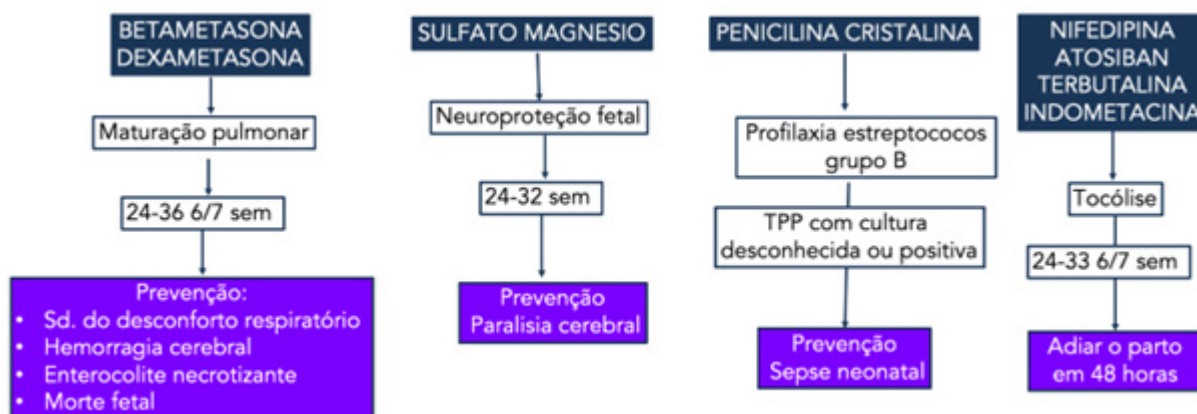
91- Primigesta com 33 semanas é admitida na emergência obstétrica apresentando PA = 90x 54 mmHg; FC = 122 bpm; FR = 32 irpm; SpO2 = 95%; Tax = 37,8 °C; dinâmica uterina 2/10 min (duração de 30 segundos); BCF = 176 bpm. Toque vaginal: colo 80% apagado, médio, 4 cm de dilatação, apresentação cefálica, plano -1 De Lee, bolsa íntegra. Além das medidas iniciais de suporte clínico, propedêutica laboratorial e antibioticoterapia, qual é a conduta recomendada?

- A) Acompanhar evolução do trabalho de parto.
- B) Iniciar sulfato de magnésio para neuroproteção fetal.
- C) Indicar resolução imediata da gestação por cesariana.
- D) Indicar tocólise para corticoterapia para maturação pulmonar fetal.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta no trabalho de parto prematuro abaixo de 34 semanas.

Vamos lembrar as 4 principais condutas para as pacientes com diagnóstico de trabalho de parto prematuro em menores de 34 semanas:



Além disso, vamos rever as contraindicações à tocólise, são elas:

- Idade gestacional < 24 semanas ou ≥ 34 semanas;
- Rotura prematura pré-termo de membranas;
- Óbito fetal ou malformação fetal letal;
- Sinais de corioamnionite;
- Suspeita de descolamento prematuro de placenta;
- Placenta prévia com sangramento;
- Restrição de crescimento fetal;
- Doenças maternas graves descompensadas.

Agora vamos avaliar as alternativas.

Correta a alternativa A: diante de um quadro infeccioso com a gestante instável, não está recomendada a tocólise, logo deve-se monitorar e acompanhar a evolução do trabalho de parto.

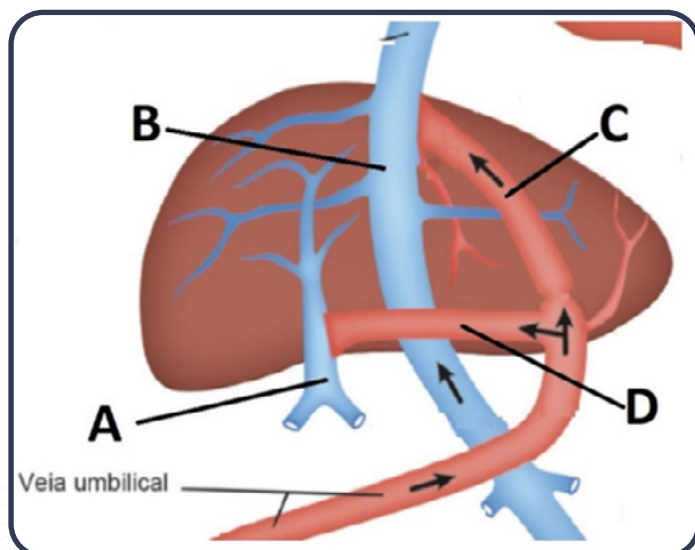
Incorreta a alternativa B: o sulfato de magnésio está indicado para a idade gestacional < 32 semanas para a neuroproteção fetal.

Incorreta a alternativa C: não há indicação de resolução da gestação por via alta, deve-se estabilizar a paciente e manter a assistência ao trabalho de parto.

Incorreta a alternativa D: não está indicada a tocólise nos casos de paciente febril e instável, é também contraindicada a corticoterapia nas pacientes com quadro infeccioso e instável.

Gabarito: A

92- A imagem a seguir representa a circulação fetal no território hepático.



Assinale a alternativa cuja letra indica a interconexão existente na circulação fetal que, na restrição de crescimento fetal grave, apresenta alterações de fluxo que indicam aumento da pressão em ventrículo direito do coração.

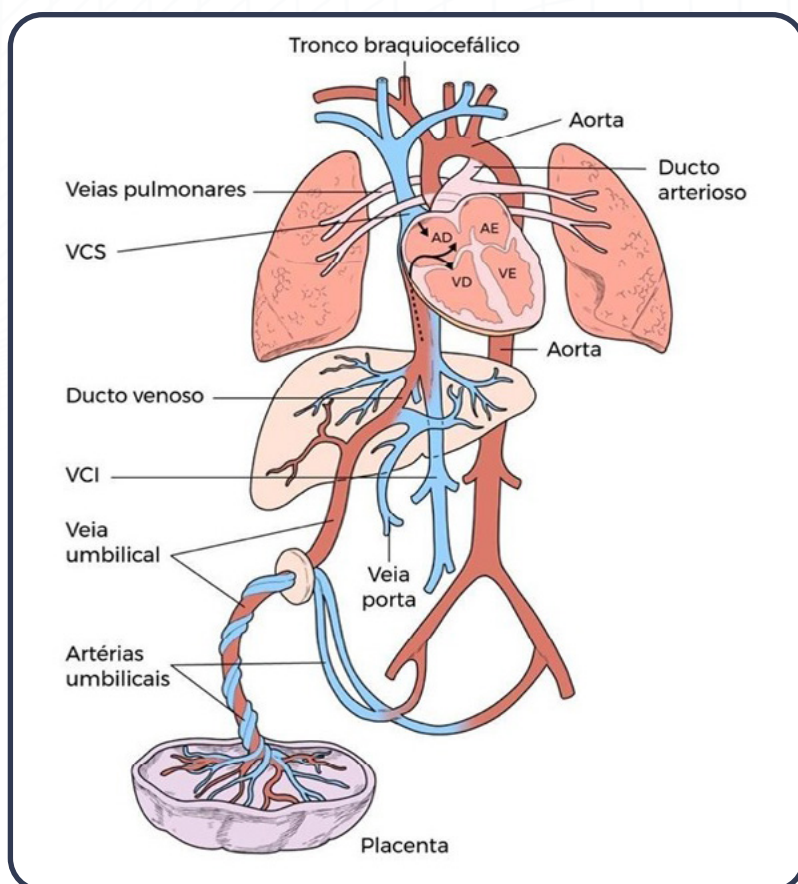
- A) A
- B) B
- C) C
- D) D

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre circulação fetal.

O coração fetal e seu sistema de condução desenvolvem-se entre a 3ª e a 6ª semanas de vida embrionária. O sistema cardiovascular fetal difere do extrauterino anatômica e funcionalmente, pois apresenta quatro comunicações que se fecham após o nascimento e são responsáveis por manter a adequada oxigenação no período intrauterino: vasos umbilicais, ducto venoso, forame oval e canal arterial.

A figura a seguir mostra a circulação fetal:



Observe, nessa figura, que o coração fetal está intimamente ligado à placenta por meio dos vasos do cordão umbilical, compostos por duas artérias e uma veia. A veia umbilical transporta sangue oxigenado da circulação materna vindo da placenta para o feto. As artérias umbilicais transportam o sangue empobrecido de oxigênio do feto para a circulação materna.

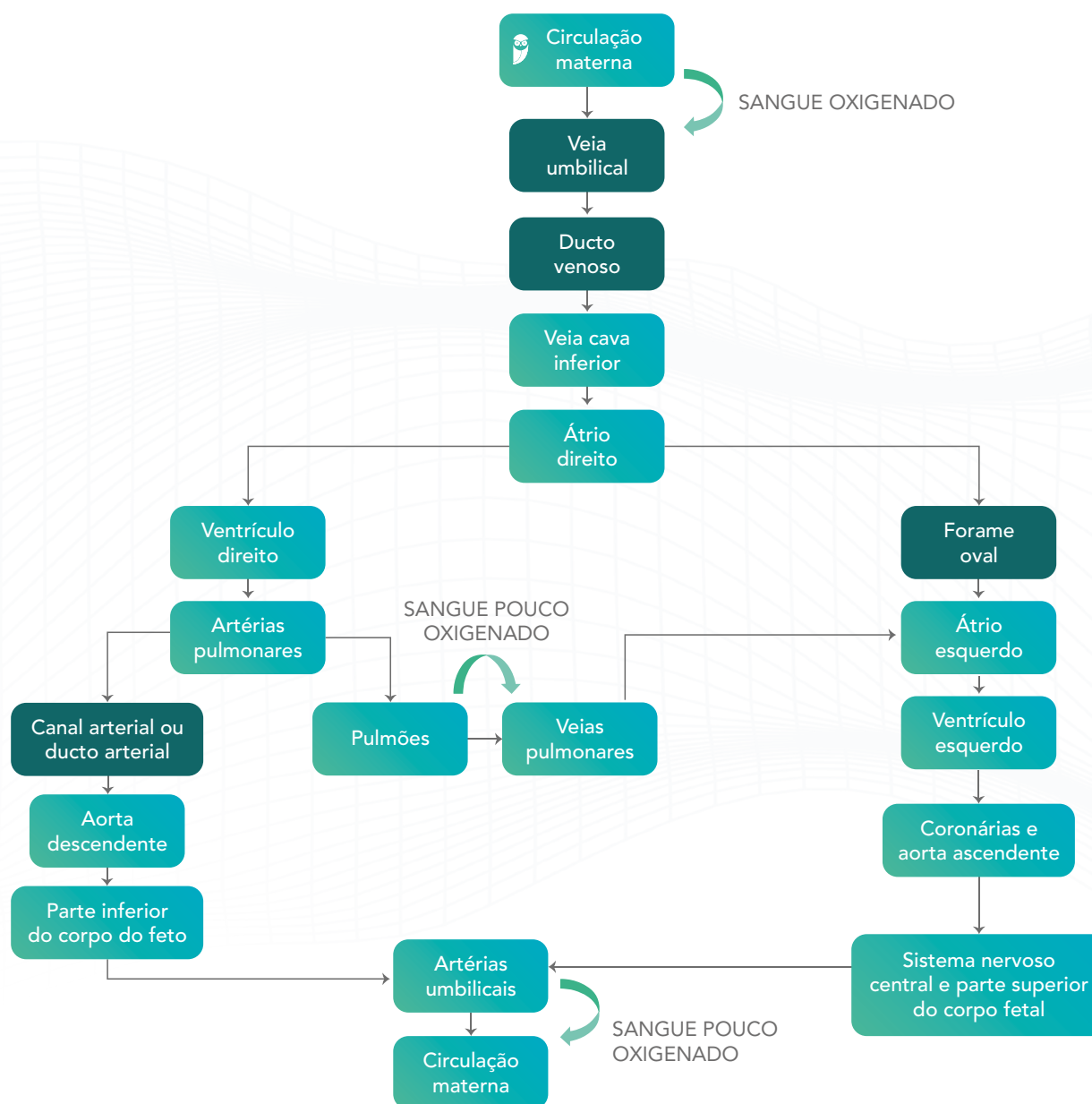
Veja que o sangue oxigenado que chega pela veia umbilical vai para o ducto venoso, que é uma comunicação entre a veia umbilical e a veia cava inferior. Percorrendo a veia cava inferior, o sangue oxigenado vai ao átrio direito, mas uma parte passa para o átrio esquerdo pela comunicação entre essas duas cavidades, chamada de forame oval.

O sangue oxigenado que chega ao átrio esquerdo pelo forame oval mistura-se com o sangue pouco oxigenado vindo das veias pulmonares, uma vez que, na vida intrauterina, não há oxigenação sanguínea pulmonar. O sangue do átrio esquerdo vai para o ventrículo esquerdo e, depois, para as coronárias e a aorta ascendente, nutrindo principalmente o sistema nervoso central e a parte superior do corpo fetal.

O restante do sangue que fica no átrio direito vai para o ventrículo direito e, em seguida, para as artérias pulmonares. A maior parte do sangue que chega às artérias pulmonares passa para a aorta descendente através do canal arterial ou ducto arterial, nutrindo a parte inferior do corpo do feto, sendo que apenas uma pequena parte do sangue das artérias pulmonares vai para os pulmões.

Após o nascimento, os vasos umbilicais, o forame oval, o ducto venoso e o canal arterial fecham-se. Além disso, ocorre a vasodilatação das artérias pulmonares, com aumento do fluxo sanguíneo para os pulmões e queda da pressão das artérias pulmonares, levando a um aumento da resistência vascular periférica e queda da resistência da circulação pulmonar.

O esquema a seguir resume a circulação fetal e vai ajudá-lo a memorizar tudo isso.



Diante de alguma situação que leve à insuficiência placentária, ocorre deficiência crônica de nutrientes e oxigênio maternos fornecidos pela placenta, evento conhecido como hipóxia fetal crônica.

Na presença de hipóxia fetal crônica, o feto desenvolve respostas adaptativas na tentativa de sobreviver ao ambiente com menos nutrientes e oxigênio. A primeira resposta adaptativa diante de uma hipóxia fetal crônica é a diminuição das taxas de crescimento fetal e da circunferência abdominal em decorrência da redução do crescimento do fígado, ocasionando a RCF.

Em seguida, ocorre uma segunda resposta adaptativa que tem como objetivo a preservação de energia fetal e a priorização de órgãos vitais (coração, cérebro e adrenal). Para preservar energia, ocorre diminuição da movimentação fetal, da frequência cardíaca fetal e da reatividade cardíaca. A priorização dos órgãos nobres ocorre pela redistribuição de fluxo sanguíneo fetal, também conhecida como centralização de fluxo fetal, caracterizada pela diminuição da resistência dos vasos cerebrais e aumento da resistência dos vasos umbilicais e aórtico.

Com o tempo, começa a ocorrer uma descompensação progressiva das respostas adaptativas e os órgãos vitais passam a sofrer com a hipóxia crônica, ocasionando acidose fetal. Surgem alterações no ducto venoso, que é a principal conexão entre a veia umbilical e a veia cava inferior. O fluxo, que normalmente é anterógrado, pode apresentar diminuição, ausência ou até mesmo reversão da onda “a”, indicando aumento da pressão de enchimento no ventrículo direito e comprometimento hemodinâmico grave. Em fases ainda mais tardias, pode-se observar fluxo pulsátil na veia umbilical, sinal de insuficiência cardíaca fetal avançada.

Ocorre, então, diminuição do líquido amniótico por hipoperfusão renal, ausência de movimentação fetal, ausência de reatividade cardíaca e desacelerações cardíacas que culminam na morte fetal.

Incorreta a alternativa A: a letra A corresponde à veia porta, não ao ducto venoso.

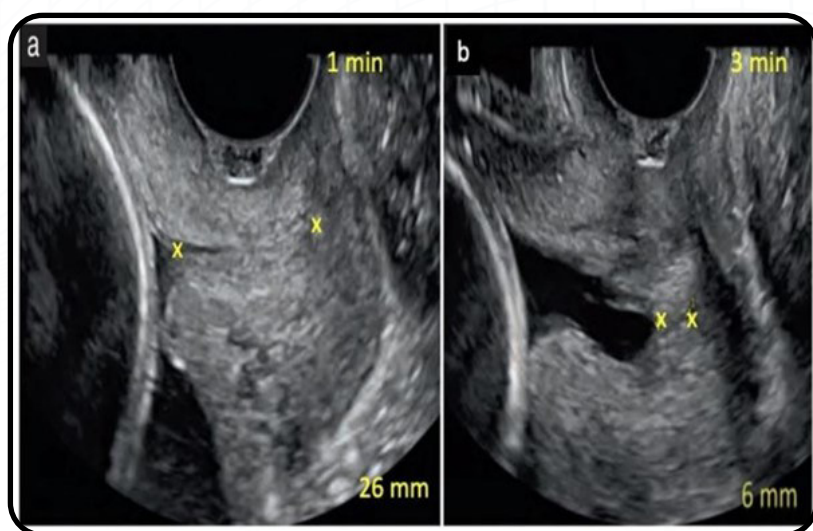
Incorreta a alternativa B: a letra B corresponde a veia cava inferior, não ao ducto venoso.

Correta a alternativa C: a interconexão que, na restrição de crescimento fetal grave, apresenta alterações de fluxo indicativas de aumento da pressão em ventrículo direito é o ducto venoso, que está representado pela letra C, pois liga a veia umbilical à veia cava inferior (letra B).

Incorreta a alternativa D: a letra D corresponde ao seio da porta, que liga a veia umbilical à veia porta.

Gabarito: C

93- As medidas do comprimento do colo uterino de uma primigesta na 20ª semana estão demonstradas nas imagens a seguir. Qual é a hipótese diagnóstica e qual é a conduta para o melhor cuidado com a paciente?



- A) Compressão excessiva do colo no minuto 1, colo curto no minuto 3; indicar cerclagem.
- B) Colo normal no minuto 1, contração do istmo no minuto 3; acompanhar no pré-natal habitual.
- C) Contração do istmo no minuto 1, colo encurtado no minuto 3; iniciar progesterona vaginal.
- D) Afunilamento do colo uterino no minuto 1, colo curto no minuto 3; indicar pessário cervical.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta na medida de colo uterino.

A ultrassonografia transvaginal para medição do colo uterino é preconizada como conduta universal para prevenção da prematuridade a todas as gestantes entre 18 a 24 semanas e deve ser realizada juntamente ao ultrassom morfológico do segundo trimestre. Para gestante com história pregressa de parto prematuro antes de 34 semanas, deve ser feita uma avaliação seriada do colo uterino com início mais precoce, por volta de 16 semanas.

O ponto de corte para considerar um colo como curto não é consenso na literatura, variando entre 15 a 25mm. A maioria dos protocolos usa 20mm para gestação única e 25 mm para gestação gemelar ou com história pregressa de prematuridade.

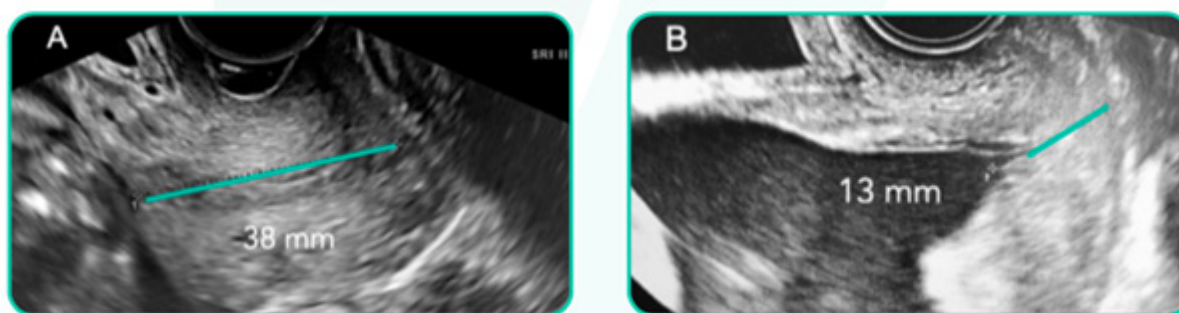


Figura 1. Avaliação do colo uterino por ultrassonografia transvaginal. A: colo uterino normal. B: Colo curto com afunilamento.

Sendo assim, se o colo uterino for considerado curto, a suplementação com progesterona deve ser feita para reduzir o risco de prematuridade, bem como deve haver o acompanhamento ambulatorial a cada 2 a 3 semanas para avaliação de contrações uterinas, infecção genital e nova medida do colo uterino.

A progesterona micronizada por via vaginal reduz o risco de parto prematuro e a morbidade neonatal em aproximadamente 30% das mulheres com gestação única e história prévia de parto prematuro espontâneo. Além disso, a progesterona também diminui o risco de prematuridade em mulheres sem fatores de risco que apresentam colo curto à avaliação ultrassonográfica transvaginal de rotina.

Correta a alternativa A: ao realizar a ultrassonografia transvaginal, nota-se que o colo uterino está comprimido, levando a uma medida errada do seu comprimento. No minuto 3, o colo uterino está menor que 25 mm (medida do colo de 6 mm após a manobra de Valsalva). Diante de colo curto e primigesta sem história prévia de prematuridade, está indicada a progesterona vaginal micronizada. A cerclagem uterina de emergência é realizada em situações em que há dilatação assintomática do colo uterino e membranas ovulares protrusivas através do colo cervical. Fonte: Tratado de obstetrícia da FEBRASGO, 2025.

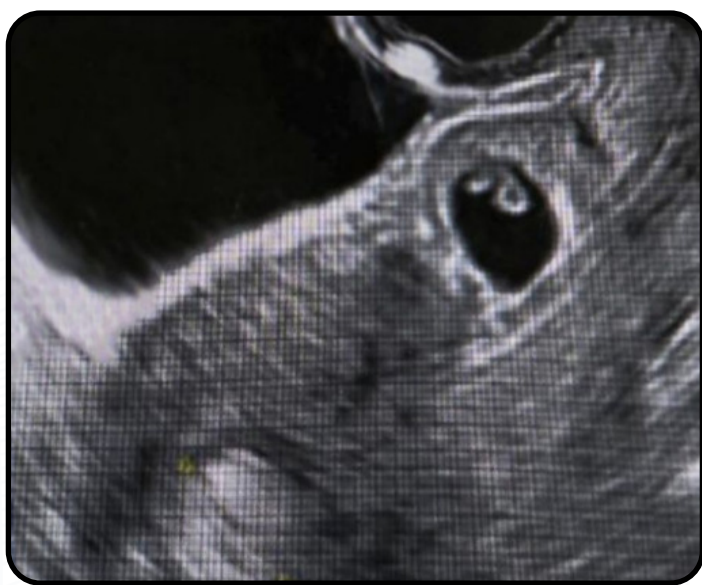
Incorreta a alternativa B: no primeiro minuto, o colo está comprimido de forma excessiva, levando à medida errada do colo e, no minuto 3, o colo está curto com 6 mm após provável manobra de Valsalva.

