

# EBOOK

## GUIA DA APROVAÇÃO

**R+** **GO** **ENARE**  
2 0 2 6

## INTRODUÇÃO

O ENARE (Exame Nacional de Residência) surgiu como o principal instrumento de seleção unificada para programas de residência médica no Brasil. Organizado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh/MEC), o ENARE representa hoje a maior porta de entrada para quem busca especialização médica — inclusive nas áreas de atuação e subespecialidades, como a R+ em Ginecologia e Obstetrícia.

Nas últimas edições, o exame mostrou crescimento expressivo: a edição 2025/2026 registrou cerca de **87 mil inscrições homologadas**, 63,7% a mais do que a edição anterior. Ao mesmo tempo, a oferta de vagas permanece muito mais limitada — gerando uma concorrência intensa e exigindo preparo rigoroso, especialmente em áreas concorridas como GO.

Para o candidato ao R+ de GO, isso significa que não basta conhecimento técnico: é preciso estratégia, domínio das áreas mais cobradas, agilidade na resolução das questões e segurança de raciocínio. E esse cenário torna indispensável um estudo focado, organizado e orientado pelas características reais da prova.

Este e-book foi pensado exatamente para isso. Nele, você encontrará:

- Uma **análise estatística atualizada** das últimas edições da prova de R+ de GO no ENARE
- A **prova de 2025/2026 resolvida e comentada alternativa por alternativa**, com ênfase nas pegadinhas, nas áreas de maior incidência e nas estratégias para maximizar o desempenho.

Nosso objetivo é oferecer não apenas conteúdo, mas **inteligência de preparação**. Queremos transformar os dados, os padrões e as questões passadas em combustível para sua aprovação.

Se você está decidido a conquistar sua R+ em Ginecologia e Obstetrícia, este material será seu primeiro passo — estruturado, orientado, eficiente.

Boa leitura — e boa preparação.

**Time de GO Estratégia MED**

 Estratégia MED

 @estrategiamed

 @estrategiamed

 t.me/estrategiamed

 /estrategiamed

# SUMÁRIO

<b>1.0 ESTATÍSTICA</b>	<b>4</b>
<b>2.0 PROVA 2025/26 ENARE R+ GO</b>	<b>6</b>
<b>3.0 GABARITO</b>	<b>34</b>
<b>4.0 PROVA COMENTADA</b>	<b>35</b>

## CAPÍTULO

## 1.0 ESTATÍSTICA

Estudar para a R+ de GO sem dominar os dados das últimas provas é trabalhar no escuro. O ENARE tem um padrão — e ele não é aleatório.

Os gráficos a seguir mostram, de forma objetiva, como a banca distribuiu os temas de Ginecologia e Obstetrícia nos últimos anos. E, quando você analisa os números friamente, o panorama fica claro: **há um conjunto pequeno de assuntos que concentram a maior parte das questões e determinam quem realmente disputa as primeiras posições.**

Em **Ginecologia**, conceitos como **amenorreia, planejamento familiar, rastreamento do câncer do colo uterino, vulvovaginites e infertilidade** aparecem repetidamente no topo das incidências. Esses temas sozinhos somam um volume desproporcional de perguntas, ano após ano. No extremo oposto, assuntos como **vacinação, climatério, dor pélvica crônica e pólipos** têm participação mínima — importantes clinicamente, mas pouco frequentes no ENARE. Isso cria um cenário em que dominar os *grandes pilares* da prova vale muito mais do que tentar revisar toda a Ginecologia de forma homogênea.

Já em **Obstetrícia**, a tendência é ainda mais marcada. **Sangramento da 1ª metade da gestação, parto, pré-natal e distúrbios hipertensivos** são responsáveis pela maior parte do peso da prova. Eles aparecem com incidência muito maior do que os demais temas, servindo como verdadeiro eixo estruturante do ENARE em R+ GO. Seguem logo atrás tópicos como **doenças infecciosas na gestação, gestação múltipla, ultrassonografia obstétrica, alterações do líquido amniótico e diabetes gestacional**, que também mantêm relevância elevada e constante.

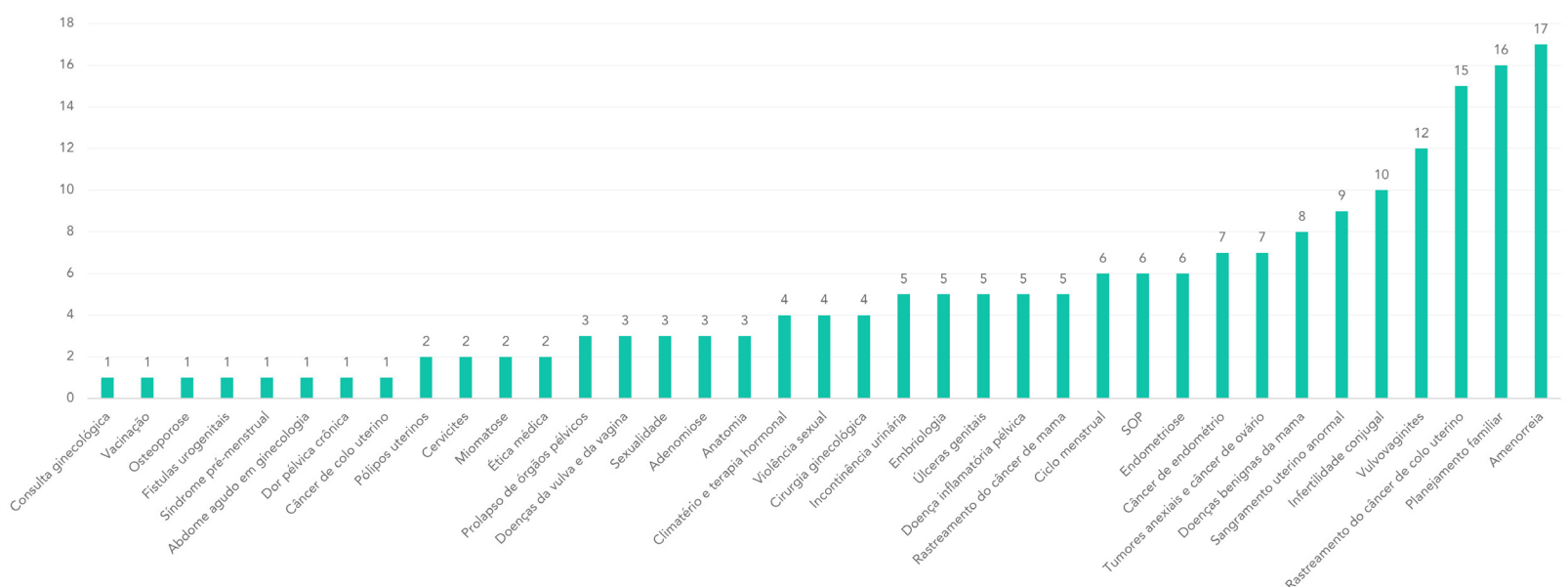
O recado dos dados é simples: **o ENARE premia o candidato que estuda com foco, e não quem tenta “abraçar tudo”.**

Quem direciona o estudo para os assuntos mais incidentes começa a prova com vantagem real.

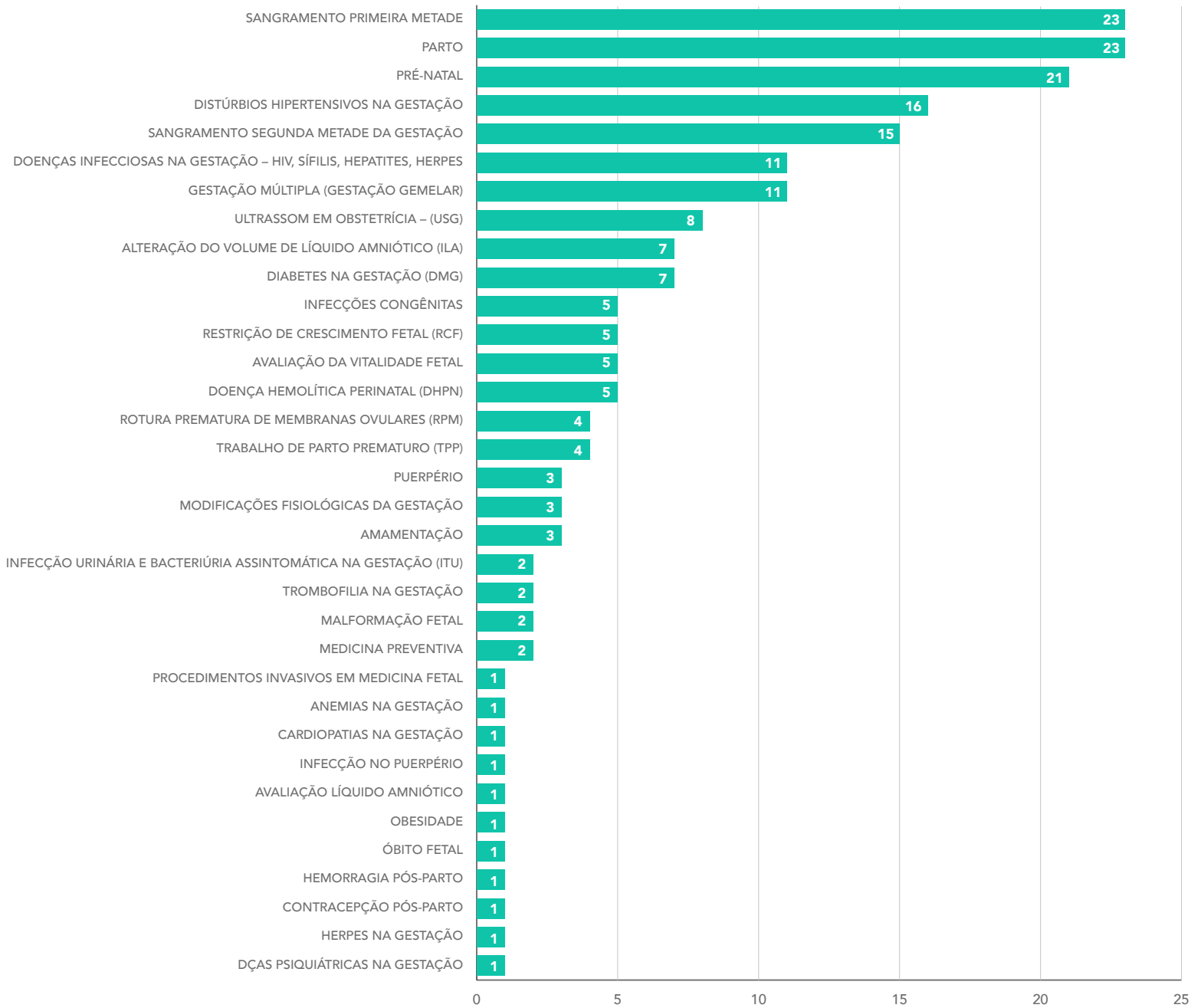
A seguir, você verá a distribuição completa dos temas e como eles se organizaram nos últimos anos. Essa leitura não é opcional: ela deve guiar sua estratégia de revisão, seus simulados e a forma como você monta seu cronograma.

As estatísticas existem para uma única finalidade: **fazer você estudar exatamente o que mais aprova.**

TEMAS EM GINECOLOGIA R+GO ENARE



### TEMAS OBSTETRÍCIA R+ ENARE



## CAPÍTULO

**2.0 PROVA 2025/26 ENARE R+ GO**

**01.** Gestante de 27 anos, G2P1A0, com 9 semanas de gestação, comparece à consulta de primeira vez de pré-natal, quando recebe orientações sobre vacinação na gravidez. Ela está em boas condições clínicas, não tem comorbidades e refere já ter sido vacinada uma vez contra a covid-19, há 9 meses, ainda na gestação anterior.

Com relação à vacina contra a covid-19 na gestação atual, assinale a afirmativa correta.

- A) A vacinação contra covid-19 está contraindicada na gestação e durante o aleitamento.
- B) A vacinação contra covid-19 na gestação não é necessária já que a última dose foi há menos de 12 meses.
- C) Deverá receber uma dose única da vacina contra covid-19 após 20 semanas de gestação.
- D) Deverá receber uma dose da vacina de covid-19 já na 9ª semana de gestação em que ela se encontra, podendo fazer o reforço após 6 meses.
- E) Deverá receber uma dose da vacina de covid-19 já na 9ª semana de gestação em que ela se encontra, com reforço programado para 3 e 6 meses de intervalo.

**02.** Gestante procurou a Clínica da Família para iniciar seu pré-natal. Trata-se de primigesta, 22 anos de idade, sem comorbidades.

Entre os exames de rotina pré-natal que foram solicitados para ela, está a sorologia para

- A) rubéola.
- B) citomegalovírus.
- C) HTLV 1/2.
- D) brucelose.
- E) listeriose.

**03.** Gestante a termo dá entrada em maternidade com queixas de contrações uterinas. Ao exame obstétrico, diagnosticou-se fase ativa do trabalho de parto.

Ao ser encaminhada para o centro de parto, recebeu a orientação correta do médico plantonista de que

- A) não era permitida a presença de acompanhante durante o parto e o pós-parto.
- B) só era permitida a presença de acompanhante do sexo feminino após o parto.
- C) só era permitida a presença de acompanhante do sexo feminino durante o parto e após o parto.
- D) a presença de acompanhante de livre escolha da paciente era permitida apenas nos partos vaginais, mas não nas cesarianas.
- E) a presença de acompanhante de livre escolha da paciente era permitida tanto no parto vaginal quanto na cesariana e durante toda a internação na maternidade após o parto.

**04.** Durante o parto vaginal de uma paciente que optou por parir semissentada, após a saída da cabeça fetal, observou-se retração da cabeça contra o períneo (sinal da tartaruga) e falha na progressão do polo cefálico. Foi orientado o aumento do agachamento materno e realizada uma pressão suprapúbica, sem sucesso.

A manobra externa mais adequada para essa situação é realizar

- A) reposicionamento da parturiente em quatro apoios.
- B) manobra de pressão no fundo uterino.
- C) tração axial da cabeça fetal para liberar a espádua anterior.
- D) pressão direta com os dedos sobre a face posterior do ombro fetal anterior em direção do tórax fetal.
- E) clidotomia.

**05.** Parturiente sem comorbidades pré-gestacional ou durante o pré-natal, encontra-se exausta após 12 horas de trabalho de parto. A última ultrassonografia mostrava um peso estimado fetal de 4.100 g. Para abreviar o período expulsivo, seu obstetra pretende aplicar um fórcepe de Simpson para alívio.

Para tal, a condição de praticabilidade do fórcepe deverá ser

- A) feto no plano I de Hodge.
- B) bolsa amniótica rota.
- C) apagamento cervical de 100% e dilatação de 9 cm.
- D) apresentação cefálica de face.
- E) variedade de posição occipito-transversa.

**06.** Parturiente de 18 anos, G1P0A0, apresentou quadro de pré-eclâmpsia durante a gestação, sem sinais de gravidade. No transcurso da 40ª semana de gestação, procurou a maternidade com forte dor pélvica que já durava 12 h e sangramento transvaginal de pequena monta, vermelho escuro. Foi imediatamente submetida à cesariana, estando a placenta inteiramente descolada na cavidade uterina e o feto morto.

Após 1 h da cesariana, ainda na recuperação pós-anestésica, ela evoluiu com sangramento transvaginal abundante e sinais de instabilidade hemodinâmica (PA 80 × 40 mmHg, FC 120 bpm, extremidades frias). Ao exame físico, o útero encontrava-se normotônico e localizado na altura esperada. A paciente recebeu 1.500 mL de cristalóide, duas unidades de concentrado de hemácias e ocitocina em bomba de infusão, com pouca resposta e persistência do sangramento.

Assinale a opção que indica o quadro dessa paciente e a melhor conduta para o caso.

- A) Ruptura uterina oculta e indicar laparotomia exploradora.
- B) Atonia uterina refratária e iniciar misoprostol e massagem uterina.
- C) Coagulopatia de consumo e solicitar coagulograma e iniciar reposição com plaquetas e fatores de coagulação.
- D) Inversão uterina subaguda e realizar reposicionamento manual sob analgesia adequada.
- E) Hematoma retroperitoneal e solicitar tomografia e manejo conservador com suporte hemodinâmico.

**07.** Nutriz de 28 anos, G2P2, comparece ao pronto-socorro no 4º dia do puerpério após cesariana por desproporção cefalopélvica. Queixa-se de febre diária (até 39,2°C), com calafrios, dor abdominal difusa e loquiação fétida. Ao exame, encontra-se febril (38,9°C), taquicárdica (112 bpm), com dor à palpação do hipogástrio. A ferida operatória está com bom aspecto. O útero encontrava-se aumentado e subinvoluído à palpação abdominal. Exames laboratoriais: leucograma: 18.500/mm<sup>3</sup> com desvio à esquerda, PCR: 185 mg/L. Ultrassonografia abdominal pélvica mostrou útero aumentado com conteúdo heterogêneo intracavitário, sem gás, com espessamento endometrial, sem coleções abdominais. Foram colhidas urocultura e hemocultura e iniciada antibioticoterapia venosa com clindamicina e gentamicina. Após 72 h do antibiótico, a paciente mantinha febre, apesar de boa resposta hemodinâmica. Ambas as culturas vieram negativas.

A principal hipótese diagnóstica e a melhor conduta para esta paciente, neste momento, são, respectivamente,

- A) endometrite puerperal com foco persistente, manter antibióticos.
- B) infecção de ferida operatória profunda, solicitar TC de abdome e considerar drenagem cirúrgica.
- C) abscesso tubo-ovariano pós-parto, solicitar ressonância pélvica e avaliar necessidade de drenagem.
- D) tromboflebite pélvica séptica, iniciar heparina associada à antibioticoterapia.
- E) necrose uterina séptica, indicar histerectomia.

**08.** Gestante de 31 anos, G2P1, com 30 semanas de gestação, procura atendimento com história de febre alta há 3 dias, cefaleia, dor retro-orbital, mialgia intensa e náuseas. Relata diminuição da movimentação fetal nas últimas 12 horas.

Ao exame, apresenta-se febril (38,5°C), com pressão arterial de 80 × 50 mmHg, pulso 108 bpm, frequência respiratória de 30 irpm, presença de petéquias em membros inferiores e dor à palpação do hipocôndrio direito. Exames laboratoriais: hematócrito: 42% (aumento em relação ao basal de 35%), plaquetas: 85.000/mm<sup>3</sup>, TGO: 145 U/L, TGP: 130 U/L, teste rápido NS1 positivo, proteinúria ausente. Doppler obstétrico: mostrou centralização da circulação fetal e a cardiocardiografia mostrou reatividade ausente, variabilidade mínima.

Considerando-se a condição apresentada pela gestante, sua classificação da dengue segundo o Ministério da Saúde e a melhor conduta obstétrica neste momento são:

- A) dengue com sinais de alarme, manter hidratação venosa rigorosa e vigilância materno-fetal em enfermaria.
- B) dengue grave, admissão em UTI, estabilização hemodinâmica e antecipação do parto com cuidados obstétricos apropriados à idade gestacional.
- C) dengue clássica, tratar como ambulatorial com hidratação oral e seguimento obstétrico próximo.
- D) dengue com sinais de alarme, iniciar corticoide para melhora do quadro materno e aguardar estabilização.
- E) dengue grave, iniciar esquema antibiótico amplo e administrar imunoglobulina IV pela plaquetopenia.

**09.** Adolescente de 13 anos, acompanhada da mãe, procura a emergência obstétrica relatando ter sido vítima de estupro por um conhecido da família há cerca de 2 meses. Refere atraso menstrual de 5 dias, náuseas e desconforto abdominal.

O teste rápido de gravidez é positivo, mas a idade gestacional da ultrassonografia não bate com a data do relato do estupro. Ao ser acolhida por equipe multiprofissional, a adolescente manifesta expressamente o desejo de interromper a gestação.

A mãe também concorda com o procedimento. Todavia, a diretora técnica da unidade alega que o aborto não tem respaldo legal, uma vez que a data relatada da violência não bate com a idade gestacional. Além disso, a diretora refere também objeção de consciência institucional e diz que o procedimento não será realizado ali.

Com base na legislação brasileira e nas diretrizes técnicas do Ministério da Saúde, a conduta mais adequada nesse caso é

- A) não realizar o aborto, porque a Constituição brasileira garante a objeção de consciência institucional, devendo a paciente ser transferida de unidade.
- B) não realizar o aborto, já que a idade gestacional não coincide com a data do relato da violência, perdendo o amparo legal dos casos de estupro.
- C) encaminhar a paciente ao Instituto Médico Legal para comprovação do estupro antes da autorização do aborto legal.
- D) solicitar autorização judicial, pois a paciente é menor de idade, mesmo com o consentimento da mãe.
- E) realizar o aborto legal imediatamente, com termo de consentimento assinado pela paciente e responsável, sem necessidade de boletim de ocorrência.

**10.** Gestante de 35 anos, G4P2A1, com 38 semanas de gestação, dá entrada em fase ativa de trabalho de parto com 6 cm de dilatação, bolsa íntegra e feto único em apresentação pélvica. Durante o exame vaginal, ocorre ruptura accidental da bolsa amniótica com saída de líquido claro.

Imediatamente após o exame, a paciente refere sensação súbita de pressão perineal intensa. Ao toque, o obstetra identifica uma estrutura pulsátil no canal vaginal e a cardiotocografia mostra bradicardia fetal sustentada (FCF 80 bpm) por mais de 5 minutos.

A conduta adequada, neste momento, é:

- A) colocar a paciente em posição de prece maometana e aguardar progressão do parto vaginal.
- B) realizar elevação manual da apresentação fetal e preparo urgente para cesariana.
- C) induzir o parto vaginal, desde que o monitoramento contínuo esteja disponível.
- D) administrar ocitocina para acelerar o parto a fim de reduzir o tempo de sofrimento fetal.
- E) aplicar vácuo-extrator para acelerar o nascimento.

**11.** Gestante de 28 anos, G2P1, com 30 semanas de gestação e diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 1 desde a infância, dá entrada no pronto atendimento com queixa de náuseas, vômitos, fraqueza intensa e redução da movimentação fetal nas últimas 24 horas. Relata infecção urinária em tratamento com antibiótico há 2 dias. Ao exame: PA 100 × 70 mmHg, FC 122 bpm, FR 26 irpm, temperatura 37,8 °C, desidratada, soporosa e taquipneica (respiração de Kussmaul). A palpação obstétrica revelou ausência de atividade uterina. Ausculta fetal com BCF 160 bpm. Exames laboratoriais: glicemia capilar: 260 mg/dL, gasometria venosa: pH 7,18; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 11 mEq/L; pCO<sub>2</sub>: 28 mmHg, cetonemia positiva (+++), potássio sérico: 4,5 mEq/L, creatinina: 1,3 mg/dL, EAS: piúria (++), nitrito positivo. Ultrassonografia obstétrica mostrava feto único, BCF presente, movimento fetal discreto, líquido amniótico normal.

A conduta adequada para essa gestante é:

- A) iniciar hidratação com solução fisiológica 0,9%, insulinoterapia venosa contínua, monitorar eletrólitos e manter tratamento da infecção de base.
- B) iniciar infusão de bicarbonato de sódio venoso imediatamente, para proteger o feto da acidose.
- C) iniciar insulinoterapia subcutânea de ação rápida e aguardar resposta clínica antes de medidas adicionais.
- D) suspender a antibioticoterapia em curso e aguardar melhora metabólica antes de retornar com o antimicrobiano.
- E) indicar interrupção imediata da gestação por cesariana devido ao risco fetal iminente.

**12.** Paciente de 26 anos, G1P0, com história de ciclos regulares e sem uso de contraceptivo, procura atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento com dor pélvica leve e discreto sangramento transvaginal há 4 dias. Relata atraso menstrual de 6 semanas.

Ao exame físico: encontra-se hemodinamicamente estável, sem dor à palpação profunda e sem sinais de irritação peritoneal. O toque vaginal evidencia útero de tamanho normal e ausência de dor em sua mobilização. A ultrassonografia pélvica-transvaginal mostra endométrio fino, ausência de saco gestacional intrauterino e imagem anexial à direita de 18 mm, sem líquido livre em fundo de saco.

Exames laboratoriais: gonadotrofina coriônica humana (hCG) inicial - 870 UI/L, hemograma normal, tipagem sanguínea - O Rh positivo, função hepática e renal normais. A paciente foi internada para observação e repetiu o hCG em 48h, cujo resultado foi 690 UI/L.

Diante desse cenário, a melhor conduta para essa paciente é

- A) acompanhar ambulatorialmente com dosagem seriada de hCG e ultrassonografia.
- B) solicitar nova dosagem de hCG em 24h e indicar laparotomia se o valor não reduzir pelo menos 50%.
- C) iniciar tratamento com metotrexato intramuscular em dose única.
- D) realizar curetagem uterina diagnóstica.
- E) indicar laparoscopia diagnóstica imediata.