Incorreta a alternativa C: no primeiro minuto, o colo está comprimido de forma excessiva, levando à medida errada do colo e, no minuto 3, o colo está curto com 6 mm entre o orifício interno e externo, após provável manobra de Valsalva. Logo, a conduta deve ser iniciar a progesterona vaginal, já que a gestante é primigesta e não tem histórico de trabalho de parto prematuro.

Incorreta a alternativa D: no minuto 1, existe uma compressão excessiva do transdutor sob o colo levando a uma medida errada do colo e, no minuto 3, existe o diagnóstico de colo curto e está indicado o uso de progesterona vaginal sendo superior a indicação do pessário vaginal nos casos de colo curto.

Gabarito: A

94- Mulher de 37 anos de idade, em amenorreia há sete semanas, vem para ultrassonografia transvaginal de datação. Tem história de um parto vaginal sem intercorrência e uma cesariana prévia com hemorragia puerperal. Está preocupada por apresentar sangramento vaginal de volume crescente, mas sem dor, há cinco dias. Ao exame ultrassonográfico, representado na imagem, o saco gestacional localiza-se na parede anterior do útero na região do istmo, com espessura miometrial inferior a 2 mm entre a placenta e a serosa uterina. Os batimentos cardíacos estão presentes e o embrião é compatível com seis semanas de idade gestacional.



O diagnóstico e a melhor conduta para o cuidado com essa paciente são:

- A) gestação intrauterina em evolução; encaminhamento ao pré-natal de risco habitual.
- B) gestação ectópica em cicatriz de cesariana; administração de misoprostol e curetagem uterina.
- C) gestação ectópica em cicatriz de cesariana; administrar metotrexato e posterior procedimento cirúrgico.
- D) gestação intrauterina em evolução; repetir ecografia em três a quatro semanas para acompanhar evolução e posicionamento do saco gestacional.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta na gestação ectópica na cicatriz de cesárea.

A gestação ectópica em cicatriz de cesárea representa uma forma rara de gestação (1 a 2% das gestações ectópicas).

O tratamento ainda não tem consenso, mas deve ser individualizado e depende do desejo de gestação futura, tamanho da massa da ectópica, idade gestacional e estabilidade hemodinâmica.

Sendo assim, no tratamento pode-se optar por:

- administração sistêmica ou local com metotrexate
- cloreto de potássio associado ao metotrexate
- histeroscopia
- laparoscopia
- dilatação e curetagem
- embolização
- histerectomia

Incorreta a alternativa A: o diagnóstico da imagem é de gestação ectópica em cicatriz de cesariana e NÃO deve ser encaminhada ao pré-natal de risco habitual devido ao risco de hemorragia e de rotura uterina.

Incorreta a alternativa B: o diagnóstico da imagem é de gestação ectópica em cicatriz de cesariana, mas não está indicada a administração de misoprostol e curetagem uterina.

Correta a alternativa C: estamos diante de uma gestação ectópica na cicatriz de cesárea e uma das condutas é a medicamentosa com metotrexate e posterior abordagem cirúrgica.

Incorreta a alternativa D: O diagnóstico da imagem é de gestação ectópica na cicatriz de cesárea e não está recomendado acompanhamento para acompanhar a evolução.

Gabarito: C

95- Primigesta de 28 anos de idade é admitida na maternidade com 28 semanas de gravidez, para cesariana devido à pré-eclâmpsia associada a comprometimento importante da vitalidade do conceito. Diante do quadro, a equipe decide pela realização de cesariana com histerotomia corporal. Considerando essa técnica operatória, é correto afirmar que:

- A) a histerotomia corporal demanda abertura ampla da parede abdominal, exigindo assim uma incisão de pele vertical.
- B) na histerotomia corporal, após a abertura do peritônio parietal, realiza-se uma incisão longitudinal no corpo uterino.
- C) a histerorrafia da incisão uterina corporal deve ser feita, em plano único, com fio absorvível e sutura, contínua ou separada.
- D) a histerotomia corporal requer peritonização para reduzir o risco de rotura uterina em gravidez subsequente.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre cesariana.

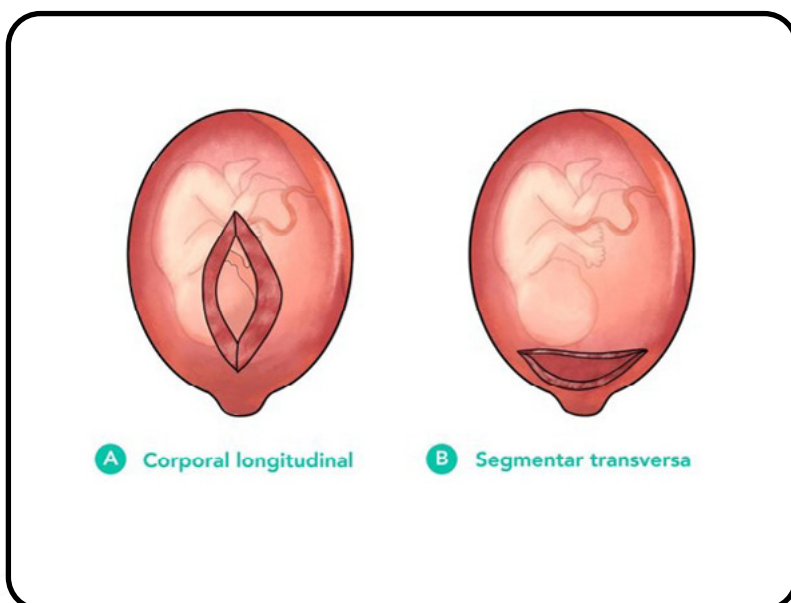
A cesárea é um procedimento cirúrgico que consiste na incisão abdominal (laparotomia) e incisão do útero (histerotomia) com retirada do conceito.

A técnica cirúrgica para a cesárea varia pouco de uma instituição para a outra. A incisão abdominal pode ser transversal suprapúbica ou vertical infraumbilical. A incisão transversal suprapúbica, chamada de incisão à Pfannenstiel, apresenta menores taxas de dor no pós-operatório, deiscência de fáscia e hérnia incisional, além de apresentar melhores resultados estéticos. A incisão vertical infraumbilical é utilizada quando se faz necessário acesso rápido à cavidade abdominal. Esse tipo de incisão apresenta perda menor de sangue e melhor acesso ao abdome superior.

Na incisão de Pfannenstiel, são seccionados pele e tecido celular subcutâneo transversalmente. Em seguida, é feita a incisão da aponeurose, também na transversal. Separa-se a aponeurose do músculo reto abdominal até a altura da cicatriz umbilical. Os músculos reto abdominais e piramidais são separados na linha média, expondo o peritônio parietal que é seccionado, chegando ao útero gravídico.

É realizada, então, a incisão segmentar transversa do útero (histerotomia segmentar transversa). Primeiramente, é feita a incisão do peritônio visceral para separar a bexiga do miométrio no espaço vesicouterino e, em seguida, a incisão transversal segmentar do miométrio, tomando cuidado com as partes fetais. Após a histerotomia, é feita a amniotomia, extração do conceito e clampeamento do cordão umbilical.

A incisão corporal longitudinal do útero é utilizada quando a gestação é muito prematura e o segmento uterino ainda não está formado. Nessa incisão, há maior chance de sangramento e maior risco de rotura uterina nas gestações subsequentes.



Em seguida, realiza-se o desprendimento da placenta, auxiliando sua saída com manobra de Crédé. Após a saída da placenta, é feita a curagem uterina para retirar restos de membranas e coágulos uterinos.

Terminada a curagem, é feita a histerorrafia uterina com pontos contínuos e, em seguida, revisão da hemostasia da sutura uterina, da cavidade pélvica, inspeção dos anexos e contagem de compressas. Finalmente, é feito o fechamento da cavidade abdominal por planos, sutura da pele, limpeza da paciente e curativo oclusivo.

Incorreta a alternativa A: embora, na histerotomia corporal, ocorra a abertura mais ampla da parede abdominal para adequada exposição, ela não exige obrigatoriamente incisão de pele vertical. Pode-se realizar incisão transversal à Pfannenstiel, ampliada conforme a necessidade. A escolha da incisão cutânea depende de fatores como urgência, condições maternas e facilidade de acesso, e não é determinada exclusivamente pela histerotomia corporal.

Correta a alternativa B: na histerotomia corporal, após abertura do peritônio parietal, é realizada uma incisão longitudinal no corpo uterino, geralmente no segmento médio-superior. Essa incisão vertical no corpo uterino caracteriza a técnica, em contraste com a histerotomia segmentar transversa, que é a mais comum.

Incorreta a alternativa C: a histerorrafia da incisão corporal não deve ser feita em plano único. Recomenda-se a sutura em dois planos, com fio absorvível, para garantir adequada hemostasia e reduzir o risco de deiscência e rotura uterina em gestações futuras.

Incorreta a alternativa D: a peritonização não reduz o risco de rotura uterina subsequente. A peritonização foi abandonada em protocolos modernos, pois não mostrou benefício em termos de complicações futuras, nem na prevenção de aderências, além de aumentar o tempo operatório. O fator determinante para maior risco de rotura não é a ausência de peritonização, mas sim a própria incisão corporal longitudinal, que cicatriza com menor resistência.

Gabarito: B

96- Gestante de 27 anos de idade, G2P1, na 30ª semana, procura atendimento por febre alta há cinco dias, cefaleia intensa, mialgia, dor retro-orbital e fadiga extrema. Nas últimas 24 horas, apresentou episódios de sangramento nasal e redução da diurese. Ao exame físico: PA = 90 x 55 mmHg; FC = 115 bpm; T: 38,7°C. Pele e mucosas descoradas, lesões na pele demonstradas na imagem a seguir. Abdome: fundo uterino = 31 cm; BCF = 135 bpm. Exames laboratoriais: plaquetas = 18.000/mm³, hematócrito = 50%; AST = 320 U/L; ALT = 290 U/L; INR = 2,0; Dímero-D = 2500 ng/mL. USG obstétrica: feto vivo, líquido amniótico normal, placenta sem sinais de deslocamento. Qual é a conduta adequada para o melhor cuidado com essa paciente?



- A) Uso de heparina profilática para reduzir risco trombótico.
- B) Hidratação venosa com cristaloides e monitorização rigorosa materno-fetal.
- C) Indução do parto imediato devido ao risco de hemorragia e instabilidade materna.
- D) Administração de transfusão plaquetária imediata para correção da plaquetopenia.

COMENTÁRIOS:

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

A dengue, uma infecção viral transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, apresenta desafios particulares durante a gravidez e o pós-parto devido às alterações fisiológicas que podem aumentar o risco de formas graves da doença e de complicações tanto para a mãe quanto para o conceito. Dados do Ministério da Saúde indicam que o número de casos de dengue em gestantes aumentou mais de 300% em 2024.

Gestantes e puérperas até 14 dias pós-parto são particularmente suscetíveis a desenvolver formas graves da dengue, que podem levar a complicações como choque, hemorragias e, em casos extremos, morte. Os riscos perinatais incluem prematuridade, restrição de crescimento intrauterino e morte fetal. A taxa de óbito materno é quatro vezes maior em gestantes com dengue, principalmente no terceiro trimestre de gestação.

O vírus da dengue, DENV, aumenta a produção de citocinas pró-inflamatórias, levando à trombocitopenia e aumento da permeabilidade vascular, alterações responsáveis pelas complicações maternas e fetais ocasionadas pela dengue.

A transmissão vertical do vírus da dengue é rara e ocorre quando a infecção materna se dá próxima do parto, com risco de infecção para o neonato. As complicações para o feto, como prematuridade, restrição de crescimento e óbito fetal ocorrem em decorrência do aumento das citocinas pró-inflamatórias na gestante, não pela transmissão vertical.

Dada a falta de tratamento específico e vacinas seguras durante a gravidez, a prevenção da dengue é fundamental. Recomenda-se a adoção de medidas de controle de vetores (eliminação dos criadouros de mosquito) e práticas de proteção individual, como o uso de repelentes (Icaridina, DEET ou IR3535).

A maioria das gestantes com dengue irá apresentar sintomas leves da doença, sendo que somente 5% delas evoluem para quadros graves, com hemorragias, choque e falência de múltiplos órgãos. São reconhecidas três fases clínicas da dengue: febril, crítica e de recuperação.

As principais manifestações clínicas da fase febril são: febre, cefaleia, exantema maculopapular, mal-estar, astenia, mialgia, artralgia (normalmente de baixa intensidade), dor retro-orbitária, anorexia, náuseas, vômitos e diarreia.

Diante da suspeita de dengue, deve-se realizar a prova do laço e o hemograma para todas as gestantes. O hemograma pode apresentar leucopenia, plaquetopenia e aumento dos hematócritos e serve para auxiliar no diagnóstico e para avaliar o grau de comprometimento da doença. Além disso, deve-se solicitar o diagnóstico laboratorial etiológico. Nas fases iniciais, utiliza-se o teste rápido (NS1) ou o RT-PCR. Após o sexto dia de sintomas, pode-se solicitar a sorologia IgG e IgM para dengue.

Na fase crítica, surgem os sinais de alarme, que indicam maior evolução para as formas graves da doença. Os sinais de alarme da dengue são:

- Dor abdominal intensa e contínua
- Vômitos persistentes
- Acúmulo de líquidos nas cavidades virtuais
- Hipotensão postural e/ou lipotimia
- Hepatomegalia
- Sangramento de mucosa
- Sinais de acometimento do sistema nervoso central
- Aumento do hematócrito (>10%) e queda de plaquetas

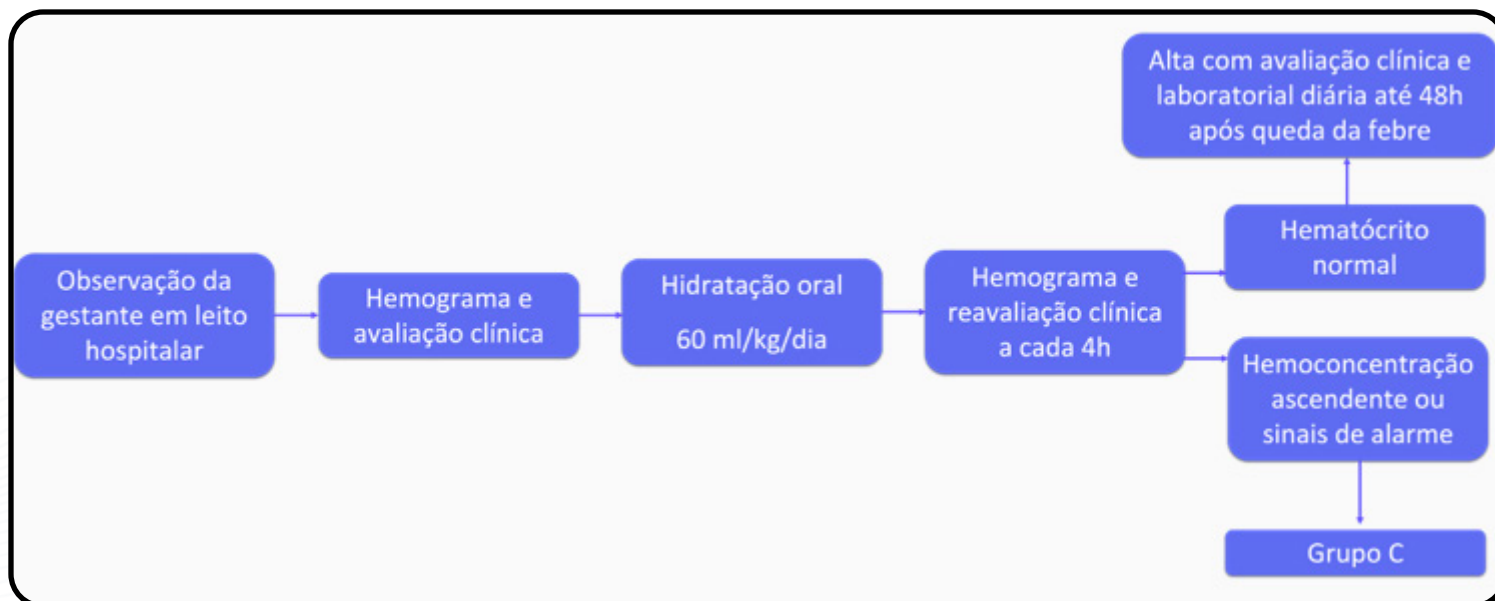
A dengue grave caracteriza-se por extravasamento plasmático intenso, cursando com aumento de hematócrito e hipoalbuminemia. Pode ocorrer ascite e derrame pleural, evoluir para choque, hemorragias e acometimento de outros órgãos, com coagulação intravascular disseminada, acidose metabólica e disfunção cardíaca e pulmonar. Os sinais de gravidade da dengue são:

- Taquicardia
- Extremidades distais frias, pulso fraco e filiforme, enchimento capilar lento (>2 segundos)
- Pressão diferencial < 20 mmHg (pressão arterial convergente)
- Hipotensão arterial e cianose
- Taquipneia
- Hipotermia ou redução repentina da temperatura corporal
- Oligúria (<1,5 ml/kg/h)
- Edema agudo com insuficiência respiratória
- Sangramento grave, podendo haver hematêmese e/ou melena
- Comprometimento grave de múltiplos órgãos

O manejo da dengue varia de acordo com a classificação de gravidade, que é dividida em grupos A (sem sinais de alarme, sem condições especiais, sem comorbidades e sem vulnerabilidade social), B (com condições especiais ou comorbidades ou vulnerabilidade social), C (com sinais de alarme) e D (com sinais de gravidade). Gestação e puerpério até 14 dias são considerados condições especiais, sendo assim, as gestantes e puérperas já são classificadas como grupo B.

Grupo B: gestantes e puérperas até 14 dias com quadro clínico sugestivo ou diagnóstico de dengue sem sinais de alarme ou de gravidade.

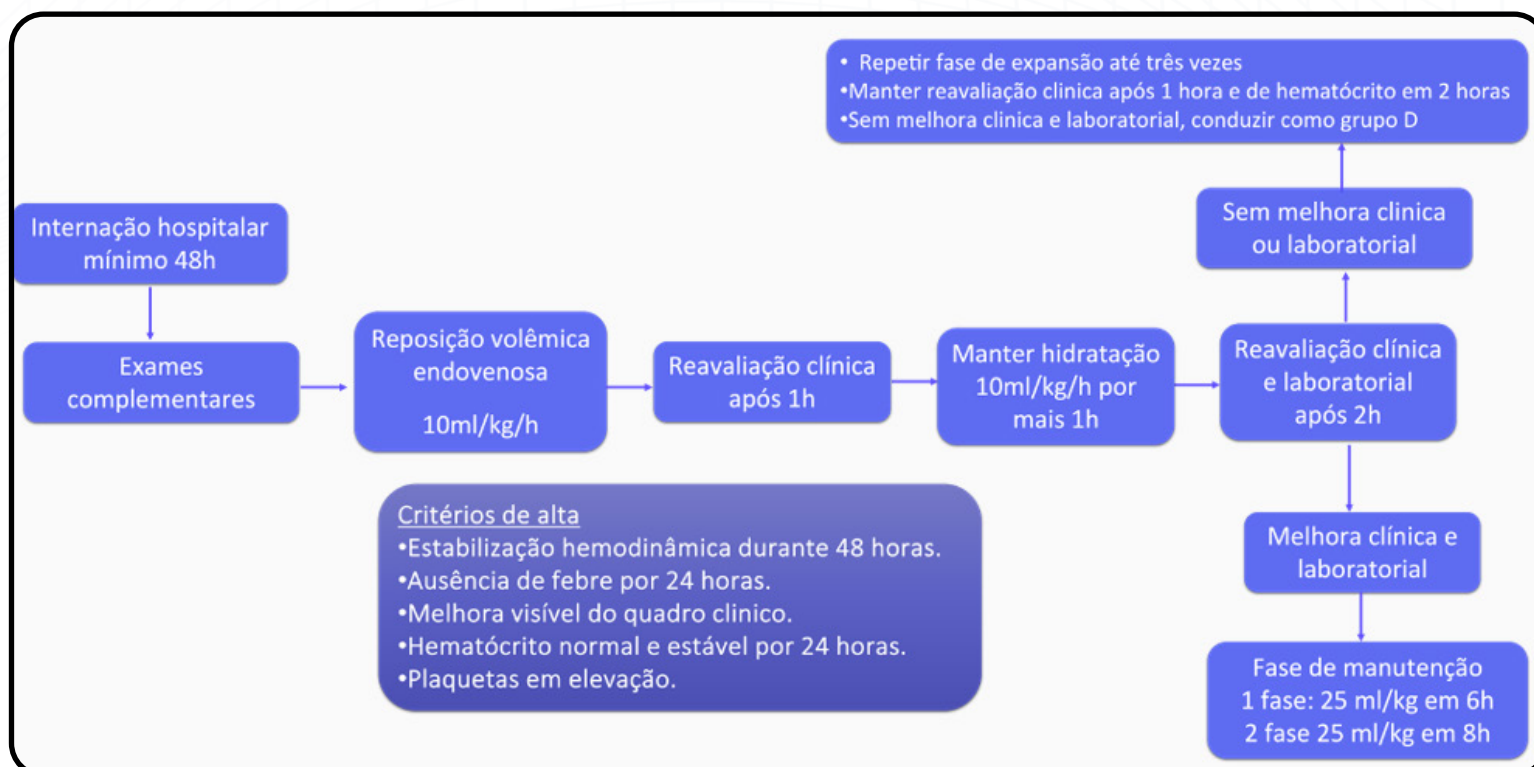
As gestantes com dengue classificadas como grupo B devem permanecer em observação hospitalar sob vigilância por pelo menos 4 horas, com realização de hidratação oral e avaliação clínica e laboratorial (hemograma) a cada 4 horas. Os cuidados de gestantes e puérperas (até 14 dias) com dengue (grupo B) estão resumidos no fluxograma a seguir:



A presença de hemoconcentração (aumento do hematócrito > 10% ou valor > 44% na ausência de exame para comparação) ou o aparecimento de sinais de alarme classifica automaticamente as gestantes ou puérperas até o 14º dia pós-parto no Grupo C, e elas deverão ser internadas.

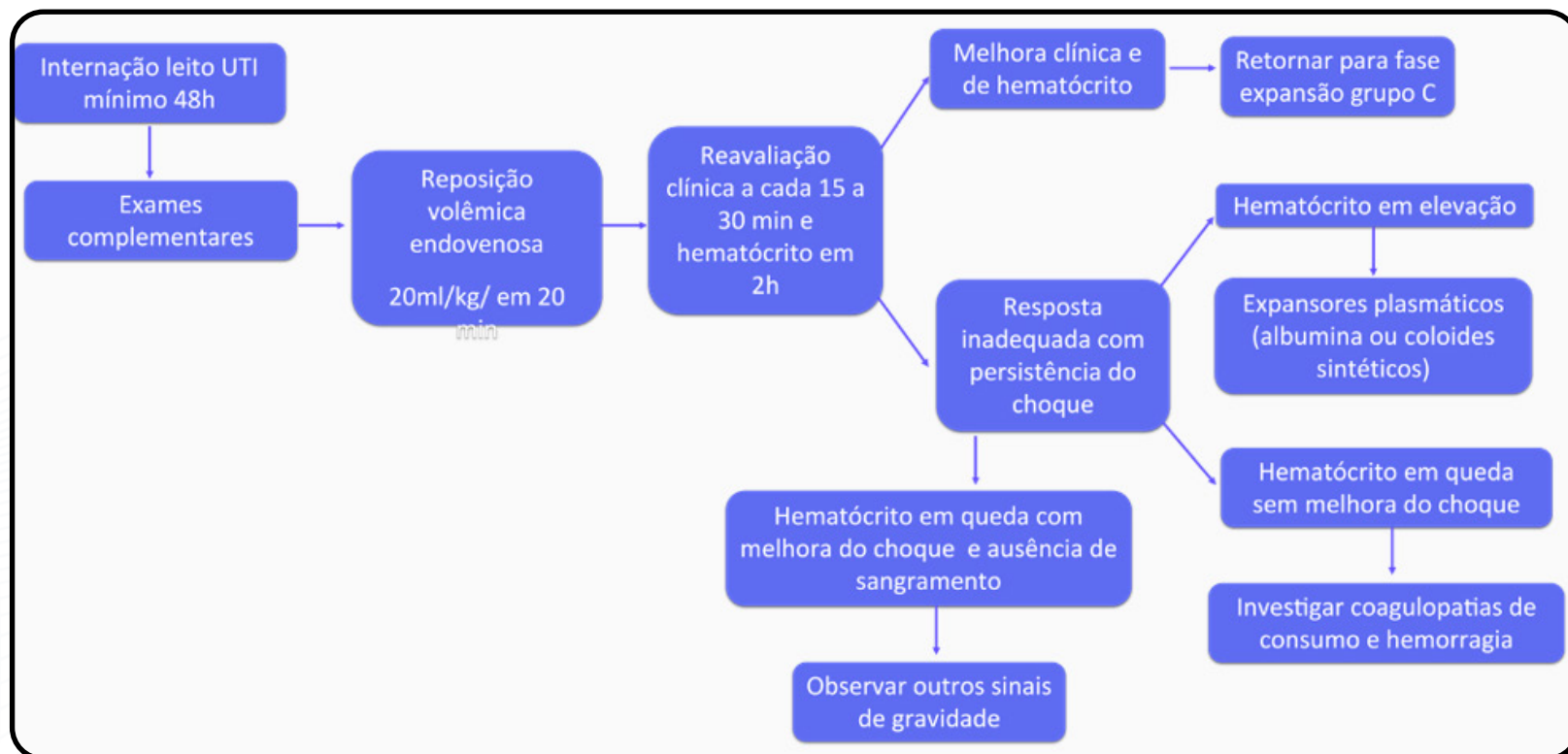
Grupo C: Gestantes e puérperas com sinais de alarme

As gestantes e puérperas com sinais de alarme devem ser internadas por pelo menos 48h e receber reposição volêmica endovenosa (fase de expansão e fase de manutenção), reavaliação clínica a cada 1h e laboratorial a cada 2h. Os cuidados de gestantes e puérperas (até 14 dias) com dengue grupo C estão resumidos no fluxograma a seguir:



Grupo D: Gestantes e puérperas com sinais de gravidade.

As gestantes e puérperas até 14 dias com sinais de gravidade devem ser internadas em leito de terapia intensiva por pelo menos 48 horas, realizar reposição volêmica com fase de expansão rápida e reavaliação clínica a cada 15 a 30 min e reavaliação laboratorial a cada 2h. Os cuidados de gestantes e puérperas até 14 dias com dengue grupo C estão resumidos no fluxograma a seguir:



Com relação aos cuidados obstétricos da gestante com dengue, deve-se suspender o uso de AAS profilático, retornando uma semana após a remissão da doença. Os anticoagulantes devem ser suspensos quando a contagem de plaquetas for menor do que 30 mil, retornando após a remissão da infecção.

A avaliação da vitalidade fetal deve ser feita com ultrassonografia e cardiotocografia. A frequência desse exame depende da idade gestacional e das condições fetais. De maneira geral, faz-se cardiotocografia diária e ultrassonografia a cada 3 a 5 dias para gestantes internadas.

A dengue, por si só, não indica a resolução da gestação e nem modifica a via de parto. O ideal é aguardar o período de viremia e melhora clínica materna para resolução da gestação, quando necessário e possível. A melhor opção de parto para gestantes com dengue é o parto via vaginal, preferentemente com plaquetas acima de 50.000/mm. Nas cesarianas, as plaquetas devem ser mantidas acima de 70 mil. Recomenda-se que a ocitocina profilática universal do pós-parto seja feita por via endovenosa, evitando a via intramuscular nas pacientes com dengue pelo risco de complicações hemorrágicas no local da punção.

A inibição do trabalho de parto pré-termo, quando necessária, deve ser feita com atosibana (preferentemente) ou nifedipina e é permitido o uso de corticoide para maturação pulmonar. O sulfato de magnésio pode ser utilizado em gestantes com dengue (sem choque ou hemorragias) com menos de 32 semanas ou nos casos de pré-eclâmpsia grave.

O aleitamento materno é permitido e não há transmissão vertical por essa via. Deve-se fazer seguimento do neonato para avaliar a transmissão vertical se o nascimento ocorrer entre 10 dias antes e 10 horas após o início do quadro febril.

Incorreta a alternativa A: o uso de heparina profilática está contraindicado nos casos de dengue.

Correta a alternativa B: temos uma gestante com quadro sugestivo de dengue com sinais de alerta (plaquetopenia e hematócritos elevados), indicando a necessidade de internação, hidratação endovenosa vigorosa e monitorização materno-fetal.

Incorreta a alternativa C: diante do quadro de dengue na gestação, deve-se tentar evitar a resolução da gestação durante a viremia, pois isso aumenta as complicações maternas.

Incorreta a alternativa D: diante de quadro de dengue com sinais de alerta ou dengue grave, a conduta principal é a hidratação endovenosa vigorosa, não a transfusão de plaquetas.

Gabarito: B

97- Após a finalização de cesariana de urgência, uma equipe obstétrica é avisada sobre a contagem discordante de compressas cirúrgicas, após conferência cuidadosa. Qual é a conduta mais adequada neste momento?

- A) Solicitar ultrassonografia após recuperação anestésica.
- B) Realizar reabertura imediata para revisão cuidadosa da cavidade.
- C) Solicitar tomografia computadorizada após a recuperação anestésica.
- D) Solicitar radiografia simples de abdômen no centro cirúrgico imediatamente.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta diante de corpo estranho pós-cirurgia.

Situação em que, após procedimento cirúrgico, a contagem final de compressas ou instrumentais não confere com a contagem inicial, levantando a suspeita de corpo estranho retido na cavidade abdominal ou em outro sítio cirúrgico.

Riscos:

- Infecção (abscesso, peritonite).
- Reoperação.
- Sequelas graves e óbito.
- Consequências ético-legais para a equipe.

Conduta imediata:

- Nunca encerrar o ato cirúrgico com contagem discordante.
- Realizar radiografia simples de abdome ou da região operada ainda no centro cirúrgico, pois os materiais têxteis possuem fio/fitas radiopacas que permitem identificação.
- Caso a radiografia confirme corpo estranho, deve-se proceder à reabertura imediata e à retirada.
- Se o exame for negativo e houver forte suspeita clínica, a revisão cirúrgica também pode ser indicada.

Exames de imagem:

- Radiografia simples: exame inicial e imediato, feito na sala cirúrgica.
- Tomografia computadorizada: exame mais sensível, mas indicado em situações tardias, quando há suspeita de corpo estranho em paciente já fechada e fora do intraoperatório.
- Ultrassonografia: pouco útil na maioria dos casos.

Prevenção:

- Adotar *checklist* cirúrgico (OMS, Cirurgia Segura).
- Contagem rigorosa de compressas e instrumentais em pelo menos três momentos: início, fechamento de cavidade e final da cirurgia.
- Uso exclusivo de compressas com marcadores radiopacos em cavidades.
- Comunicação clara entre equipe cirúrgica e de enfermagem.

Incorreta a alternativa A: o exame ultrassonográfico não é suficientemente sensível nem específico para detectar corpos estranhos têxteis em cavidade abdominal, especialmente compressas impregnadas de sangue. Além disso, aguardar a recuperação anestésica expõe a paciente ao risco de complicações graves caso realmente haja um corpo estranho retido.

Incorreta a alternativa B: antes de submeter a paciente a um novo ato cirúrgico, deve-se utilizar os recursos de imagem disponíveis no próprio centro cirúrgico para confirmar a presença de corpo estranho.

Incorreta a alternativa C: a tomografia exige deslocamento da paciente até o setor de radiologia, o que não é viável em paciente recém-operada e ainda sob efeito anestésico. Além disso, atrasaria a resolução do problema.

Correta a alternativa D: diante da suspeita de contagem de compressa discordante após a cirurgia, deve-se solicitar radiografia simples de abdômen no centro cirúrgico imediatamente, pois as compressas cirúrgicas possuem marcadores radiopacos exatamente para esse fim. O exame pode ser realizado ainda na mesa operatória, de forma rápida e segura, permitindo confirmar ou excluir a presença de compressa intra-abdominal antes de se decidir pela reabertura. É uma medida que segue os protocolos de segurança do paciente e reduz intervenções desnecessárias.

Gabarito: D

98- Gestante, G3P2, 32 semanas de gestação, feto único e vivo, em acompanhamento pré-natal de alto risco por apresentar aloimunização ao fator Rh. Na segunda gestação, relata que o recém-nascido necessitou de transfusão de sangue durante a internação neonatal. Na atual gestação, nega realização de procedimento invasivo. Na avaliação ultrassonográfica realizada nesse dia, o Doppler de artéria cerebral média fetal constatou valor do pico de velocidade sistólica maior que 2 múltiplos da mediana. Nesse caso, qual é a conduta para o melhor resultado perinatal?

- A) Corticoterapia e resolução da gestação por cesárea.
- B) Reavaliação do exame de Doppler fetal em uma semana.
- C) Corticoterapia e cordocentese para investigar anemia fetal.
- D) Resolução imediata da gestação por comprometimento fetal.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta na aloimunização fetal.

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.

Incorreta a alternativa A: está indicada a corticoterapia para a maturação pulmonar pela idade gestacional menor que 34 semanas. Além disso, há uma alteração no PVS-ACM. Se o resultado 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.

Incorreta a alternativa B: diante da alteração no PVS-ACM $> 1,5$ 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.

Correta a alternativa C: está indicada a corticoterapia para a maturação pulmonar em gestações menores que 34 semanas. Como o PVS-ACM está maior $> 1,5$ 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.

Incorreta a alternativa D: não está indicada a resolução da gestação neste momento. Diante da alteração no PVS-ACM $> 1,5$ 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.

Gabarito: C

99- Primigesta de 35 anos de idade, 26 semanas de gestação, com tromboembolismo pulmonar. Não apresentava antecedentes pessoais e familiares de fenômenos tromboembólicos. Após sete dias de internação, recebeu alta hospitalar com anticoagulação plena (enoxaparina 1 mg/kg, de 12/12 horas). Quanto ao acompanhamento dessa paciente, assinale a alternativa correta.

- A) Substituir a heparina de baixo peso molecular por rivaroxabano via oral, e manter por seis meses.
- B) Manter a dose de anticoagulação por 60 dias, modificando para dose profilática até seis semanas pós-parto.
- C) Manter a anticoagulação plena até seis semanas pós-parto, interrompendo apenas para a indução do parto.
- D) A dose da enoxaparina deve ser ajustada mensalmente pela dosagem do TTPA, que deve se situar entre 1,5 e 2,5 vezes o valor normal.

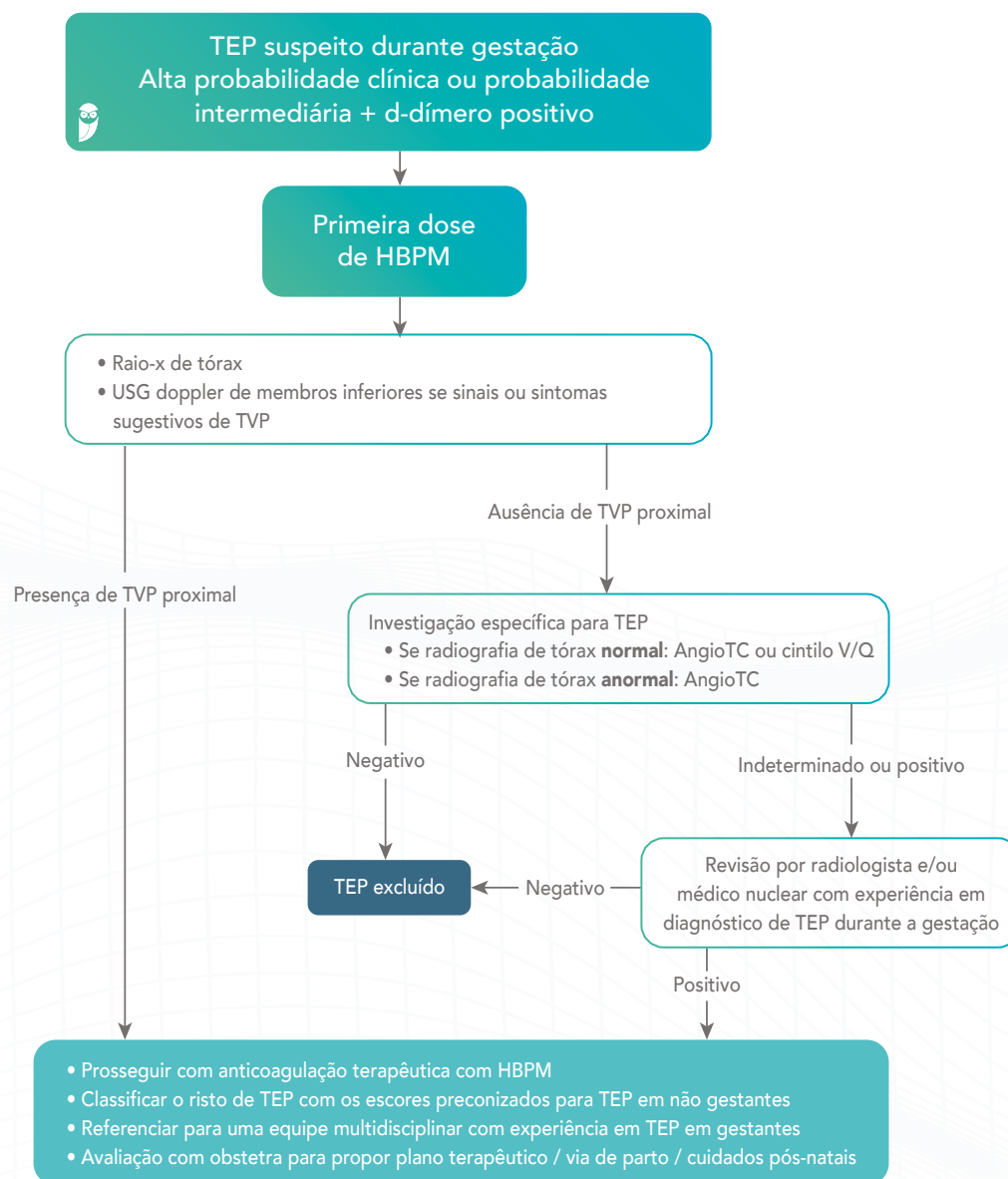
COMENTÁRIOS:

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 desse marcador para tal fim. Veja: dificulta, mas não impede!

O algoritmo presente no FLUXOGRAMA 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

A despeito dos exames de imagem, as novas técnicas de aquisição da angiotomografia de tórax e cintilografia ventilação/perfusão emitem menores doses de radiação para o feto e para a gestante, fato que não contraindica o exame em pacientes gestantes.

Em contraste com os AVK e NOACs, a HBPM NÃO ATRAVESSA A PLACENTA e, assim, não confere risco de hemorragia fetal bem como teratogenicidade, preservando, assim, o binômio materno-fetal.

A HBPM (enoxaparina) é o anticoagulante de escolha para pacientes GESTANTES até 6 semanas pós-parto com diagnóstico de TEP. Muito embora a HNF também seja segura na gestação, a HBPM apresenta uma farmacocinética mais previsível e um melhor perfil de segurança. A terapia anticoagulante deve ser administrada por um período de tempo maior ou igual a seis semanas após o parto e por um período mínimo de 3 meses de tratamento (no total).

Alternativa A incorreta, pois os DOACs são contraindicados na gestação.

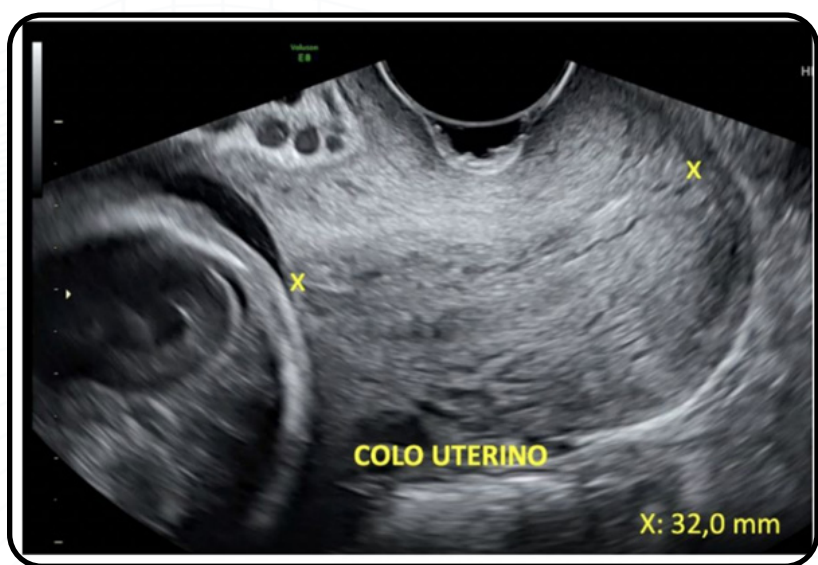
Alternativa B incorreta, pois o puerpério é o período mais trombogênico.

Alternativa C correta, conforme explicado acima.

Alternativa D incorreta, pois a enoxaparina não é ajustada por TTPA.

Gabarito: C

100- Gestante, G2P0A1, na 18ª semana, compareceu à consulta de pré-natal para avaliação de exame de ultrassonografia realizado na 14ª semana, demonstrado na imagem a seguir. Informa que, na gestação anterior, teve perda fetal indolor na 16ª semana. Nesse caso, qual é a melhor conduta para o cuidado com essa paciente?



- A) Realizar cerclagem uterina.
- B) Indicar uso de pessário cervical.
- C) Suplementar com progesterona micronizada vaginal.
- D) Realizar medida seriada do colo uterino a cada duas semanas por ecografia.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta na medida de colo uterino e antecedente de história típica de insuficiência istmo cervical.

A cerclagem uterina pode ser eletiva, terapêutica ou de emergência:

Cerclagem uterina eletiva: realizada antes do surgimento dos sintomas na gestação atual, quando a paciente apresenta história obstétrica prévia clássica de IIC, cerclagem de emergência em gestação anterior ou história de trauma/cirurgia cervical prévia.

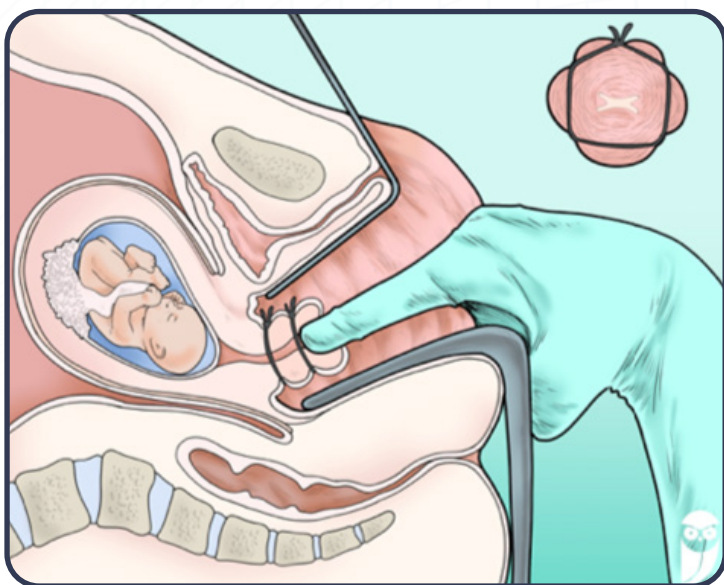
- Cerclagem terapêutica: realizada quando a gestante não apresenta história clássica de IIC, mas tem antecedente de parto prematuro espontâneo antes de 34 semanas ou anomalias mullerianas, associados a colo uterino curto na gestação atual. Não são todas as instituições que indicam a cerclagem terapêutica.

- Cerclagem de emergência: quando, na gestação atual, ocorrer dilatação cervical de 1-4cm, sem contração uterina, com ou sem exposição da membrana, independentemente da história obstétrica pregressa. A cerclagem uterina eletiva ou profilática é feita entre 12 a 16 semanas para gestantes com diagnóstico de IIC pela história obstétrica prévia.



A medida do colo uterino não é necessária para pacientes com história típica de IIC, mas sim para as gestantes com história duvidosa de IIC ou fatores de risco para IIC entre 14 e 26 semanas. Caso o colo uterino seja ≤ 25 mm, a gestante deve ser tratada com IIC. Se o colo estiver entre 26 e 30 mm, deve ser feito o seguimento semanal até 26 semanas. Para as medidas de colo > 30 mm, o seguimento deve ser quinzenal até 26 semanas. O tratamento de escolha para a IIC é a cerclagem uterina. Essa cirurgia objetiva prevenir o encurtamento e a abertura do colo uterino prematuramente, por meio da realização de sutura cervical ao nível do orifício interno do colo uterino.