**13.** Gestante de 29 anos, G2P1, com 39 semanas, deu entrada em uma maternidade em trabalho de parto. Por discinesia uterina, o obstetra prescreveu ocitocina venosa em bomba infusora.

Durante o preparo, a técnica de enfermagem retira da bandeja o frasco de ocitocina, mas, por engano, conecta uma ampola de cloreto de potássio na bomba de infusão.

A infusão é iniciada, mas o erro é percebido por uma enfermeira cerca de 3 minutos após o início, antes de qualquer sintoma. A bomba é imediatamente desligada e o medicamento é descartado. A paciente permaneceu assintomática durante toda a internação e o parto evoluiu sem intercorrências.

Com base na Classificação Nacional de Segurança do Paciente (MS/ANVISA) e nas definições da Organização Mundial da Saúde, o evento descrito é mais bem caracterizado como

- A) quase-acidente.
- B) evento adverso.
- C) evento sentinela.
- D) quase-erro.
- E) erro médico.

**14.** Gestante G2P1, 28 anos, com tipo sanguíneo O Rh negativo, comparece ao pré-natal com 26 semanas de gestação. Relata primeiro parto há 2 anos, com recém-nascido internado por icterícia intensa, mas sem investigação detalhada na época. Não houve uso documentado de imunoglobulina anti-D no puerpério anterior. Na avaliação atual, observa-se tipo sanguíneo do parceiro: A Rh positivo, Coombs indireto: 1:128. Ultrassonografia obstétrica: feto único, bem desenvolvido, batimentos cardíacos presentes, sem hidropisia. Avaliação morfológica normal. Doppler de artéria cerebral média (ACM): 1,6 MoM.

Com base nesse cenário, a conduta mais apropriada para esse caso é

- A) iniciar corticoterapia materna e agendar Doppler de ACM mensal para vigilância da vitalidade fetal.
- B) repetir o Coombs indireto semanalmente e indicar cesariana caso o título continue aumentando.
- C) solicitar tipagem fetal por amniocentese e indicar transfusão fetal profilática a partir de 28 semanas.
- D) indicar cordocentese para hematócrito fetal e possível transfusão intrauterina.
- E) administrar imunoglobulina anti-D imediatamente e monitorar por sinais de hidropisia fetal.

**15.** Gestante de 33 anos, G3P2, com 28 semanas de gestação, previamente hígida, procura emergência obstétrica com febre alta (38,7°C), tosse seca, mialgia intensa e cefaleia há 36 horas. Refere também dispneia leve em repouso. Nega vacinas recentes. Está em uso de paracetamol, sem melhora. Ao exame: PA 100 × 60 mmHg, FC 100 bpm, FR 22 irpm, SpO<sub>2</sub> 97% em ar ambiente. Pulmões limpos à ausculta, sem sinais de desconforto respiratório. Diante da suspeita de síndrome gripal durante uma epidemia sazonal confirmada de Influenza A, a equipe médica opta por tratamento empírico.

Com base nas diretrizes do Ministério da Saúde, a conduta terapêutica mais adequada nesse caso é

- A) iniciar oseltamivir apenas se o RT-PCR para *Influenza* for positivo, devido aos riscos desse medicamento durante a gestação.
- B) internar a paciente para antibioticoterapia empírica e oxigenoterapia, uma vez que a febre e a taquicardia indicam infecção respiratória grave.
- C) introduzir oseltamivir oral o mais precocemente possível, mesmo sem confirmação laboratorial, preferencialmente nas primeiras 48 horas de sintomas.
- D) administrar zanamivir inalatória por 5 dias, pois tem menor absorção sistêmica e é preferível na gravidez.
- E) adiar qualquer antiviral até a realização de hemograma, radiografia de tórax e gasometria arterial.

**16.** Puérpera de 30 anos, G1P1, foi submetida a cesariana há 3 dias. O recém-nascido encontra-se em aleitamento exclusivo e em alojamento conjunto. A equipe de enfermagem relata que, nas últimas 24 horas, a puérpera vem apresentando insônia persistente, fala desconexa, períodos de agitação psicomotora, além de delírios religiosos, e recusa a alimentar-se. Hoje, afirmou que o bebê é um “*anjo que precisa ser purificado*”. Nega antecedentes psiquiátricos. A família está preocupada e relata que a puérpera está apresentando comportamento “*fora da realidade*”.

Com base no quadro clínico, a conduta mais apropriada para esse caso é

- A) encaminhar para avaliação ambulatorial de saúde mental e observar por mais 72 horas, pois há risco de transtorno de adaptação ao puerpério.
- B) prescrever benzodiazepínico de curta duração e manter a puérpera com o bebê, estimulando o vínculo materno- infantil.
- C) iniciar antidepressivo inibidor seletivo da recaptção de serotonina de forma ambulatorial e agendar retorno precoce.
- D) internação psiquiátrica imediata, com antipsicótico atípico, suspensão do aleitamento e avaliação de risco para infanticídio e suicídio.
- E) manter vigilância com apoio familiar e psicoterapia breve, já que se trata de condição autolimitada do puerpério.

**17.** Gestante de 27 anos, G2P1 (parto vaginal pré-termo anterior), com 30 semanas e 4 dias de gestação procura a maternidade com queixas de contrações uterinas regulares há cerca de 4 horas. No cartão pré-natal, há a informação de que ela tem *miastenia gravis*. Ao exame obstétrico: colo apagado 60%, com 2 cm de dilatação, bolsa íntegra e apresentação cefálica. Não há sinais clínicos de infecção urinária ou corioamnionite. BCF 145 bpm, feto único, bem desenvolvido e com líquido amniótico normal. A gestante está hemodinamicamente estável.

A conduta mais adequada para o caso apresentado, neste momento, é:

- A) iniciar corticoterapia para maturação pulmonar fetal, sulfato de magnésio, antibioticoterapia empírica e tocolítico por 48 h.
- B) iniciar tocolítico e corticoterapia, associar sulfato de magnésio para neuroproteção fetal e programar o parto em até 24 h.
- C) internar para observação, contraindicar tocolítico por presença de dilatação e administrar antibiótico para prevenção da corioamnionite.
- D) administrar corticosteroide para maturação pulmonar e iniciar tocolítico por até 48 h.
- E) iniciar tocolítico de manutenção até 34 semanas e associar antibioticoterapia profilática.

**18.** Gestante de 32 anos, G2P1, com 26 semanas de gestação, realiza curva glicêmica (TOTG 75g) com os seguintes resultados: jejum: 96 mg/dL, 1 hora: 190 mg/dL, 2 horas: 160 mg/dL. Após o resultado, iniciou acompanhamento com equipe multiprofissional, incluindo plano alimentar individualizado e orientações sobre atividade física.

Após 10 dias de monitoramento, apresenta os seguintes registros capilares: glicemias de jejum: entre 95 e 99 mg/dL e pós-prandiais de 1 hora: entre 140 e 155 mg/dL. Sua gestação evoluía com feto único, bem desenvolvido, em apresentação cefálica, sem sinais de sofrimento ou macrosomia. Gestante sem comorbidades adicionais.

A conduta mais apropriada para esse caso é

- A) realizar novo TOTG para confirmar o diagnóstico.
- B) manter conduta expectante e repetir monitoramento glicêmico em 1 semana.
- C) melhorar o controle clínico intensificando a dieta e exercício.
- D) iniciar metformina oral.
- E) iniciar insulino terapia.

**19.** Em uma maternidade pública certificada como "Hospital Amigo da Criança", uma equipe multiprofissional realiza treinamento periódico sobre boas práticas em aleitamento materno. Durante uma visita à enfermaria pós-parto, um residente observa que uma puérpera, com parto vaginal há 16 horas, está com o recém-nascido em berço separado, usando fórmula láctea. A mãe relata que o bebê "chorava muito" e a equipe de enfermagem orientou o uso de complemento até o leite "descer". A mãe ainda não foi orientada formalmente sobre amamentação.

A conduta mais alinhada aos princípios e diretrizes dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno é

- A) aceitar temporariamente o uso de fórmula e manter o bebê em berçário separado até a apojadura, conforme demanda emocional da mãe.
- B) estimular a amamentação na primeira hora pós-parto e manter o contato pele a pele, mesmo que a produção de leite ainda não esteja estabelecida.
- C) priorizar o repouso materno nas primeiras 24 horas e iniciar orientação sobre amamentação apenas após descida do leite e demanda espontânea.
- D) substituir o uso de fórmula por glicose 5% e estimular sucção não nutritiva até o leite ser produzido em quantidade adequada.
- E) considerar a introdução de fórmula láctea como adequada, já que a oferta complementar inicial é compatível com o conforto materno no pós-parto.

**20.** Puérpera de 24 anos, G1P1, deu à luz há 2 dias por parto vaginal, sem complicações aparentes. Não havia história prévia de hipertensão durante o pré-natal e o parto transcorreu sem intercorrências. No alojamento conjunto, evolui com episódio tonicoclônico generalizado, de cerca de 90 segundos, presenciado pela equipe. No pós-crise, apresenta rebaixamento do nível de consciência. Exame físico revela PA 150 × 110 mmHg, reflexos tendinosos vivos, sem rigidez de nuca. Temperatura 36,8 °C, sem queixas respiratórias ou sinais de infecção.

Diante do quadro clínico apresentado, a conduta inicial mais apropriada é

- A) iniciar diazepam endovenoso para controle convulsivo, investigar meningite e solicitar TC de crânio.
- B) iniciar fenitoína para prevenção de novas crises, realizar punção lombar e manter vigilância neurológica.
- C) administrar labetalol EV imediatamente e solicitar ressonância magnética para descartar trombose venosa cerebral.
- D) considerar epilepsia de início tardio, manter observação e aguardar novos episódios antes de iniciar anticonvulsivante.
- E) iniciar sulfato de magnésio, controle pressórico com hidralazina e avaliação de causas secundárias de convulsão após estabilização.

**21.** Gestante de 35 semanas, G2P1, sem histórico prévio de herpes, procura atendimento com queixa de febre, ardência vulvar intensa e múltiplas lesões ulceradas e dolorosas em vulva e períneo, com início há 3 dias.

Ao exame físico, observam-se múltiplas úlceras com base eritematosa, bordas bem definidas e exsudato claro. Linfonodomegalia inguinal bilateral dolorosa está presente. A paciente encontra-se afebril no momento, mas bastante ansiosa e com dor intensa à micção. Foi coletado PCR de secreção da lesão e sorologia para herpes-vírus simples. A gestação evolui normalmente até o momento, com feto único, em apresentação cefálica e crescimento adequado para a idade gestacional.

A conduta mais adequada para o caso é

- A) confirmar a primoinfecção apenas se a IgM for positiva, iniciar aciclovir apenas se houver sinais sistêmicos e planejar parto vaginal se não houver lesão ativa no momento do parto
- B) iniciar aciclovir imediatamente, independentemente da confirmação laboratorial, e indicar cesariana eletiva se houver lesões ativas ou sintomas no momento do parto.
- C) iniciar valaciclovir em dose única, aguardar PCR e sorologia para confirmar o diagnóstico e seguir com parto vaginal em qualquer situação.
- D) indicar internação hospitalar imediata, iniciar terapia combinada com aciclovir e corticoide e programar parto vaginal com precauções de contato.
- E) aguardar resultado de PCR e sorologias para definir se a infecção é primária ou recorrente e indicar parto vaginal, pois o risco neonatal é baixo.

**22.** Gestante de 34 anos, G2P0A1, moradora da cidade de São Paulo, comparece à primeira consulta pré-natal com 9 semanas de gestação. Nega hipertensão crônica e outras comorbidades. Exame físico atual sem alterações: PA 112 × 68 mmHg, IMC 23. A fim de reduzir o risco de pré-eclampsia na gestação atual, o procedimento correto será

- A) suplementação de cálcio iniciada a partir de 12 semanas de gestação.
- B) prescrição de ácido acetilsalicílico em baixa dose iniciado antes de 16 semanas de gestação.
- C) uso de antioxidantes como vitamina C e vitamina E, associados à dieta hipossódica desde o primeiro trimestre.
- D) prescrição de heparina de baixo peso molecular profilática até o final da gestação.
- E) monitoramento ultrassonográfico mensal com Doppler das artérias uterinas.

**23.** Primigesta de 26 anos procura atendimento no pronto-socorro trazendo ultrassonografia feita naquele dia, mostrando gestação normal no transcurso da 10ª semana. Queixava-se de náuseas e vômitos persistentes há 7 dias, que se agravaram nas últimas 48 horas. Refere incapacidade de manter alimentos e líquidos. Nega sangramentos, febre ou dor abdominal. Refere perda de 5 kg desde o início dos sintomas. Ao exame: PA: 90×60 mmHg, FC: 112 bpm, temperatura: 36,7 °C. Mucosas secas, turgor diminuído, hálito cetônico. Abdome sem dor, útero palpável no hipogástrio, sem sangramento genital. Exames laboratoriais: Na<sup>+</sup>: 131 mEq/L, K<sup>+</sup>: 3,2 mEq/L, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 18 mEq/L, glicemia: 68 mg/dL. Urina 1: cetonúria 3+, leucócitos ausentes. hCG sérico: 150.000 UI/L.

Considerando a história clínica, a conduta apropriada para este caso é

- A) reposição oral com líquidos claros, prescrição de metoclopramida via oral e alta ambulatorial com seguimento em 48 h.
- B) internação hospitalar para hidratação venosa, correção de distúrbios hidroeletrólíticos e administração de antieméticos via venosa.
- C) indicação de esvaziamento uterino devido à suspeita de doença trofoblástica gestacional.
- D) avaliação psiquiátrica e prescrição de benzodiazepínico, considerando etiologia psicogênica do quadro.
- E) administração de corticosteroides como primeira linha para resolução do quadro refratário.

**24.** Mulher de 34 anos, G3P2, com 27 semanas de gestação, comparece ao pronto-socorro com queixa de tosse, febre alta e dispneia progressiva há 4 dias. Apresenta histórico prévio de cardiopatia reumática com valvopatia mitral moderada, sem acompanhamento regular. Evolui rapidamente com insuficiência respiratória grave, necessitando de intubação orotraqueal e internação em UTI. Mesmo com suporte ventilatório e antibioticoterapia, evolui com choque refratário e óbito em 48 horas.

A análise do caso permite concluir que

- A) se trata de morte materna de causa obstétrica direta, pois a gravidez desencadeou a descompensação da cardiopatia.
- B) se trata de morte materna de causa obstétrica indireta, e a gravidez deve constar como condição contribuinte no atestado.
- C) não é considerada morte materna, pois decorreu de doença preexistente não relacionada ao parto ou à gestação.
- D) se trata de morte materna acidental, já que não ocorreu durante o parto ou puerpério imediato.
- E) se trata de morte materna cuja causa básica no atestado de óbito deve ser registrada como “gestação de 27 semanas”, uma vez que a gravidez foi o fator desencadeante do óbito

**25.** Mulher de 27 anos, G1P1, comparece à maternidade em fase ativa de trabalho de parto na 40ª semana de gestação. Evolui com parto vaginal sem intercorrências e dá à luz recém-nascido vivo, a termo, com peso adequado.

Durante o pré-natal, realizado em Unidade Básica de Saúde, a paciente assinou, na 24ª semana de gestação, termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), solicitando laqueadura tubária pós-parto, discutida previamente com a equipe multiprofissional, e reafirma o desejo de realizar o procedimento ainda durante a internação na maternidade. Ela está em boas condições clínicas, com sinais vitais estáveis no pós-parto imediato. Seu parceiro não acompanhou o parto, não compareceu às consultas de pré-natal e não assinou o TCLE.

Considerando as normas vigentes sobre planejamento familiar e esterilização cirúrgica no Brasil, é correto afirmar que

- A) o procedimento não pode ser realizado no puerpério imediato, pois a lei exige intervalo mínimo de 60 dias entre o parto e a realização da laqueadura.
- B) a ausência de assinatura do TCLE do parceiro impede a realização da esterilização definitiva no contexto do parto.
- C) a paciente tem direito à laqueadura pós-parto, pois manifestou sua vontade e assinou o TCLE com antecedência mínima de 60 dias.
- D) a laqueadura só pode ser feita na cesariana, conforme as limitações técnicas para acesso às tubas uterinas em partos vaginais.
- E) o procedimento deve ser adiado para 42 dias após o parto, devido à vedação legal de esterilização cirúrgica no puerpério imediato.

**26.** Gestante de 30 anos, G2P1, com 31 semanas e 2 dias, deu entrada na maternidade há 48 horas com diagnóstico de perda de líquido amniótico por rotura da bolsa amniótica. Foi internada e iniciou antibiótico profilático e corticosteroide para maturação pulmonar fetal. Nas últimas 12 horas, passou a apresentar febre (pico de 38,9 °C), taquicardia materna (FC 122 bpm), taquicardia fetal (FC 175 bpm) e queixa de dor à palpação uterina difusa. Refere também calafrios e liberação de conteúdo vaginal amarelado. O útero se apresenta discretamente hipertônico à palpação. Exames laboratoriais: leucócitos: 17.200/mm<sup>3</sup> (com desvio à esquerda), PCR: 9,8 mg/dL. Urina 1: sem alterações. Cardiotocografia: traçado com linha de base de 175 bpm, variabilidade diminuída, sem acelerações e sem desacelerações.

A conduta mais apropriada para esse caso é

- A) manter corticoterapia e antibiótico, iniciar tocolítico e aguardar até completar 34 semanas para interrupção da gestação.
- B) realizar amniocentese para confirmar infecção intrauterina antes de decidir pela via de parto.
- C) indicar interrupção imediata da gestação, independentemente da idade gestacional.
- D) aguardar espontaneamente a evolução para trabalho de parto, mantendo antibióticos e vigilância intensiva.
- E) indicar cesariana de urgência, pois é a única via segura para o feto em casos de infecção intrauterina confirmada.

**27.** Gestante de 32 anos, G2P1, comparece à consulta de rotina no terceiro trimestre de pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde. Relata que, em sua primeira gestação, teve dificuldade para amamentar, sentia dor intensa nas mamas e interrompeu o aleitamento exclusivo com apenas duas semanas de vida do bebê. Agora, demonstra insegurança e ansiedade quanto à amamentação do segundo filho. Refere desejo de tentar novamente, mas está preocupada com a “falta de leite” e comenta que já comprou mamadeiras e fórmula infantil “por precaução”.

A melhor conduta para essa gestante é

- A) orientar que o colostro tem pouco volume e que, nas primeiras 48 horas, a oferta de fórmula pode ser necessária para garantir a nutrição do recém-nascido.
- B) reforçar que a pega incorreta e o esvaziamento inadequado das mamas estão entre as principais causas de dor e “falta de leite”, e propor apoio pós-parto precoce.
- C) indicar massagem mamária diária ainda no pré-natal, para evitar ingurgitamento e garantir boa produção de leite nas primeiras semanas.
- D) sugerir que, como teve uma experiência ruim anteriormente, opte por amamentação mista inicialmente e introduza a exclusiva se se sentir mais segura.
- E) informar que, se o bebê perder mais de 5% do peso nos primeiros dias, a introdução de fórmula é indicada para evitar hipoglicemia neonatal.

**28.** Gestante de 39 anos, G2P1, com 41 semanas e 5 dias, comparece ao ambulatório pré-natal para consulta. Relata boa evolução e ausência de queixas e comorbidades. A ultrassonografia mostra feto único, em apresentação cefálica, líquido amniótico normal e Doppler fetal sem alterações. O peso estimado fetal é de 3.750 g. A gestante tem antecedente de cesariana segmentar transversal, há 3 anos, por parada secundária da dilatação. Deseja tentar parto vaginal nesta gestação. Ao exame, apresenta colo uterino com índice de Bishop 4 (2 pontos para dilatação, 1 para apagamento, 0 para consistência, 0 para posição e 1 para altura da apresentação).

A melhor conduta para esse caso é

- A) indicar cesariana eletiva, pois a presença de útero cicatricial contraindica a indução do parto.
- B) iniciar misoprostol via vaginal.
- C) realizar descolamento de membranas e ocitocina venosa.
- D) considerar indução com balão de Foley.
- E) aguardar início espontâneo do trabalho de parto até 42 semanas, pois o risco de ruptura uterina aumenta significativamente com a indução.

**29.** Paciente de 26 anos, G2P2, comparece à consulta no puerpério imediato (3º dia pós-parto) relatando que seu filho faleceu durante o parto (natimorto). No momento, queixa-se de desconforto mamário crescente, sensação de ingurgitamento e tristeza profunda. Ao exame: mamas ingurgitadas, sensíveis, sem sinais flogísticos. PA: 118 × 76 mmHg, FC: 82 bpm. Sem febre.

A melhor conduta para esse caso é

- A) recomendar amamentação cruzada ou doação ao banco de leite para aliviar o ingurgitamento, pois suprimir a lactação abruptamente é prejudicial.
- B) indicar cabergolina 1 mg VO em dose única, associada a medidas de suporte físico e emocional.
- C) iniciar bromocriptina 2,5 mg VO duas vezes ao dia por 14 dias como primeira escolha para inibição da lactação.
- D) realizar enfaixamento compressivo das mamas e uso de analgésicos simples, que apresenta maior eficácia na inibição da lactação do que os métodos farmacológicos.
- E) aguardar espontaneamente a resolução da lactação, evitando qualquer intervenção medicamentosa para não interferir na fisiologia do puerpério.

**30.** Paciente de 22 anos, nulípara, foi submetida a esvaziamento uterino indicado por ultrassonografia compatível com mola hidatiforme. Estava assintomática, com útero aumentado e exame de gonadotrofina coriônica humana (hCG) de 320.000 UI/L no dia do esvaziamento uterino. No seguimento pós-molar ambulatorial, foram obtidas as seguintes dosagens hCG: Semana 1: 42.000 UI/L. Semana 2: 43.100 UI/L. Semana 3: 46.500 UI/L. Semana 4: 51.700 UI/L. Neste momento, a ultrassonografia transvaginal não mostra conteúdo intracavitário, mas exibe vascularização miometrial aumentada. A paciente permanece assintomática e com exame físico normal. Radiografia de tórax normal.

A melhor conduta para esse caso é

- A) aguardar nova série de beta-hCG para confirmar a elevação sustentada.
- B) realizar biópsia uterina para comprovar histologicamente a presença de neoplasia trofoblástica antes de iniciar qualquer tratamento.
- C) indicar histerectomia como forma terapêutica definitiva, pois a elevação de hCG é sinal de invasão miometrial.
- D) iniciar quimioterapia, mesmo sem histopatológico que confirme a neoplasia trofoblástica.
- E) continuar com seguimento ambulatorial, pois flutuações leves do hCG são esperadas nas primeiras semanas após o esvaziamento uterino molar.

**31.** Primigesta de 25 anos, com 39 semanas de gestação, encontra-se em trabalho de parto ativo há 6 horas, sob analgesia peridural. Hipertensa crônica em uso de 2g de metildopa ao dia. A bolsa amniótica rompeu espontaneamente há 2 horas, com saída de líquido amniótico meconial espesso. A monitorização eletrônica fetal mostra os seguintes achados nos últimos 15 minutos: linha de base: 175 bpm, variabilidade: mínima, sem acelerações, presença de desacelerações tardias recorrentes a cada contração uterina.

Ao exame vaginal: dilatação cervical de 5 cm, 80% de apagamento, apresentação cefálica em plano -1 de De Lee, sem sinais de prolapso de cordão. A frequência de contrações é de 5 em 10 minutos, com duração de 60 segundos.

A melhor conduta para esse caso é

- A) administrar oxigênio à parturiente, colocá-la em decúbito lateral e continuar monitoramento, pois não há indicação de interrupção da gestação.
- B) iniciar tocolítico para reduzir a frequência de contrações e melhorar a oxigenação fetal, aguardando progressão do trabalho de parto.
- C) indicar amnioinfusão com soro fisiológico para diluir o mecônio e reduzir risco de aspiração meconial.
- D) avaliar pH ou lactato do sangue fetal para então confirmar sofrimento fetal e avaliar via de parto.
- E) diagnosticar sofrimento fetal agudo e indicar cesariana de emergência.

**32.** Mulher de 30 anos, G3P2, com 39 semanas, entra em trabalho de parto espontâneo. Feto único, vivo, em apresentação pélvica incompleta, com estimativa ecográfica de 3.000g. Pré-natal sem intercorrências. Equipe obstétrica opta por tentativa de parto vaginal, com critérios favoráveis e equipe habilitada.

Durante o período expulsivo, após descida pélvica e nascimento espontâneo até a escápula, observa-se retenção dos membros superiores, com braços elevados e estendidos junto à face torácica. Não há descida da cabeça fetal, mesmo com tração suave. Sinais de sofrimento fetal se instalam.