A cerclagem uterina clássica é realizada por via vaginal, e as principais técnicas descritas são a de Shirodkar e a de McDonald. Na Unifesp e na USP, emprega-se a técnica de McDonald modificada por Pontes, que consiste na realização de duas suturas circulares próximas ao orifício interno do colo uterino.



Correta a alternativa A: diante de história clássica de insuficiência istmo cervical, está indicada a cerclagem uterina eletiva entre 12 a 16 semanas.

Incorreta a alternativa B: O pessário cervical é um dispositivo colocado na vagina com o intuito de mudar o ângulo do colo em relação ao corpo uterino e também promover o fechamento do orifício interno do colo uterino, com o escopo de diminuir os riscos de parto prematuro. Algumas instituições, como a UNIFESP, têm proposto seu uso diante do diagnóstico de colo curto (20-25 mm), contudo os estudos ainda não mostraram vantagens da utilização do pessário em relação à progesterona, por isso seu uso ainda é bastante limitado.

Incorreta a alternativa C: existe indicação de cerclagem uterina diante de gestante com antecedente de história clássica de perda gestacional indolor e insuficiência istmocervical, mesmo que o colo ainda apresente comprimento normal acima de 25 mm.

Incorreta a alternativa D: diante de história clássica de perda gestacional de forma indolor e diagnóstico de insuficiência istmocervical, mesmo com medida do colo normal, está indicado a cerclagem uterina.

Gabarito: A

101- Quanto à colocação de dispositivo intrauterino (DIU) pós-parto na cesárea, assinale a alternativa correta.

- A) O DIU deve ser inserido via vaginal, logo após o término do procedimento cirúrgico.
- B) O DIU pode ser posicionado no útero tanto com o aplicador quanto com o dedo indicador e médio da mão dominante.
- C) O sistema intrauterino liberador de levonorgestrel apresenta maior risco de expulsão quando inserido na cesárea.
- D) Após a inserção do DIU, o fio deve ser direcionado para o colo uterino, confirmando seu posicionamento pelo toque vaginal.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a inserção de DIU no puerpério. Todos os dispositivos intrauterinos podem ser inseridos nas primeiras 48 horas após o parto, de preferência logo após a saída da placenta. Entre 48 horas e 4 semanas pós-parto, existe uma contraindicação relativa, devido ao risco de expulsão.

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. O DIU deve ser inserido no momento da cesariana, logo após a retirada da placenta e limpeza da cavidade uterina.

Correta a alternativa B. O DIU pode ser posicionado no útero tanto com o aplicador, quanto com o dedo indicador e médio da mão dominante.

Incorreta a alternativa C. Não há diferença de risco de expulsão pelo tipo de DIU ou pela via de parto.

Incorreta a alternativa D. Não há indicação de confirmação de posicionamento por toque vaginal.

Gabarito: B

102- Gestante 35 anos de idade, G2P0A1, com 12 semanas de gravidez, comparece à consulta de pré-natal. Relata um aborto espontâneo no primeiro trimestre e sinaliza que a gravidez atual é oriunda de reprodução assistida. Sem queixas e nega histórico pessoal ou familiar mórbido, mas sinaliza que realizou exames para trombofilias dois meses antes da gravidez, que mostraram os seguintes resultados:

- Anticoagulante lúpico: positivo;
- Anticorpos anticardiolipina: IgG e IgM negativos;
- Anticorpos anti-B2-glicoproteína: IgG e IgM negativos;
- Mutação do Fator V de Leiden em heterozigose: presente;
- Proteína S e proteína C: normais.

Considerando o quadro clínico e laboratorial apresentado, qual é a melhor conduta neste momento?

- A) Prescrever heparina em dose profilática.
- B) Prescrever heparina em dose terapêutica.
- C) Prescrever AAS em baixas doses (100 a 150 mg).
- D) Prescrever heparina profilática e AAS em baixas doses (100 mg a 150 mg).

COMENTÁRIOS:

A trombofilia hereditária mais comum é a mutação do fator V de Leiden. Nesse quadro, uma mutação pontual no gene do FV faz com que esse fator de coagulação se torne resistente à degradação pela proteína C, um de nossos anticoagulantes endógenos. De herança autossômica dominante, essa mutação é encontrada em cerca de 5% dos caucasianos, sendo rara na Ásia e na África. Pacientes homozigotos possuem um risco trombótico aumentado em cerca de 18 vezes. As principais trombofilias hereditárias e suas características estão listadas na tabela a seguir:

Principais trombofilias hereditárias			
	Mecanismo	Prevalência na população geral	Aumento do risco trombótico
Fator V de Leiden	FV resistente à degradação pela proteína C	Trombofilia hereditária mais comum: 5%	Heterozigose: 3 a 5 vezes Homozigose: 18 a 80 vezes
Mutação 20210A da protrombina	Níveis aumentados de protrombina	3%	Heterozigose: 3 vezes Homozigose: não definido
Deficiência hereditária de proteína C	Níveis diminuídos de proteína C, anticoagulante endógeno	0,3%	Heterozigose: 4 a 7 vezes Homozigose: púrpura neonatal fulminante
Deficiência hereditária de proteína S	Níveis diminuídos de proteína S, anticoagulante endógeno	Não bem definido, < 0,5%	Heterozigose: 3 a 10 vezes Homozigose: púrpura neonatal fulminante
Deficiência hereditária de antitrombina	Níveis diminuídos de antitrombina, anticoagulante endógeno	0,02%	Heterozigose: 16 vezes Homozigose: morte fetal

O risco de trombose na gestação, que já é aumentado, pode se tornar ainda maior na presença de trombofilias hereditárias e adquiridas. As trombofilias agem sinergicamente com a gestação, aumentando o risco de tromboembolismo venoso (TEV). Ressalte-se, entretanto, que o risco da ocorrência de trombose é multifatorial, e a presença de trombofilia é apenas um dos fatores que determinam esse risco. Assim, a utilidade do teste de trombofilia é controversa, e a pesquisa laboratorial das trombofilias deve seguir critérios objetivos.

A trombose da microcirculação placentária pode estar relacionada a algumas trombofilias, contribuindo para complicações gestacionais mediadas pela placenta, que incluem PE, RCF, DPP, aborto e óbito fetal. Pacientes com antecedentes de complicações gestacionais mediadas pela placenta têm risco aumentado de recorrência das complicações em gestações subsequentes. De maneira análoga, gestantes com TEV prévio apresentam maior risco de complicações gestacionais mediadas pela placenta em gestações subsequentes.

A tabela a seguir, extraída do Tratado da FEBRASGO, resume as condutas de acordo com a trombofilia presente e os antecedentes da paciente.

Tabela 50.8 Indicações de uso de heparina de baixo peso molecular (HBPM) nas diferentes trombofilias, de acordo com a 9ª edição das diretrizes do American College of Chest Physicians (ACCP).

HZ FVL/PM	Outras trombofilias	AP	AF	G	P
•		•		+	+
•			•	+	+
•				—	+
	•	•		+	+
	•		•	—	+
	•			—	—
		•		—	+

AF: antecedente familiar de TVP ou TEP; AP: antecedente pessoal de TVP ou TEP; FVL: fator V de Leiden; G: profilaxia na gestação com HBPM; HZ: homozigose; P: profilaxia no puerpério (final da 6ª semana pós-parto) com HBPM; PM: protrombina mutante; TEP: tromboembolismo pulmonar; TVP: trombose venosa profunda. (Adaptada de: Bates *et al.*, 2012.)

Pela tabela, vemos que a paciente com heterozigose para o fator V e sem antecedente familiar ou pessoal de trombose necessita apenas de anticoagulação profilática no puerpério.

Alternativa A incorreta, pois a paciente não tem essa indicação.

Alternativa B incorreta, pois a paciente não tem antecedentes que sugiram anticoagulação.

Alternativa C correta, pois a indicação é de AAS para profilaxia de pré-eclâmpsia.

Alternativa D incorreta, pois a paciente não tem SAF.

Gabarito: C

103- Primigesta, 37 semanas, chega para consulta de pré-natal com intensa cefaleia. Na avaliação inicial, apresenta PA = 170 x 120 mmHg. A equipe assistencial solicita transferência, mas se nega a realizar o sulfato de magnésio, pois não possui bomba de infusão na unidade. Qual é a orientação correta?

- A) Contraindicar uso de sulfato de magnésio nessas condições.
- B) Prescrever sulfato de magnésio tanto de ataque quanto de manutenção, pela via intramuscular.
- C) Fazer esquema de ataque e manutenção intravenoso de sulfato de magnésio, mesmo sem bomba de infusão.
- D) Fazer ataque endovenoso e manutenção intramuscular de sulfato de magnésio para transporte seguro da gestante.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o uso de sulfato de magnésio nas síndromes hipertensivas da gestação.

O sulfato de magnésio é a medicação de escolha na prevenção de episódios convulsivos diante de pré-eclâmpsia com sinais e sintomas de deterioração clínica, síndrome HELLP, iminência de eclâmpsia e hipertensão arterial grave refratária ao tratamento. Do mesmo modo, durante a eclâmpsia, o sulfato de magnésio é a medicação mais efetiva para o controle das convulsões. Por isso, essa medicação é preconizada para a prevenção e tratamento das convulsões em todos os casos graves de pré-eclâmpsia, conforme protocolos do Ministério da Saúde, da RBEHG, da ACOG, da FIGO e da ISSP.

O sulfato de magnésio apresenta ação anticonvulsivante e neuroprotetora por reduzir a liberação pré-sináptica do neurotransmissor glutamato; bloquear os receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA) glutaminérgico; potencializar a ação da adenosina; melhorar o tamponamento do cálcio mitocondrial e bloquear a entrada de cálcio por meio dos canais de voltagem.

Existem três esquemas preconizados para o uso do sulfato de magnésio: Pritchard, Zuspan e Zuspan modificado (também conhecido como esquema de Sibai). O esquema Pritchard é preferível quando se faz necessário transferir a paciente para hospital de referência, pois a administração é intramuscular. Já durante a internação, são preferidos os esquemas Zuspan e Zuspan modificado, com administração endovenosa, permitindo o melhor controle dessa medicação, com exceção da USP-SP, que utiliza o esquema de Pritchard nas pacientes internadas. A tabela a seguir mostra cada um desses esquemas com suas respectivas doses:

Esquemas	Dose inicial	Dose de manutenção
Pritchard	4g EV (bólus) em 10 a 15 min + 10 g IM (5g em cada nádega)	5g IM profunda a cada 4 horas
Zuspan	4g EV (bólus) em 10 a 15 min	1g EV por hora em bomba de infusão contínua (BIC)
Zuspan modificado (Sibai)	6g EV (bólus) em 10 a 15 min	2g EV por hora em BIC

É importante saber que existem ampolas com concentrações diferentes de sulfato de magnésio. Preste bastante atenção na concentração da ampola utilizada para calcular a dose de sulfato de magnésio de maneira correta.

A terapia de manutenção do sulfato de magnésio deve continuar por 24 horas após o parto. Nos casos de eclâmpsia, o sulfato de magnésio deve ser administrado por 24 horas após o episódio convulsivo.

O início da infusão do sulfato de magnésio pode provocar mal-estar, náuseas, rubor e cefaleia, pois ocasiona diminuição da resistência vascular sistêmica e da pressão arterial média. Esses sintomas são transitórios e, geralmente, melhoram após 15 minutos de infusão.

A complicação mais temida do sulfato de magnésio é sua intoxicação, que pode levar à depressão respiratória e morte. Por isso, para sua administração segura, deve-se dosar os níveis de magnésio antes da dose de manutenção e, a cada 4 horas, realizar sua suspensão, além de observar reflexo patelar, diurese e frequência respiratória a cada hora.

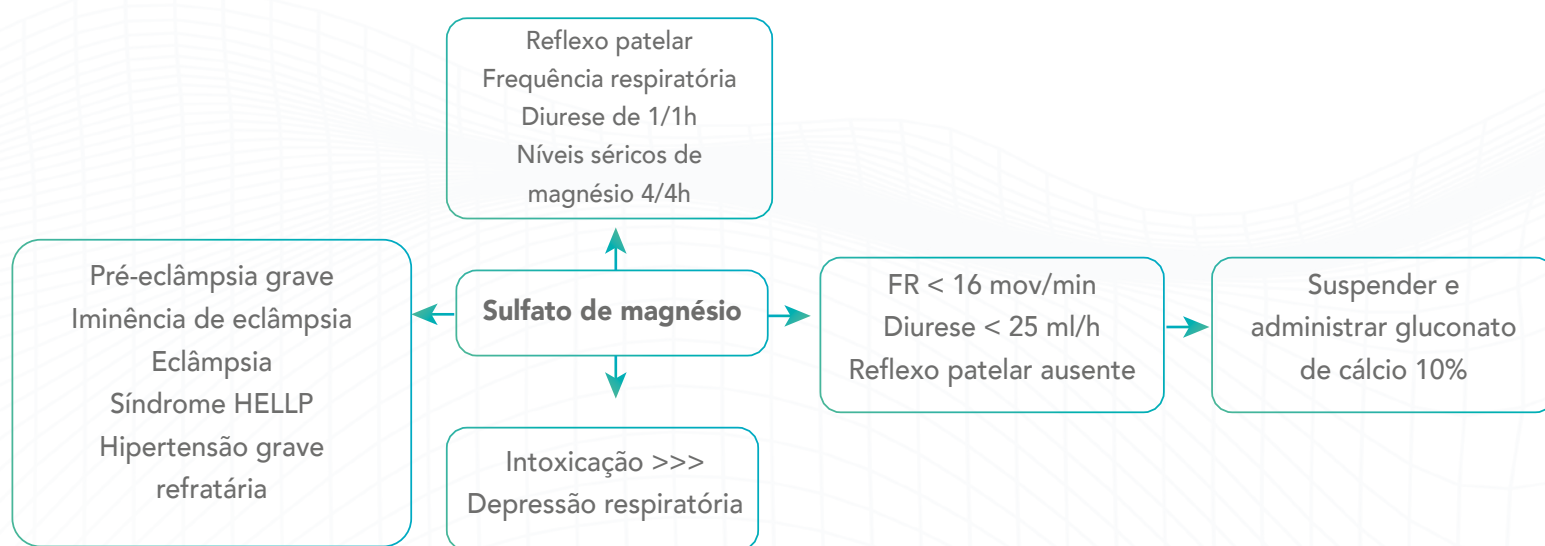
O Ministério da Saúde não orienta a dosagem de magnésio para todas as pacientes, somente para as com função renal alterada ou com inibição dos reflexos tendinosos.

É importante administrar dose de manutenção apenas quando houver reflexo patelar presente, frequência respiratória ≥ 16 mov/min, diurese de 25 mL/hora e concentração sérica de sulfato de magnésio abaixo de 8 mEq/L.

Se a concentração sérica de sulfato de magnésio está entre 8 a 10 mEq/L, já é possível observar reflexos patetares abolidos. Ao alcançar níveis próximos de 12 mEq/L, ocorre parada respiratória e, a partir de 25 mEq/L, há infarto cardíaco.

A avaliação dos reflexos patetares e da frequência respiratória são importantes para identificar precocemente a intoxicação por sulfato de magnésio, uma vez que os primeiros sinais de intoxicação por essa substância são: frequência respiratória < 16 mov/min e reflexo patelar ausente. Nesses casos, deve-se suspender a medicação e administrar gluconato de cálcio a 10% para evitar depressão respiratória. O gluconato de cálcio deve ser administrado na dose de 1g EV, 10 mL a 10%.

Como o magnésio é quase totalmente depurado por excreção renal, há mais chances de intoxicação por sulfato de magnésio nos casos de diurese diminuída e creatinina alterada, já que, nesses casos, a filtração glomerular está comprometida. Por isso, a avaliação da diurese, preferivelmente com sondagem vesical de demora, também se faz necessária no acompanhamento das pacientes que estão recebendo essa medicação. Assim, em pacientes com falência renal (creatinina > 1,0, oligúria < 30 mL-25 mL/hora), a dose de manutenção deve ser reduzida para 1mg/hora.



Incorreta a alternativa A: como a paciente está com iminência de eclâmpsia, a não realização do sulfato de magnésio aumenta a chance de eclâmpsia durante o transporte, aumentando os riscos maternos e fetais.

Incorreta a alternativa B: quando há a necessidade de transferência da paciente que necessita de sulfato de magnésio, deve-se optar pelo esquema de Pritchard, em que a dose de ataque é endovenosa e a manutenção é intramuscular.

Incorreta a alternativa C: quando há a necessidade de transferência da paciente que necessita de sulfato de magnésio, deve-se optar pelo esquema de Pritchard, que permite a dose de manutenção intramuscular, sem necessidade de bomba de infusão. A dose de manutenção endovenosa necessita obrigatoriamente o uso de bomba de infusão para evitar a administração excessiva da medicação.

Correta a alternativa D: temos uma gestante de 37 semanas com cefaleia intensa e hipertensão arterial grave ($\geq 160 \times 110$ mmHg), indicando um quadro de iminência de eclâmpsia. A paciente está no pré-natal e deve ser transferida para o hospital, mas deve fazer sulfato de magnésio antes da transferência para que ela não convulsione durante o trajeto. Em pacientes que vão ser transferidas, opta-se pelo esquema de Pritchard, com dose de ataque endovenosa e manutenção com dose intramuscular, não sendo necessário o uso de bomba de infusão, o que torna a administração do sulfato de magnésio possível e a transferência da paciente segura.

Gabarito: D

104- Puérpera no 10º dia após parto vaginal sem intercorrências encontra-se chorosa e demonstra desinteresse pelo recém-nascido e cuidados pessoais. Refere que durante a gestação fazia uso de antidepressivo por ter sido diagnosticada com depressão, mas interrompeu a medicação no último mês por receio de complicações com a amamentação. Nesse caso, a melhor opção terapêutica e a orientação para essa paciente, além de psicoterapia é:

- A) introduzir sertralina e manter o aleitamento.
- B) reforçar a rede de apoio familiar e manter o aleitamento.
- C) indicar paroxetina e suspender o aleitamento materno.
- D) introduzir carbonato de lítio e suspender o aleitamento materno.

COMENTÁRIOS:

O puerpério é um período de grande transformação da rotina e de adaptação ao bebê. Sentimentos de perda de autonomia e dificuldade em conciliar atividades cotidianas com os cuidados do bebê são relatados pelas mães; entretanto, a renúncia dessas atividades tende a ser percebida positivamente, por seu caráter transitório e pela vinculação afetiva com o recém-nascido. O compartilhamento dos cuidados do bebê com o pai ou outro cuidador é avaliado de maneira positiva; o receio em relação ao término da licença-maternidade e a necessidade de deixar os filhos sob os cuidados de outra pessoa é um importante fator de preocupação.

A revisão pós-parto é um momento valioso para a avaliação dos aspectos emocionais, pois é esperado que, após 40 dias, as mulheres já tenham se ajustado à nova rotina e às demandas do bebê. Contudo, algumas mulheres podem apresentar sintomatologia sugestiva de TM que pode não ter sido identificada no pré-natal ou puerpério imediato, devendo ser então avaliadas e abordadas.

A maioria das mulheres experimenta alterações de humor leves e transitórias nos primeiros dias após o nascimento do bebê, atingindo um pico no 4º ou 5º dia e remitindo de maneira espontânea, no máximo, em 2 semanas após o parto. Os sintomas incluem choro fácil, labilidade do humor, irritabilidade e comportamento hostil para com familiares e acompanhantes. O *blues* tem prevalência média de 39%, variando de 13,7 a 76% (dependendo do contexto cultural e geográfico) e associa-se etiológicamente aos distúrbios do ciclo circadiano, o que reforça a necessidade de se investigar a qualidade e o padrão de sono das gestantes (principalmente em relação à privação de sono). Em geral, o *blues* não necessita de intervenção farmacológica. Todavia, garantir às mulheres suporte emocional e auxílio nos cuidados com o bebê é tarefa fundamental da equipe profissional assistente e rede de apoio.

A apresentação clínica é semelhante à encontrada na depressão gestacional; todavia, preocupações obsessivas (sobre a saúde e a segurança do bebê), sintomas ansiosos, instabilidade afetiva, irritabilidade e sensação de sobrecarga são frequentemente descritos. Gestantes clinicamente deprimidas descrevem mais comumente sentimentos de culpa ou incapacidade, anedonia, desesperança, pensamentos passivos de morte ou ideação suicida. Sintomas somáticos como hipersonia, aumento de apetite, fadigabilidade, diminuição do desejo sexual e queixas de dor e desconfortos em diferentes sistemas, apesar de merecerem atenção, são de menor utilidade para o diagnóstico do transtorno nesse contexto. Os principais fatores de risco incluem estratos econômicos e educacionais mais baixos, desemprego, não ter companheiro, histórico pessoal e familiar de transtorno de humor, vida conjugal conflitiva, perdas em gestações anteriores e ambivalência sobre a gestação atual. Ao identificá-los, os profissionais podem se concentrar no gerenciamento precoce do risco, minimizando as complicações. Intervenções preventivas, como escuta ativa, triagem, identificação dos casos e encaminhamento das gestantes para acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico reduzem o risco para a mãe e para o bebê que, na primeira infância, pode apresentar alterações comportamentais, distúrbios do neurodesenvolvimento, desregulação emocional e sintomas internalizantes (como tristeza, retraimento, queixas somáticas e medo). Além disso, deve-se ter em mente que a depressão gestacional também está relacionada ao aumento do risco de depressão pós-parto e ao uso de substâncias psicoativas por parte da gestante, tais como álcool e tabaco.

No caso dessa paciente, como ela já tinha o diagnóstico de depressão, devemos manter esse diagnóstico e a medicação que não deveria ter sido suspensa. O uso de medicamentos psicotrópicos durante o período perinatal é frequentemente enfrentado com medo e desconforto por parte tanto de médicos quanto de pacientes, e há muita desinformação sobre seus riscos durante a gravidez e a lactação. As decisões de tratamento devem ser individualizadas, com base nas necessidades e preferências de cada paciente, bem como nas evidências científicas disponíveis em cada classe de medicamento e nos medicamentos específicos. Ao tratar transtornos mentais durante a gravidez, provavelmente, não vamos alcançar risco zero para a paciente e o feto. Assim, há dois riscos principais que deverão ser avaliados: o de exposição a medicamentos e o de exposição a (transtornos mentais) TM não tratados ou subtratados, que incluem abuso de substâncias, complicações na gravidez, problemas no neurodesenvolvimento e sofrimento para a gestante e familiares.

De modo geral, não interrompa os medicamentos precipitadamente diante da notícia de uma gravidez – isso pode causar grande estresse para a paciente, precipitar sintomas de descontinuação/abstinência e facilitar recaída ou agravamento do transtorno. Se a decisão for interromper um medicamento, ele deve preferencialmente ser reduzido gradualmente. Os benefícios da amamentação estão muito bem documentados e todos os medicamentos psicotrópicos passam para o leite materno. Se um bebê foi exposto a um medicamento durante a gravidez, pode não fazer sentido descontinuar a medicação para amamentá-lo (ou contraindicar a amamentação), exceto se o TM da mãe se agravou e a medicação não está funcionando, se a mãe está tomando um medicamento com risco de efeitos graves com a exposição continuada do bebê ou se ele apresenta efeitos ou complicações médicas pela exposição na amamentação.

Alternativa A correta, pois a paciente tem diagnóstico de depressão e a medicação deve ser reintroduzida.

Alternativa B incorreta, pois essa seria a conduta em um *blues* puerperal.

Alternativa C incorreta, pois, se a paciente estava adaptada, ela deve retomar a medicação prévia.

Alternativa D incorreta, pois o carbonato de lítio não é a medicação de escolha para depressão.

Gabarito: A

105- Primigesta de 12 semanas, com 23 anos de idade, comparece à consulta de pré-natal. Queixa-se de cansaço eventual. Não faz uso de nenhuma medicação. Sem outras queixas ou antecedentes dignos de nota. Na ausculta cardíaca, verifica-se um clique sistólico e um sopro sistólico tardio, mais evidentes na área do ápice cardíaco. Exame de ecocardiografia recente demonstra a presença de prolapso de válvula mitral, com regurgitação moderada. Não foi evidenciada disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (VE) ou hipertensão pulmonar. Fração de ejeção em 70% do VE. Quanto à condução desse caso, assinale a alternativa correta.

- A) Não é necessária a prescrição de antibiótico para a profilaxia de endocardite durante a gravidez e o parto.
- B) Deve ser prescrito antibiótico para a profilaxia de endocardite apenas após 36 semanas, mantendo-o até o puerpério.
- C) Deve ser prescrito antibiótico mensal para a profilaxia de endocardite durante a gravidez e também no momento do parto.
- D) Não é necessária a prescrição de antibiótico para a profilaxia de endocardite durante a gravidez, mas ele deve ser prescrito no parto.

COMENTÁRIOS:

A profilaxia para endocardite infecciosa é indicada antes de curetagem pós-aborto, partos vaginais e cesáreas em pacientes de moderado a alto risco para endocardite infecciosa (EI): valvopatia reumática, próteses valvares, antecedentes de EI, cardiopatia congênita cianótica complexa ou com *shunts* cirúrgicos sistêmicos pulmonares.

Um dos protocolos possíveis é o uso de ampicilina 2 g e gentamicina 1,5 mg/kg (até 120 mg) antes do procedimento e repetição de ampicilina após seis horas.

Alternativa A correta, pois a paciente não tem indicação de profilaxia para endocardite.

Alternativa B incorreta, pois, mesmo indicada, a profilaxia deve ser feita apenas nos procedimentos.

Alternativa C incorreta, pois não há indicação de profilaxia contínua para endocardite.

Alternativa D incorreta, pois a paciente não tem indicação de profilaxia.

Gabarito: A

106- Puérpera de 19 anos de idade apresenta quadro de hemorragia pós-parto. No momento, queixa-se de sudorese e mal-estar. Ao exame, hipocorada 2+/-4+, frequência cardíaca de 134 bpm, PA = 78 x 58 mmHg. Resultado de hemograma coletado logo após o nascimento indica hemoglobina de 9,8 g/dL. Qual é a classificação da gravidade do choque?

- A) Leve.
- B) Grave.
- C) Moderado.
- D) Compensado.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta e classificação do índice de choque.

O índice de choque (IC) é um dos parâmetros clínicos mais usados para diagnosticar a hemorragia pós-parto, pois reflete o estado hemodinâmico e a gravidade da perda volêmica da paciente mais precocemente que outros marcadores de forma isolada.

Para o cálculo do IC, divide-se a frequência cardíaca (FC) pela pressão arterial sistólica (PAS). Valores maiores ou iguais a 0,9 sugerem perda sanguínea significativa e valores a partir de 1, isto é, quando a frequência cardíaca é superior à pressão arterial sistólica, sinalizam necessidade de tratamento agressivo, incluindo a possibilidade de transfusão. Pacientes com IC a partir de 1,4 necessitam de intervenção imediata com transfusão sanguínea maciça. Portanto, à medida que o índice se eleva, o prognóstico da paciente piora.

ÍNDICE DE CHOQUE (IC)



**FREQUÊNCIA CARDÍACA (FC)
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (PAS)**

Se IC $\geq$ 0,9: RISCO DE TRANSFUSÃO.

Se IC $\geq$ 1,4: PROVÁVEL NECESSIDADE DE TRANSFUSÃO MACIÇA (deve-se indicar abordagem agressiva e imediata do foco do sangramento, traje antichoque não pneumático e abrir protocolo de transfusão maciça).

Se IC $\geq$ 1,7: PROVÁVEL NECESSIDADE DE TRANSFUSÃO MACIÇA E ALTO RISCO DE RESULTADO MATERNO ADVERSO (deve-se indicar abordagem agressiva e imediata do foco do sangramento, traje antichoque não pneumático e abrir protocolo de transfusão maciça).

Incorreta a alternativa A: o índice de choque calculado é de 134/78 (1,71) e indica choque grave.

Correta a alternativa B: o índice de choque é de 1,71, classificado como choque grave.

Incorreta a alternativa C: o índice de choque é de 1,71 e indica choque grave, não moderado.

Incorreta a alternativa D: o índice de choque calculado é de 1,71 e indica um choque grave.

Gabarito: B

107- Uma paciente de 22 anos de idade, primigesta de 15 semanas, procura atendimento em serviço de urgência devido a sangramento vaginal discreto, sem dor abdominal. Após a realização de ultrassonografia, é diagnosticado óbito fetal. Ao exame, colo uterino fechado. A paciente está estável, sem sinais de choque e deseja a resolução imediata. Qual é a técnica mais adequada para o manejo desse quadro, levando em consideração a segurança e a eficácia do procedimento?

- A) Curetagem uterina imediata.
- B) Aspiração intrauterina imediata.
- C) Dilatação cervical com velas de Hegar e posterior curetagem ou aspiração uterina.
- D) Indução farmacológica com misoprostol e curetagem uterina após a expulsão do feto.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta no abortamento tardio.

Estrategista, vamos avaliar os pontos principais do caso clínico: primigesta, 15 semanas com diagnóstico de óbito fetal, com colo uterino fechado e estabilidade hemodinâmica com desejo de conduta ativa.

Conforme a forma clínica, estamos diante de um abortamento retido tardio. Vamos revisar, então, os principais pontos.

Abortamento retido é a retenção de conceito sem vitalidade dentro da cavidade uterina. Nesses casos, temos a morte embrionária ou fetal antes das 20 semanas de gestação. Esse produto conceptual permanece retido na cavidade uterina por dias ou semanas, e as pacientes relatam que os sintomas relacionados à gestação cessam. Pode haver ou não sangramento vaginal, e quando o sangramento está presente é em pequena quantidade. No exame de toque vaginal, teremos colo uterino fechado e, ao exame ultrassonográfico transvaginal, teremos ausência de batimentos cardíacos em embrião com comprimento cabeça-nádegas $\geq 7\text{mm}$. Podemos também ter ausência de embrião, mesmo quando o saco gestacional é $\geq 25\text{mm}$ (gestação anembrionada).

O grande raciocínio é saber que, acima de 12 semanas, o conceito apresenta espículas ósseas e risco de perfuração uterina se não for expulso da cavidade uterina previamente a uma curetagem. Logo, a conduta diante de abortamento retido tardio é a expulsão do conceito com medicação através do misoprostol e, após, avaliar a necessidade de complementação com curetagem uterina se retenção de restos.

Incorreta a alternativa A: a curetagem uterina imediata está contraindicada devido ao diagnóstico de abortamento tardio (> 12 sem) e a presença de espículas ósseas, pelo risco de perfuração uterina.

Incorreta a alternativa B: a aspiração manual intrauterina (AMIU) estaria indicada nos casos de abortamentos precoces, não tardios acima de 12 semanas.

Incorreta a alternativa C: diante de um abortamento tardio, está indicada a expulsão fetal com misoprostol, não apenas a dilatação com velas de Hegar. Existe espícula óssea e, se não ocorrer a expulsão fetal, há risco de perfuração uterina.

Correta a alternativa D: diante de um abortamento tardio (acima de 12 sem), está indicado a expulsão fetal com misoprostol e, após, a curetagem uterina.

Gabarito: D

108- Considerando uma gestante com o feto em apresentação pélvica, assinale a alternativa com o fator que aumenta a chance de sucesso na versão cefálica externa.

- A) Nuliparidade.
- B) Placenta anterior.
- C) Posição pélvica completa.
- D) Peso fetal estimado abaixo do percentil 10.

COMENTÁRIOS:

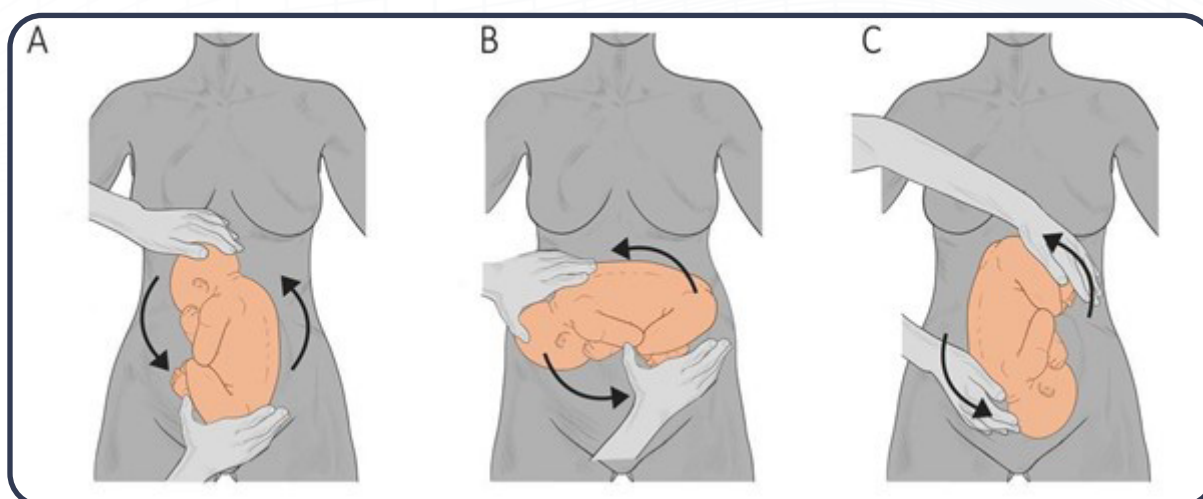
O que o examinador quer saber: sobre versão cefálica externa.

Diante de um feto de termo em apresentação pélvica, deve-se indicar a versão cefálica externa (VCE) na tentativa de colocar o feto em apresentação cefálica para o parto normal. A VCE consiste em realizar a mudança da apresentação pélvica para cefálica mediante movimentação física do feto por meio do abdome materno.

A VCE pode ser feita sem uso de medicação, mas, caso não se obtenha sucesso no procedimento, pode-se lançar mão do uso de agentes tocolíticos, como a terbutalina, para promover o relaxamento uterino e facilitar o procedimento. Além disso, é possível realizar anestesia epidural em pacientes em que houve falha inicial do procedimento.

A ACOG recomenda que a VCE seja realizada em gestantes com feto em apresentação pélvica a partir de 37 semanas em ambiente hospitalar que permita a realização de cesárea de emergência caso haja alguma complicação durante o procedimento. A chance de sucesso desse procedimento é em média de 60 a 70% e o risco de cesárea diminui em 50%. Sabe-se que a presença de placenta posterior, a apresentação pélvica completa, a multiparidade e o parto vaginal anterior aumentam a chance de sucesso da VCE.

Esse procedimento está contraindicado sempre que o parto vaginal não for recomendado ou quando houver rotura de membranas, malformações uterinas, gestação múltipla e sangramento uterino recente. O histórico de cesárea anterior não contraindica a VCE e não diminui o sucesso do procedimento, embora não existam estudos que avaliem o risco de rotura uterina nesses casos. A obesidade materna pode atrapalhar a realização do procedimento, por isso é considerada uma contraindicação relativa, devendo-se avaliar cada caso.



Os principais riscos desse procedimento incluem o descolamento prematuro de placenta, a rotura uterina, o prolapso de cordão, a hemorragia feto-materna, a aloimunização Rh, o trabalho de parto prematuro, o sofrimento fetal e a morte fetal. A complicação mais frequente é a desaceleração dos batimentos cardíacos fetais.

Mesmo com esses riscos sendo raríssimos e os índices de cesárea de emergência variando em torno de 0,5%, é recomendada a realização desse procedimento em um local de fácil acesso à cesárea de emergência. Além disso, deve-se realizar ultrassonografia e cardiotocografia antes e após o procedimento e administrar imunoglobulina em gestantes RhD negativo. Portanto, a VCE é uma técnica que deve ser oferecida a todas as gestantes com fetos em apresentação pélvica que não apresentem contraindicações ao procedimento, pois oferece riscos mínimos para o binômio materno-fetal e tem como vantagem diminuir as taxas de cesárea nesse grupo de pacientes.

Incorreta a alternativa A: a multiparidade aumenta a chance de sucesso da versão cefálica externa, não a nuliparidade.

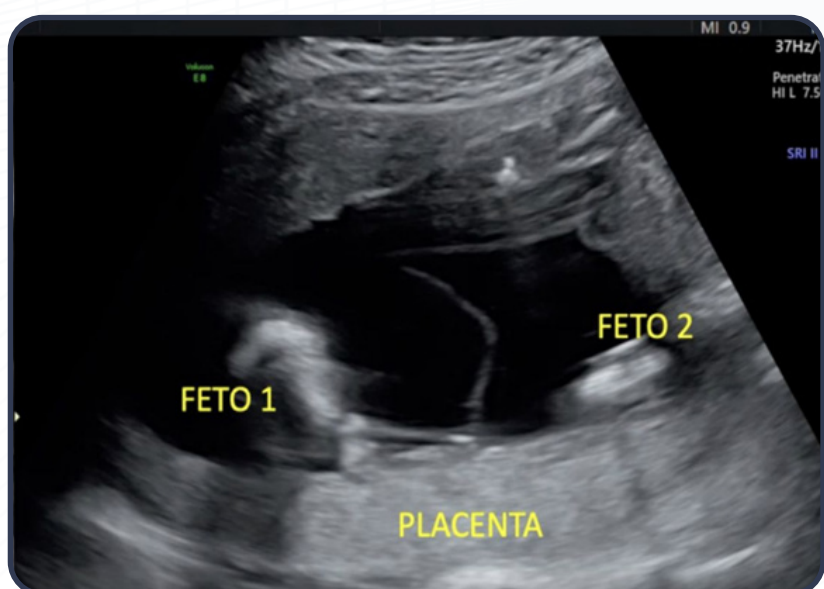
Incorreta a alternativa B: a placenta posterior aumenta a chance de sucesso da versão cefálica externa, não a placenta anterior.

Correta a alternativa C: a posição pélvica completa aumenta a chance de sucesso na versão cefálica externa.

Incorreta a alternativa D: o peso fetal abaixo do percentil 10 não aumenta a chance de sucesso da versão cefálica externa.

Gabarito: C

109- Gestante G1P0, 16 semanas, compareceu à consulta pré-natal para levar resultado de ultrassonografia realizada na 13ª semana, demonstrada na imagem a seguir. Qual é o seguimento ultrassonográfico recomendado para a paciente nesse caso?



- A) Mensal.
- B) Quinzenal.
- C) Mensal após a 20ª semana.
- D) Quinzenal após a 20ª semana.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o acompanhamento pré-natal das gestações gemelares.

O conhecimento da corionicidade nas gestações múltiplas é essencial para o acompanhamento adequado da gravidez, uma vez que as gestações monócóricas apresentam risco maior de complicações, como síndrome da transfusão feto-fetal, sequência anemia-policitemia, gêmeo arcádico, enovelamento de cordão e gêmeos conjugados.

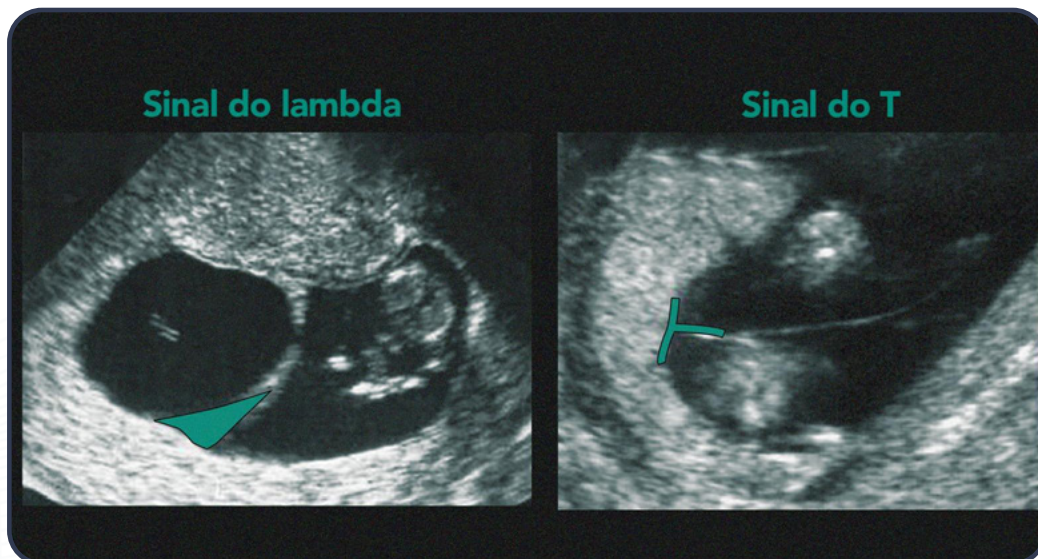
Sendo assim, o método mais efetivo para avaliar amnionicidade e corionicidade é a ultrassonografia do primeiro trimestre (entre 6 e 14 semanas).

A partir de 9 semanas, já é possível observar o âmnio com maior precisão, podendo definir a amnionicidade pela visualização ou não da membrana amniótica. A corionicidade entre 9 e 14 semanas é determinada pelas características da membrana amniótica:

- Monocoriônica/monoamniótica: não há membrana entre os fetos.
- Monocoriônica/diamniótica: a membrana entre os fetos é fina, formando o sinal do T.

- Dicoriônica/diamniótica: a membrana entre os fetos é espessa, formando o sinal do lambda. Nesse caso, é vista uma projeção triangular do tecido placentário entre as duas membranas coriônicas, conhecido como sinal do *lambda* ou *Twin Peak*, caracterizando dicorionicidade.

Estas imagens ultrassonográficas mostram a presença do sinal do *lambda* e do sinal do T nas gestações dicoriônicas e monocoriônicas, respectivamente.



O acompanhamento pré-natal deve ser feito com um número maior de consultas e ultrassonografias periódicas. Na gestação dicoriônica, as consultas podem ser mensais até a 28ª semana de gestação e, posteriormente, a cada 15 dias até 34 semanas, seguindo-se semanalmente até o parto. Já nas gestações monocoriônicas, as consultas devem ser realizadas a cada 15 dias, após a 16ª semana de gestação, até 34 semanas, e depois semanalmente até o parto.

Além dos exames de rotina do pré-natal, deve-se solicitar trimestralmente hemograma e urocultura, pelo maior risco de anemia materna e infecção de urina. Deve-se iniciar a suplementação de ferro no primeiro trimestre, na dose de 40 mg/dia de ferro elementar, duplicando a dose no segundo e terceiro trimestres. Como o risco de prematuridade é maior, deve-se colher cultura para EGB mais precocemente, por volta de 30 a 32 semanas de gestação. Recomenda-se maior suplementação calórica (300 calorias por dia a mais do que as grávidas de fetos únicos).

Lembre-se, também, de que as gestações gemelares são consideradas de alto risco para desenvolver pré-eclâmpsia, por isso as gestantes devem receber profilaxia com aspirina de baixa dose (100 a 150 mg/dia) entre 12 e 36 semanas e suplementação com carbonato de cálcio (1,0 a 2 g/dia).

O acompanhamento ultrassonográfico nas gestações dicoriônicas deve ser mensal, a partir de 16 semanas. Já, nas gestações monocoriônicas, esse acompanhamento deve ser quinzenal, a partir de 16 semanas, pelo risco de síndrome da transfusão feto-fetal.

Para a profilaxia de prematuridade nas gestações múltiplas, deve-se avaliar o colo uterino via vaginal e fazer progesterona vaginal se colo ≤ 25 mm ou história de prematuridade.

Nas gestações gemelares, além das ultrassonografias morfológicas do primeiro e segundo trimestre, está indicado também o ecocardiograma fetal entre 24 e 28 semanas de gestação pelo maior risco de cardiopatias.

Incorreta a alternativa A: como se trata de uma gestação monocoriônica e diamniótica, os retornos devem ser menos espaçados, a cada 15 semanas a partir de 16 semanas e semanais a partir de 34 semanas.

Correta a alternativa B: temos uma gestação gemelar de 16 semanas, cujo ultrassom de 13 semanas mostra o sinal do T, indicando ser uma gestação gemelar monocoriônica e diamniótica. Nessas gestações, o acompanhamento deve ser mais de perto, com retornos quinzenais a partir de 16 semanas.

Incorreta a alternativa C: como se trata de uma gestação monócoriônica e diamniótica, os retornos devem ser menos espaçados, a cada 15 semanas a partir de 16 semanas e semanais a partir de 34 semanas.

Incorreta a alternativa D: como se trata de uma gestação monócoriônica e diamniótica, os retornos devem ser menos espaçados, a cada 15 semanas, a partir de 16 semanas, e semanais, a partir de 34 semanas.

Gabarito: B

110- Mulher, 31 anos de idade, G1P0, idade gestacional 35 semanas é admitida na maternidade com quadro de descolamento prematuro de placenta, sendo necessário realizar cesariana de emergência. Durante o procedimento, a paciente apresentou quadro de atonia uterina refratária aos uterotônicos. Considerando esse cenário clínico, as indicações e as técnicas das suturas compressivas, assinale a alternativa correta.

- A) Deve-se realizar compressão manual do útero antes de realizar a sutura compressiva para avaliar a capacidade de controlar o sangramento.
- B) Deve-se preferir a sutura compressiva de Haymann ou Cho, uma vez que são técnicas mais rápidas e mais efetivas que a B-Lynch nesses quadros.
- C) Deve-se preferir a sutura compressiva de B-Lynch, uma vez que essa técnica controla melhor os sangramentos oriundos dos segmentos uterinos inferiores.
- D) Deve-se evitar a associação de uma ligadura de artéria uterina com a sutura compressiva pelo alto risco de comprometimento do futuro reprodutivo da paciente.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta na atonia após descolamento prematuro de placenta.