A melhor conduta para esse caso é realizar manobra

- A) Bracht, elevando o corpo fetal para facilitar a flexão e saída espontânea dos braços e cabeça.
- B) Mauriceau-Smellie-Veit, utilizando flexão da cabeça por suporte facial e occipital.
- C) Zavanelli, com reintrodução fetal e cesariana imediata devido à distocia grave.
- D) Lovset, com rotação controlada do tronco para liberação sequencial dos membros superiores.
- E) McRoberts com pressão suprapúbica para liberar os braços antes da cabeça.

**33.** Puérpera de 33 anos, G2P2, no 3º dia após cesariana, queixa-se à enfermeira de dispneia súbita, dor torácica ventilatório-dependente e palpitações. Refere também mal-estar geral e sensação de desmaio iminente. Não apresenta febre ou tosse. História pregressa: sem trombofilias conhecidas, nega tabagismo. Na gestação atual, foi mantida em repouso prolongado por ameaça de trabalho de parto pré-termo. Exame físico: PA: 95×65 mmHg, FC: 128 bpm, FR: 32 irpm, SatO<sub>2</sub>: 87% em ar ambiente, MV presente bilateralmente, sem estertores, trombose venosa profunda ausente nos membros inferiores. Exames laboratoriais: ECG: taquicardia sinusal, Gasometria arterial (em O<sub>2</sub> 2L/min): pH 7,48, pCO<sub>2</sub> 30, pO<sub>2</sub> 61. Troponina e BNP discretamente elevadas. Dímero-D: 2400 ng/mL.

A melhor conduta para esse caso é

- A) iniciar anticoagulação com heparina de baixo peso molecular e solicitar angiotomografia de tórax para confirmação diagnóstica.
- B) solicitar angiotomografia de tórax antes de qualquer conduta, pois a anticoagulação empírica aumenta o risco de hemorragia pós-cesárea.
- C) realizar doppler de membros inferiores antes de iniciar tratamento e anticoagular apenas se TVP for confirmada.
- D) iniciar anticoagulação plena com heparina não fracionada e indicar angiotomografia apenas se houver piora clínica.
- E) iniciar anticoagulação empírica imediata e solicitar ecocardiograma para avaliar sobrecarga de VD antes da angiotomografia.

**34.** Gestante de 28 anos, G1P1, deu à luz por cesariana eletiva no termo, sem complicações aparentes. O bebê nasceu saudável, com Apgar 9/10. Após a dequitação, a paciente apresentou sangramento uterino profuso, com útero flácido ao toque uterino. Foram realizados prontamente e em sequência adequada: massagem uterina vigorosa, administração de ocitocina venosa em infusão contínua, metilergometrina intramuscular e misoprostol via retal.

Mesmo após essas medidas, o sangramento transvaginal persiste. A paciente encontra-se com PA 90×60 mmHg, FC 120 bpm, sudoreica, com sinais iniciais de hipoperfusão, mas deseja manter fertilidade.

A melhor conduta para esse caso é

- A) realizar histerectomia hemostática imediata para controle definitivo da hemorragia.
- B) transferência da paciente para hospital que faça embolização arterial uterina.
- C) iniciar transfusão maciça e aguardar ação dos uterotônicos administrados.
- D) realizar sutura de B-Lynch como medida conservadora para controle da atonia uterina.
- E) repetir a dose de metilergometrina e aguardar resposta clínica por mais 30 minutos.

**35.** João, homem trans de 27 anos, comparece à maternidade com 39 semanas e 4 dias de gestação, em trabalho de parto ativo. É G1P0, a gestação foi planejada com suspensão prévia do uso de testosterona, e o pré-natal foi acompanhado em Unidade de Saúde da Família com equipe treinada em saúde LGBTQIA+. João manifesta desejo de parto vaginal, com presença de seu companheiro e solicita ser tratado pelo nome social e pronomes masculinos.

Ao exame: altura uterina: 34 cm, ausculta fetal: BCF 142 bpm, dilatação cervical: 6 cm, 90% apagado, apresentação cefálica, bolsa íntegra. Sem fatores de risco para distocia ou contra-indicações ao parto vaginal. Durante a admissão, um profissional da equipe registra em prontuário: *“Parturiente do sexo feminino com quadro compatível com trabalho de parto ativo. Solicita uso de nome social, apesar de se tratar de mulher biológica.”*

Considerando o relato acima, a melhor conduta para o caso é

- A) corrigir o prontuário para constar “mulher trans”, mantendo os termos obstétricos convencionais, pois o sistema de saúde utiliza a classificação biológica como base.
- B) reforçar com a equipe multiprofissional a utilização do nome social e de pronomes masculinos.
- C) priorizar a avaliação obstétrica clínica e adiar discussões sobre identidade de gênero até o puerpério, para evitar distrações no manejo clínico.
- D) redirecionar o paciente para unidade de referência em saúde transexual, mesmo em trabalho de parto, para garantir atendimento especializado.
- E) iniciar preparo para parto cesáreo eletivo, considerando que a anatomia obstétrica pode estar alterada pelo uso anterior de testosterona.

**36.** Mulher de 34 anos, G2P1, comparece sozinha para ultrassonografia obstétrica de rotina com 32 semanas de gestação, sem queixas. A gravidez evoluía bem, com pré-natal adequado. Durante o exame, o médico ultrassonografista observa ausência de movimentos fetais, ausência de batimentos cardíacos e hidropsia fetal generalizada. Realiza manobras complementares e confirma o óbito fetal intraútero.

Diante do achado, o profissional se depara com a paciente ansiosa, perguntando se está tudo bem com o bebê. O ultrassonografista é responsável por realizar o exame, redigir o laudo e comunicar os achados ao obstetra assistente, mas não é o profissional responsável pelo pré-natal.

A conduta mais apropriada diante dessa situação é

- A) encerrar o exame sem comentar os achados com a paciente e encaminhá-la diretamente ao obstetra assistente com o laudo em mãos.
- B) informar imediatamente, de forma objetiva, que o bebê está morto.
- C) interromper o exame com acolhimento, comunicar o achado com empatia e oferecer suporte inicial, repassando o caso à equipe obstétrica.
- D) explicar tecnicamente à paciente a ausência de batimentos cardíacos e sinais de hidropsia, solicitando confirmação por outro profissional.
- E) postergar a comunicação até que a paciente esteja acompanhada de familiar, para evitar desorganização emocional aguda.

**37.** Gestante de 32 anos, G2P1, com 28 semanas de gestação, dá entrada no pronto-socorro com febre alta (39,2 °C), mialgia intensa, dispneia progressiva e tosse seca há 48 horas. Apresenta saturação de O<sub>2</sub> de 91% em ar ambiente, taquipneia e estertores finos bibasais. Testagem rápida para influenza A é positiva, e a paciente é admitida com suspeita de síndrome respiratória aguda secundária à infecção viral. O quadro evolui com necessidade de O<sub>2</sub> suplementar e início de antiviral.

A alteração fisiológica pulmonar da gestação que contribui de forma mais direta para a gravidade da infecção viral nesse contexto é

- A) o aumento da complacência pulmonar com redução da pressão inspiratória máxima, favorecendo a hipercapnia.
- B) a redução do volume corrente e aumento da resistência das vias aéreas superiores, predispondo a atelectasias.
- C) a redução da capacidade residual funcional, prejudicando a troca gasosa.
- D) a hiperventilação compensatória com aumento da reserva expiratória, o que eleva o risco de alcalose respiratória grave.
- E) a redução da pressão parcial de CO<sub>2</sub> arterial, levando à hipoxemia.

**38.** Gestante de 35 anos, G3P2, com 31 semanas e 3 dias, previamente hígida, dá entrada na maternidade com queixa súbita de dor abdominal intensa, sangramento transvaginal escuro em pequena quantidade e redução abrupta dos movimentos fetais há 2 horas. Ao exame físico, apresenta: PA: 150 × 100 mmHg, FC: 98 bpm, altura uterina: 36 cm. O útero encontra-se hipertônico, doloroso à palpação, sem intervalos de relaxamento. O exame pélvico mostra colo fechado, sem dilatação. Ausculta fetal: BCF 90 bpm com desacelerações recorrentes. Ultrassonografia à beira-leito evidencia hematoma retroplacentário.

A melhor conduta para esse caso é

- A) indicar indução do parto com misoprostol, mantendo monitorização contínua.
- B) administrar corticoide para maturação pulmonar fetal e aguardar 48 horas para resolução eletiva.
- C) aguardar progressão espontânea do trabalho de parto, monitorando parâmetros maternos e fetais de perto.
- D) indicar amniotomia e uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, mantendo monitorização contínua.
- E) indicar cesariana de emergência, uma vez que o feto está vivo e há sinais de sofrimento agudo.

**39.** Paciente de 29 anos, G2P1, com 18 semanas e 2 dias de gestação comparece ao serviço de urgência com queixas de dor hipogástrica e discreto sangramento transvaginal, iniciado há 1 dia. Sem comorbidades, apresenta PA 110 × 70 mmHg, encontrando-se afebril. Ao exame ultrassonográfico, confirma-se ausência de batimentos cardíacos fetais, ausência de movimentos e colapso craniano. O útero tem medidas compatíveis com a idade gestacional, sem sinais de infecção ou retenção prolongada. O colo está fechado e longo.

A melhor conduta para esse caso é

- A) indicar misoprostol vaginal em dose apropriada para a idade gestacional.
- B) realizar curetagem uterina sob sedação após dilatação cervical com cânulas de Hegar.
- C) indicar histerotomia eletiva por via abdominal devido ao risco elevado de falha do método medicamentoso.
- D) iniciar ocitocina endovenosa em bomba de infusão contínua, já que o colo se encontra fechado.
- E) realizar amniotomia seguida de administração de prostaglandina E2 intravaginal.

**40.** Gestante de 26 anos, G1P0, com 29 semanas e 4 dias de gestação é internada com queixa de cefaleia frontal intensa e epigastralgia e PA 154 × 112 mmHg. Não há convulsões ou alterações do nível de consciência. Ao exame, apresenta: FC: 98 bpm, TAx: 36,7 °C, edema ++ em membros inferiores. Reflexos tendinosos vivos e simétricos, sem clônus. Proteinúria de fita: 3+. Exames laboratoriais: creatinina: 1,3 mg/dL, DHL: 630 U/L, plaquetas: 112.000/mm<sup>3</sup>, TGO: 82 U/L. Ultrassonografia obstétrica com Doppler mostra feto único, BCF presente, peso estimado fetal de 980 g. Doppler de artéria umbilical com fluxo diastólico reverso. Líquido amniótico de volume normal. Cardiotocografia normal.

A melhor conduta para esse caso é

- A) iniciar esquema de corticoide para maturação pulmonar fetal, controlar PA e manter conduta expectante até 34 semanas.
- B) indicar preparo cervical com misoprostol e parto vaginal com aplicação de fórceps de alívio no período expulsivo.
- C) administrar sulfato de magnésio apenas se surgirem sinais de iminência de eclâmpsia e aguardar evolução clínica.
- D) indicar indução de parto apenas se houver sinais de deterioração fetal atestada pela cardiotocografia.
- E) interromper a gestação após estabilização clínica, com anti-hipertensivo e sulfato de magnésio.

**41.** Gestante com 29 semanas tem diagnóstico de diabetes gestacional. No momento, faz controle com glicemias capilares e tratamento com dieta. Realizou exames laboratoriais há uma semana com os seguintes resultados: hematócrito 27%, leucócitos: 9900/mm<sup>3</sup>, plaquetas 201.000/mm<sup>3</sup>. Uma ultrassonografia recente evidenciou feto com peso estimado no percentil 69 e volume do líquido amniótico normal.

Com base nesses dados, é correto afirmar que

- A) as medidas das glicemias capilares podem estar superestimadas.
- B) o crescimento fetal pode estar prejudicado pela anemia materna.
- C) o tratamento atual com dieta não está sendo suficiente para o controle glicêmico.
- D) o tratamento deverá ser complementado por hipoglicemiantes orais.
- E) está contraindicado o tratamento com insulino terapia regular.

**42.** Paciente com 37 semanas de gestação realiza ultrassonografia que evidencia peso fetal estimado de 4120 g (percentil > 99).

A etiologia para esse achado é a

- A) hipertensão arterial materna.
- B) obesidade materna.
- C) trissomia do cromossomo 21.
- D) síndrome antifosfolípide.
- E) oligodramnia.

**43.** Gestante com 26 semanas realiza teste de Coombs indireto cujo resultado é positivo. O seu tipo sanguíneo é A Rh negativo e a pesquisa para anticorpos irregulares identificou anti-C.

A conduta correta para essa paciente é

- A) indicar o parto imediatamente para evitar comprometimento fetal grave.
- B) administrar imunoglobulina anti-D após o parto, caso o recém-nascido seja Rh positivo.
- C) acompanhar a rotina já que esse anticorpo não causa doença hemolítica.
- D) realizar transfusão intrauterina imediatamente, com sangue Rh negativo.
- E) indicar transfusão intrauterina se o Doppler da artéria umbilical tiver diástole zero.

**44.** Gestante com 28 semanas e histórico de três cesarianas anteriores realiza ultrassonografia que evidencia placenta prévia. Nesse caso, a equipe médica deverá se preocupar com a possibilidade da seguinte complicação:

- A) rotura prematura de membranas.
- B) pré-eclâmpsia.
- C) malformações fetais.
- D) acretismo placentário.
- E) parto prematuro espontâneo.

**45.** Uma primigesta com 30 semanas realiza uma ultrassonografia obstétrica de rotina que evidencia um feto com peso estimado no percentil 8 e medida de circunferência abdominal no percentil 12. Não foram evidenciadas malformações fetais e o volume de líquido amniótico é normal. Ao Doppler, a relação cerebroplacentária está no percentil 44 e as artérias uterinas no percentil no percentil 15.

Diante desses achados, assinale a opção que melhor descreve o diagnóstico e a conduta.

- A) Feto com crescimento normal, sem necessidade de mais exames.
- B) Restrição de crescimento fetal estágio I, cardiotocografia três vezes por semana.
- C) Restrição de crescimento fetal estágio III, ultrassonografia quinzenal.
- D) Restrição de crescimento fetal estágio IV, parto por cesariana imediatamente.
- E) Feto pequeno para a idade gestacional, controle ultrassonográfico.

**46.** Uma gestante com 20 semanas realiza ultrassonografia que evidencia dois fetos. Não foi visualizada membrana amniótica entre eles e foi constatada polidramnia. O feto 1 encontra-se com movimentação reduzida e fixo na parede anterior do útero, não sendo identificada a sua bexiga e Doppler de sua artéria umbilical com diástole zero e ducto venoso normal. O feto 2 está com movimentação ativa, bexiga repleta e Doppler da artéria umbilical normal, mas ducto venoso com onda A reversa.

O diagnóstico mais provável é

- A) agenesia renal bilateral do feto 1.
- B) Diabetes *mellitus* gestacional.
- C) insuficiência placentária do feto 1.
- D) síndrome de transfusão feto-fetal.
- E) restrição de crescimento fetal seletiva.

**47.** Uma primigesta realiza ultrassonografia morfológica de 2º trimestre. Quando o colo uterino é avaliado por via transvaginal, a medida de seu comprimento é de 19 mm. A paciente questiona o que isso significa e o que pode ser feito.

Nesse caso, as respostas para esses questionamentos são:

- A) risco aumentado para trabalho de parto prematuro / uso de progesterona micronizada por via vaginal.
- B) incompetência istmocervical / cerclagem pela técnica de Shirodkar.
- C) risco aumentado para trabalho de parto prematuro / colocação de pessário cervical.
- D) achado inespecífico / fazer ressonância nuclear magnética para melhor avaliação.
- E) exame sem alterações / seguimento pré-natal de rotina com equipe de saúde.

**48.** Um laudo ultrassonográfico de uma gestação de 28 semanas evidencia medida do maior bolsão vertical do líquido amniótico de 4 mm. Não há relato de doença materna.

Diante dessa descrição, assinale a opção que apresenta, respectivamente, o diagnóstico e a possível causa.

- A) Normodramnia e gestação normal.
- B) Oligodramnia e arritmia fetal.
- C) Polidramnia e agenesia renal.
- D) Oligodramnia e válvula de uretra posterior.
- E) Polidramnia e diabetes materno.

**49.** Uma gestante no termo tem indicação de indução do parto. Após o exame clínico, o índice de Bishop é calculado em 10.

Isso significa que

- A) a probabilidade de parto vaginal com uso de ocitocina é alta.
- B) há necessidade de uso de misoprostol em alta dose.
- C) o uso de ocitocina tem chances muito pequenas de sucesso.
- D) há necessidade de amadurecimento cervical.
- E) está indicada a operação cesariana.

**50.** Durante o pré-natal, uma gestante com 30 semanas apresenta sorologia para parvovírus B19 IgM(+) e IgG(+).

Diante desse achado, a conduta mais adequada é

- A) indicar a interrupção imediata da gestação.
- B) administrar imunoglobulina específica.
- C) realizar Doppler da artéria cerebral média a cada duas semanas.
- D) aplicar vacina tetravalente.
- E) uso de antiviral por duas semanas.

**51.** Gestante com 10 semanas inicia pré-natal e apresenta cartão de vacinação. Nele, consta esquema com apenas uma dose da dT (difteria e tétano) e uma dose para HPV.

A orientação mais adequada durante essa gestação é

- A) interromper os esquemas das duas vacinas e retomar apenas após o parto.
- B) continuar o esquema de doses para as duas vacinas ao longo da gestação.
- C) completar o esquema da vacina de HPV e suspender a dT até o final da gestação.
- D) fazer mais uma dose da dT e uma dose de dTpa e suspender a de HPV.
- E) fazer apenas mais uma dose da dT e a dTpa apenas após o parto.

**52.** Gestante com 32 semanas, sem histórico de doenças prévias à gestação, inicia quadro clínico de elevação da pressão arterial e seus exames laboratoriais evidenciam:

- hematócrito: 31%;
- plaquetas: 60.000 células/mm<sup>3</sup>;
- leucócitos: 9900/mm<sup>3</sup>;
- TGO: 89 U/L e TGP: 101 U/L;
- LDH: 890 U/L.

Diante desses achados, o diagnóstico mais provável é

- A) hipertensão arterial crônica.
- B) síndrome HELLP.
- C) infecção bacteriana.
- D) colestase gravídica.
- E) insuficiência hepática.

**53.** Uma paciente com gestação gemelar realiza ultrassonografia morfológica de 1º trimestre que evidencia risco elevado para aneuploidias.

Sobre o caso, é correto afirmar que

- A) se for gestação dicoriônica, os riscos podem ser diferentes para cada feto.
- B) por ser gestação gemelar, a propedêutica invasiva está contraindicada.
- C) está indicado o teste pré-natal não invasivo (NIPT) para cada um dos fetos.
- D) nesta idade gestacional deve ser oferecida a cordocentese diagnóstica.
- E) se for gestação monocoriônica, o risco calculado é diferente para cada feto.

**54.** Uma gestante em trabalho de parto está sendo acompanhada em um plantão na maternidade. Ela foi internada com contrações uterinas regulares, feto em apresentação cefálica e 5 cm de dilatação cervical. Durante o acompanhamento, a paciente apresenta uma dor aguda e intensa em hipogástrio e inicia quadro de sangramento vaginal em moderado volume. A frequência cardíaca fetal tem uma queda importante e, ao toque, não se palpa mais a cabeça fetal. Diante desses achados, a hipótese diagnóstica mais provável é

- A) placenta prévia.
- B) parada de progressão do parto.
- C) rotura perineal.
- D) descolamento prematuro da placenta.
- E) ruptura uterina.

**55.** Uma gestante vai à consulta com a equipe que cuidará de seu parto para receber orientações e esclarecer suas dúvidas.

Quanto à assistência ao parto dessa gestante, é correto afirmar que

- A) a gestante deverá permanecer na posição supina durante todo o trabalho de parto.
- B) a amniotomia é realizada de rotina, sempre no início do trabalho de parto.
- C) o bloqueio combinado raquidiano e peridural é contraindicado em primíparas.
- D) podem ser oferecidos métodos não farmacológicos para alívio da dor.
- E) a episiotomia é realizada de rotina para prevenir a incontinência urinária.

**56.** Uma gestante tem o diagnóstico de malformação de Chiari tipo II em seu feto.

Esse diagnóstico está associado

- A) à hérnia diafragmática congênita.
- B) ao disrafismo espinhal.
- C) à gastrosquise.
- D) à agenesia de corpo caloso.
- E) ao cisto da bolsa de Blake.

**57.** Uma gestante está com 10 semanas e se revela muito preocupada com a possibilidade de desenvolver pré-eclâmpsia. Ela questiona qual seria seu risco de ter a doença e o que pode ser feito para a prevenção.

Uma forma de rastreio e uma forma de prevenção são, respectivamente,

- A) Doppler das artérias uterinas e uso de metildopa.
- B) medição da pressão arterial média e uso de nifedipina.
- C) Doppler da artéria umbilical e uso de cálcio.
- D) dosagem de PLGF e uso de AAS.
- E) histórico de pré-eclâmpsia e uso de MgSO<sub>4</sub>.

**58.** Uma ultrassonografia morfológica de 2º trimestre encontra feto com presença de tumoração em pulmão direito contendo cistos de até 1 cm. Não foi encontrada vascularização direta desse tumor, nem outras malformações estruturais.

Esse achado é compatível com o diagnóstico de

- A) hérnia diafragmática congênita.
- B) banda amniótica.
- C) sequestro pulmonar.
- D) malformação adenomatoide cística.
- E) derrame pleural.

**59.** Uma paciente com gestação gemelar monocoriônica de 36 semanas chega à maternidade em trabalho de parto. O exame obstétrico revela que o primeiro feto está em apresentação pélvica.

Nesse caso, a afirmação mais correta, entre as listadas a seguir, é

- A) poderá ser conduzido o parto vaginal.
- B) deverá ser realizada tocólise pela prematuridade.
- C) o parto do primeiro feto será normal, do segundo, cesariana.
- D) deverá ser realizada versão externa do primeiro feto.
- E) está indicada a operação cesariana.

**60.** Uma ultrassonografia obstétrica em uma gestação de 21 semanas encontra um feto sem alterações estruturais evidentes e com Doppler normal. Ainda encontra um outro feto com cabeça e tórax pequenos, sem atividade cardíaca, com artéria umbilical única com fluxo em direção do feto ao Doppler.

Esses achados são compatíveis com o diagnóstico de

- A) óbito de um dos fetos.
- B) síndrome de transfusão feto-fetal estágio IV.
- C) sequência TRAP.
- D) microcefalia de um dos fetos.
- E) restrição de crescimento seletiva.

**61.** Paciente de 36 anos, G2P2, deseja reiniciar o uso de anticoncepcional oral combinado após dois anos sem contracepção. Relata tabagismo de 20 cigarros/dia há 10 anos. Nega outras comorbidades.

Ao exame clínico, PA = 110/70 mmHg, IMC = 22 kg/m<sup>2</sup>. Deseja orientação sobre o método.

Diante do quadro clínico apresentado, assinale a afirmativa correta.

- A) Ela pode iniciar anticoncepcional combinado, pois a idade da paciente exclui risco cardiovascular.
- B) Está contraindicada a contracepção hormonal combinada em qualquer mulher tabagista.
- C) O uso de anticoncepcional combinado é contraindicado em tabagistas com mais de 35 anos e carga tabágica acima de 15 cigarros/dia.
- D) O uso de anticoncepcional oral deve ser restrito a até dois anos em tabagistas.
- E) Apenas métodos com estrogênio natural são permitidos em tabagistas.

**62.** Mulher de 23 anos, sexualmente ativa, procura atendimento com queixa de corrimento vaginal abundante há 7 dias. Refere secreção de coloração amarelo-esverdeada, de odor desagradável e associada a prurido intenso. Ao exame especular, observa-se colpíte difusa, com presença de secreção bolhosa e áreas puntiformes de sangramento na ectocérvice, conferindo o aspecto conhecido como “colo em morango”. O pH vaginal é de 5,2 e o teste de aminas com KOH é negativo.

Assinale o agente etiológico mais provavelmente associado a esse quadro clínico.

- A) *Candida albicans*.
- B) *Trichomonas vaginalis*.
- C) *Gardnerella vaginalis*.
- D) *Chlamydia trachomatis*.
- E) *Neisseria gonorrhoeae*.

**63.** Paciente de 43 anos, G2P2, procura atendimento ambulatorial por queixas urinárias iniciadas há cerca de 3 meses. Refere necessidade frequente de urinar ao longo do dia, com episódios súbitos de urgência acompanhados de perda urinária, mesmo quando tenta chegar rapidamente ao banheiro. Relata também necessidade de urinar 2 a 3 vezes durante a madrugada. Nega comorbidades ou perdas urinárias ao realizar esforço físico. Ao exame físico, sem alterações. Exame de urina tipo I normal.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é

- A) incontinência urinária de esforço.
- B) infecção urinária recorrente.
- C) incontinência urinária funcional.
- D) síndrome da bexiga hiperativa.
- E) incontinência urinária por transbordamento.