Estrategista, diante da atonia uterina e falha do tratamento medicamentoso com uterotônico e ácido tranexâmico, estão indicadas as suturas compressivas. Porém, diante de um parto cesariana, devemos tentar inicialmente a compressão manual do útero na tentativa de controlar o sangramento.

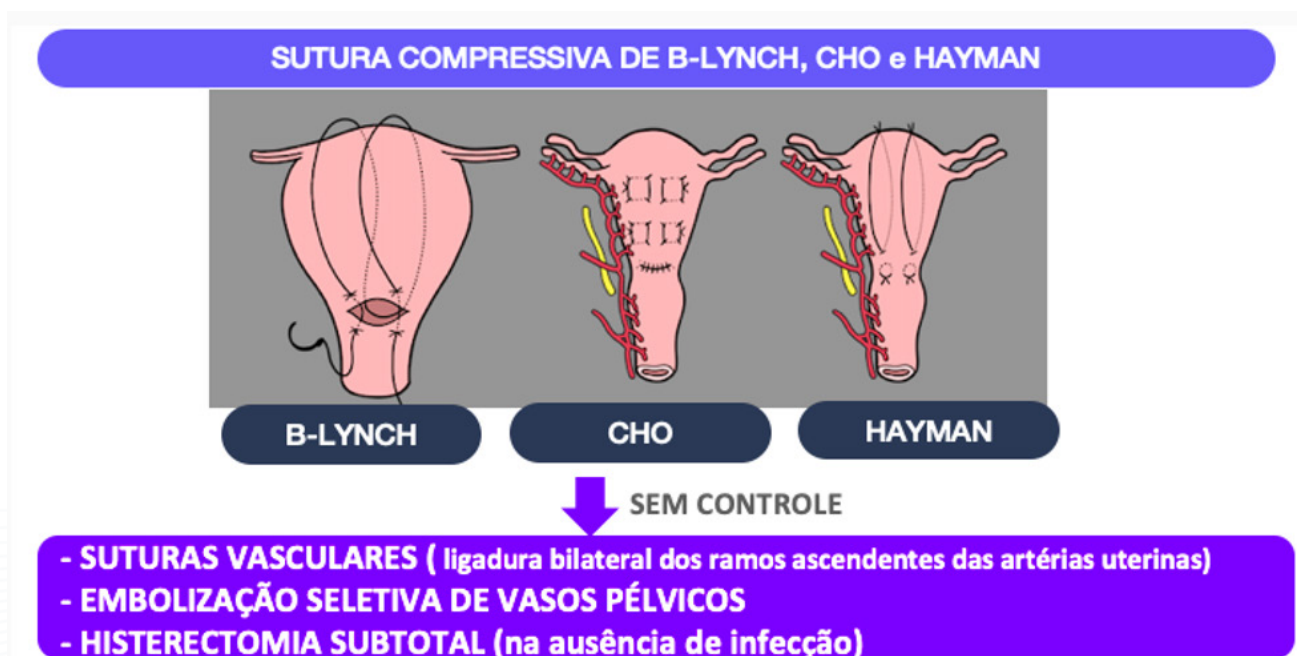
Nesse momento, vamos relembrar as 3 áreas do segmentos do útero e trato genital inferior:

S1: segmento uterino que corresponde ao corpo e fundo do útero.

S2: segmento uterino que corresponde ao colo, parte superior da vagina e paramétrios.

S3: segmento uterino do trato genital inferior, que corresponde à região da genitália externa e vagina média e inferior.

Para os sangramentos uterinos localizados no segmento S1, todas as suturas compressivas B-Lynch, CHO e HAYMAN podem ser úteis. A técnica de CHO pode ser útil tanto no sangramento no S1 quanto no S2.



Correta a alternativa A: a compressão uterina é sempre a maneira mais rápida de avaliar uma resposta a uma atonia e à capacidade de se controlar o sangramento. Se persistir o sangramento, avaliar a sutura compressiva.

Incorreta a alternativa B: a sutura compressiva de Cho ou de Haymann são escolhas nos casos de placenta prévia ou acretismo.

Incorreta a alternativa C: a sutura de B-Lynch é a sutura compressiva de escolha para controlar os sangramentos superiores no nível de S1.

Incorreta a alternativa D: apesar da realização de ligaduras, o útero tem a capacidade de criar ramos colaterais, sem prejuízo da função reprodutiva.

111- Primigesta, 25 anos de idade, 39 semanas de gestação, em fase ativa do trabalho de parto espontâneo, feto único e vivo, cefálico, com 6 cm de dilatação, membranas rotas e líquido claro. Não apresenta complicações maternas ou fetais. Evolução do trabalho de parto até o momento sem intercorrências. A cardiotocografia realizada está apresentada na imagem a seguir. Nesse caso, qual é a interpretação dessa cardiotocografia e qual é a conduta?



- A) Presença de desacelerações tardias; realizar a cesárea.
- B) Redução da variabilidade; manter cardiotocografia contínua.
- C) Presença de desacelerações variáveis; realizar amnioinfusão.
- D) Presença de desacelerações precoces; manter vigilância materna e fetal.

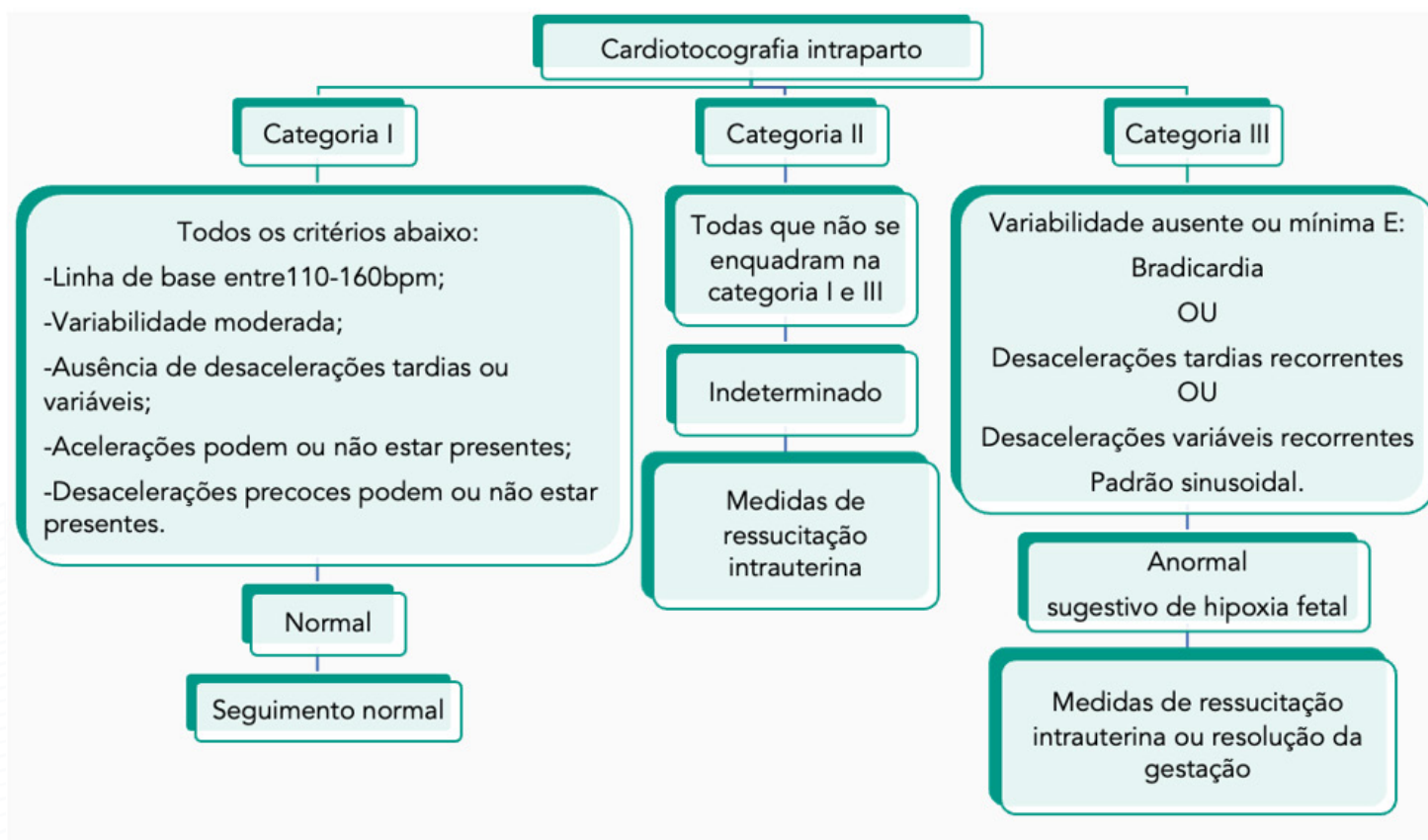
COMENTÁRIOS:

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 15seg à 2min.
Desacelerações- queda da frequência cardíaca fetal > 15 bpm durante > 15 seg. <u>Precoces:</u> desaceleração é coincidente com a contração uterina, com queda gradual e simétrica, e duração maior que 30 segundos. Resultantes da compressão do pólo cefálico durante a contração. <u>Tardias:</u> 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. <u>Variáveis:</u> 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 cardiotocografia intraparto pode ser interpretada em três categorias:



Incorreta a alternativa A: as desacelerações tardias começam após o pico da contração e são sinal de suspeita de hipóxia fetal.

Incorreta a alternativa B: na cardiotocografia em questão, a variabilidade é moderada (entre 6 a 25 bpm).

Incorreta a alternativa C: as desacelerações variáveis apresentam queda abrupta dos batimentos cardíacos e não estão relacionadas às contrações uterinas, mas sim à compressão do cordão umbilical.

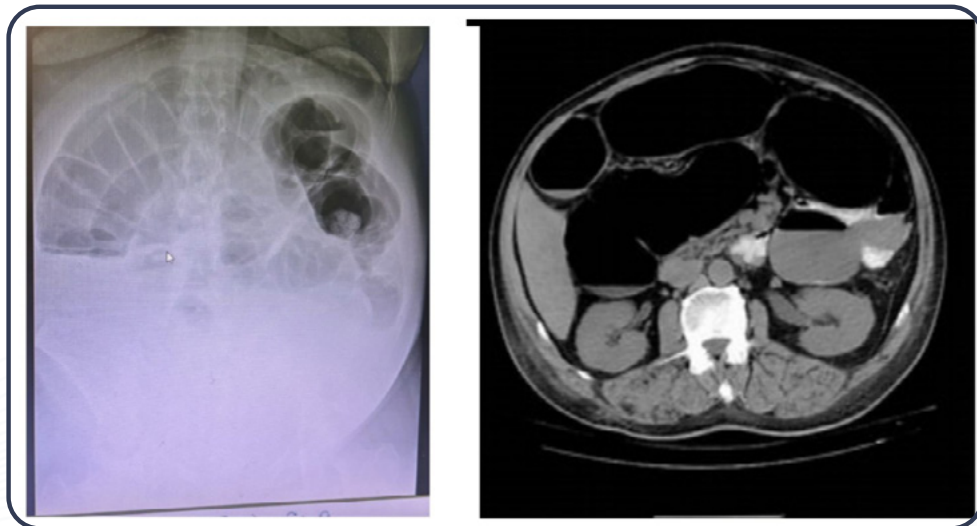
Correta a alternativa D: o traçado mostra:

- Linha de base: ~140 bpm (normal).
- Variabilidade: preservada (oscilações curtas visíveis).
- Desacelerações coincidem com os picos das contrações- desacelerações precoces.

Desacelerações precoces são fisiológicas, relacionadas à compressão cefálica, sem repercussão hipóxico-isquêmica, por isso o acompanhamento do trabalho de parto pode ser mantido.

Gabarito: D

112- Primigesta, com diagnóstico de hipotireoidismo prévio, é submetida à cesárea por síndrome HELLP e apresenta, no segundo dia pós-operatório, quadro de dor abdominal que piora ao ficar de pé e dificulta a deambulação. Ao exame: afebril, dispneia FR = 18 ipm; FC = 100 bpm; edema de MMII 3+/4+, distensão abdominal importante. Tomografia e radiografia de abdome demonstrados nas imagens a seguir.



Diante da história e dos exames apresentados, qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A) Volvo cecal
- B) Megacólon tóxico
- C) Obstrução mecânica
- D) Síndrome de Ogilvie

COMENTÁRIOS:

A pseudo-obstrução colônica aguda (síndrome de Ogilvie) é um distúrbio caracterizado por distensão aguda do cólon, com sinais e sintomas de obstrução colônica, na ausência de uma causa física de obstrução intestinal.

Existem dois tipos:

- Primária: há um distúrbio da motilidade devido à miopatia visceral familiar (síndrome da miopatia de víscera oca) ou um distúrbio difuso da motilidade que envolve a inervação autônoma da parede intestinal.
- Secundária: forma mais comum, associada a medicações neurolépticas, opiáceos e a uma série de patologias.

A síndrome de Ogilvie geralmente acomete pacientes hospitalizados ou institucionalizados, em associação com uma doença grave ou após uma cirurgia, em conjunto com um desequilíbrio metabólico ou administração de certos fármacos. As condições predisponentes mais comuns são o trauma não cirúrgico, infecção (sepse), ventilação mecânica e doença cardíaca (principalmente infarto agudo do miocárdio). Já em relação aos procedimentos cirúrgicos, os mais comuns associados foram a cesariana e a cirurgia do quadril. Os sintomas geralmente se apresentam, em média, em cinco dias no pós-operatório.

CONDIÇÕES CLÍNICAS COMUNS ASSOCIADAS À SÍNDROME DE OGILVIE

Categoria	Exemplos
Medicamentos	Opioides, anticolinérgicos, agonistas alfa-2-adrenérgicos, antipsicóticos, bloqueadores de canais de cálcio, citotóxicos, dopaminérgicos.
Trauma e cirurgia ortopédica	Fraturas, cirurgia do quadril e coluna, hematomas retroperitoneais.
Obstétrica e ginecológica	Cirurgia pélvica, especialmente envolvendo raquianestesia, cesariana, parto vaginal (normal ou instrumental).
Cirurgia ou doença cardiotorácica	Cirurgia cardíaca incluindo transplante; infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, pneumonia.
Doenças neurológicas	Parkinsonismo, acidente vascular cerebral, demência, Alzheimer.
Doenças retroperitoneais	Malignidade, hemorragia.
Desequilíbrio metabólico	Diabetes, uremia, hipocalcemia, hipocalcemia e hipomagnesemia; hipotireoidismo, hiperparatireoidismo.
Infecção	Herpes zoster.
Doenças reumatológicas	Lúpus, esclerodermia.

Devemos suspeitar de uma pseudo-obstrução colônica aguda quando um paciente clinicamente enfermo apresenta distensão abdominal súbita. No exame físico, o abdome é timpânico (principalmente no hemiabdomene direito), no entanto não costuma ser doloroso, e os ruídos hidroaéreos geralmente estão presentes. A presença de febre e sinais de irritação peritoneal são sugestivos de isquemia ou perfuração do cólon.

O diagnóstico deve ser suscitado em pacientes hospitalizados que apresentem distensão abdominal e confirmado por exame de imagem. Geralmente, o diagnóstico é feito por exclusão, sendo primordial descartar uma obstrução intestinal mecânica que necessite de tratamento cirúrgico.

Não há achados laboratoriais patognomônicos em pacientes com pseudo-obstrução aguda. A avaliação laboratorial pode revelar leucocitose e anormalidades metabólicas, especialmente hipocalcemia, hipocalcemia e hipomagnesemia, que ocorrem em mais de 50% dos pacientes.

As radiografias abdominais mostram um cólon dilatado, geralmente do ceco à flexão esplênica com haustrações normais, semelhante a uma obstrução intestinal baixa. Como os achados radiográficos abdominais não são específicos para a pseudo-obstrução colônica aguda, o papel das radiografias abdominais limita-se a monitorar o diâmetro colônico. O diâmetro de ceco considerado limítrofe, a partir do qual há risco de perfuração ou necrose isquêmica por dilatação aguda, é de 12cm (esse é o diâmetro considerado pela maioria das bancas). Alguns autores consideram um maior risco de perfuração quando o diâmetro cecal é superior a 10cm ou quando a dilatação dura mais de 6 dias.



Alternativa A incorreta, pois o volvo tem como sinal radiológico típico o “sinal do U invertido”, ou “sinal do grão de café”, ou “sinal do tubo interno dobrado”, que corresponde ao cólon sigmoide dilatado que se estende da pelve até o quadrante superior direito. Pode ser visualizado um nível hidroaéreo no cólon dilatado e quase sempre há ausência de ar no reto. Além disso, a paciente não tem fatores de risco para volvo.

Alternativa B incorreta, pois o megacólon tóxico é caracterizado por um diâmetro colônico $\geq 6\text{cm}$ ou diâmetro cecal $> 9\text{cm}$ e presença de toxicidade sistêmica.

Alternativa C incorreta, pois o procedimento cirúrgico é muito recente para uma obstrução mecânica.

Alternativa D correta. Conforme descrito acima.

Gabarito: D

113- Puérpera com diagnóstico de hemorragia pós-parto vaginal secundária à atonia uterina. Considerando-se esse cenário clínico, qual é o momento mais indicado para iniciar a administração do ácido tranexâmico?

- A) Após a falha da ocitocina.
- B) Após a inserção do balão.
- C) Após a falha de todos os uterotônicos.
- D) Imediatamente após o diagnóstico da hemorragia.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o uso do ácido tranexâmico na hemorragia pós-parto.

NÃO SE ESQUEÇA:

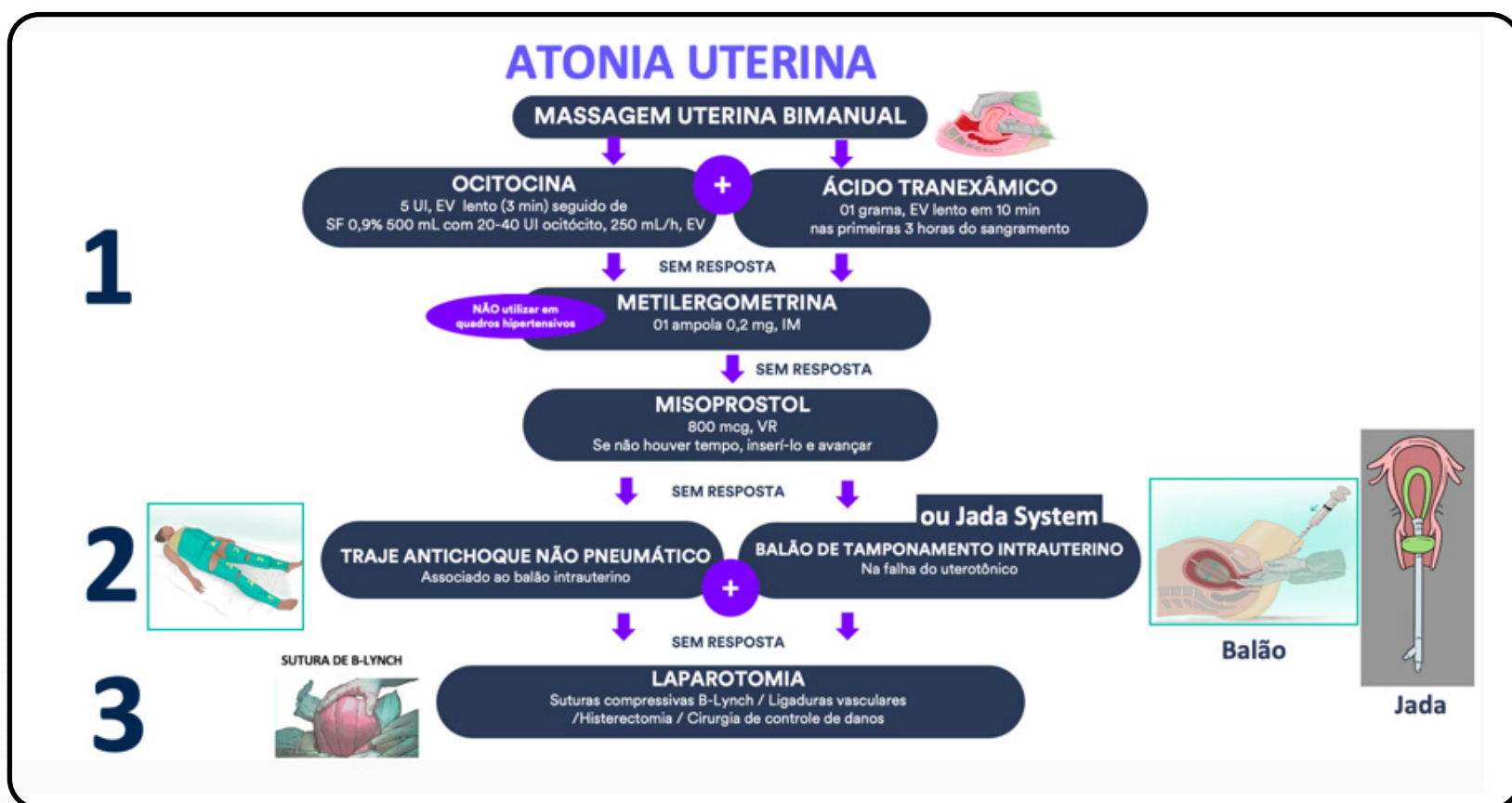
O ácido tranexâmico é administrado na dose de 1g, endovenoso, a cada seis horas. O uso de ácido tranexâmico deve ser feito para todos os casos de HPP, independentemente da causa.

Concomitantemente à manobra de Hamilton, aplica-se a ocitocina intravenosa, que é o uterotônico de primeira escolha no tratamento de HPP. Vale mencionar que existem diversos esquemas para a sua administração. A OMS recomenda aplicar ocitocina endovenosa na dose de 20 a 40UI, sendo 5UI em bólus lento e o restante diluído em 500ml de soro fisiológico a 0,9%.

Se o sangramento não se resolver com ocitocina, devem ser utilizados outros uterotônicos, como a metilergometrina, ou ergometrina, e o misoprostol, que estão disponíveis no Brasil. A ordem de aplicação dessas medicações pode variar, a depender da disponibilidade nos serviços. A metilergometrina, ou ergometrina, deve ser administrada via intramuscular na dose de 0,2mg, tendo que ser repetida a cada duas a quatro horas. Evita-se o uso dessa medicação nos quadros hipertensivos. Por sua vez, o misoprostol deve ser aplicado via retal na dose de 800mcg (quatro comprimidos).