**64.** Paciente de 36 anos, G2P2, comparece ao consultório para avaliação ginecológica de rotina. Refere estar em uso de sistema intrauterino com levonorgestrel (SIU-LNG) há 3 anos, sem intercorrências prévias. Relata ausência de menstruação nos últimos 5 meses, sem sintomas vasomotores, dor pélvica ou corrimento. Nega história de curetagem uterina, cirurgias endometriais ou infecções ginecológicas recentes. Realizou teste de gravidez com resultado negativo.

Diante do quadro apresentado, a explicação mais provável para a amenorreia atual é

- A) menopausa precoce secundária à falência ovariana.
- B) complicação infecciosa com dano endometrial irreversível.
- C) formação de sinéquias uterinas - síndrome de Asherman.
- D) endometrite crônica por uso prolongado do dispositivo.
- E) atrofia endometrial induzida pelo levonorgestrel intrauterino.

**65.** Paciente de 40 anos, G3P3, comparece ao ambulatório de ginecologia para exame de rotina. Nega queixas de sangramento, corrimento ou dor pélvica. Está em acompanhamento regular, com colpocitologias anteriores normais. Durante o exame especular, é identificado pólipó único, de cerca de 1,2 cm, pediculado, originado da endocérvice. O colo apresenta aspecto normal, sem lesões suspeitas. A paciente está hemodinamicamente estável e sem sinais de infecção.

A conduta mais apropriada para essa paciente é

- A) realizar excisão ambulatorial do pólipó para avaliação histopatológica.
- B) encaminhar para histerectomia total devido ao risco de malignidade.
- C) iniciar antibioticoterapia empírica para prevenção de complicações.
- D) realizar cauterização elétrica do colo uterino no mesmo momento.
- E) apenas observar clinicamente, sem necessidade de intervenção.

**66.** Mulher de 30 anos, G1P1, procura avaliação ginecológica com queixa de dor mamária bilateral há cerca de 4 meses. Relata que a dor é do tipo peso e aumento de sensibilidade nas mamas, com piora evidente nos dias que antecedem a menstruação e melhora espontânea após o início do sangramento. Não observa nódulos ou secreção mamilar. Nega febre, trauma local ou uso de medicamentos hormonais. Ao exame físico, as mamas apresentam simetria, sem nódulos palpáveis, sem sinais inflamatórios ou alterações cutâneas.

Nesse caso, o diagnóstico clínico mais provável é

- A) mastite infecciosa bilateral com apresentação subclínica.
- B) cisto de mama com aumento de volume na fase lútea.
- C) abscesso mamário com quadro inflamatório atenuado.
- D) adenose esclerosante com dor bilateral e difusa.
- E) mastalgia cíclica associada à variação hormonal do ciclo.

**67.** Mulher de 51 anos, G2P2, comparece ao ambulatório de ginecologia com queixa de ondas de calor intensas, insônia e irritabilidade há 8 meses. Refere menopausa há 1 ano. Nega história de câncer pessoal ou familiar, trombose, hipertensão e tabagismo. Está com IMC de 24 kg/m<sup>2</sup>, pressão arterial de 110/70 mmHg, exames laboratoriais e de imagem recentes sem alterações. Deseja iniciar tratamento para melhora dos sintomas vasomotores, pois afirma que sua qualidade de vida tem sido comprometida.

A conduta mais apropriada para essa paciente é

- A) prescrever antidepressivo tricíclico como primeira escolha para alívio dos sintomas.
- B) indicar fitoterapia e acupuntura como opções de primeira linha para tratamento inicial.
- C) iniciar terapia hormonal com estrogênio e progesterona por ser a mais eficaz no controle de sintomas vasomotores.
- D) descartar uso hormonal devido à idade acima de 50 anos da paciente.
- E) recomendar apenas mudanças comportamentais e observar a evolução clínica.

**68.** Mulher de 34 anos, G3P3, relata menstruações intensas e prolongadas há mais de 1 ano, com uso de mais de 10 absorventes ao dia durante o fluxo. Queixa-se de fadiga, palpitações e queda de cabelo. Ao exame físico: palidez cutaneomucosa, PA: 110/70 mmHg, FC: 92 bpm. Hemoglobina: 9,8 g/dL; ferritina: 8 ng/mL. Ultrassonografia transvaginal sem alterações uterinas estruturais.

A conduta inicial mais adequada para essa paciente é

- A) solicitar histeroscopia diagnóstica para avaliar cavidade uterina.
- B) iniciar ferro oral e considerar contraceptivo hormonal combinado.
- C) encaminhar para histerectomia total eletiva.
- D) administrar ferro intravenoso e indicar transfusão sanguínea urgente.
- E) realizar biópsia endometrial com aspiração de Pipelle.

**69.** Mulher de 42 anos, G2P2, comparece ao consultório com queixa de sangramento uterino aumentado e dor pélvica cíclica progressiva nos últimos 10 meses. Refere prejuízo na qualidade de vida, mas nega desejo gestacional atual. Ao exame ginecológico, útero globoso e sensível à palpação.

Ultrassonografia transvaginal evidenciou útero aumentado, com zona juncional espessada, contornos irregulares da junção endométrio-miométrio, presença de cistos miometriais anecoicos medindo até 6 mm e padrão de heterogeneidade difusa do miométrio posterior.

Considerando o quadro clínico e os achados de imagem, a conduta inicial mais adequada é

- A) indicar miomectomia laparoscópica com biópsia dirigida do miométrio.
- B) iniciar antifibrinolítico apenas nos dias de sangramento intenso.
- C) realizar ablação endometrial por histeroscopia com ressectoscópio.
- D) aplicar terapia hormonal com sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG).
- E) indicar histerectomia total por via abdominal como tratamento definitivo.

**70.** Mulher de 29 anos, G0P0, procura atendimento por dor crônica na região vulvar com início há cerca de 6 meses. Relata sensação de ardência e queimação na entrada vaginal, piorando com uso de roupas justas, longos períodos sentada e durante o contato sexual. Nega corrimentos, infecções prévias recentes ou uso de medicamentos locais. Já utilizou antifúngicos e antibióticos sem melhora.

Ao exame físico, não há lesões aparentes em vulva ou vagina, mas há dor referida à pressão leve com cotonete no vestíbulo vulvar posterior. Os exames laboratoriais e culturas estão normais. Refere impacto significativo em sua vida sexual e emocional.

Nesse caso, a conduta inicial mais adequada é

- A) iniciar terapia antifúngica tópica por 14 dias.
- B) encaminhar para biópsia vulvar imediata.
- C) fisioterapia pélvica e iniciar antidepressivo tricíclico de baixa dose.
- D) prescrever corticoide sistêmico por 30 dias.
- E) afastar-se da atividade sexual até remissão espontânea da dor.

**71.** Paciente de 26 anos, nuligesta, comparece para investigação de infertilidade primária. Relata ciclos regulares, sem dismenorreia significativa. Nega comorbidades. Exame físico sem alterações. A histerossalpingografia revelou cavidade endometrial com contornos regulares, mas com falha de enchimento linear no terço superior, trompas visualizadas com Cotté positivo. Solicitada ressonância magnética pélvica, que evidenciou útero único com reentrância endometrial medindo 18 mm e ângulo de 60° e sem duplicidade de colo ou vagina.

Assinale a opção que apresenta a malformação uterina mais provável e a conduta adequada.

- A) Útero bicorno – indicar correção cirúrgica por laparotomia.
- B) Útero didelfo – encaminhar para metroplastia abdominal.
- C) Útero unicorno – iniciar estimulação ovariana com clomifeno.
- D) Útero arqueado – acompanhar clinicamente sem intervenção.
- E) Útero septado – realizar histeroscopia com ressecção do septo.

**72.** Mulher de 26 anos, nuligesta, sexualmente ativa, comparece para exame ginecológico de rotina. Refere ciclos menstruais regulares, sem queixas geniturinárias.

Ao exame especular, observa-se pequena lesão esbranquiçada, translúcida, elevada, medindo cerca de 4 mm, em região do colo uterino, sem sinais de inflamação, sangramento ou lesões acetobranças. Colpocitologia e teste de HPV realizados há 8 meses foram normais.

A conduta mais apropriada diante desse achado é

- A) realizar biópsia excisional.
- B) registrar o achado e manter seguimento de rotina.
- C) encaminhar para colposcopia e biópsia dirigida.
- D) realizar cauterização química com ácido tricloroacético.
- E) iniciar antibioticoterapia de amplo espectro.

**73.** Paciente de 24 anos, G0P0, previamente hígida, procura atendimento com dor pélvica em baixo ventre há 5 dias, de intensidade progressiva, associada a corrimento vaginal purulento e febre não aferida. Refere também dispareunia e disúria.

Ao exame físico: dor à palpação hipogástrica e à mobilização uterina, toque vaginal com dor à palpação de anexos. Sinais vitais: temperatura axilar de 38,3 °C, frequência cardíaca de 114 bpm e pressão arterial de 90/60 mmHg. Laboratório com leucocitose e PCR elevada. Ultrassonografia transvaginal evidencia imagem cística complexa em anexo direito, com conteúdo espesso e septações finas, medindo 5,5 cm.

A conduta inicial mais adequada é

- A) acompanhamento ambulatorial com antibioticoterapia oral e controle com US seriada.
- B) realização de drenagem cirúrgica imediata do abscesso anexial por laparoscopia.
- C) início de anticoncepcional hormonal combinado para redução do processo inflamatório.
- D) internação hospitalar e início de antibioticoterapia endovenosa para DIP complicada.
- E) indicação de histerossalpingografia para melhor avaliação do conteúdo tubário.

**74.** Adolescente de 17 anos, nuligesta, comparece à consulta por ausência de menarca. Relata desenvolvimento mamário iniciado aos 12 anos (M2), mas sem progressão.

Ao exame físico: mamas em M3, presença de pelos púbicos e axilares em P4, genitália normal. IMC: 21 kg/m<sup>2</sup>. Exames laboratoriais: FSH 48 mUI/mL, LH 32 mUI/mL, estradiol 12 pg/mL. Cariótipo: 46,XX.

Nesse caso, a hipótese diagnóstica mais provável é

- A) hiperplasia adrenal congênita de forma não clássica.
- B) síndrome de resistência aos andrógenos.
- C) insuficiência ovariana primária.
- D) síndrome de Rokitansky.
- E) síndrome de Kallmann.

**75.** Paciente de 67 anos, G3P3, apresenta sangramento uterino anormal na pós-menopausa. A biópsia endometrial revelou adenocarcinoma endometriode grau 2. Realizada histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral e linfadenectomia pélvica. O anatomopatológico demonstrou tumor infiltrando mais de 50% do miométrio, sem acometimento cervical, trompas, ovários ou linfonodos. Ausência de invasão linfovascular.

Com base nos achados clínico-patológicos, o estadiamento FIGO de 2023 mais adequado para esse caso é

- A) Estágio IA – invasão menor que 50% do miométrio.
- B) Estágio IB – invasão maior que 50% do miométrio, sem extensão extrauterina.
- C) Estágio II – acometimento estromal cervical.
- D) Estágio IIIA – invasão serosa uterina ou anexial.
- E) Estágio IIIC1 – metástase para linfonodos pélvicos.

**76.** Mulher de 39 anos, G3P3, procura atendimento por amenorreia secundária há 3 anos e fadiga progressiva. Relata que, após o último parto, apresentou hemorragia puerperal grave com necessidade de transfusão sanguínea. Desde então, não voltou a menstruar, não apresentou lactação e vem notando ressecamento vaginal e queda de cabelos. Ao exame: PA 94/62 mmHg, FC 96 bpm, pele seca, genitália externa atrofica, mamas hipotróficas. IMC: 23 kg/m<sup>2</sup>.

Exames laboratoriais:

- TSH: 0,1 µUI/mL;
- T4 livre: 0,4 ng/dL;
- FSH: 2,1 mUI/mL;
- LH: 1,9 mUI/mL;
- Cortisol matinal: 4,1 µg/dL;
- Prolactina: 2,1 ng/mL.

O diagnóstico mais provável diante desse quadro clínico e laboratorial é

- A) hipotireoidismo primário.
- B) insuficiência ovariana primária.
- C) síndrome de Asherman.
- D) síndrome de Sheehan.
- E) tumor hipofisário não secretor.

**77.** Mulher de 66 anos, G5P5, sexualmente ativa, procura avaliação ginecológica por sensação de peso vaginal, exteriorização de abaulamento ao esforço e incontinência urinária aos esforços. Ao exame ginecológico com manobra de Valsalva, observam-se os seguintes parâmetros do sistema POP-Q: Aa em +2, Ba em +3, ponto C em +2, D em +1, Ap em -1, Bp em 0, e comprimento vaginal total (TVL) de 8 cm. Genitália externa sem atrofia significativa.

Com base no exame físico, assinale a classificação mais compatível com os achados descritos.

- A) Cistocele e prolapso uterino estágio III; retocele estágio II.
- B) Cistocele e prolapso uterino estágio II; retocele estágio I.
- C) Cistocele, prolapso uterino e retocele, todos em estágio II.
- D) Cistocele estágio II, prolapso uterino estágio III; retocele estágio I.
- E) Cistocele e retocele estágio III; prolapso uterino estágio II.

**78.** Mulher de 28 anos, previamente hígida, procura atendimento por lesão indolor em vulva, percebida há aproximadamente 10 dias. Refere relação sexual desprotegida com parceiro eventual há cerca de três semanas. Nega corrimento, febre ou prurido.

Ao exame ginecológico, observa-se úlcera única de aproximadamente 1,5 cm em pequeno lábio esquerdo, de bordas endurecidas, base limpa e fundo avermelhado. Linfonodos inguinais bilaterais aumentados, firmes, indolores e não aderidos. Refere ausência de dor local.

O diagnóstico mais provável e a conduta terapêutica inicial recomendada são

- A) cancro mole – iniciar azitromicina 1 g VO dose única.
- B) sífilis primária – iniciar penicilina benzatina 2,4 milhões UI IM em dose única.
- C) herpes genital – iniciar aciclovir 400 mg 3x/dia por 7 dias.
- D) donovanose – solicitar biópsia e iniciar doxiciclina 100 mg 12/12 h por 3 semanas.
- E) linfogranuloma venéreo – realizar drenagem de bubão e iniciar doxiciclina 21 dias.

**79.** Mulher de 55 anos, G4P4, com história de sangramento vaginal irregular e dor pélvica há 4 meses.

Ao exame especular, lesão exofítica visível no colo uterino com sangramento ao toque. Toque vaginal revela extensão da lesão para o terço inferior da vagina e fixação à parede pélvica esquerda. Urografia excretora evidencia hidronefrose à esquerda. Tomografia computadorizada sem sinais de metástases à distância. Biópsia confirma carcinoma epidermoide invasivo.

Com base nas informações clínicas e no estadiamento FIGO 2018, a classificação mais adequada é o

- A) Estádio IB2.
- B) Estádio IIA2.
- C) Estádio IIIA.
- D) Estádio IIIB.
- E) Estádio IVA.

**80.** Mulher de 68 anos comparece ao consultório por prurido vulvar crônico, de longa data, associado à ardência e sensação de queimação. Refere falha terapêutica com antifúngicos tópicos.

Ao exame físico, observa-se lesão única em grande lábio direito, de bordas irregulares, superfície eritematosa com áreas esbranquiçadas, descamativas e discretamente infiltradas, medindo cerca de 2,5 cm, sem ulceração. Realizada biópsia com diagnóstico histopatológico de lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), sem sinais de invasão. A colpocitologia e a colposcopia foram normais.

A conduta inicial mais adequada para essa paciente é

- A) indicar exérese cirúrgica da lesão com margens livres.
- B) prescrever corticosteroide tópico e reavaliar em 30 dias.
- C) iniciar terapia com imiquimode tópico 5% por 16 semanas.
- D) acompanhar clinicamente e repetir biópsia em 6 meses.
- E) indicar vulvectomia radical com esvaziamento inguinal profilático.

## CAPÍTULO

**3.0 GABARITO**

QUESTÃO	RESPOSTA	QUESTÃO	RESPOSTA	QUESTÃO	RESPOSTA	QUESTÃO	RESPOSTA
01	D	21	B	41	A	61	C
02	C	22	A	42	B	62	B
03	E	23	B	43	B	63	D
04	A	24	B	44	D	64	E
05	B	25	C	45	E	65	A
06	C	26	C	46	D	66	E
07	D	27	C	47	A	67	C
08	B	28	D	48	D	68	B
09	E	29	B	49	A	69	D
10	B	30	D	50	C	70	C
11	A	31	E	51	D	71	E
12	A	32	D	52	B	72	B
13	A	33	A	53	A	73	D
14	D	34	D	54	E	74	C
15	C	35	B	55	D	75	B
16	D	36	C	56	B	76	D
17	D	37	C	57	D	77	A
18	E	38	E	58	D	78	B
19	B	39	A	59	E	79	D
20	E	40	E	60	C	80	A

## CAPÍTULO

## 4.0 PROVA COMENTADA

**01.** Gestante de 27 anos, G2P1A0, com 9 semanas de gestação, comparece à consulta de primeira vez de pré-natal, quando recebe orientações sobre vacinação na gravidez. Ela está em boas condições clínicas, não tem comorbidades e refere já ter sido vacinada uma vez contra a covid-19, há 9 meses, ainda na gestação anterior.

Com relação à vacina contra a covid-19 na gestação atual, assinale a afirmativa correta.

- A) A vacinação contra covid-19 está contraindicada na gestação e durante o aleitamento.
- B) A vacinação contra covid-19 na gestação não é necessária já que a última dose foi há menos de 12 meses.
- C) Deverá receber uma dose única da vacina contra covid-19 após 20 semanas de gestação.
- D) Deverá receber uma dose da vacina de covid-19 já na 9ª semana de gestação em que ela se encontra, podendo fazer o reforço após 6 meses.
- E) Deverá receber uma dose da vacina de covid-19 já na 9ª semana de gestação em que ela se encontra, com reforço programado para 3 e 6 meses de intervalo.

### COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a vacinação contra a COVID-19 na gestação.

A covid-19 está relacionada a maiores taxas de prematuridade e os RNs têm maior risco de complicações associadas à doença, incluindo insuficiência respiratória e outros desfechos graves.

A vacinação contra a COVID-19 está indicada para as gestantes e puérperas em QUALQUER IDADE GESTACIONAL.

Durante o período gestacional, está recomendada **uma dose da vacina contra covid-19** para gestantes que tenham **recebido a última dose há mais de 6 meses**.

Além disso, as puérperas até 45 dias após o parto estão incluídas na população indicada para a vacinação.

**Incorreta a alternativa A:** pelo contrário. A vacinação contra a COVID-19 está indicada na gestação e em qualquer idade gestacional.

**Incorreta a alternativa B:** a vacina contra a COVID-19 está indicada em qualquer idade gestacional para a última dose há mais de 6 meses.

**Incorreta a alternativa C:** a vacinação contra a COVID-19 está indicada em qualquer idade gestacional.

**Correta a alternativa D:** a gestante poderá fazer a vacinação contra a COVID-19 em qualquer idade gestacional e deverá fazer um reforço após 6 meses da última aplicação.

**Incorreta a alternativa E:** a paciente deverá fazer apenas uma dose da COVID-19 em qualquer idade gestacional. Como está com 9 semanas, ela já poderá receber a vacina sem necessidade de reforço.

**GABARITO: D**

**02.** Gestante procurou a Clínica da Família para iniciar seu pré-natal. Trata-se de primigesta, 22 anos de idade, sem comorbidades.

Entre os exames de rotina pré-natal que foram solicitados para ela, está a sorologia para

- A) rubéola.
- B) citomegalovírus.
- C) HTLV 1/2.
- D) brucelose.
- E) listeriose.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre as sorologias de rotina solicitadas no pré-natal.

São **exames de rotina padrão no pré-natal**:

- Hemograma.
- Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto se o Rh for negativo.
- Glicemia em jejum.
- Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR.
- Teste rápido diagnóstico anti-HIV ou sorologia anti-HIV.
- Sorologia para toxoplasmose IgM e IgG.
- Sorologia para hepatite B, preconizada apenas a pesquisa do HBsAg.
- Sorologia para hepatite C.
- Sorologia para HTLV
- Urina tipo I, também chamada de sumário de urina.
- Urocultura.

**Incorreta a alternativa A:** a rubéola não está incluída como pesquisa obrigatória de rotina no pré-natal.

**Incorreta a alternativa B:** o citomegalovírus não está incluído como pesquisa de rotina de sorologias obrigatórias no pré-natal.

**Correta a alternativa C:** a pesquisa da infecção pelo HTLV 1/2 foi incluída como sorologia a ser solicitada no pré-natal.

**Incorreta a alternativa D:** a brucelose não está incluída na pesquisa de rotina do pré-natal.

**Incorreta a alternativa E:** a listeriose não está incluída na rotina de pesquisa do pré-natal.

## GABARITO C

**03.** Gestante a termo dá entrada em maternidade com queixas de contrações uterinas. Ao exame obstétrico, diagnosticou-se fase ativa do trabalho de parto.

Ao ser encaminhada para o centro de parto, recebeu a orientação correta do médico plantonista de que

- A) não era permitida a presença de acompanhante durante o parto e o pós-parto.
- B) só era permitida a presença de acompanhante do sexo feminino após o parto.
- C) só era permitida a presença de acompanhante do sexo feminino durante o parto e após o parto.

- D) a presença de acompanhante de livre escolha da paciente era permitida apenas nos partos vaginais, mas não nas cesarianas.
- E) a presença de acompanhante de livre escolha da paciente era permitida tanto no parto vaginal quanto na cesariana e durante toda a internação na maternidade após o parto.

## COMENTÁRIOS:

**O que o examinador quer saber:** sobre os direitos da gestante quanto à presença de acompanhante (Lei do Acompanhante – Lei 11.108/2005).

A Lei 11.108/2005, conhecida como **Lei do Acompanhante**, garante às gestantes o direito de ter **um acompanhante de livre escolha** durante **todo o período de trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato**, em qualquer serviço de saúde do SUS, conveniado ou particular.

A lei determina que as instituições de saúde devem permitir e viabilizar a presença desse acompanhante, sem restrição de sexo, idade adulta ou vínculo familiar, desde que a mulher o escolha.

O direito é obrigatório e independe do tipo de parto, sendo válido tanto para **partos vaginais quanto cesarianas**. A lei ainda reforça que esse acompanhante deve permanecer ao lado da parturiente no ambiente onde ela estiver sendo atendida, pois sua presença comprova benefícios emocionais, físicos e clínicos para a mulher e o recém-nascido.

A instituição não pode criar impedimentos ou regras próprias que restrinjam esse direito.

**Incorreta a alternativa A:** a Lei 11.108/2005 garante à gestante o direito a um acompanhante de livre escolha **durante todo o período de trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato**.

**Incorreta a alternativa B:** a legislação não restringe o acompanhante a ser do sexo feminino nem que seja apenas no pós-parto. O acompanhante pode ser qualquer pessoa escolhida pela gestante.

**Incorreta a alternativa C:** a lei não restringe o sexo do acompanhante. Além disso, o direito também se aplica no pré-parto, não só no parto e pós parto.

**Incorreta a alternativa D:** o direito ao acompanhante se dá em todo tipo de parto, não apenas nos partos vaginais.

**Correta a alternativa E:** a presença de acompanhante de livre escolha é um direito legal, válido para parto vaginal, cesárea e toda a internação, devendo ser garantido pelos serviços de saúde.

## GABARITO: E

**04.** Durante o parto vaginal de uma paciente que optou por parir semissentada, após a saída da cabeça fetal, observou-se retração da cabeça contra o períneo (sinal da tartaruga) e falha na progressão do polo cefálico. Foi orientado o aumento do agachamento materno e realizada uma pressão suprapúbica, sem sucesso.

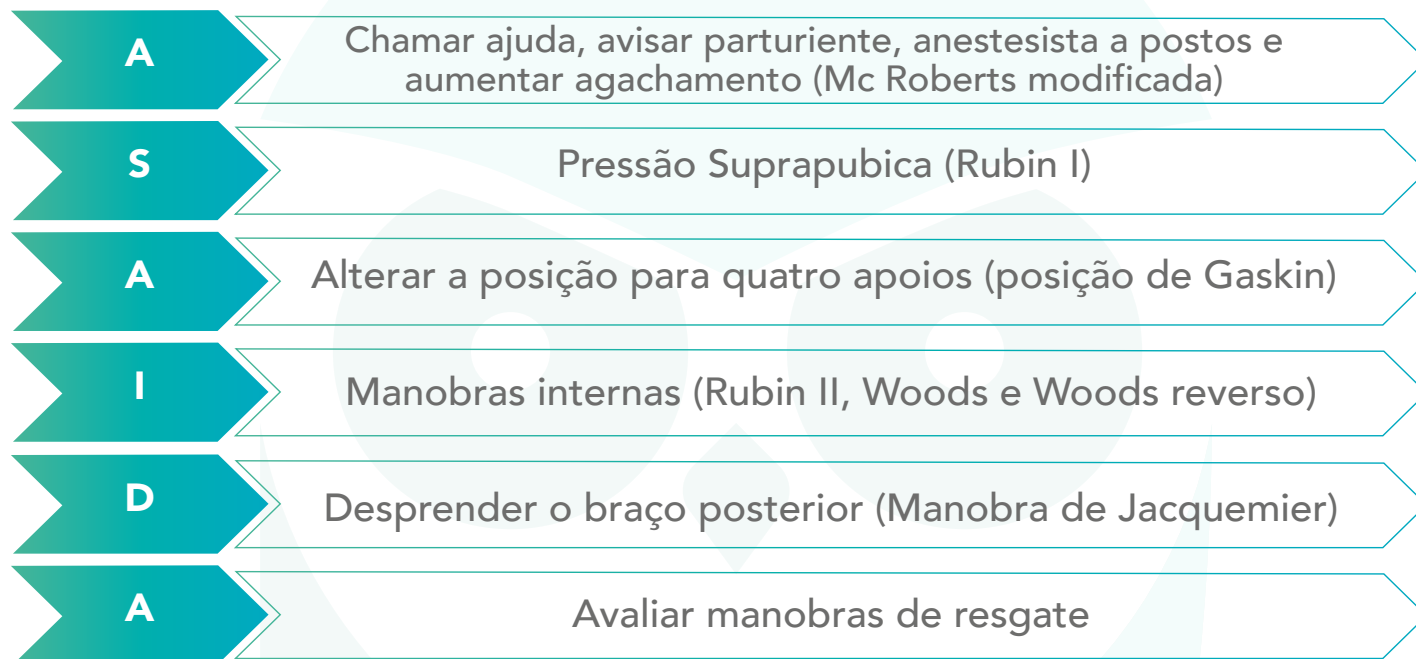
A manobra externa mais adequada para essa situação é realizar

- A) reposicionamento da parturiente em quatro apoios.
- B) manobra de pressão no fundo uterino.
- C) tração axial da cabeça fetal para liberar a espádua anterior.
- D) pressão direta com os dedos sobre a face posterior do ombro fetal anterior em direção do tórax fetal.
- E) clidotomia.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre distocia de ombro nas posições verticalizadas.

Nas distocias de ombro nos partos em posição vertical, utiliza-se o mnemônico A SAÍDA:



Nas posições verticalizadas, após falha das manobras iniciais (Mc Roberts modificada e Rubin I), deve-se colocar a paciente na posição de quatro apoios para depois realizar as manobras internas.

**Correta a alternativa A:** nas posições verticalizadas, após a falha nas manobras iniciais (pressão suprapúbica e aumentar agachamento), deve-se colocar a gestante em quatro apoios (manobra de Gaskin), pois essa posição aumenta o diâmetro pélvico, facilita a rotação e saída do ombro e melhora a biomecânica do desprendimento.

**Incorreta a alternativa B:** a manobra de pressão no fundo uterino (Kristeller) é contraindicada, especialmente em suspeita de distócia de ombros, pois aumenta o risco de rotura uterina, lesão fetal e impacta ainda mais o ombro contra a sínfise púbica.

**Incorreta a alternativa C:** a tração axial da cabeça não libera o ombro quando as manobras externas já falharam e aumenta risco de lesão do plexo braquial.

**Incorreta a alternativa D:** a pressão sobre o ombro fetal anterior “em direção ao tórax” descreve a manobra de Rubin II, uma manobra interna que, nas posições verticalizadas, deve ser realizada na posição de quatro apoios.

**Incorreta a alternativa E:** a clidotomia consiste em fratura intencional da clavícula fetal para reduzir o diâmetro biacromial. É uma manobra de último recurso, usada apenas quando todas as outras manobras falharam.

**GABARITO: A**

**05.** Parturiente sem comorbidades pré-gestacional ou durante o pré-natal, encontra-se exausta após 12 horas de trabalho de parto. A última ultrassonografia mostrava um peso estimado fetal de 4.100 g. Para abreviar o período expulsivo, seu obstetra pretende aplicar um fórcepe de Simpson para alívio.

Para tal, a condição de praticabilidade do fórcepe deverá ser

- A) feto no plano I de Hodge.
- B) bolsa amniótica rota.
- C) apagamento cervical de 100% e dilatação de 9 cm.
- D) apresentação cefálica de face.
- E) variedade de posição occipito-transversa.

## COMENTÁRIOS:

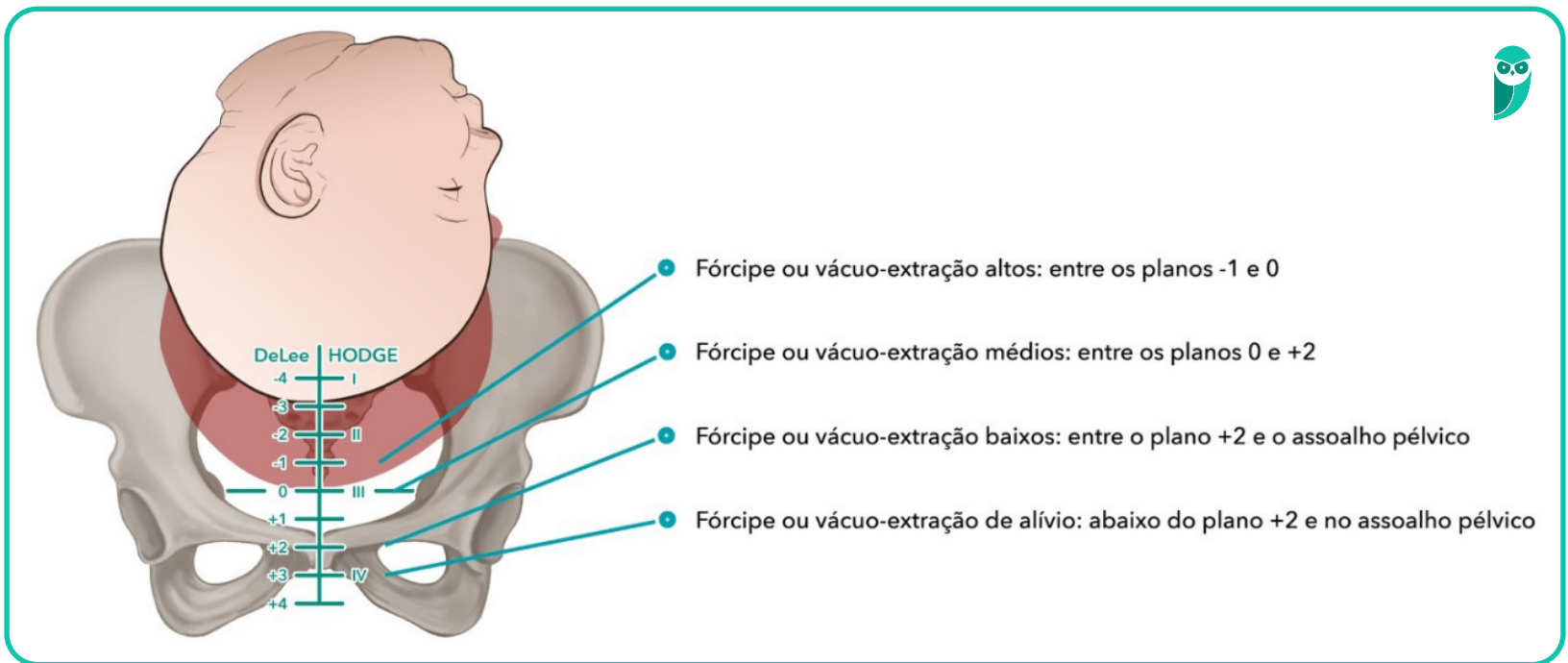
O que o examinador quer saber: sobre as condições de aplicabilidade do fórcepe.

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

**TABELA: CONDIÇÕES DE APLICABILIDADE**

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

**Incorreta a alternativa A:** o fórcepe não pode ser aplicado com o feto no plano I de Hodge (plano -4 de De Lee). É obrigatório que a apresentação esteja insinuada ou baixa (plano +2 ou +3 de DeLee).



**Correta a alternativa B:** bolsa amniótica rota é critério obrigatório para aplicação do fórcepe.

**Incorreta a alternativa C:** é necessário que haja dilatação cervical de 10 cm (dilatação total), para ser permitida a aplicação do fórcepe. Dilatação incompleta torna o parto vaginal operatório contraindicado, pois causa risco de laceração cervical grave.

**Incorreta a alternativa D:** a apresentação de face contraindica fórcepe de alívio tipo Simpson. A apresentação necessária é cefálica fletida (vértice).

**Incorreta a alternativa E:** o fórcepe de Simpson (fórcepe de alívio) não permite rotações maiores do que 45 graus, por isso não está indicado nas variedades de posição occipitotransversa que necessita de rotação de 90 graus. O fórcepe que permite rotações maiores do que 45 graus é o fórceps de Kielland.

#### GABARITO: B

**06.** Parturiente de 18 anos, G1P0A0, apresentou quadro de pré-eclâmpsia durante a gestação, sem sinais de gravidade. No transcurso da 40ª semana de gestação, procurou a maternidade com forte dor pélvica que já durava 12 h e sangramento transvaginal de pequena monta, vermelho escuro. Foi imediatamente submetida à cesariana, estando a placenta inteiramente descolada na cavidade uterina e o feto morto.

Após 1 h da cesariana, ainda na recuperação pós-anestésica, ela evoluiu com sangramento transvaginal abundante e sinais de instabilidade hemodinâmica (PA 80 × 40 mmHg, FC 120 bpm, extremidades frias). Ao exame físico, o útero encontrava-se normotônico e localizado na altura esperada. A paciente recebeu 1.500 mL de cristalóide, duas unidades de concentrado de hemácias e ocitocina em bomba de infusão, com pouca resposta e persistência do sangramento.

Assinale a opção que indica o quadro dessa paciente e a melhor conduta para o caso.

- A) Ruptura uterina oculta e indicar laparotomia exploradora.
- B) Atonia uterina refratária e iniciar misoprostol e massagem uterina.

- C) Coagulopatia de consumo e solicitar coagulograma e iniciar reposição com plaquetas e fatores de coagulação.
- D) Inversão uterina subaguda e realizar reposicionamento manual sob analgesia adequada.
- E) Hematoma retroperitoneal e solicitar tomografia e manejo conservador com suporte hemodinâmico.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a complicação pós-parto do descolamento prematuro de placenta.

**NÃO SE ESQUEÇA:** O DPP é a principal causa de CIVD e de necrose cortical renal aguda em obstetrícia!

As principais complicações maternas e fetais estão listadas no quadro a seguir:

COMPLICAÇÕES MATERNAS	COMPLICAÇÕES FETAIS
Transusão sanguínea	Hipóxia fetal
Choque hipovolêmico	Prematuridade
Insuficiência renal aguda (necrose tubular ou cortical aguda)	Baixo peso ao nascer
Falência de múltiplos órgãos	Restrição de crescimento fetal
Hemorragia pós-parto	Morte perinatal
Histerectomia puerperal	
Coagulação intravascular disseminada	
Morte materna	

Observe que a puérpera evolui com sangramento vaginal abundante no pós-parto. Ao exame físico, o **útero encontrava-se normotônico** e localizado na altura esperada, o que exclui sangramento uterino por atonia pela clínica. A paciente recebeu 1.500 mL de cristalóide, duas unidades de concentrado de hemácias e ocitocina em bomba de infusão, **com pouca resposta e persistência do sangramento**.

Portanto, pensando na complicação do DPP, o quadro clínico é compatível com a hipótese de CIVD com consumo dos fatores de coagulação.

**Incorreta a alternativa A:** a ruptura uterina ocorreria durante o trabalho de parto, não no pós-parto de um descolamento prematuro de placenta (DPP). O caso descreve uma complicação grave do DPP que é a CIVD com consumo dos fatores de coagulação.

**Incorreta a alternativa B:** não há descrição de atonia uterina, tanto que o exame clínico da paciente era de útero normotônico e na altura esperada.

**Correta a alternativa A:** uma das mais graves complicações do descolamento é a coagulação intravascular disseminada com o consumo de fatores de coagulação como os sinais descritos no caso clínico. A conduta é solicitar o coagulograma e iniciar a reposição de fatores de coagulação e plaquetas.

**Incorreta a alternativa D:** o caso clínico não descreve um quadro de inversão uterina, e sim sinais e sintomas de coagulação intravascular disseminada.

**Incorreta a alternativa E:** os sinais de sintomas da puérpera não são de hematoma retroperitoneal, e sim de CIVD com consumo de fatores de coagulação.

**GABARITO: C**

**07.** Nutriz de 28 anos, G2P2, comparece ao pronto-socorro no 4º dia do puerpério após cesariana por desproporção cefalopélvica. Queixa-se de febre diária (até 39,2°C), com calafrios, dor abdominal difusa e loquiação fétida. Ao exame, encontra-se febril (38,9°C), taquicárdica (112 bpm), com dor à palpação do hipogástrio. A ferida operatória está com bom aspecto. O útero encontrava-se aumentado e subinvoluído à palpação abdominal. Exames laboratoriais: leucograma: 18.500/mm<sup>3</sup> com desvio à esquerda, PCR: 185 mg/L. Ultrassonografia abdominal pélvica mostrou útero aumentado com conteúdo heterogêneo intracavitário, sem gás, com espessamento endometrial, sem coleções abdominais. Foram colhidas urocultura e hemocultura e iniciada antibioticoterapia venosa com clindamicina e gentamicina. Após 72 h do antibiótico, a paciente mantinha febre, apesar de boa resposta hemodinâmica. Ambas as culturas vieram negativas.

A principal hipótese diagnóstica e a melhor conduta para esta paciente, neste momento, são, respectivamente,

- A) endometrite puerperal com foco persistente, manter antibióticos.
- B) infecção de ferida operatória profunda, solicitar TC de abdome e considerar drenagem cirúrgica.
- C) abscesso tubo-ovariano pós-parto, solicitar ressonância pélvica e avaliar necessidade de drenagem.
- D) tromboflebite pélvica séptica, iniciar heparina associada à antibioticoterapia.
- E) necrose uterina séptica, indicar histerectomia.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o diagnóstico e a conduta na tromboflebite pélvica.

Fique atento a estas características para a hipótese de tromboflebite pélvica:

- **FEBRE PERSISTENTE** (até 40°C) na **vigência de antibioticoterapia adequada**.
- **Diagnóstico:** angiotomografia ou angiorressonância magnética.
- **Tratamento:** manter antibioticoterapia de largo espectro e anticoagulação (heparina não fracionada na dose 5.000 U).



Fique sempre atento para as questões que podem ser cobradas. Veja agora as alternativas.

**Incorreta a alternativa A:** o quadro clínico com febre persistente mesmo após a antibioticoterapia adequada é compatível com tromboflebite pélvica.

**Incorreta a alternativa B:** o quadro clínico não é compatível com ferida operatória profunda, e sim de uma tromboflebite pélvica.

**Incorreta a alternativa C:** a persistência de febre mesmo diante de antibioticoterapia adequada é compatível com tromboflebite pélvica e o tratamento deve ser a permanência de antibioticoterapia e a introdução de anticoagulação.

**Correta a alternativa D:** fique atento nesta questão. O quadro clínico de febre que persiste mesmo na vigência de antibioticoterapia adequada é compatível com tromboflebite pélvica e o tratamento é manter antibioticoterapia de largo espectro e anticoagulação (heparina não fracionada na dose 5.000 U).

**Incorreta a alternativa E:** o quadro clínico é compatível com tromboflebite séptica e está indicada a manutenção da antibioticoterapia e a introdução da anticoagulação.

#### GABARITO: D

**08.** Gestante de 31 anos, G2P1, com 30 semanas de gestação, procura atendimento com história de febre alta há 3 dias, cefaleia, dor retro-orbital, mialgia intensa e náuseas. Relata diminuição da movimentação fetal nas últimas 12 horas.

Ao exame, apresenta-se febril (38,5°C), com pressão arterial de 80 × 50 mmHg, pulso 108 bpm, frequência respiratória de 30 irpm, presença de petéquias em membros inferiores e dor à palpação do hipocôndrio direito. Exames laboratoriais: hematócrito: 42% (aumento em relação ao basal de 35%), plaquetas: 85.000/mm<sup>3</sup>, TGO: 145 U/L, TGP: 130 U/L, teste rápido NS1 positivo, proteinúria ausente. Doppler obstétrico: mostrou centralização da circulação fetal e a cardiocografia mostrou reatividade ausente, variabilidade mínima.

Considerando-se a condição apresentada pela gestante, sua classificação da dengue segundo o Ministério da Saúde e a melhor conduta obstétrica neste momento são:

- A) dengue com sinais de alarme, manter hidratação venosa rigorosa e vigilância materno-fetal em enfermaria.
- B) dengue grave, admissão em UTI, estabilização hemodinâmica e antecipação do parto com cuidados obstétricos apropriados à idade gestacional.
- C) dengue clássica, tratar como ambulatorial com hidratação oral e seguimento obstétrico próximo.
- D) dengue com sinais de alarme, iniciar corticoide para melhora do quadro materno e aguardar estabilização.
- E) dengue grave, iniciar esquema antibiótico amplo e administrar imunoglobulina IV pela 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 concepto. 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 ao 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 nos 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). Gestaçã o 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.

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.

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.

Com relação aos cuidados obstétricos da gestante com dengue, deve-se suspender o uso de AAS profilático, retornando 1 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 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 (preferencialmente) 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:** nesta paciente há hipotensão importante (80 × 50 mmHg), taquicardia, taquipneia, plaquetopenia acentuada, elevação expressiva de transaminases e sinais de repercussão hemodinâmica, o que configura dengue grave, indicando internação em leito de UTI.

**Correta a alternativa B:** o quadro descrito preenche critérios de dengue grave, pois há hipotensão, taquipneia e comprometimento hepático (elevação importante de TGO/TGP e dor em hipocôndrio direito) . Associado a isso, há sinais de sofrimento fetal (centralização da circulação à Dopplerfluxometria e cardiotocografia sem reatividade e variabilidade mínima). A conduta correta é a admissão em UTI para estabilização materna com reposição volêmica guiada, suporte hemodinâmico e, uma vez minimamente estabilizada, antecipação do parto, considerando-se a idade gestacional de 30 semanas e o comprometimento fetal importante.

**Incorreta a alternativa C:** a dengue clássica é um quadro sem sinais de alarme e sem gravidade, manejado de forma ambulatorial com hidratação oral e observação clínica. Esta paciente tem hipotensão, taquicardia, plaquetopenia importante, aumento do hematócrito e alteração hepática, além de comprometimento fetal, o que é incompatível com a forma clássica e com a conduta ambulatorial.

**Incorreta a alternativa D:** nesta paciente, há hipotensão importante (80 × 50 mmHg), taquicardia, taquipneia, plaquetopenia acentuada, elevação expressiva de transaminases e sinais de repercussão hemodinâmica, o que configura dengue grave, indicando internação em leito de UTI. A conduta baseia-se em reposição volêmica adequada, monitorização intensiva, manejo de choque e suporte, sem indicação de corticoide.

**Incorreta a alternativa E:** trata-se de dengue grave mas não há indicação de iniciar esquema antibiótico de rotina nem de imunoglobulina pela plaquetopenia. O manejo da plaquetopenia é o suporte clínico, com transfusão de hemoderivados apenas em caso de sangramento importante ou procedimentos invasivos, não com imunoglobulina.

**GABARITO: B**

**09.** Adolescente de 13 anos, acompanhada da mãe, procura a emergência obstétrica relatando ter sido vítima de estupro por um conhecido da família há cerca de 2 meses. Refere atraso menstrual de 5 dias, náuseas e desconforto abdominal.

O teste rápido de gravidez é positivo, mas a idade gestacional da ultrassonografia não bate com a data do relato do estupro. Ao ser acolhida por equipe multiprofissional, a adolescente manifesta expressamente o desejo de interromper a gestação.

A mãe também concorda com o procedimento. Todavia, a diretora técnica da unidade alega que o aborto não tem respaldo legal, uma vez que a data relatada da violência não bate com a idade gestacional. Além disso, a diretora refere também objeção de consciência institucional e diz que o procedimento não será realizado ali.

Com base na legislação brasileira e nas diretrizes técnicas do Ministério da Saúde, a conduta mais adequada nesse caso é

- A) não realizar o aborto, porque a Constituição brasileira garante a objeção de consciência institucional, devendo a paciente ser transferida de unidade.
- B) não realizar o aborto, já que a idade gestacional não coincide com a data do relato da violência, perdendo o amparo legal dos casos de estupro.
- C) encaminhar a paciente ao Instituto Médico Legal para comprovação do estupro antes da autorização do aborto legal.
- D) solicitar autorização judicial, pois a paciente é menor de idade, mesmo com o consentimento da mãe.
- E) realizar o aborto legal imediatamente, com termo de consentimento assinado pela paciente e responsável, sem necessidade de boletim de ocorrência.

**COMENTÁRIOS:**

Esta questão é muito importante pois tem uma pegadinha. Vejamos:

Temos uma menina de 13 anos vítima de violência sexual. A idade gestacional não bate com a data em que ela informa que foi vítima de violência. Em um primeiro momento, você poderia imaginar que não há indicação de interrupção legal da gravidez. Entretanto, nossa paciente tem 13 anos! Gestação em menores de 14 anos é considerada gestação decorrente de estupro de vulnerável e, portanto, tem o direito à interrupção legal!

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A:** a Constituição garante objeção de consciência do profissional, mas não do serviço.

**Incorreta a alternativa B:** isso seria válido se a paciente tivesse mais que 14 anos.

**Incorreta a alternativa C:** não há necessidade de avaliação do IML nem de registro do boletim de ocorrência.

**Incorreta a alternativa D:** não é necessário boletim de ocorrência nem autorização judicial.

**Correta a alternativa E:** está de acordo com o que foi discutido acima.

#### GABARITO: E

**10.** Gestante de 35 anos, G4P2A1, com 38 semanas de gestação, dá entrada em fase ativa de trabalho de parto com 6 cm de dilatação, bolsa íntegra e feto único em apresentação pélvica. Durante o exame vaginal, ocorre ruptura acidental da bolsa amniótica com saída de líquido claro.

Imediatamente após o exame, a paciente refere sensação súbita de pressão perineal intensa. Ao toque, o obstetra identifica uma estrutura pulsátil no canal vaginal e a cardiotocografia mostra bradicardia fetal sustentada (FCF 80 bpm) por mais de 5 minutos.

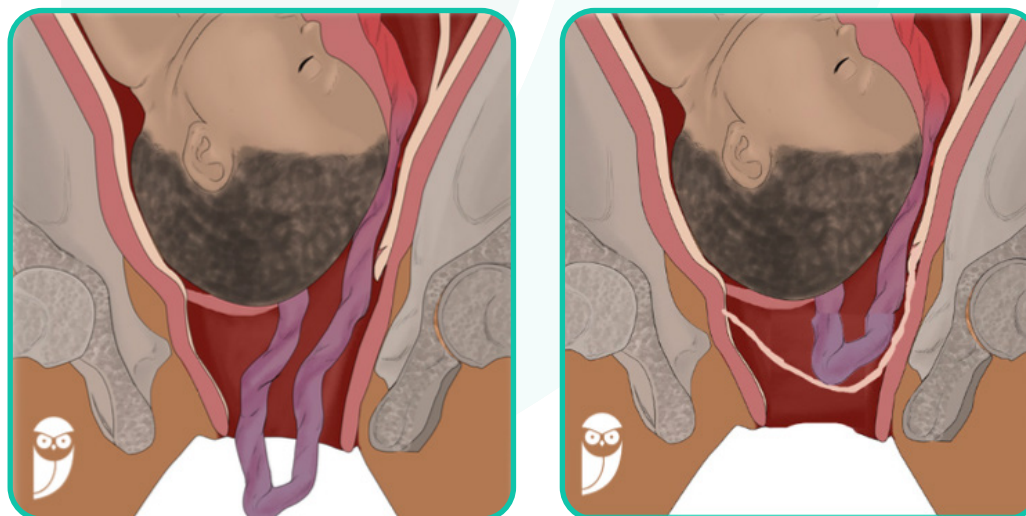
A conduta adequada, neste momento, é:

- A) colocar a paciente em posição de prece maometana e aguardar progressão do parto vaginal.
- B) realizar elevação manual da apresentação fetal e preparo urgente para cesariana.
- C) induzir o parto vaginal, desde que o monitoramento contínuo esteja disponível.
- D) administrar ocitocina para acelerar o parto a fim de reduzir o tempo de sofrimento fetal.
- E) aplicar vácuo-extrator para acelerar o nascimento.

#### COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta no prolapso de cordão umbilical.

Considera-se prolapso de cordão quando o cordão umbilical está à frente da apresentação e as membranas estão rotas. Quando as membranas ainda estão íntegras, essa situação é chamada de procidência ou procúbito de cordão umbilical.



Essa complicação é rara, mas apresenta mortalidade perinatal elevada, por isso sua prevenção é de extrema importância durante o parto. A prevenção baseia-se na identificação das pacientes com maior risco para a ocorrência desse evento. O risco de prolapso de cordão umbilical é maior nas apresentações não cefálicas, gestações múltiplas, prematuridade e polidrâmnio. Além disso, está relacionada a procedimentos obstétricos, como amniotomia, amnioinfusão e aplicação de fórceps.

Diante de prolapso de cordão, deve-se realizar cesárea de emergência, mantendo o toque vaginal com elevação da apresentação para evitar que a apresentação fetal promova a compressão do cordão umbilical.

**Incorreta a alternativa A:** o quadro clínico é compatível com prolapso de cordão e a conduta é a elevação do polo cefálico e indicar o parto cesárea.

**Correta a alternativa B:** o quadro clínico é compatível com prolapso de cordão. A conduta é a elevação do polo cefálico para evitar maior compressão do cordão e diminuição do fluxo sanguíneo para o feto e encaminhar para o parto cesariano.

**Incorreta a alternativa C:** diante do quadro de prolapso de cordão, está indicado o parto cesárea e a elevação do polo cefálico para evitar a compressão do cordão umbilical.

**Incorreta a alternativa D:** o sofrimento fetal ocorre pela compressão do polo cefálico pelo prolapso de cordão e está indicada a elevação do polo cefálico e o parto cesariano de emergência.

**Incorreta a alternativa E:** diante de prolapso de cordão, está indicada a elevação do polo cefálico para diminuir a compressão e o parto cesárea de emergência.

**GABARITO: B**

**11.** Gestante de 28 anos, G2P1, com 30 semanas de gestação e diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 1 desde a infância, dá entrada no pronto atendimento com queixa de náuseas, vômitos, fraqueza intensa e redução da movimentação fetal nas últimas 24 horas. Relata infecção urinária em tratamento com antibiótico há 2 dias. Ao exame: PA 100 × 70 mmHg, FC 122 bpm, FR 26 irpm, temperatura 37,8 °C, desidratada, soporosa e taquipneica (respiração de Kussmaul). A palpação obstétrica revelou ausência de atividade uterina. Ausculta fetal com BCF 160 bpm. Exames laboratoriais: glicemia capilar: 260 mg/dL, gasometria venosa: pH 7,18; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 11 mEq/L; pCO<sub>2</sub>: 28 mmHg, cetonemia positiva (+++), potássio sérico: 4,5 mEq/L, creatinina: 1,3 mg/dL, EAS: piúria (++), nitrito positivo. Ultrassonografia obstétrica mostrava feto único, BCF presente, movimento fetal discreto, líquido amniótico normal.

A conduta adequada para essa gestante é:

- A) iniciar hidratação com solução fisiológica 0,9%, insulino terapia venosa contínua, monitorar eletrólitos e manter tratamento da infecção de base.
- B) iniciar infusão de bicarbonato de sódio venoso imediatamente, para proteger o feto da acidose.
- C) iniciar insulino terapia subcutânea de ação rápida e aguardar resposta clínica antes de medidas adicionais.
- D) suspender a antibioticoterapia em curso e aguardar melhora metabólica antes de retornar com o antimicrobiano.
- E) indicar interrupção imediata da gestação por cesariana devido ao risco fetal iminente.

**COMENTÁRIOS:**

O que o examinador quer saber: sobre a conduta na cetoacidose diabética.

Estrategista, nesta questão, vale lembrar alguns pontos importantes. O primeiro é: os sinais e sintomas da cetoacidose diabética.

<b>SINTOMAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Náuseas, poliúria, polidipsia, fraqueza, dor abdominal, hipotensão, taquicardia e hiperventilação.</li> </ul>
<b>ACHADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HIPERGLICEMIA (&gt; 200 mg/dL)</li> <li>Corpos cetônicos na urina (CETONÚRIA)</li> <li>Acidemia (pH &lt; 7,3)</li> <li>Bicarbonato &lt; 18 mEq/L</li> <li>HIPOCALEMIA</li> </ul>

Uma vez diagnosticada, a paciente deve ser internada e o TRIO DE CONDUTAS que você não deve esquecer é:

HIDRATAÇÃO

REPOSIÇÃO DE  
POTÁSSIO

INSULINOTERAPIA

Além disso, como medidas gerais, não se esqueça:

- Decúbito lateral esquerdo
- Jejum
- Monitorização da paciente
- Oxigenação com máscara de O<sub>2</sub> (4 a 6 L/min)
- Acesso venoso calibroso
- Hidratação com SF 0,9%, IV, 1.000 mL em 60 min
- Sondagem vesical de demora
- Monitorização BCF fetal

Após essa revisão, vamos verificar as alternativas?

**Correta a alternativa A:** diante do diagnóstico de cetoacidose diabética, não se esqueça do trio de condutas: HIDRATAÇÃO + INSULINOTERAPIA e REPOSIÇÃO DE POTÁSSIO.

**Incorreta a alternativa B:** não está indicada a administração de bicarbonato de sódio para o quadro clínico desta gestante.

**Incorreta a alternativa C:** a insulino terapia na cetoacidose diabética deve ser intravenosa, não subcutânea.

**Incorreta a alternativa D:** inicialmente, a gestante deve ser tratada com hidratação + insulino terapia endovenosa + correção de potássio se houver alterações.

**Incorreta a alternativa E:** diante do diagnóstico de cetoacidose diabética, está indicado o controle clínico da gestante, não a interrupção imediata da gestação quando não há sinais de alterações da vitalidade materna ou fetal que indique a interrupção.

**GABARITO: A**

**12.** Paciente de 26 anos, G1P0, com história de ciclos regulares e sem uso de contraceptivo, procura atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento com dor pélvica leve e discreto sangramento transvaginal há 4 dias. Relata atraso menstrual de 6 semanas.

Ao exame físico: encontra-se hemodinamicamente estável, sem dor à palpação profunda e sem sinais de irritação peritoneal. O toque vaginal evidencia útero de tamanho normal e ausência de dor em sua mobilização. A ultrassonografia pélvica-transvaginal mostra endométrio fino, ausência de saco gestacional intrauterino e imagem anexial à direita de 18 mm, sem líquido livre em fundo de saco.

Exames laboratoriais: gonadotrofina coriônica humana (hCG) inicial - 870 UI/L, hemograma normal, tipagem sanguínea - O Rh positivo, função hepática e renal normais. A paciente foi internada para observação e repetiu o hCG em 48h, cujo resultado foi 690 UI/L.

Diante desse cenário, a melhor conduta para essa paciente é

- A) acompanhar ambulatorialmente com dosagem seriada de hCG e ultrassonografia.
- B) solicitar nova dosagem de hCG em 24h e indicar laparotomia se o valor não reduzir pelo menos 50%.
- C) iniciar tratamento com metotrexato intramuscular em dose única.
- D) realizar curetagem uterina diagnóstica.
- E) indicar laparoscopia diagnóstica imediata.

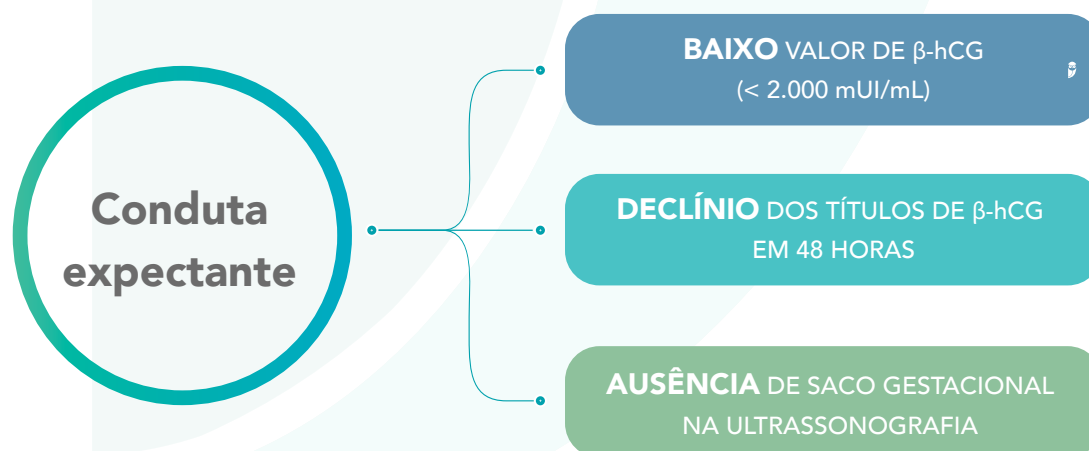
## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta na gestação ectópica.

Devido a diagnósticos cada vez mais precoces de gestação ectópica em pacientes assintomáticas, estamos optando pela utilização de métodos não invasivos. Conseqüentemente, são propostas mais opções terapêuticas, como condutas expectantes e medicamentosas com metotrexato (MTX) de forma sistêmica ou local, guiado por ultrassom; ou o tratamento cirúrgico com salpingectomia ou salpingostomia por via laparotômica ou laparoscópica.

A conduta pode ser adotada com evolução para a cura espontânea, variando de 48 a 100% quando acompanhada por dosagens seriadas em declínio do  $\beta$ -hCG. É uma conduta definida para o ABORTAMENTO TUBÁRIO.

Abaixo, quero que você decore e entenda os principais critérios para o sucesso da conduta expectante. Veja que são sinais de que a gestação é inicial e está regredindo espontaneamente.



Mas vale a pena lembrar a conduta medicamentosa da gestação ectópica íntegra:

## CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DO METOTREXATO

$\beta$ -hCG	MASSA ANEXIAL	BCF	ESTABILIDADE HEMODINÂMICA	PACIENTE
<b>&lt; 5.000 mUI/mL</b>	<b>&lt; 4 CM</b>	<b>AUSENTE</b>	<b>ECTÓPICA ÍNTEGRA</b>	<b>DESEJO DE GRAVIDEZ FUTURA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Parâmetro mais importante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Divergências na literatura:</li> <li>Zugaib Obstetrícia: &lt; 4cm</li> <li>Tratado FEBRASGO: &lt; 3,5cm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>BCF: batimento cardíaco fetal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência de dor abdominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Termo de consentimento assinado</li> </ul>

\* Zugaib Obstetrícia, 2020, Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO, 2021.

E a conduta cirúrgica? Quais são as indicações? Vamos lembrá-las:

A principal indicação de **LAPAROTOMIA** é nos casos em que há **INSTABILIDADE HEMODINÂMICA**. Geralmente, nas demais situações, a indicação pode ser VIA LAPAROSCÓPICA.

Indicações de laparotomia
Choque hipovolêmico
Massa anexial > 5 cm
Localização não tubária (cervical, abdominal)
Múltiplas aderências

Após essa revisão, vamos avaliar as alternativas?

**Correta a alternativa A:** o acompanhamento da gestação ectópica com regressão espontânea do beta-hCG e com valores baixos deve ser ambulatorial com dosagem seriada do hCG. A ultrassonografia não é utilizada para o controle do tratamento. Mas, diante das outras alternativas, essa é a que melhor se encaixa, já que é possível pedir a ultrassonografia em algum momento do acompanhamento ambulatorial.

**Incorreta a alternativa B:** não é necessário indicar laparotomia com o beta-hCG em regressão espontânea.

**Incorreta a alternativa C:** o tratamento medicamentoso com metotrexato é uma conduta conservadora, mas geralmente utilizamos os critérios:

- beta-hCG < 5.000 mUI/mL.
- gestação ectópica íntegra < 3,5 ou 4 cm.
- Ausência de atividade cardíaca do concepto.
- Estabilidade hemodinâmica.
- Desejo de gravidez futura e termo de consentimento assinado.
- Ausência de atividade cardíaca do concepto.
- Beta hCG < que 5.000 mUI/mL.
- Pouco líquido livre na pelve.

Quando o beta-hCG está abaixo de 1.000 mUI/mL e está em regressão espontânea, a melhor conduta é a conduta expectante.

**Incorreta a alternativa D:** o quadro clínico e os exames apresentados confirmam o diagnóstico de gestação ectópica e não está indicada a curetagem uterina diagnóstica.

**Incorreta a alternativa E:** diante de uma gestação ectópica em que o beta-hCG está menor que 1.000 mUI/mL e em regressão espontânea, é possível realizar a conduta expectante e não há indicação, neste momento, de laparoscopia diagnóstica.

**GABARITO: A**

**13.** Gestante de 29 anos, G2P1, com 39 semanas, deu entrada em uma maternidade em trabalho de parto. Por discinesia uterina, o obstetra prescreveu ocitocina venosa em bomba infusora.

Durante o preparo, a técnica de enfermagem retira da bandeja o frasco de ocitocina, mas, por engano, conecta uma ampola de cloreto de potássio na bomba de infusão.

A infusão é iniciada, mas o erro é percebido por uma enfermeira cerca de 3 minutos após o início, antes de qualquer sintoma. A bomba é imediatamente desligada e o medicamento é descartado. A paciente permaneceu assintomática durante toda a internação e o parto evoluiu sem intercorrências.

Com base na Classificação Nacional de Segurança do Paciente (MS/ANVISA) e nas definições da Organização Mundial da Saúde, o evento descrito é mais bem caracterizado como

- A) quase-acidente.
- B) evento adverso.
- C) evento sentinela.
- D) quase-erro.
- E) erro médico.

---

## COMENTÁRIO:

---

O que o examinador quer saber: sobre eventos e erros dentro da Medicina.

**Quase-acidente:** é um evento que poderia ter levado a um dano, lesão ou doença, mas não causou.

**Evento sentinela:** ocorre uma falha grave e inesperada (morte ou perda permanente de função) servindo como alerta a uma falha no sistema exigindo análise da correção da raiz.

**Evento adverso:** é um incidente que resulta em um dano não intencional ao paciente, não causado pela doença, mas por um erro ou falha na assistência como em procedimentos, cirurgias ou medicamentos.

Quase erro: É um incidente que poderia ter causado um dano, mas não o causou porque o erro foi detectado a tempo por uma barreira de segurança. Mas neste caso a ação é percebida antes mesmo da execução.

**Correta a alternativa A:** O caso é considerado um quase acidente porque é um evento que poderia ter levado a um dano, lesão ou doença, mas não causou.

**Incorreta a alternativa B:** é um incidente que resulta em um dano não intencional ao paciente, não causado pela doença, mas por um erro ou falha na assistência como em procedimentos, cirurgias ou medicamentos. Se diferencia de um quase erro quando não tem dano.

**Incorreta a alternativa C:** o evento sentinela é quando ocorre uma falha grave e inesperada (morte ou perda permanente de função) servindo como alerta a uma falha no sistema exigindo análise da correção da raiz.

**Incorreta a alternativa D:** O quase erro tem o raciocínio próximo do evento adverso, mas não tem um dano. É um incidente que poderia ter causado um dano, mas não o causou porque o erro foi detectado a tempo por uma barreira de segurança. Seria essa alternativa se a enfermagem tivesse visto antes da instalação da medicação e não durante.

**Incorreta a alternativa E:** não foi um erro médico devido a ação não ser realizada pelo médico e sim a conduta, mas um erro de administração da técnica de enfermagem.

**GABARITO: A**

**14.** Gestante G2P1, 28 anos, com tipo sanguíneo O Rh negativo, comparece ao pré-natal com 26 semanas de gestação. Relata primeiro parto há 2 anos, com recém-nascido internado por icterícia intensa, mas sem investigação detalhada na época.

Não houve uso documentado de imunoglobulina anti-D no puerpério anterior. Na avaliação atual, observa-se tipo sanguíneo do parceiro: A Rh positivo, Coombs indireto: 1:128. Ultrassonografia obstétrica: feto único, bem desenvolvido, batimentos cardíacos presentes, sem hidropisia. Avaliação morfológica normal. Doppler de artéria cerebral média (ACM): 1,6 MoM.

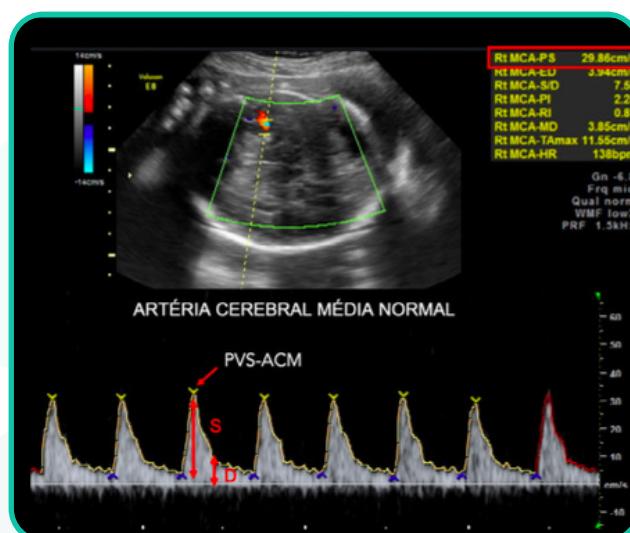
Com base nesse cenário, a conduta mais apropriada para esse caso é

- A) iniciar corticoterapia materna e agendar Doppler de ACM mensal para vigilância da vitalidade fetal.
- B) repetir o Coombs indireto semanalmente e indicar cesariana caso o título continue aumentando.
- C) solicitar tipagem fetal por amniocentese e indicar transfusão fetal profilática a partir de 28 semanas.
- D) indicar cordocentese para hematócrito fetal e possível transfusão intrauterina.
- E) administrar imunoglobulina anti-D imediatamente e monitorar por sinais de hidropisia fetal.

**COMENTÁRIOS:**

O que o examinador quer saber: sobre a conduta após o resultado do Doppler da artéria cerebral média.

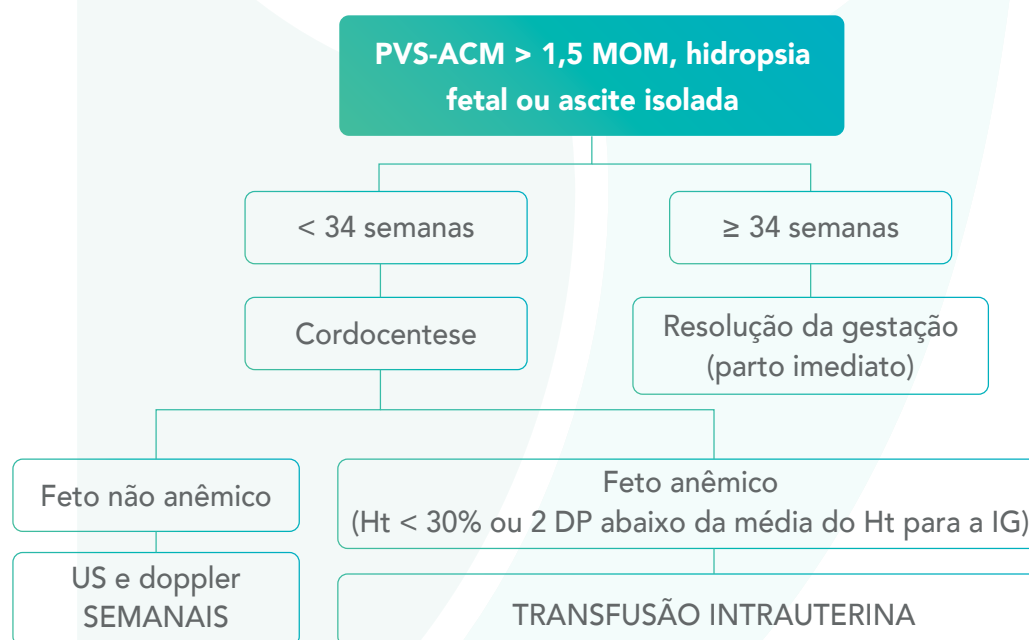
Uma vez que a gestante foi aloimunizada (Coombs indireto positivo) e os títulos de anticorpos são  $\geq 1:16$ , há maior risco de o feto desenvolver DHPN, dessa forma, ela deve ser encaminhada para o pré-natal de alto risco e realizar avaliação indireta da anemia fetal. Essa avaliação é feita por meio da ultrassonografia obstétrica com Dopplervelocimetria e medida do pico de velocidade sistólica da artéria cerebral média (PVS-ACM) a cada 1 a 2 semanas. A velocidade máxima da artéria cerebral média aumenta com a idade gestacional e tem correlação inversa com os níveis de hemoglobina e hematócrito, ou seja, quanto maior o PVS-ACM, menores os níveis de hemoglobina e hematócrito e maior a chance de anemia. Sendo assim, quando o PVS-ACM está acima de 1,5 múltiplos da mediana (MoM) ou acima de 1,5 desvios-padrão, considera-se que o feto apresenta anemia fetal grave e deve receber tratamento, como veremos a seguir.



O tratamento para fetos com anemia grave (PVS-ACM > 1,5MoM) ou hidropisia por DHPN é feito por cordocentese. Por meio desse exame, é possível coletar sangue fetal para avaliar a concentração de hemoglobina fetal e a necessidade de transfusão sanguínea fetal intraútero.

Se a avaliação da hemoglobina confirmar anemia fetal, deve-se fazer a transfusão fetal intraútero de concentrado de hemácias tipo O Rh negativo de sangue irradiado. O ideal é fazer a transfusão fetal intravascular; caso não seja possível, pode ser feito intraperitoneal.

É importante saber que os valores de hemoglobina e hematócrito variam conforme a idade gestacional, considera-se anemia fetal quando esses valores estão dois desvios padrões abaixo do esperado para a idade gestacional ou hematócrito abaixo de 30%.



**Incorreta a alternativa A:** diante de alteração do PVS da artéria cerebral média, está indicada a cordocentese, não mais seguimento com Doppler mensal.

**Incorreta a alternativa B:** diante do PVS da artéria cerebral média alterado (> 1,5 MoM), está indicada a cordocentese para a pesquisa da anemia fetal.

**Incorreta a alternativa C:** não há indicação da tipagem sanguínea fetal pela amniocentese com a isoimunização materna constatada. A transfusão sanguínea estará indicada se, após a cordocentese, uma anemia fetal grave se estabelecer.

**Correta a alternativa D:** diante da alteração do PVS da artéria cerebral média ( $> 1,5$  MoM), está indicada a cordocentese para se realizar o hematócrito fetal e avaliar a indicação de transfusão intrauterina.

**Incorreta a alternativa E:** diante de paciente com Coombs indireto positivo, NÃO há mais indicação de profilaxia com imunoglobulina anti-D. **NÃO SE ESQUEÇA: a imunoglobulina anti-D só está indicada se o Coombs indireto for NEGATIVO.**

**GABARITO: D**

**15.** Gestante de 33 anos, G3P2, com 28 semanas de gestação, previamente hígida, procura emergência obstétrica com febre alta ( $38,7^{\circ}\text{C}$ ), tosse seca, mialgia intensa e cefaleia há 36 horas. Refere também dispneia leve em repouso. Nega vacinas recentes. Está em uso de paracetamol, sem melhora. Ao exame: PA  $100 \times 60$  mmHg, FC 100 bpm, FR 22 irpm,  $\text{SpO}_2$  97% em ar ambiente. Pulmões limpos à ausculta, sem sinais de desconforto respiratório. Diante da suspeita de síndrome gripal durante uma epidemia sazonal confirmada de Influenza A, a equipe médica opta por tratamento empírico.

Com base nas diretrizes do Ministério da Saúde, a conduta terapêutica mais adequada nesse caso é

- A) iniciar oseltamivir apenas se o RT-PCR para *Influenza* for positivo, devido aos riscos desse medicamento durante a gestação.
- B) internar a paciente para antibioticoterapia empírica e oxigenoterapia, uma vez que a febre e a taquicardia indicam infecção respiratória grave.
- C) introduzir oseltamivir oral o mais precocemente possível, mesmo sem confirmação laboratorial, preferencialmente nas primeiras 48 horas de sintomas.
- D) administrar zanamivir inalatória por 5 dias, pois tem menor absorção sistêmica e é preferível na gravidez.
- E) adiar qualquer antiviral até a realização de hemograma, radiografia de tórax e gasometria arterial.

**COMENTÁRIOS:**

O que o examinador quer saber: sobre a conduta em caso de *Influenza A* na gestação.

Todas as gestantes e puérperas com síndrome gripal, mesmo não complicadas, devem ser tratadas com antiviral. O tratamento com fosfato de oseltamivir não é contraindicado na gestação (categoria C) e sua segurança foi comprovada.

No caso de pacientes gestantes em qualquer trimestre com infecção por *Influenza*, a maior prevenção de falência respiratória e óbito foi demonstrado nos casos que receberam tratamento em até 72 horas, porém ainda houve benefício nos casos que iniciaram entre três a quatro dias após o início dos sintomas quando comparados aos casos que receberam o antiviral após cinco dias do início do quadro clínico.