A reposição hídrica de cristaloides e a administração de ácido tranexâmico têm de ser feitas concomitantemente aos uterotônicos para todas as puérperas com HPP.

Veja um resumo importante para estudos sobre atonia uterina.



Incorreta a alternativa A: o ácido tranexâmico está indicado logo ao diagnóstico da hemorragia pós-parto, nas primeiras 3 horas.

Incorreta a alternativa B: o balão deve ser indicado após a falha do tratamento medicamentoso da hemorragia pós-parto. O ácido tranexâmico está indicado logo ao diagnóstico da hemorragia pós-parto.

Incorreta a alternativa C: o ácido tranexâmico deve ser utilizado logo ao diagnóstico da hemorragia pós-parto como uma das primeiras opções de tratamento medicamentoso.

Correta a alternativa D: o ácido tranexâmico deve ser utilizado para qualquer causa de hemorragia pós-parto nas primeiras 3 horas após o início do sangramento.

Gabarito: D

114- Mulher, 35 anos de idade, sem acompanhamento pré-natal, G3P2, com histórico de uma cesariana há três anos, tem parto vaginal sem intercorrências. Após 45 minutos do nascimento, não ocorreu a dequitação, apesar do uso de manobras do manejo ativo do terceiro período. Nesse momento, ela apresenta um quadro de hemorragia e, durante a tentativa de retirada manual da placenta, não se identifica plano de clivagem. Diante desse cenário, e considerando as alternativas apresentadas, qual é a conduta mais adequada neste momento?

- A) Realizar histerectomia de urgência.
- B) Realizar a curetagem uterina com cureta puerperal.
- C) Manter a placenta *in situ* e administrar metotrexate.
- D) Realizar a tração do cordão umbilical com manobra de compressão do fundo uterino.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta diante do acretismo placentário.

O acretismo placentário é aquele que está aderido de forma anormal ao útero.

Pode apresentar-se das seguintes formas:

PLACENTA ACRETA	Placenta aderida de forma anormal
PLACENTA INCRETA	Placenta invade o miométrio
PLACENTA PERCRETA	Placenta invade a serosa e pode atingir órgãos adjacentes

Por meio da avaliação ultrassonográfica e da Dopplervelocimetria, podem ser encontrados os seguintes achados na avaliação placentária:

- **Ultrassonografia (sensibilidade de 77 a 93%):**
 - Perda do espaço hipoecoico retroplacentário
 - Adelgaçamento do miométrio subjacente
 - Irregularidade na interface útero bexiga
 - Protusão da placenta para a bexiga
 - Lacunas irregulares
 - Aumento da vascularização
 - Fluxo turbulento ao Doppler

Como a placenta não pode ser removida, deve-se programar uma cesárea eletiva, seguida de histerectomia puerperal, mantendo a placenta na cavidade uterina (placenta *in situ*). O parto deve ser realizado por equipe multidisciplinar que inclua obstetra experiente, anestesista, radiologista intervencionista e urologista.

A cesárea é programada entre 34 e 36 semanas quando a paciente não apresenta sangramento.

Correta a alternativa A: diante de uma placenta sem plano de clivagem, o diagnóstico é de acretismo placentário e a conduta é a histerectomia com a placenta *in situ* para não provocar um sangramento agudo e profuso.

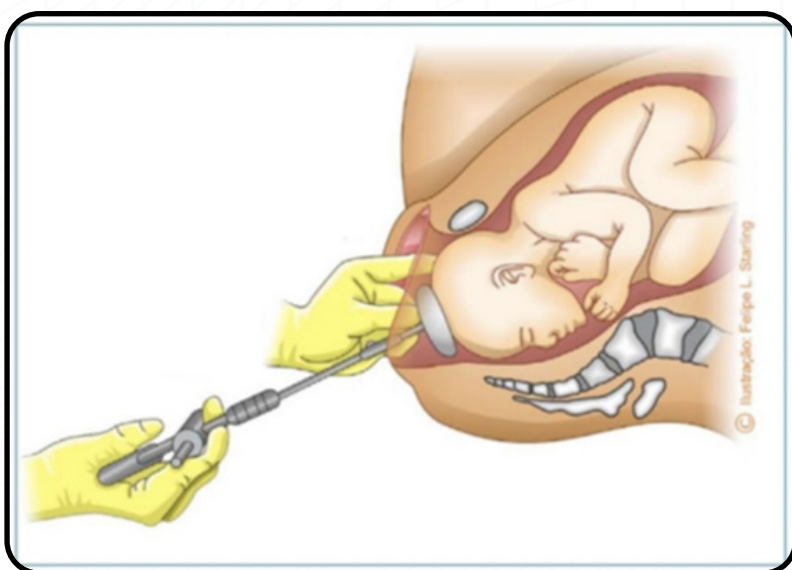
Incorreta a alternativa B: diante do acretismo placentário, deve-se indicar a histerectomia com a placenta *in situ* para evitar hemorragia intensa pela ausência de plano de clivagem.

Incorreta a alternativa C: a conduta diante do acretismo placentário é manter a placenta *in situ* para evitar sangramento intenso pela falta de plano de clivagem e prosseguir com a histerectomia.

Incorreta a alternativa D: diante de uma placenta sem plano de clivagem, o diagnóstico é de acretismo placentário e deve-se realizar a histerectomia mantendo-se a placenta *in situ*.

Gabarito: A

115- Primigesta, 20 anos de idade, 41 semanas de gestação, feto único e vivo, cefálico. Encontra-se em período expulsivo do parto há três horas. Ao exame de toque, a dilatação é total, bolsa rota, variedade de posição OEA, plano +3 de De Lee. Foi indicado o procedimento mostrado na imagem, por exaustão materna.



Nesse tipo de parto operatório, qual dos procedimentos revela uma conduta correta?

- A) Os dedos indicador e médio não devem ser posicionados no polo cefálico, pois prejudicam o acoplamento da campânula.
- B) Inicialmente, deve ser realizada a rotação da campânula para promover a rotação do polo cefálico para OP e, posteriormente, a tração.
- C) A verificação da boa pega é procedimento necessário para confirmar a ausência de tecido materno entre a campânula e a cabeça fetal.
- D) No procedimento da tração, a campânula é removida antes da exteriorização vulvar da mandíbula fetal para facilitar o desprendimento cefálico.

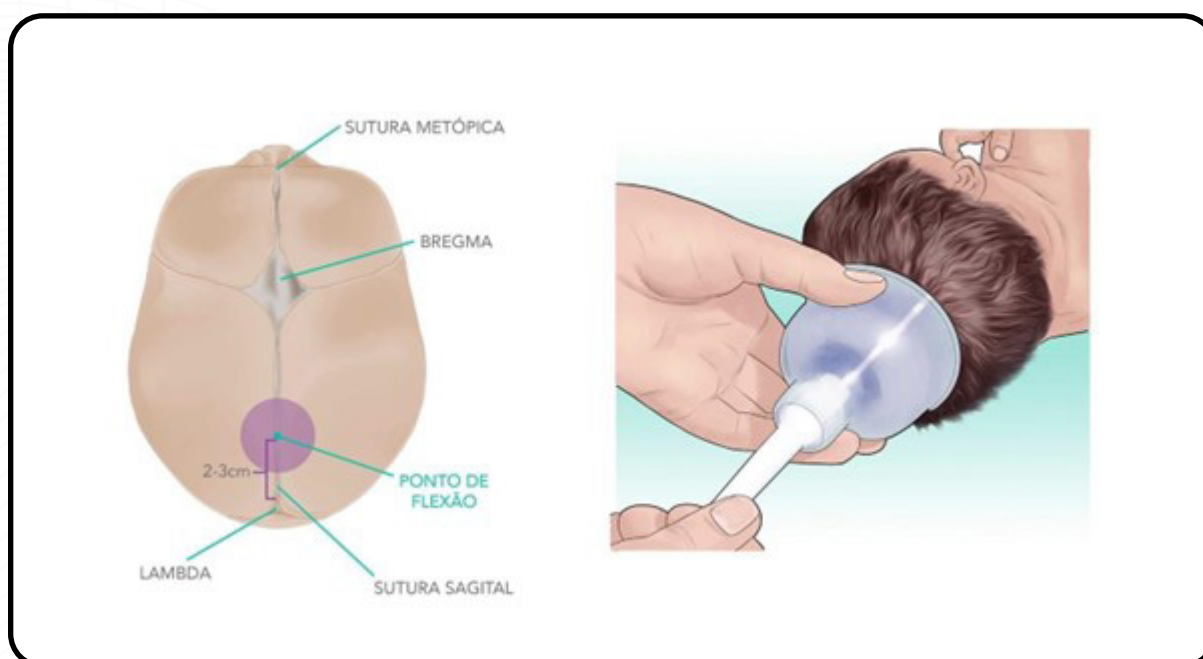
COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre vácuo extrator.

O vácuo extrator é utilizado nas mesmas indicações do fórcepe, mas tem a vantagem de não necessitar de analgesia e de causar menos lesão no assoalho pélvico. Ademais, o vácuo extrator é aplicado com mais facilidade do que o fórcepe, pois é autodirecionável.

Esse instrumento é adequado para variedades occipitoanterior, occipitoposterior e occipitotransversa e é composto por campânula extratora, tubo de conexão, bomba de sucção e manômetro.

A aplicação do vácuo extrator deve ser feita sobre a sutura sagital, próxima à fontanela posterior (*lambda*). O ideal é aplicar o vácuo extrator 3 cm à frente da fontanela posterior, denominado “ponto de flexão”. Com o centro da campânula posicionado no ponto de flexão, sua borda posterior vai distar 1 cm (um dedo) do *lambda*. A campânula não deve ser aplicada sobre as fontanelas e o posicionamento da campânula é o mesmo para qualquer variedade de posição.



Deve-se, então, calibrar o manômetro para 100 mmHg entre as contrações e 500 mmHg nas contrações. Depois da aplicação do vácuo extrator, é preciso checar se a colocação ficou correta e há ausência de tecido materno entre a campânula e a cabeça fetal e, em seguida, realizar a tração de forma gentil, em um ângulo reto com o plano da cúpula, que ficará automaticamente no eixo correto da tração. Não se devem aplicar movimentos de oscilação e rotação, apenas tração constante na linha do canal do parto. Nas variedades de posição oblíquas, a tração da campânula promove a descida do polo cefálico com autorrotação. Quando a cabeça fetal se apoiar na sínfise para iniciar a deflexão, o cabo do vácuo deve ser levantado, mudando-se da posição horizontal para quase vertical.

A tração deve ser suspensa ao término da contração, com a redução da pressão do vácuo para 100mmHg, liberando a válvula de escape. Inicia-se novamente a tração após uma nova contração. O procedimento deve ser abandonado se houver três escapes consecutivos da cúpula ou se não houver progresso em três tentativas consecutivas. A cúpula do vácuo deve ser retirada quando a raiz da mandíbula estiver acessível. Na maioria das vezes, o vácuo extrator não necessita de espaço adicional, então, por si só, não requer episiotomia.

Atenção: a tentativa de extração a vácuo deve ser interrompida quando não houver evidência de descida progressiva da cabeça fetal, quando a campânula se desprender em três ocasiões ou quando o tempo de tração exceder 20 minutos.

Incorreta a alternativa A: os dedos são posicionados no polo cefálico justamente para ajudar a estabilizar a campânula e verificar a boa pega. Não atrapalham, ao contrário, fazem parte da técnica correta.

Incorreta a alternativa B: o vácuo não deve ser usado para rotação cefálica. A função do vácuo é apenas auxiliar a tração no sentido do desprendimento. Quando é necessária pouca rotação, esta ocorre espontaneamente com a tração da cabeça fetal.

Correta a alternativa C: a verificação da “boa pega” é essencial antes da tração, pois garante que não exista tecido materno entre a campânula e a cabeça fetal e que a aplicação está sobre a área flexora da apresentação (deflexão mínima, próximo à fontanela posterior).

Incorreta a alternativa D: a campânula deve ser removida somente após a exteriorização vulvar da mandíbula fetal.

Gabarito: C

116- Puérpera está no segundo dia pós-parto induzido às 35 semanas por pré-eclâmpsia com sinais de gravidade. Está em uso de duas classes de droga anti-hipertensiva, mantendo difícil controle pressórico. Durante o plantão noturno, a paciente chama a equipe reclamando de cefaleia intensa e alteração visual (escotomas), com PA = 170 x 120 mmHg. Para o melhor cuidado com a paciente, qual é a conduta inicial?

- A) Diazepam.
- B) Sulfato de magnésio.
- C) Nifedipina sublingual.
- D) Nitroprussiato de sódio.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta diante de pré-eclâmpsia com sinais de deterioração clínica e laboratorial.

Diante de um quadro sugestivo de pré-eclâmpsia com sinais ou sintomas de deterioração clínica, por aumento dos níveis pressóricos (a partir de 160x110 mmHg) ou suspeita de lesão em órgãos-alvo, a gestante deve ser encaminhada imediatamente para internação.

As primeiras medidas diante de uma suspeita de pré-eclâmpsia grave são:

- avaliação dos níveis pressóricos;
- avaliação da vitalidade fetal (cardiotocografia e Dopplervelocimetria);
- solicitação de exames laboratoriais para investigar disfunção de órgãos-alvo (transaminases, bilirrubinas, hemograma, DHL, creatinina e proteinúria);
- estabilização hemodinâmica da gestante.

Caso seja identificado quadro de pré-eclâmpsia com sinais de deterioração clínica, iminência de eclâmpsia, eclâmpsia/*sineclâmpsia* ou síndrome HELLP, o mais importante na conduta é prevenir a ocorrência de convulsões com a aplicação do sulfato de magnésio e fazer o controle da hipertensão arterial grave com anti-hipertensivos potentes.

O sulfato de magnésio é a medicação de escolha na prevenção de episódios convulsivos diante de pré-eclâmpsia com sinais e sintomas de deterioração clínica, síndrome HELLP, iminência de eclâmpsia e hipertensão arterial grave refratária ao tratamento. Do mesmo modo, durante a eclâmpsia, o sulfato de magnésio é a medicação mais efetiva para o controle das convulsões. Por isso, essa medicação é preconizada para a prevenção e tratamento das convulsões em todos os casos graves de pré-eclâmpsia, conforme protocolos do Ministério da Saúde, da RBEHG, da ACOG, da FIGO e da ISSP.

Existem três esquemas preconizados para o uso do sulfato de magnésio: Pritchard, Zuspan e Zuspan modificado (também conhecido como esquema de Sibai). O esquema Pritchard é preferível quando se faz necessário transferir a paciente para hospital de referência, pois a administração é intramuscular. Já durante a internação, prefere-se os esquemas Zuspan e Zuspan modificado, com administração endovenosa, permitindo o melhor controle dessa medicação, com exceção da USP-SP, que utiliza o esquema de Pritchard nas pacientes internadas. A tabela a seguir mostra cada um desses esquemas com suas respectivas doses:

Esquemas	Doses inicial	Dose de manutenção
Pritchard	4g EV (bólus) em 10 a 15 min + 10 g IM (5g em cada nádega)	5g IM profunda a cada 4 horas
Zuspan	4g EV (bólus) em 10 a 15 min	1g EV por hora em bomba de infusão contínua (BIC)
Zuspan modificado (Sibai)	6g EV (bólus) em 10 a 15 min	2g EV por hora em BIC

A complicação mais temida do sulfato de magnésio é sua intoxicação, que pode levar à depressão respiratória e morte. Por isso, para sua administração segura, deve-se dosar os níveis de magnésio antes da dose de manutenção e, a cada 4 horas, realizar sua suspensão, além de observar reflexo patelar, diurese e frequência respiratória a cada hora.

O Ministério da Saúde não orienta a dosagem de magnésio para todas as pacientes, mas somente para as com função renal alterada ou com inibição dos reflexos tendinosos.

É importante administrar dose de manutenção apenas quando houver reflexo patelar presente, frequência respiratória ≥ 16 mov/min, diurese de 25 mL/hora e concentração sérica de sulfato de magnésio abaixo de 8 mEq/L.

A avaliação dos reflexos patelares e da frequência respiratória são importantes para identificar precocemente a intoxicação por sulfato de magnésio, uma vez que os primeiros sinais de intoxicação por sulfato de magnésio são: frequência respiratória < 16 mov/min e reflexo patelar ausente. Nesses casos, deve-se suspender a medicação e administrar gluconato de cálcio a 10% para evitar depressão respiratória. O gluconato de cálcio deve ser administrado na dose de 1g EV, 10 mL a 10%.

Como o magnésio é quase que totalmente depurado por excreção renal, há mais chances de intoxicação por sulfato de magnésio nos casos de diurese diminuída e creatinina alterada, já que nesses casos a filtração glomerular está comprometida. Por isso, a avaliação da diurese, preferivelmente com sondagem vesical de demora, também se faz necessária no acompanhamento das pacientes que estão recebendo essa medicação. Assim, em pacientes com falência renal (creatinina $> 1,0$, oligúria < 30 mL-25 mL/hora), a dose de manutenção deve ser reduzida para 1mg/hora.

Quando a gestante apresenta níveis pressóricos $\geq 160 \times 110$ mmHg confirmados após 15 min de repouso, considera-se que ela tem hipertensão arterial grave ou crise hipertensiva.

O controle da hipertensão arterial grave é importante para prevenir falência cardíaca, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico. O objetivo é manter a PA entre 140-150/90-100 mmHg; para isso, utilizam-se anti-hipertensivos mais potentes do que aqueles utilizados para controle de hipertensão arterial leve.

As medicações de escolha para o controle da hipertensão arterial grave na gestação são hidralazina endovenosa e nifedipina oral. No Brasil, a hidralazina é, ainda, a medicação mais utilizada nos casos de crise hipertensiva na gestação e a única opção no protocolo da USP-SP. O labetalol é uma alternativa eficaz na gestação, mas não está disponível no Brasil.

Caso a hipertensão arterial grave seja refratária a essas medicações, utiliza-se o nitroprussiato de sódio endovenoso em bomba de infusão. Devem-se evitar quedas bruscas de pressão arterial, pelo risco de diminuição do fluxo sanguíneo nos territórios cardíaco, cerebral e placentário. O nitroprussiato de sódio é a medicação de escolha diante de pré-eclâmpsia grave com edema agudo de pulmão.

As medicações utilizadas para o tratamento de crise hipertensiva estão listadas da tabela a seguir:

Medicação	Dose	Diluição
Hidralazina (EV) - medicação de escolha.	5 mg, repetir a cada 20 min até melhora.	Ampola de 20 mg/mL, diluir em 19 mL de água destilada para ter 1 mg/mL.
Nifedipina (VO) (não utilizar sublingual).	10 mg, repetir 10 mg a cada 20 min até melhora.	
Nitroprussiato de sódio (EV) Última opção, hipertensão refratária grave e edema agudo de pulmão.	0,5 – 10 µg/kg/min em bomba de infusão contínua com proteção à luz.	Ampola de 50 mg/2 mL diluir em 248 mL de SG 5% para ter 200 µg/mL. Uso por mais de 4 horas e doses acima de 2µg/Kg/min estão associados ao risco de toxicidade fetal pelo cianeto.

Incorreta a alternativa A: o diazepam não é medicação de escolha nos quadros de iminência de eclâmpsia pois não previne convulsões nesses casos e pode aumentar o risco de depressão neonatal e materna.

Correta a alternativa B: temos uma puérpera no 2º dia pós-parto, parto induzido por pré-eclâmpsia grave. Paciente evoluiu no puerpério com cefaleia intensa, escotomas e PA = 170×120 mmHg, configurando quadro de iminência de eclâmpsia. A conduta inicial prioritária é a administração de sulfato de magnésio para prevenção de convulsões.

Incorreta a alternativa C: a via sublingual para a administração da nifedipina não é recomendada para o controle gradual da PA nos casos de hipertensão arterial grave pois ocasiona queda abrupta da PA e aumenta o risco de hipóxia fetal e materna. Quando usada, deve ser VO deglutida (10 mg cápsula). Os anti-hipertensivos de ação rápida devem ser utilizados após a administração de sulfato de magnésio.

Incorreta a alternativa D: o nitroprussiato de sódio é a última escolha de anti-hipertensivo de ação rápida no controle da hipertensão arterial grave na gestação.

Gabarito: B

117- Gestante com 16 semanas dá entrada na emergência, apresentando crises convulsivas tonicoclônicas generalizadas subentrantes. O acompanhante refere que a paciente é portadora de epilepsia desde a infância, porém não tem feito uso de medicação desde que descobriu a gravidez. Nesse caso, a melhor opção terapêutica para as crises convulsivas e o fármaco de manutenção para controle da epilepsia são, respectivamente:

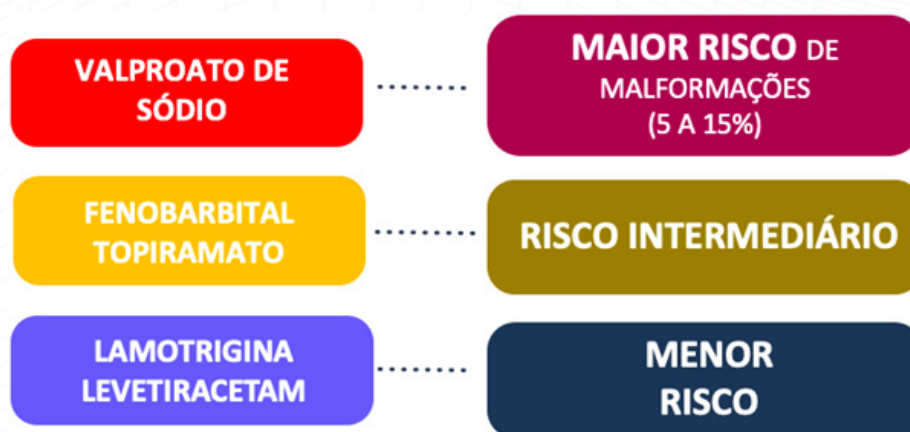
- A) fenitoína e levetiracetam.
- B) gabapentina e valproato.
- C) diazepam e carbamazepina.
- D) sulfato de magnésio e lamotrigina.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a epilepsia na gestação.

Para esta questão, vamos lembrar quais são as melhores opções terapêuticas, levando em consideração a classificação de risco do uso de medicações na gestação.

LEMBRE-SE: O valproato e o topiramato não são consideradas medicações seguras de escolha para a gestação, devendo-se evitá-las em mono ou politerapia na gestação.