Não há evidência de benefícios da administração de antimicrobianos em pacientes com *Influenza*, exceto na forte suspeita de coinfeção bacteriana.

Referência: Guia de Manejo e Tratamento de *Influenza* 2023 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento do Programa Nacional de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023.

**Incorreta a alternativa A:** não é necessário aguardar a confirmação com RT-PCR para iniciar o tratamento com oseltamivir.

**Incorreta a alternativa B:** não há indicação de antibioticoterapia empírica no tratamento inicial da influenza A.

**Correta a alternativa C:** para grupos de risco incluindo a gestação, está indicado o tratamento precoce (dentro das primeiras 48 horas) com oseltamivir.

**Incorreta a alternativa D:** está indicado o tratamento precoce com oseltamivir mesmo sem a confirmação diagnóstica

**Incorreta a alternativa E:** o tratamento no diagnóstico de *Influenza A* é o mais precoce, não sendo necessário aguardar confirmação para iniciar o tratamento com oseltamivir.

**GABARITO: C**

**16.** Puérpera de 30 anos, G1P1, foi submetida a cesariana há 3 dias. O recém-nascido encontra-se em aleitamento exclusivo e em alojamento conjunto. A equipe de enfermagem relata que, nas últimas 24 horas, a puérpera vem apresentando insônia persistente, fala desconexa, períodos de agitação psicomotora, além de delírios religiosos, e recusa a alimentar-se. Hoje, afirmou que o bebê é um “*anjo que precisa ser purificado*”. Nega antecedentes psiquiátricos. A família está preocupada e relata que a puérpera está apresentando comportamento “*fora da realidade*”.

Com base no quadro clínico, a conduta mais apropriada para esse caso é

- A) encaminhar para avaliação ambulatorial de saúde mental e observar por mais 72 horas, pois há risco de transtorno de adaptação ao puerpério.
- B) prescrever benzodiazepínico de curta duração e manter a puérpera com o bebê, estimulando o vínculo materno- infantil.
- C) iniciar antidepressivo inibidor seletivo da recaptção de serotonina de forma ambulatorial e agendar retorno precoce.
- D) internação psiquiátrica imediata, com antipsicótico atípico, suspensão do aleitamento e avaliação de risco para infanticídio e suicídio.
- E) manter vigilância com apoio familiar e psicoterapia breve, já que se trata de condição autolimitada do puerpério.

## COMENTÁRIOS:

A **psicose puerperal** ou **pós-parto** constitui-se na ocorrência de sintomas psicóticos em puérperas, ocorrendo em cerca de uma a duas mulheres a cada mil partos. Os **sintomas** podem se iniciar nos primeiros dias do pós-parto, contudo, **geralmente, iniciam-se na segunda ou terceira semana do puerpério** e caracterizam-se por **delírios, alterações afetivas, agitação psicomotora, comportamento desorganizado, insônia e, menos frequentemente, alucinações auditivas**. Nesses casos, deve-se avaliar a necessidade do afastamento temporário entre mãe e recém-nascido devido ao risco de infanticídio, que é consumado em cerca de 4% dos casos. Também são reportados suicídios em até 5% das puérperas.

**Acredita-se** que, na maior parte dos casos de **psicose puerperal**, seus sintomas são **manifestação clínica de bipolaridade ou depressão maior**, precipitada ou agravada pelo parto. O tratamento baseia-se no uso de antipsicóticos combinados com estabilizadores de humor ou antidepressivos.

A conduta deve ser:

- **Internação psiquiátrica imediata** – devido ao risco grave de suicídio e infanticídio.
- **Iniciar antipsicótico atípico (como olanzapina ou risperidona)**; pode-se associar benzodiazepínico se houver intensa agitação.
- **Suspender o aleitamento**, pois esses fármacos passam para o leite materno.
- **Avaliar segurança do recém-nascido**.

**Incorreta a alternativa A**, pois a avaliação deve ser na internação e de urgência.

**Incorreta a alternativa B**, pois os benzodiazepínicos não são indicados na psicose puerperal.

**Incorreta a alternativa C**, pois essa paciente precisa ser mantida internada pelo risco de suicídio e infanticídio.

Correta a alternativa D, pois essa é a recomendação imediata.

Incorreta a alternativa E, pois ela precisa de avaliação psiquiátrica imediata.

**GABARITO: D**

**17.** Gestante de 27 anos, G2P1 (parto vaginal pré-termo anterior), com 30 semanas e 4 dias de gestação procura a maternidade com queixas de contrações uterinas regulares há cerca de 4 horas. No cartão pré-natal, há a informação de que ela tem *miastenia gravis*. Ao exame obstétrico: colo apagado 60%, com 2 cm de dilatação, bolsa íntegra e apresentação cefálica. Não há sinais clínicos de infecção urinária ou corioamnionite. BCF 145 bpm, feto único, bem desenvolvido e com líquido amniótico normal. A gestante está hemodinamicamente estável.

A conduta mais adequada para o caso apresentado, neste momento, é:

- A) iniciar corticoterapia para maturação pulmonar fetal, sulfato de magnésio, antibioticoterapia empírica e tocolítico por 48 h.
- B) iniciar tocolítico e corticoterapia, associar sulfato de magnésio para neuroproteção fetal e programar o parto em até 24 h.
- C) internar para observação, contraindicar tocolítico por presença de dilatação e administrar antibiótico para prevenção da corioamnionite.
- D) administrar corticosteroide para maturação pulmonar e iniciar tocolítico por até 48 h.
- E) iniciar tocolítico de manutenção até 34 semanas e associar antibioticoterapia profilática.

**COMENTÁRIOS:**

O que o examinador quer saber: a conduta no trabalho de parto prematuro.

Nesta questão, vale recordar dois pontos principais. Primeiramente, o diagnóstico de trabalho de parto prematuro:



Em segundo lugar, que, ao indicar a tocolíse, você deve ficar atento às contraindicações dos tocolíticos. Vamos relembrar pelo quadro abaixo:

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

Além disso, o sulfato de magnésio está indicado para a neuroproteção fetal em gestações menores que 32 semanas, diminuindo o risco de paralisia cerebral no prematuro. Seu uso está contraindicado em gestantes com miastenia gravis, cardiopatias, comprometimento da função renal e concomitantemente a betamiméticos e bloqueadores do canal de cálcio, por aumentar o risco de hipocalcemia, hipotensão e parada respiratória.

Lembre-se também de que está indicada a corticoterapia para a maturação pulmonar em gestações menores que 34 semanas com betametasona ou a dexametasona.

E para a profilaxia da sepse neonatal pelo estreptococos do grupo B em prematuros sem cultura, está indicado a penicilina cristalina até sair o resultado do exame que deve ser colhido na internação.

Agora, vamos avaliar as alternativas?

**Incorreta a alternativa A:** o sulfato de magnésio está contraindicado nos casos de *miastenia gravis*.

**Incorreta a alternativa B:** está contraindicado o sulfato de magnésio para as gestantes com diagnóstico de *miastenia gravis*.

**Incorreta a alternativa C:** a dilatação de 2 cm no TPP tem indicação de tocólise na ausência de infecções ou de trabalho de parto prematuro > 34 semanas. Além disso, não há indicação de antibioticoterapia com bolsa íntegra e na ausência de infecção.

**Correta a alternativa D:** diante do diagnóstico de trabalho de parto prematuro, está indicada a tocólise, a antibioticoprofilaxia para o estreptococos do grupo B para a prevenção da sepse neonatal e a corticoterapia com betametasona ou dexametasona para a maturação pulmonar. O sulfato de magnésio está contraindicado devido ao antecedente pessoal de *miastenia gravis*.

**Incorreta a alternativa E:** o tocolítico está indicado no trabalho de parto prematuro com bolsa íntegra e na ausência de infecção por 48 horas e está indicada a antibioticoprofilaxia para o estreptococos do grupo B para prevenção da sepse neonatal até o resultado da cultura.

**GABARITO: D**

**18.** Gestante de 32 anos, G2P1, com 26 semanas de gestação, realiza curva glicêmica (TOTG 75g) com os seguintes resultados: jejum: 96 mg/dL, 1 hora: 190 mg/dL, 2 horas: 160 mg/dL. Após o resultado, iniciou acompanhamento com equipe multiprofissional, incluindo plano alimentar individualizado e orientações sobre atividade física.

Após 10 dias de monitoramento, apresenta os seguintes registros capilares: glicemias de jejum: entre 95 e 99 mg/dL e pós-prandiais de 1 hora: entre 140 e 155 mg/dL. Sua gestação evoluía com feto único, bem desenvolvido, em apresentação cefálica, sem sinais de sofrimento ou macrosomia. Gestante sem comorbidades adicionais.

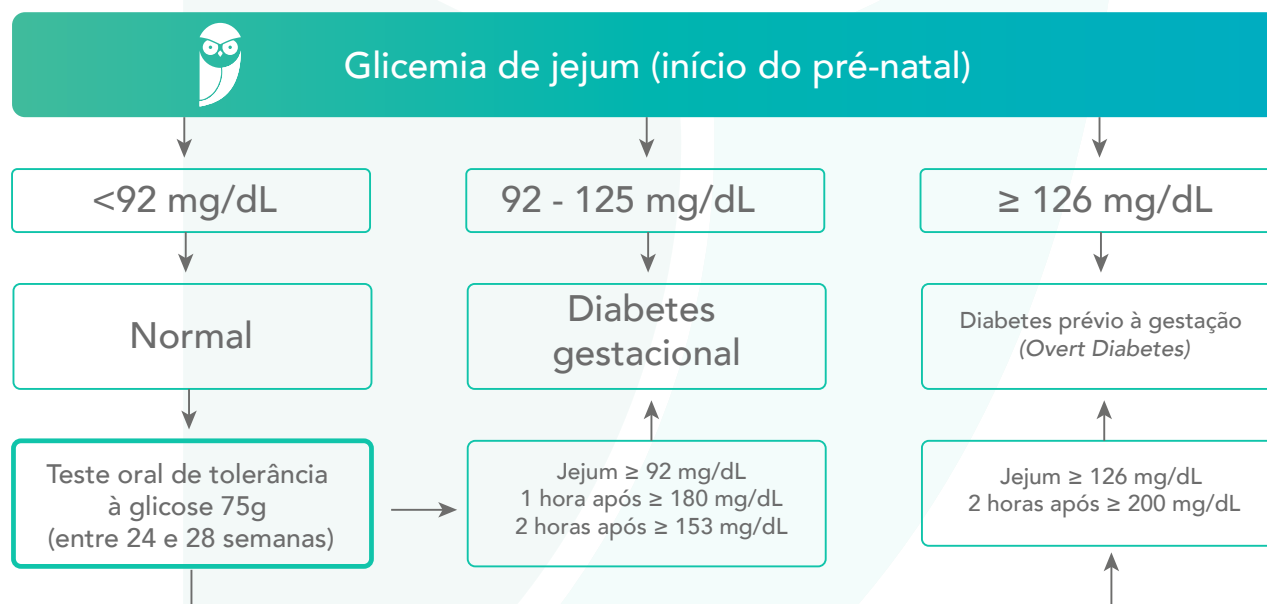
A conduta mais apropriada para esse caso é

- A) realizar novo TOTG para confirmar o diagnóstico.
- B) manter conduta expectante e repetir monitoramento glicêmico em 1 semana.
- C) melhorar o controle clínico intensificando a dieta e exercício.
- D) iniciar metformina oral.
- E) iniciar insulinoterapia.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta no diabetes gestacional.

Para esta questão, vale a pena revisar alguns pontos principais. O primeiro é o diagnóstico de diabetes gestacional. Atenção para este fluxograma que deve estar na ponta da língua. Qualquer valor alterado já é diagnóstico!



Observe que temos os 3 valores alterados do TOTG de 75g apresentado.

Agora, a segunda parte que você deve relembrar, os valores de referência no controle glicêmico capilar. Veja a tabela de referência abaixo:

### Perfil Simples – 4 Pontos

ALVOS GLICÊMICOS PARA GESTANTES	
Jejum	< 95 mg/dL
Pré-prandial	< 100 mg/dL
Uma hora após as refeições	< 140 mg/dL
Dois horas após as refeições	< 120 mg/dL

### Hipoglicemia < 70 mg/dL

Pela FEBRASGO, após orientada a mudança do estilo de vida (dieta e atividade física), quando temos mais que 30% dos valores alterados depois de 7 a 15 dias de monitorização glicêmica capilar aferida 3 vezes na semana, devemos indicar a insulino terapia com indicação da introdução da insulina basal NPH.

Fique firme com esses pontos de estudo que são alvos frequentes de provas.

Agora, vamos avaliar as alternativas.

**Incorreta a alternativa A:** diante de 1 valor alterado do TOTG, NÃO há mais indicação de novo TOTG para a confirmação diagnóstica.

**Incorreta a alternativa B:** na falha da conduta da mudança do estilo de vida (dieta e atividade física), está indicada a insulino terapia, não se deve aguardar novo monitoramento glicêmico.

**Incorreta a alternativa C:** diante da falha das orientações iniciais de mudança do estilo de vida não há indicação de aumentar ou intensificar a dieta e o exercício físico. Nesse caso, está indicada a insulino terapia.

**Incorreta a alternativa D:** a metformina não está indicada após a falha da mudança do estilo de vida (dieta orientada e atividade física). está indicado a insulino terapia. A metformina está indicada mediante termo de consentimento informado e dificuldade da gestante com o uso de insulina ou quando a dose de insulina diária ultrapassar 2UI/kg/dia.

**Correta a alternativa E:** diante de falha do tratamento do diabetes gestacional com a orientação da mudança do estilo de vida (dieta e atividade física), está indicada a insulino terapia.

### GABARITO: E

**19.** Em uma maternidade pública certificada como "Hospital Amigo da Criança", uma equipe multiprofissional realiza treinamento periódico sobre boas práticas em aleitamento materno. Durante uma visita à enfermaria pós-parto, um residente observa que uma puérpera, com parto vaginal há 16 horas, está com o recém-nascido em berço separado, usando fórmula láctea. A mãe relata que o bebê "chorava muito" e a equipe de enfermagem orientou o uso de complemento até o leite "descer". A mãe ainda não foi orientada formalmente sobre amamentação.

A conduta mais alinhada aos princípios e diretrizes dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno é

**A)** aceitar temporariamente o uso de fórmula e manter o bebê em berçário separado até a apojadura, conforme demanda emocional da mãe.

- B) estimular a amamentação na primeira hora pós-parto e manter o contato pele a pele, mesmo que a produção de leite ainda não esteja estabelecida.
- C) priorizar o repouso materno nas primeiras 24 horas e iniciar orientação sobre amamentação apenas após descida do leite e demanda espontânea.
- D) substituir o uso de fórmula por glicose 5% e estimular sucção não nutritiva até o leite ser produzido em quantidade adequada.
- E) considerar a introdução de fórmula láctea como adequada, já que a oferta complementar inicial é compatível com o conforto materno no pós-parto.

---

## COMENTÁRIOS:

---

Estrategista, Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno são um conjunto de práticas hospitalares baseadas em evidências, recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela UNICEF, para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno desde o nascimento. Os princípios e diretrizes são:

1. Ter uma política por escrito de aleitamento materno, comunicada rotineiramente a toda equipe de saúde.
2. Treinar toda a equipe de saúde nas habilidades necessárias para implementar essa política.
3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se separadas de seus recém-nascidos.
6. Não oferecer aos recém-nascidos nenhum alimento ou bebida além do leite materno, exceto quando indicado por razões médicas.
7. Praticar o alojamento conjunto, permitindo que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.
9. Não oferecer chupetas ou bicos artificiais a lactentes amamentados (com ressalvas para situações específicas, como analgesia em procedimentos dolorosos).
10. Fomentar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno e encaminhar as mães a esses grupos após a alta hospitalar.

A implementação desses passos está associada ao aumento das taxas de início, duração e exclusividade do aleitamento materno, além de melhores desfechos maternos e infantis.

Agora, vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A**, porque não se deve oferecer aos recém-nascidos nenhum alimento ou bebida além do leite materno, exceto quando indicado por razões médicas.

**Correta a alternativa B**: de acordo com os princípios e diretrizes dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, a conduta indicada é estimular a amamentação na primeira hora pós-parto e manter o contato pele a pele, mesmo que a produção de leite ainda não esteja estabelecida.

**Incorreta a alternativa C**, porque deve-se ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira hora após o nascimento.

**Incorreta a alternativa D**, porque não se deve oferecer aos recém-nascidos nenhum alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que haja alguma justificativa médica.

**Incorreta a alternativa E**, porque não se deve introduzir fórmula láctea, a não ser que haja justificativa médica.

**GABARITO: B**

**20.** Puérpera de 24 anos, G1P1, deu à luz há 2 dias por parto vaginal, sem complicações aparentes. Não havia história prévia de hipertensão durante o pré-natal e o parto transcorreu sem intercorrências. No alojamento conjunto, evolui com episódio tonicoclônico generalizado, de cerca de 90 segundos, presenciado pela equipe. No pós-crise, apresenta rebaixamento do nível de consciência. Exame físico revela PA 150 x 110 mmHg, reflexos tendinosos vivos, sem rigidez de nuca. Temperatura 36,8 °C, sem queixas respiratórias ou sinais de infecção.

Diante do quadro clínico apresentado, a conduta inicial mais apropriada é

- A) iniciar diazepam endovenoso para controle convulsivo, investigar meningite e solicitar TC de crânio.
- B) iniciar fenitoína para prevenção de novas crises, realizar punção lombar e manter vigilância neurológica.
- C) administrar labetalol EV imediatamente e solicitar ressonância magnética para descartar trombose venosa cerebral.
- D) considerar epilepsia de início tardio, manter observação e aguardar novos episódios antes de iniciar anticonvulsivante.
- E) iniciar sulfato de magnésio, controle pressórico com hidralazina e avaliação de causas secundárias de convulsão após estabilização.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta na eclâmpsia.

A eclâmpsia é a complicação mais severa da pré-eclâmpsia, caracterizada por convulsões tonicoclônicas generalizadas na ausência de outras causas, como epilepsia, aneurisma e isquemia cerebral ou uso de drogas, podendo ser diagnosticada antes, durante ou após o parto. Essa doença é uma importante causa de morte materna e está associada à hipóxia, ao trauma e à pneumonia aspirativa.

O diagnóstico de eclâmpsia é eminentemente clínico, com a presença de convulsões tonicoclônicas generalizadas, mas raramente pode manifestar-se com convulsões focais ou síndrome HELLP. Algumas vezes, a eclâmpsia pode surgir mesmo antes do diagnóstico de pré-eclâmpsia.

Na maioria das vezes, a convulsão é precedida de sinais clínicos que chamamos de iminência de eclâmpsia: cefaleia frontal ou occipital persistente, turvação visual, escotomas, fotofobia, alteração do estado mental e hiperreflexia, epigastralgia ou dor em hipocôndrio direito.

Quadro clássico de iminência de eclâmpsia: cefaleia, turvação visual e epigastralgia.

A conduta inicial diante de uma paciente com iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia deve ser: chamar ajuda, conter a paciente para evitar trauma, mantê-la em decúbito lateral e colocar protetor de língua para evitar aspiração, fornecer oxigenoterapia e realizar monitorização dos sinais vitais. Somente então, deve-se iniciar o tratamento medicamentoso que é feito com sulfato de magnésio. Ele é a medicação de escolha na prevenção das convulsões nos casos de pré-eclâmpsia grave, iminência de eclâmpsia e durante o tratamento na eclâmpsia.

A convulsão na eclâmpsia é, geralmente, autolimitada; na maioria das vezes, cessa mesmo antes da administração de sulfato de magnésio. Contudo, ele é usado não só para controlar a convulsão, mas também para prevenção de novos episódios convulsivos. A terapia de manutenção do sulfato de magnésio deve continuar por 24 horas após o parto. Nos casos de eclâmpsia, ele deve ser administrado por 24 horas após o episódio convulsivo.

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 a hidralazina endovenosa e a nifedipina oral. No Brasil, a hidralazina é, ainda, a medicação mais utilizada nos casos de crise hipertensiva na gestação. O labetalol é uma alternativa eficaz na gestação, mas não está disponível no Brasil.

A resolução da gestação deve ocorrer em todos os casos de iminência de eclâmpsia refratária ao tratamento ou eclâmpsia depois que a gestante receber o sulfato de magnésio e apresentar estabilização do quadro clínico, independentemente da idade gestacional. A administração de corticoterapia abaixo de 34 semanas pode ser realizada, mas não deve ser motivo para adiar o parto. Deve-se dar preferência ao parto vaginal, se não houver contraindicação, o trabalho de parto pode ser induzido.

No caso de eclâmpsia com recorrência da crise convulsiva, administram-se mais 2 g de sulfato de magnésio por via endovenosa e utilizam-se 2 g/h de manutenção. Caso esses dois bólus não controlem a convulsão, a droga de escolha é a difenil-hidantoina para o controle da convulsão. A investigação com exames de imagem deve ocorrer somente se a paciente apresentar déficit neurológico, coma, convulsões de difícil controle ou alterações visuais persistentes.

**Incorreta a alternativa A:** diazepam não é a droga de escolha para prevenção e tratamento de eclâmpsia, mas sim o sulfato de magnésio. Além disso, o quadro clínico descrito (puérpera recente, sem história prévia de epilepsia, PA elevada, convulsão tonicoclônica generalizada) é típico de eclâmpsia, não de meningite. Não há febre nem sinais meníngeos que justifiquem punção lombar ou investigação de meningite neste caso.

**Incorreta a alternativa B:** a fenitoína não é o fármaco de primeira escolha para eclâmpsia. A droga padrão, preconizada por diretrizes nacionais e internacionais, é o sulfato de magnésio, tanto para tratamento da crise quanto para prevenção de novas convulsões. Além disso, não há indicação de punção lombar de rotina em um quadro típico de eclâmpsia puerperal, sem sinais de infecção ou meningite.

**Incorreta a alternativa C:** a paciente tem quadro clássico de eclâmpsia pós-parto: convulsão tonicoclônica generalizada e PA elevada (150 x 110 mmHg). A conduta deve ser o controle da crise e a prevenção de recorrência com sulfato de magnésio. A trombose venosa cerebral é um diagnóstico diferencial, mas não a principal hipótese diagnóstica.

**Incorreta a alternativa D:** em puérpera, sem história prévia de epilepsia, com PA elevada e convulsão tonicoclônica generalizada, o diagnóstico é de eclâmpsia. O tratamento com sulfato de magnésio deve ser iniciado o mais rápido possível para controle e prevenção de novas convulsões.

**Correta a alternativa E:** temos uma gestante com quadro típico de eclâmpsia (convulsão tonicoclônica generalizada e PA elevada), que pode ocorrer até 4 semanas após o parto. A conduta deve ser iniciar, imediatamente, sulfato de magnésio para tratar a convulsão e prevenir recorrência, além de controlar a pressão arterial grave com anti-hipertensivo de ação rápida, como hidralazina ou nifedipina. Após estabilização clínica, pode-se investigar causas secundárias de convulsão (como trombose venosa cerebral, AVC, epilepsia pré-existente), mas sem postergar o tratamento específico da eclâmpsia.

**GABARITO: E**

**21.** Gestante de 35 semanas, G2P1, sem histórico prévio de herpes, procura atendimento com queixa de febre, ardência vulvar intensa e múltiplas lesões ulceradas e dolorosas em vulva e períneo, com início há 3 dias.

Ao exame físico, observam-se múltiplas úlceras com base eritematosa, bordas bem definidas e exsudato claro. Linfonodomegalia inguinal bilateral dolorosa está presente. A paciente encontra-se afebril no momento, mas bastante ansiosa e com dor intensa à micção. Foi coletado PCR de secreção da lesão e sorologia para herpes-vírus simples. A gestação evolui normalmente até o momento, com feto único, em apresentação cefálica e crescimento adequado para a idade gestacional.

A conduta mais adequada para o caso é

- A) confirmar a primoinfecção apenas se a IgM for positiva, iniciar aciclovir apenas se houver sinais sistêmicos e planejar parto vaginal se não houver lesão ativa no momento do parto
- B) iniciar aciclovir imediatamente, independentemente da confirmação laboratorial, e indicar cesariana eletiva se houver lesões ativas ou sintomas no momento do parto.

- C) iniciar valaciclovir em dose única, aguardar PCR e sorologia para confirmar o diagnóstico e seguir com parto vaginal em qualquer situação.
- D) indicar internação hospitalar imediata, iniciar terapia combinada com aciclovir e corticoide e programar parto vaginal com precauções de contato.
- E) aguardar resultado de PCR e sorologias para definir se a infecção é primária ou recorrente e indicar parto vaginal, pois o risco neonatal é baixo.