Veja a classificação de risco das principais medicações antiepiléticas:

DAE E CATEGORIA DE RISCO NA GRAVIDEZ	
C	D
CLONAZEPAM	CARBAMAZEPINA
CLOBAZAM	FENITOÍNA
LEVETIRACETAM	FENOBARBITAL
GABAPENTINA	TOPIRAMATO
LAMOTRIGINA	ÁCIDO VALPRÓICO
	VALPROATO DE SÓDIO
	ETOSSUXIMICA

Correta a alternativa A: a melhor alternativa para controle das crises é a fenitoína, e o levetiracetam é uma medicação considerada como risco C na gestação sendo a de escolha durante a gestação.

Incorreta a alternativa B: O valproato e o topiramato não são consideradas medicações seguras de escolha para a gestação, devendo-se evitá-las em mono ou politerapia.

Incorreta a alternativa C: o benzodiazepínico pode ser uma opção para controle de crises, preferencialmente durante o trabalho de parto. Para a manutenção, deve-se pensar nas medicações de risco C junto ao neurologista, avaliando o risco da gestante e o uso de medicações previamente à gestação.

Incorreta a alternativa D: o sulfato de magnésio é uma escolha para a crise convulsiva na pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, não na epilepsia.

Gabarito: A

118- Mulher de 29 anos de idade, no segundo dia do puerpério, previamente diagnosticada com doença de Graves, sem tratamento adequado durante a gestação, apresenta-se com febre alta (39,2°C), agitação psicomotora, náuseas, vômitos, sudorese intensa, intolerância ao calor e tremores finos. Ao exame, está confusa, com exoftalmia bilateral, frequência cardíaca de 148 bpm (irregular), PA = 100 x 60 mmHg.

Exames laboratoriais:

- TSH: < 0,01 µUI/mL
- T4 livre: 4,5 ng/dL
- T3 total: 360 ng/dL
- Leucocitose com neutrofilia
- Glicemia: 168 mg/dL

Enzimas hepáticas elevadas.

Qual é o diagnóstico e qual é a conduta inicial mais apropriada para esse caso?

- A) Seps; iniciar antibioticoterapia de amplo espectro.
- B) Tireotoxicose; iniciar betabloqueador e benzodiazepínico.
- C) Miocardiopatia periparto; iniciar betabloqueador e corticosteroides.
- D) Crise tireotóxica; iniciar betabloqueador, propiltiouracil e corticosteroides.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta na crise tireotóxica no puerpério.

Vamos aproveitar para revisar as principais características do tratamento da crise tireotóxica.

Principais sinais e sintomas da crise tireotóxica:

Febre, taquicardia, agitação, vômitos, diarreia, desidratação, Hipotensão, arritmia cardíaca, confusão, estupor.

Tratamento e medidas gerais:

Manutenção de via aérea

Oxigenioterapia

Monitorização

Administração de líquidos

Antipiréticos

Tratamento medicamentoso:

PTU Ataque: PTU 600 a 800 mg VO ou sonda nasogástrica e manutenção: 150 a 200 mg cada 4/6 horas.

Iodeto de potássio 1G EV cada 6 h

Carbonato de lítio 300 mg VO cada 6 h

- CORTICOSTEROIDE: dexametasona 2mg EV cada 6h por 4 doses.

- PROPRANOLOL 20 a 80 mg VO cada 4/6h

- FENOBARBITAL 30 a 60 mg VO a cada 6/8hs se agitação intensa.

Agora vamos avaliar as alternativas.

Incorreta a alternativa A: os sinais e sintomas apresentados e exames tireoideanos alterados não são compatíveis com quadro de sepse.

Incorreta a alternativa B: a tireotoxicose geralmente ocorre no primeiro trimestre da gestação com sintomas menos intensos e tende a ter uma resolução espontânea.

Incorreta a alternativa C: o quadro clínico da gestante não é compatível com miocardiopatia periparto, com um quadro clínico semelhante a insuficiência cardíaca com tosse, palpitações e tontura, falta de ar e fadiga.

Correta a alternativa D: A gestante apresenta sintomas compatíveis com crise tireotóxica e está indicado iniciar betabloqueador para controle da taquicardia, propiltiouracil para tratamento da doença de Graves e controle do hipertireoidismo e o corticosteróides.

Gabarito: D

119- Gestante hipertensa crônica, com diagnóstico de pré-eclâmpsia sobreposta precoce, chega encaminhada já na vigência de sulfato de magnésio, diurese 40 mL/h, mantendo PA = 170 x 110 mmHg e cefaleia. Foi indicado aumento da dose de manutenção de sulfato de magnésio (2 g/hora) e foi administrada uma ampola de hidralazina endovenosa em bólus (20 mg), com queda da PA para 90 x 60 mmHg em 20 minutos. Considerando esse quadro clínico, assinale a alternativa correta.

- A) É preciso avaliar a função renal dessa gestante para definir a dose de sulfato de magnésio.
- B) É preciso avaliar a magneemia sérica para definir a dose de manutenção de sulfato de magnésio.
- C) A dose infundida foi adequada para o controle pressórico, sendo importante manter uma PAD < 100 mmHg para evitar sangramento de SNC.
- D) A redução brusca de PA pode causar riscos maternos (acidente vascular cerebral, infarto) e fetais (redução da perfusão uteroplacentária).

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta diante de pré-eclâmpsia com sinais de deterioração clínica e laboratorial.

Diante de um quadro sugestivo de pré-eclâmpsia com sinais ou sintomas de deterioração clínica, por aumento dos níveis pressóricos (a partir de 160x110 mmHg) ou suspeita de lesão em órgãos-alvo, a gestante deve ser encaminhada imediatamente para internação.

As primeiras medidas diante de uma suspeita de pré-eclâmpsia grave são:

- avaliação dos níveis pressóricos;
- avaliação da vitalidade fetal (cardiotocografia e Dopplervelocimetria);
- solicitação de exames laboratoriais para investigar disfunção de órgãos-alvo (transaminases, bilirrubinas, hemograma, DHL, creatinina e proteinúria);

- estabilização hemodinâmica da gestante.

Caso seja identificado quadro de pré-eclâmpsia com sinais de deterioração clínica, iminência de eclâmpsia, eclâmpsia/*sineclâmpsia* ou síndrome HELLP, o mais importante na conduta é prevenir a ocorrência de convulsões com a aplicação do sulfato de magnésio e fazer o controle da hipertensão arterial grave com anti-hipertensivos potentes.

O sulfato de magnésio é a medicação de escolha na prevenção de episódios convulsivos diante de pré-eclâmpsia com sinais e sintomas de deterioração clínica, síndrome HELLP, iminência de eclâmpsia e hipertensão arterial grave refratária ao tratamento. Do mesmo modo, durante a eclâmpsia, o sulfato de magnésio é a medicação mais efetiva para o controle das convulsões. Por isso, essa medicação é preconizada para a prevenção e tratamento das convulsões em todos os casos graves de pré-eclâmpsia, conforme protocolos do Ministério da Saúde, da RBEHG, da ACOG, da FIGO e da ISSP.

Existem três esquemas preconizados para o uso do sulfato de magnésio: Pritchard, Zuspan e Zuspan modificado (também conhecido como esquema de Sibai). O esquema Pritchard é preferível quando se faz necessário transferir a paciente para hospital de referência, pois a administração é intramuscular. Já durante a internação, prefere-se os esquemas Zuspan e Zuspan modificado, com administração endovenosa, permitindo o melhor controle dessa medicação, com exceção da USP-SP, que utiliza o esquema de Pritchard nas pacientes internadas. A tabela a seguir mostra cada um desses esquemas com suas respectivas doses:

Esquemas	Dose inicial	Dose de manutenção
Pritchard	4g EV (bólus) em 10 a 15 min + 10 g IM (5g em cada nádega)	5g IM profunda a cada 4 horas
Zuspan	4g EV (bólus) em 10 a 15 min	1g EV por hora em bomba de infusão contínua (BIC)
Zuspan modificado (Sibai)	6g EV (bólus) em 10 a 15 min	2g EV por hora em BIC

A complicação mais temida do sulfato de magnésio é sua intoxicação, que pode levar à depressão respiratória e morte. Por isso, para sua administração segura, deve-se dosar os níveis de magnésio antes da dose de manutenção e, a cada 4 horas, realizar sua suspensão, além de observar reflexo patelar, diurese e frequência respiratória a cada hora.

O Ministério da Saúde não orienta a dosagem de magnésio para todas as pacientes, somente para as com função renal alterada ou com inibição dos reflexos tendinosos.

É importante administrar dose de manutenção apenas quando houver reflexo patelar presente, frequência respiratória ≥ 16 mov/min, diurese de 25 mL/hora e concentração sérica de sulfato de magnésio abaixo de 8 mEq/L.

A avaliação dos reflexos patelares e da frequência respiratória são importantes para identificar precocemente a intoxicação por sulfato de magnésio, uma vez que os primeiros sinais de intoxicação por sulfato de magnésio são: frequência respiratória < 16 mov/min e reflexo patelar ausente. Nesses casos, deve-se suspender a medicação e administrar gluconato de cálcio a 10% para evitar depressão respiratória. O gluconato de cálcio deve ser administrado na dose de 1g EV, 10 mL a 10%.

Como o magnésio é quase totalmente depurado por excreção renal, há mais chances de intoxicação por sulfato de magnésio nos casos de diurese diminuída e creatinina alterada, já que, nesses casos, a filtração glomerular está comprometida. Por isso, a avaliação da diurese, preferivelmente com sondagem vesical de demora, também se faz necessária no acompanhamento das pacientes que estão recebendo essa medicação. Assim, em pacientes com falência renal (creatinina $> 1,0$, oligúria < 30 mL-25 mL/hora), a dose de manutenção deve ser reduzida para 1mg/hora.

Quando a gestante apresenta níveis pressóricos $\geq 160 \times 110$ mmHg confirmados após 15 min de repouso, considera-se que ela tem hipertensão arterial grave ou crise hipertensiva.

O controle da hipertensão arterial grave é importante para prevenir falência cardíaca, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico. O objetivo é manter a PA entre 140-150/90-100 mmHg; para isso, utilizam-se anti-hipertensivos mais potentes do que aqueles utilizados para controle de hipertensão arterial leve.

As medicações de escolha para o controle da hipertensão arterial grave na gestação são hidralazina endovenosa e nifedipina oral. No Brasil, a hidralazina é, ainda, a medicação mais utilizada nos casos de crise hipertensiva na gestação e a única opção no protocolo da USP-SP. O labetalol é uma alternativa eficaz na gestação, mas não está disponível no Brasil.

Caso a hipertensão arterial grave seja refratária a essas medicações, utiliza-se o nitroprussiato de sódio endovenoso em bomba de infusão. Devem-se evitar quedas bruscas de pressão arterial, pelo risco de diminuição do fluxo sanguíneo nos territórios cardíaco, cerebral e placentário. O nitroprussiato de sódio é a medicação de escolha diante de pré-eclâmpsia grave com edema agudo de pulmão.

As medicações utilizadas para o tratamento de crise hipertensiva estão listadas na tabela a seguir:

Medicação	Dose	Diluição
Hidralazina (EV) - medicação de escolha.	5 mg, repetir a cada 20 min até melhora.	Ampola de 20 mg/mL, diluir em 19 mL de água destilada para ter 1 mg/mL.
Nifedipina (VO) (não utilizar sublingual).	10 mg, repetir 10 mg a cada 20 min até melhora.	
Nitroprussiato de sódio (EV) Última opção, hipertensão refratária grave e edema agudo de pulmão.	0,5 – 10 $\mu\text{g/kg/min}$ em bomba de infusão contínua com proteção à luz	Ampola de 50 mg/2 mL diluir em 248 mL de SG 5% para ter 200 $\mu\text{g/mL}$. Uso por mais de 4 horas e doses acima de 2 $\mu\text{g/Kg/min}$ estão associados ao risco de toxicidade fetal pelo cianeto.

Incorreta a alternativa A: a função renal deve ser monitorada, mas a dose de manutenção do sulfato de magnésio não é definida rotineiramente pela função renal. Só em insuficiência renal grave pode ser necessário ajuste da dose de sulfato de magnésio.

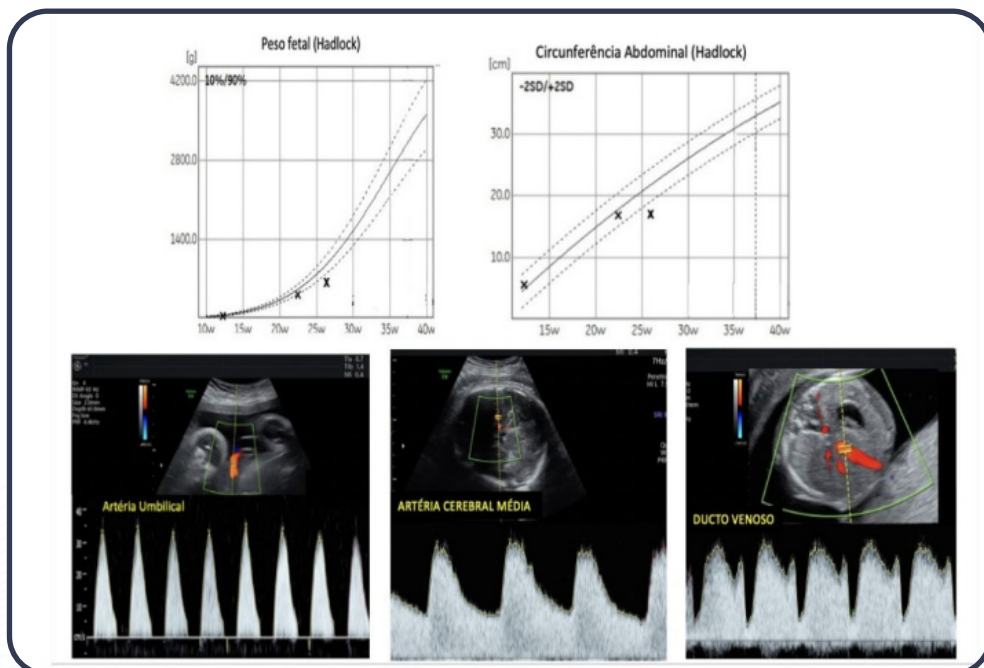
Incorreta a alternativa B: a magnesemia sérica não guia a dose de manutenção. O monitoramento é clínico com avaliação da diurese, frequência respiratória e reflexos patetares. Magnesemia só é medida em suspeita de intoxicação ou insuficiência renal.

Incorreta a alternativa C: a dose de hidralazina utilizada não foi adequada, com dose alta e em bólus, reduzindo abruptamente a pressão arterial. O alvo pressórico está correto (PAD < 100), mas a forma de redução está incorreta.

Correta a alternativa D: a paciente recebeu dose excessiva de hidralazina (20 mg em bólus). A recomendação é iniciar com 5 mg EV lento, reavaliar após 20 minutos, podendo repetir a cada 20 minutos. A redução da PA deve ser gradual, com alvo de PAS 140–150 mmHg e PAD 90–100 mmHg, evitando quedas bruscas. Uma queda súbita, como ocorreu na paciente, pode ocasionar hipoperfusão materna (AVC isquêmico, infarto) e sofrimento fetal (hipóxia por queda de perfusão uteroplacentária).

Gabarito: D

120- Gestante com 28 semanas comparece à consulta pré-natal para avaliação de exame demonstrado nas imagens a seguir.



Quais são o diagnóstico, o acompanhamento adequado e a idade recomendada para o parto?

- A) Suspeita de acidose, interrupção da gestação imediatamente.
- B) Suspeita de acidose leve, monitoramento a cada dois dias, parto na 32ª semana.
- C) Insuficiência placentária moderada, monitoramento semanal, parto na 37ª semana.
- D) Insuficiência placentária grave, monitoramento duas vezes por semana, parto na 34ª semana.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre 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.

Para isso, deve-se fazer avaliação ultrassonográfica seriada da velocidade de crescimento fetal e avaliação da vitalidade fetal pelo perfil biofísico, Dopplervelocimetria obstétrica e cardiotocografia.

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.

Estágio	Correlação Patológica	Critérios (Pelo Menos 1)	Monitorização	Idade Gestacional e Via de Parto
I	Insuficiência placentária leve	Peso fetal < p3 AU IP > p95 AUL IP > p95 ACM IP < p5 RCP < p5	semanal	≥ 37 sem Indução do parto
II	Insuficiência placentária severa	AU diástole ausente IAo diástole reversa	2x por semana	≥ 34 sem Cesárea
III	Baixa suspeita de acidose fetal	AU diástole reversa DV IP > p95	24 - 48h	≥ 30 sem Cesárea
IV	Alta suspeita de acidose fetal	DV reverso Desaceleração da FCF CTGe STV < 3 ms	12 - 24h	≥ 26 sem Cesárea

A RCF pode ser estadiada conforme as recomendações de Gratacós (2014), que é a referência utilizada pelo Ministério da Saúde no Manual de Gestação de Alto Risco. A tabela a seguir resume esse estadiamento e as condutas orientadas para cada um desses estágios.

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 3	RCF com Doppler de AUmb com diástole zero	Severo	- 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.

Incorreta a alternativa A: considera-se suspeita de acidose quando o ducto venoso apresenta diástole reversa. No ultrassom apresentado, a diástole da onda A está presente.

Incorreta a alternativa B: considera-se suspeita de acidose leve quando a artéria umbilical apresenta diástole reversa ou quando o ducto venoso está alterado. Nesses casos, o acompanhamento é diário e o parto deve ser feito com, no máximo, 30 semanas.

Incorreta a alternativa C: a classificação considera insuficiência placentária leve quando o Doppler das artérias uterinas, umbilical ou cerebral média está alterado, mas há diástole da artéria umbilical e o ducto venoso está normal. Nesses casos, o parto pode acontecer até 37 semanas. O caso apresentado é de insuficiência placentária severa, uma vez que a diástole da artéria umbilical está ausente.

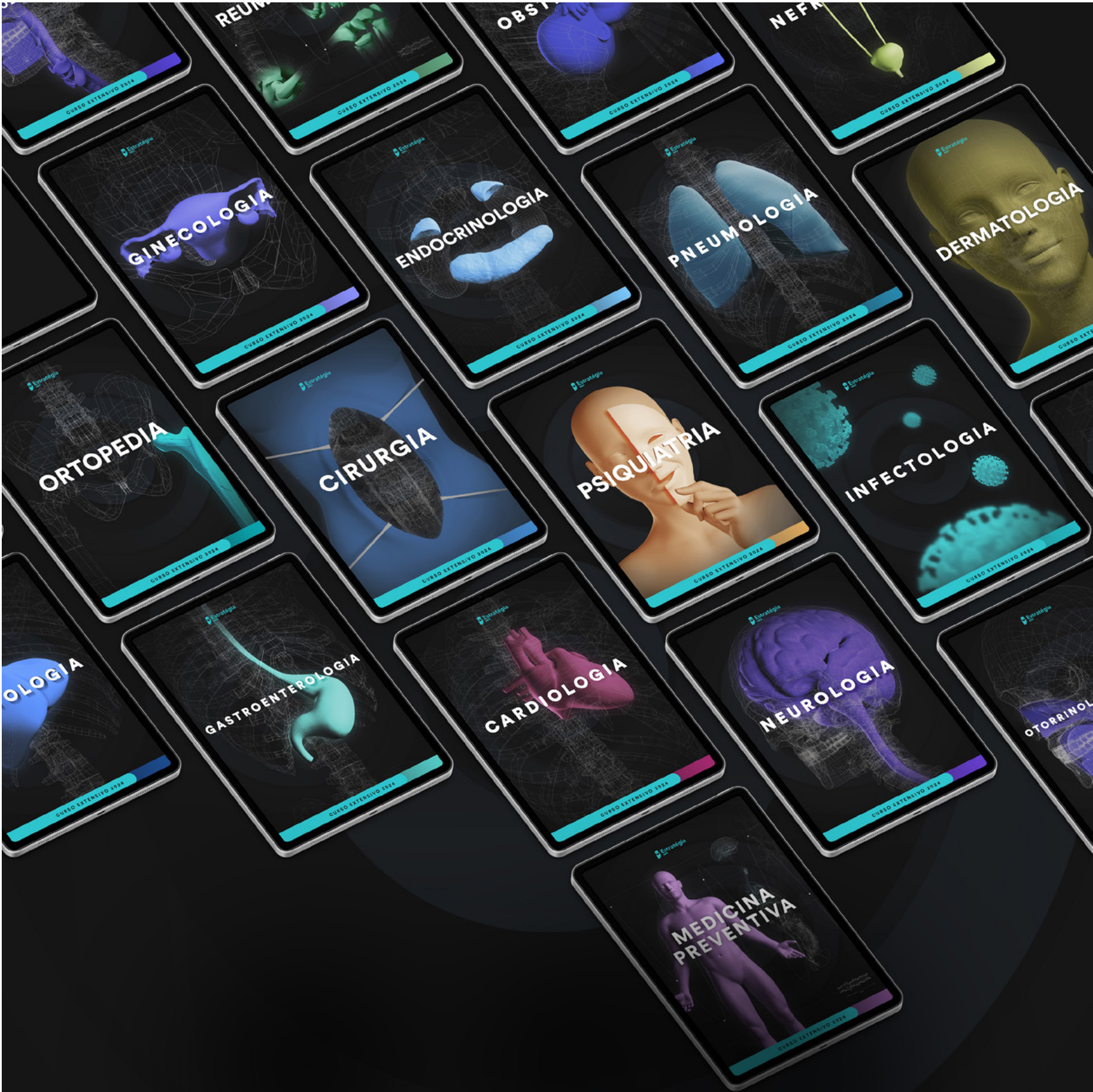
Correta a alternativa D: a ultrassonografia mostra um peso fetal e uma circunferência abdominal fetal abaixo do percentil 10 para a idade gestacional, indicando uma restrição de crescimento fetal. A Dopplervelocimetria mostra artéria umbilical com diástole ausente, artéria cerebral média dilatada (diástole cheia) e ducto venoso com onda A presente. Sendo assim, o feto é classificado como estágio II de Gratacós e estágio III pela classificação do Ministério da Saúde, sendo uma insuficiência placentária grave. O seguimento desses fetos deve ser feito com Dopplervelocimetria 2 vezes por semana pelo protocolo de Gratacós e diariamente pelo protocolo do Ministério da Saúde. A resolução da gestação deve ser com 34 semanas, por cesariana.

Gabarito: D

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por tudo isso que mostramos nesse E-book, acreditamos que se você quer se dar bem na sua prova de título ou nas etapas do seu teste do progresso, você precisa usar ferramentas que te auxiliem a focar os estudos no que realmente importa.

O Estratégia MED desenvolveu o material perfeito para você que tem pouco tempo e que quer se preparar nessa reta final antes da prova. O Curso Estratégia TEGO é a ferramenta que faltava na sua preparação. Vem ser coruja e voar mais alto!!!



med.estrategia.com