## COMENTÁRIOS:

Estamos diante de uma primoinfecção herpética em paciente gestante de 35 semanas. É importante salientar que a chance de transmissão do vírus para o bebê é maior nos casos de primoinfecção no terceiro trimestre, como este caso, por isso existem duas recomendações principais de realização de cesariana em pacientes com herpes genital:

- 1) lesão ativa no momento do parto.
- 2) primoinfecção no terceiro trimestre, em especial nas últimas 6 semanas que antecedem a data provável do parto.

É importante ressaltar que a cesariana reduz mas não elimina o risco de transmissão fetal. Dito isso, vamos analisar as alternativas

**Incorreta a alternativa A:** o IgM demora para positivar, logo não deve ser utilizado para confirmar primoinfecção. O aciclovir pode ser iniciado mesmo sem sintomas sistêmicos. Como a primoinfecção foi há 5 semanas da data provável do parto, a cesariana é a melhor via de parto.

**Correta a alternativa B:** está de acordo com o que vimos acima. O aciclovir pode ser utilizado em qualquer idade gestacional (categoria B).

**Incorreta a alternativa C:** o valaciclovir pode ser realizado na gestação, na dose de 500 mg de 12/12 horas por 7-10 dias, em caso de primoinfecção.

**Incorreta a alternativa D:** a paciente não tem sinais de deterioração clínica para indicarmos a internação.

**Incorreta a alternativa E:** o PCR apenas vai confirmar a infecção, sem dizer se é primária ou recorrente. Neste caso, temos risco alto de transmissão neonatal (primoinfecção no terceiro trimestre).

## GABARITO: B

**22.** Gestante de 34 anos, G2P0A1, moradora da cidade de São Paulo, comparece à primeira consulta pré-natal com 9 semanas de gestação. Nega hipertensão crônica e outras comorbidades. Exame físico atual sem alterações: PA 112 × 68 mmHg, IMC 23.

A fim de reduzir o risco de pré-eclâmpsia na gestação atual, o procedimento correto será

- A) suplementação de cálcio iniciada a partir de 12 semanas de gestação.
- B) prescrição de ácido acetilsalicílico em baixa dose iniciado antes de 16 semanas de gestação.
- C) uso de antioxidantes como vitamina C e vitamina E, associados à dieta hipossódica desde o primeiro trimestre.
- D) prescrição de heparina de baixo peso molecular profilática até o final da gestação.
- E) monitoramento ultrassonográfico mensal com Doppler das artérias uterinas.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre prevenção de pré-eclâmpsia.

A principal forma de identificar as gestantes com risco de desenvolver pré-eclâmpsia é por meio da avaliação dos fatores de risco. Considera-se gestação de alto risco para desenvolver pré-eclâmpsia quando há um único fator de risco alto ou dois fatores de risco moderados.

A identificação de gestantes com alto risco para desenvolver pré-eclâmpsia e a realização de medidas para a sua prevenção ao longo do pré-natal é fundamental para se diminuir a ocorrência dessa patologia, principalmente suas formas graves.

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

\*Adaptada da ISSHP, FIGO, ACOG e MS

Em 2025, o Ministério da Saúde passou a orientar a suplementação de cálcio para todas as gestantes para prevenção de pré-eclâmpsia. Anteriormente, a suplementação de cálcio era feita somente para gestantes de alto risco para desenvolver pré-eclâmpsia e com baixa ingestão de cálcio. Como, no Brasil, a ingestão de cálcio é muito baixa na população e a pré-eclâmpsia é a principal causa de morte materna, passou-se a orientar a suplementação de cálcio para todas as gestantes, independentemente do risco.

Sendo assim, a suplementação de cálcio deve ser feita de maneira universal a partir de 12 semanas de gestação, na dose de 1000mg de cálcio elementar por dia, até o parto. Como cada comprimido de carbonato de cálcio de 1250 mg contém 500 mg de cálcio elementar, é necessário usar dois comprimidos de carbonato de cálcio ao dia para atingir a dose recomendada de suplementação.

A ingestão concomitante de ferro e cálcio deve ser evitada, sendo necessário o intervalo mínimo de 2 horas entre a ingestão dessas vitaminas. Além disso, o cálcio não deve ser ingerido em jejum e com alimentos ricos em fitato e ferro. Portanto, orienta-se ingerir o cálcio no período da noite, com um copo de leite ou frutas.

Em gestantes com alto risco de desenvolver pré-eclâmpsia, tanto pelo rastreamento combinado no primeiro trimestre como pela avaliação dos fatores de risco maternos isolados, a prevenção primária consiste na administração de aspirina (ácido acetilsalicílico) em baixa dose (100-150 mg) à noite, diariamente a partir de 12 semanas, podendo ser iniciada em até 20 semanas, mas preferencialmente até 16 semanas, sendo mantida até as 36 semanas de gestação. O uso de baixa dose de aspirina antes de 20 semanas de gestação diminuiu o risco de pré-eclâmpsia, principalmente a pré-eclâmpsia precoce (< 34 semanas), e de restrição de crescimento fetal em gestantes de alto risco. Lembre-se de que é preciso suspender o AAS caso a paciente evolua para pré-eclâmpsia.

A suplementação de cálcio nas gestantes de alto risco deve ser feita na dose de 1500mg a 2000mg /dia de cálcio elementar, desde o início do pré-natal até o parto.

Não existe evidência de que a suplementação das vitaminas C, D e E, óleo de peixe, ácido fólico e restrição de sal possam reduzir o risco de pré-eclâmpsia.

Além disso, o uso de heparina de baixo peso molecular não está indicado para a prevenção da pré-eclâmpsia, pois essa medida não reduz o risco dessa patologia.

No fluxograma abaixo, está resumida a profilaxia da pré-eclâmpsia para que você memorize bem esse assunto.



**Correta a alternativa A:** o Ministério da Saúde preconiza suplementação de cálcio para todas as gestantes, independentemente do risco e da ingesta, desde 2025, como estratégia de redução de risco de pré-eclâmpsia.

**Incorreta a alternativa B:** o ácido acetilsalicílico em baixa dose é indicado para a prevenção de pré-eclâmpsia em gestantes de alto risco. Esta paciente não tem fatores de risco para pré-eclâmpsia que justifiquem o uso de AAS profilático.

**Incorreta a alternativa C:** antioxidantes como vitamina C e vitamina E não demonstraram benefício na prevenção de pré-eclâmpsia e não são recomendados para essa finalidade. Dieta hipossódica também não é medida profilática para pré-eclâmpsia em gestantes normotensas e pode até ser inadequada se levar à restrição excessiva de sódio em gestante saudável.

**Incorreta a alternativa D:** a heparina de baixo peso molecular em dose profilática não é indicada para prevenção de pré-eclâmpsia. Seu uso é reservado para condições específicas, como trombofilia, história de tromboembolismo venoso ou situações de alto risco trombótico.

**Incorreta a alternativa E:** não há indicação de Doppler das artérias uterinas seriado. Esse exame deve ser feito uma única vez no segundo trimestre para auxílio no rastreamento de pré-eclâmpsia.

**GABARITO: A**

**23.** Primigesta de 26 anos procura atendimento no pronto-socorro trazendo ultrassonografia feita naquele dia, mostrando gestação normal no transcurso da 10ª semana. Queixava-se de náuseas e vômitos persistentes há 7 dias, que se agravaram nas últimas 48 horas. Refere incapacidade de manter alimentos e líquidos. Nega sangramentos, febre ou dor abdominal. Refere perda de 5 kg desde o início dos sintomas. Ao exame: PA: 90×60 mmHg, FC: 112 bpm, temperatura: 36,7 °C. Mucosas secas, turgor diminuído, hálito cetônico. Abdome sem dor, útero palpável no hipogástrio, sem sangramento genital. Exames laboratoriais: Na<sup>+</sup>: 131 mEq/L, K<sup>+</sup>: 3,2 mEq/L, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 18 mEq/L, glicemia: 68 mg/dL. Urina 1: cetonúria 3+, leucócitos ausentes. hCG sérico: 150.000 UI/L.

Considerando a história clínica, a conduta apropriada para este caso é

- A) reposição oral com líquidos claros, prescrição de metoclopramida via oral e alta ambulatorial com seguimento em 48 h.
- B) internação hospitalar para hidratação venosa, correção de distúrbios hidroeletrólíticos e administração de antieméticos via venosa.
- C) indicação de esvaziamento uterino devido à suspeita de doença trofoblástica gestacional.
- D) avaliação psiquiátrica e prescrição de benzodiazepínico, considerando etiologia psicogênica do quadro.
- E) administração de corticosteroides como primeira linha para resolução do quadro refratário.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta na hiperemese gravídica.

A hiperemese gravídica caracteriza-se pela persistência dos vômitos, acompanhada de perda de peso maior do que 5% da massa corporal pré-gravídica e cetonúria, excluídas outras causas.

A hiperemese afeta de 0,3 a 3% das gestantes e é umas das indicações mais comuns de hospitalização durante a gravidez. A gestante apresenta vômitos incoercíveis, o que pode levar a quadros de desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos, perda de peso e, em outros casos, alterações da função hepática e renal, hemorragia retiniana e até distúrbios neurológicos (encefalopatia de Wernicke), ocasionando risco para a vida materna e fetal. **A internação hospitalar é OBRIGATÓRIA e deve ser mantido o JEJUM por 24 a 48 horas.**

A hidratação deve ser feita de forma intravenosa, com adição de vitaminas de ácido ascórbico para eventuais reposições. O controle da hidratação deve ser realizado por meio da diurese clara, preferencialmente por solução glicofisiológica entre 2.000 e 4.000 mL em 24 horas.

Além disso, deve ser corrigido o distúrbio hidroeletrólítico e o ácido-básico. Com a ocorrência dos vômitos incoercíveis, existe perda de ácido clorídrico, cloreto de sódio e cloreto de potássio, levando a uma alcalose metabólica hipoclorêmica. Logo, a reposição deve incluir o cloro, o sódio e o potássio até que seus níveis sejam normalizados.

**Incorreta a alternativa A:** diante de quadro de hiperemese gravídica, devemos realizar a internação hospitalar, mantendo jejum por 24 a 48 horas. Tanto hidratação, reposição hidroeletrólítica e tratamento medicamentoso devem ser realizados por via endovenosa, não oral.

**Correta a alternativa B:** diante do diagnóstico de hiperemese gravídica a conduta é sempre a internação hospitalar com jejum e hidratação endovenosa, a correção hidroeletrólítica (geralmente alcalose metabólica hipoclorêmica) e a administração de medicações antieméticas endovenosas.

**Incorreta a alternativa C:** o diagnóstico é de hiperemese gravídica, não de doença trofoblástica gestacional (DTG). Não confunda: um dos sintomas da doença trofoblástica gestacional é a hiperemese gravídica devido aos altos valores de hCG característico da doença. Mas, no caso clínico descrito, não há diagnóstico de DTG.

**Incorreta a alternativa D:** pelo quadro clínico descrito, é possível confirmar a hiperemese gravídica, e o quadro clínico não é psicogênico.

**Incorreta a alternativa E:** não está indicado o corticosteroide para a primeira linha de tratamento da hiperemese gravídica.

## GABARITO: B

**24.** Mulher de 34 anos, G3P2, com 27 semanas de gestação, comparece ao pronto-socorro com queixa de tosse, febre alta e dispneia progressiva há 4 dias. Apresenta histórico prévio de cardiopatia reumática com valvopatia mitral moderada, sem acompanhamento regular. Evolui rapidamente com insuficiência respiratória grave, necessitando de intubação orotraqueal e internação em UTI. Mesmo com suporte ventilatório e antibioticoterapia, evolui com choque refratário e óbito em 48 horas.

A análise do caso permite concluir que

- A) se trata de morte materna de causa obstétrica direta, pois a gravidez desencadeou a descompensação da cardiopatia.
- B) se trata de morte materna de causa obstétrica indireta, e a gravidez deve constar como condição contribuinte no atestado.
- C) não é considerada morte materna, pois decorreu de doença preexistente não relacionada ao parto ou à gestação.
- D) se trata de morte materna acidental, já que não ocorreu durante o parto ou puerpério imediato.
- E) se trata de morte materna cuja causa básica no atestado de óbito deve ser registrada como “gestação de 27 semanas”, uma vez que a gravidez foi o fator desencadeante do óbito

## COMENTÁRIO:

O que o examinador quer saber: sobre a morte materna direta e indireta.

Vamos relembrar as principais diferenças de cada uma:

### MORTE OBSTÉTRICA DIRETA

- **Complicações obstétricas ocorridas na gravidez, parto ou puerpério.**

Exemplo morte obstétrica DIRETA: óbito por pré-eclâmpsia, eclâmpsia, aborto, hemorragia, infecção de foco uterino.

### MORTE OBSTÉTRICA INDIRETA

- **Por Doenças PRÉ-GESTACIONAIS e que foram agravadas na gravidez.**

Exemplo morte obstétrica INDIRETA: Infecções de foco não uterino, hipertensão pré-existentes, cardiopatias,...

Você está diante de uma gestante que evoluiu para o óbito devido a uma cardiopatia reumática prévia que piorou e se complicou na gravidez. Portanto, uma morte obstétrica INDIRETA.

**Incorreta a alternativa A:** trata-se de uma morte obstétrica INDIRETA, não direta, devido à cardiopatia reumática com valvopatia mitral moderada.

**Correta a alternativa B:** o caso clínico descreve uma morte materna de causa obstétrica indireta, isto é, a gravidez contribuiu para a causa da morte.

**Incorreta a alternativa C:** é uma morte materna porque ocorreu devido a uma complicação na gestação de uma patologia materna prévia. Portanto, é considerada uma morte obstétrica indireta.

**Incorreta a alternativa D:** não é uma morte acidental porque está relacionada a uma patologia materna prévia que se complicou com a gestação.

**Incorreta a alternativa E:** a gravidez complicou a patologia materna e não é considerada causa base. A cardiopatia reumática é uma causa contribuinte.

**GABARITO: B**

**25.** Mulher de 27 anos, G1P1, comparece à maternidade em fase ativa de trabalho de parto na 40ª semana de gestação. Evolui com parto vaginal sem intercorrências e dá à luz recém-nascido vivo, a termo, com peso adequado.

Durante o pré-natal, realizado em Unidade Básica de Saúde, a paciente assinou, na 24ª semana de gestação, termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), solicitando laqueadura tubária pós-parto, discutida previamente com a equipe multiprofissional, e reafirma o desejo de realizar o procedimento ainda durante a internação na maternidade. Ela está em boas condições clínicas, com sinais vitais estáveis no pós-parto imediato. Seu parceiro não acompanhou o parto, não compareceu às consultas de pré-natal e não assinou o TCLE.

Considerando as normas vigentes sobre planejamento familiar e esterilização cirúrgica no Brasil, é correto afirmar que

- A) o procedimento não pode ser realizado no puerpério imediato, pois a lei exige intervalo mínimo de 60 dias entre o parto e a realização da laqueadura.
- B) a ausência de assinatura do TCLE do parceiro impede a realização da esterilização definitiva no contexto do parto.
- C) a paciente tem direito à laqueadura pós-parto, pois manifestou sua vontade e assinou o TCLE com antecedência mínima de 60 dias.
- D) a laqueadura só pode ser feita na cesariana, conforme as limitações técnicas para acesso às tubas uterinas em partos vaginais.
- E) o procedimento deve ser adiado para 42 dias após o parto, devido à vedação legal de esterilização cirúrgica no puerpério imediato.

**COMENTÁRIOS:**

Vamos revisar as regras para esterilização definitiva no Brasil que estão em vigor desde 03/23:

**LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR - A PARTIR DE 03/2023**

- QUEM PODE?
  - Homens e mulheres
  - Idade igual ou superior a 21 anos ou dois filhos vivos
  - Risco de vida à mulher ou ao futuro concepto -> assinado por 2 médicos
- Manifestação da vontade por escrito
- A esterilização cirúrgica em mulher durante o período do parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas
- Prazo de 60 dias entre manifestação do desejo e procedimento
- Sociedade conjugal - > não precisa de autorização do cônjuge

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A:** a lei exige intervalo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade por escrito e a realização da laqueadura.

**Incorreta a alternativa B:** como vimos acima, não é mais necessária a autorização do cônjuge.

**Correta a alternativa C:** está de acordo com o que vimos acima.

**Incorreta a alternativa D:** a esterilização cirúrgica é garantida tanto no momento da cesariana quanto no pós-parto vaginal.

**Incorreta a alternativa E:** como vimos acima, a partir de 2023, o procedimento pode ser realizado no momento do parto.

**GABARITO: C**

**26.** Gestante de 30 anos, G2P1, com 31 semanas e 2 dias, deu entrada na maternidade há 48 horas com diagnóstico de perda de líquido amniótico por rotura da bolsa amniótica. Foi internada e iniciou antibiótico profilático e corticosteroide para maturação pulmonar fetal. Nas últimas 12 horas, passou a apresentar febre (pico de 38,9 °C), taquicardia materna (FC 122 bpm), taquicardia fetal (FC 175 bpm) e queixa de dor à palpação uterina difusa. Refere também calafrios e liberação de conteúdo vaginal amarelado. O útero se apresenta discretamente hipertônico à palpação. Exames laboratoriais: leucócitos: 17.200/mm<sup>3</sup> (com desvio à esquerda), PCR: 9,8 mg/dL. Urina 1: sem alterações. Cardiocografia: traçado com linha de base de 175 bpm, variabilidade diminuída, sem acelerações e sem desacelerações. A conduta mais apropriada para esse caso é

- A) manter corticoterapia e antibiótico, iniciar tocolítico e aguardar até completar 34 semanas para interrupção da gestação.
- B) realizar amniocentese para confirmar infecção intrauterina antes de decidir pela via de parto.
- C) indicar interrupção imediata da gestação, independentemente da idade gestacional.
- D) aguardar espontaneamente a evolução para trabalho de parto, mantendo antibióticos e vigilância intensiva.
- E) indicar cesariana de urgência, pois é a única via segura para o feto em casos de infecção intrauterina confirmada.

---

## COMENTÁRIOS:

---

O que o examinador quer saber: sobre a conduta na corioamnionite.

Diante de um caso suspeito de corioamnionite, independentemente da idade gestacional, as duas condutas principais são: antibioticoterapia e resolução da gestação.

A administração de antibioticoterapia não é suficiente, o tratamento só será efetivo com a resolução da gestação. Por isso, a indução está indicada, independentemente da idade gestacional. A via de parto deve ser discutida com a gestante, no entanto não há benefícios estabelecidos que justifiquem a indicação de cesárea. A preferência deve ser por via vaginal em boas condições obstétricas.

## Coriomnionite

Conduta



~~CORTICÓIDE  
TÓCOLISE~~

PREFERÊNCIA  
PARTO VAGINAL

**Resolução da gestação (independente da idade gestacional)  
+ Antibioticoterapia**

**Clindamicina + Gentamicina**  
(900 mg 8/8h) (1,5 mg/kg 8/8h)

**Ampicilina + Gentamicina + Metronidazol**  
(2g 6/6h) (1,5 mg/kg 8/8h) (500mg 8/8h após)

Agora, vejamos as alternativas.

**Incorreta a alternativa A:** NÃO SE ESQUEÇA de que, diante do diagnóstico de corioamnionite, está contraindicada a corticoterapia para a maturação pulmonar fetal devido ao risco de piora clínica materna pela infecção instalada.

**Incorreta a alternativa B:** o diagnóstico de rotura prematura das membranas e corioamnionite já foi constatado pela clínica na gestante e não há necessidade de amniocentese.

**Correta a alternativa C:** a interrupção da gestação deve ser imediata, associada à antibioticoterapia materna de amplo espectro.

**Incorreta a alternativa D:** há uma provável confusão nesta alternativa, quando fala em aguardar a evolução espontânea, está indicando que, no caso de rotura prematura de membranas, pode ocorrer após dias. Mas, diante de sinais de corioamnionite, a resolução deve ser imediata.

**Incorreta a alternativa E:** não está indicado parto cesariano de emergência da corioamnionite. Em boas condições obstétricas, pode ser indicado o parto vaginal sob vigilância das condições materna e fetal.

**GABARITO: C**

**27.** Gestante de 32 anos, G2P1, comparece à consulta de rotina no terceiro trimestre de pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde. Relata que, em sua primeira gestação, teve dificuldade para amamentar, sentia dor intensa nas mamas e interrompeu o aleitamento exclusivo com apenas duas semanas de vida do bebê. Agora, demonstra insegurança e ansiedade quanto à amamentação do segundo filho. Refere desejo de tentar novamente, mas está preocupada com a “falta de leite” e comenta que já comprou mamadeiras e fórmula infantil “por precaução”.

A melhor conduta para essa gestante é

- A) orientar que o colostro tem pouco volume e que, nas primeiras 48 horas, a oferta de fórmula pode ser necessária para garantir a nutrição do recém-nascido.
- B) reforçar que a pega incorreta e o esvaziamento inadequado das mamas estão entre as principais causas de dor e “falta de leite”, e propor apoio pós-parto precoce.

- C) indicar massagem mamária diária ainda no pré-natal, para evitar ingurgitamento e garantir boa produção de leite nas primeiras semanas.
- D) sugerir que, como teve uma experiência ruim anteriormente, opte por amamentação mista inicialmente e introduza a exclusiva se se sentir mais segura.
- E) informar que, se o bebê perder mais de 5% do peso nos primeiros dias, a introdução de fórmula é indicada para evitar hipoglicemia neonatal.

---

## COMENTÁRIOS:

---

Estrategista, esta paciente apresenta o perfil típico de mulheres com risco aumentado para dificuldades na amamentação, desmame precoce e autopercepção negativa da própria capacidade de nutrir o recém-nascido. O aleitamento materno exclusivo por 6 meses é recomendado pelas sociedades de Pediatria, trazendo benefícios comprovados para mãe e bebê, incluindo redução do risco de câncer de mama, diabetes, hipertensão e infecções infantis.

No entanto, a decisão deve ser informada, respeitando a autonomia materna. A conduta ideal inicia-se com anamnese detalhada sobre as experiências prévias, causas da dor, manejo das mamas, técnicas de pega e sucção, além de fatores emocionais e sociais que possam impactar a autoconfiança e a intenção de amamentar. É fundamental avaliar fatores de risco para baixa produção láctea, como anatomia mamária, histórico de cirurgias, complicações obstétricas, além de aspectos psicológicos como ansiedade e baixa autoeficácia.

A orientação deve ser baseada em evidências: dor e percepção de baixa produção são causas frequentes de desmame precoce, mas a maioria das mulheres é capaz de produzir leite suficiente se houver manejo adequado. Sinais de produção adequada incluem número de mamadas (8–12/dia), ganho de peso do recém-nascido, diurese (6–8 fraldas molhadas/dia) e evacuações adequadas.

A introdução precoce de fórmula e mamadeira deve ser desencorajada, pois pode prejudicar a produção láctea e aumentar o risco de desmame, além de reforçar a insegurança materna. O contato pele a pele e a livre demanda são estratégias fundamentais para o sucesso da lactação. É indicado encaminhamento precoce para profissional certificado em amamentação ou equipe multiprofissional com experiência em manejo de dificuldades, de preferência ainda no pré-natal. O suporte emocional deve ser contínuo, validando sentimentos de ansiedade e insegurança, e discutindo estratégias para diminuição do estresse. Grupos de apoio ao aleitamento e recursos comunitários devem ser apresentados para suporte adicional.

O acompanhamento próximo no puerpério é essencial para reavaliação, manejo de intercorrências, reforço das orientações e rastreamento de depressão pós-parto que pode estar associada à dor persistente e às dificuldades na amamentação. Portanto, a melhor conduta é abordagem ativa, individualizada e multiprofissional, com ênfase na educação, apoio emocional, manejo técnico das dificuldades e prevenção da introdução precoce de fórmulas e mamadeiras, sempre respeitando a autonomia materna e promovendo ambiente favorável ao aleitamento.

Agora, vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A**, porque não se deve indicar fórmula, a não ser que haja uma justificativa médica.

**Correta a alternativa B**: a melhor conduta para esta gestante é orientar sobre a técnica correta de amamentação e as possíveis "complicações" se ela não for seguida.

**Incorreta a alternativa C**, porque não se deve indicar massagem mamária diária ainda no pré-natal, já que ela não apresenta benefícios comprovados.

**Incorreta a alternativa D**, porque não se deve sugerir amamentação mista inicialmente.

**Incorreta a alternativa E**, porque é normal o bebê perder até 10% do peso nos primeiros dias, não há a necessidade de introduzir fórmula láctea.

**GABARITO: C**

**28.** Gestante de 39 anos, G2P1, com 41 semanas e 5 dias, comparece ao ambulatório pré-natal para consulta. Relata boa evolução e ausência de queixas e comorbidades. A ultrassonografia mostra feto único, em apresentação cefálica, líquido amniótico normal e Doppler fetal sem alterações. O peso estimado fetal é de 3.750 g. A gestante tem antecedente de cesariana segmentar transversal, há 3 anos, por parada secundária da dilatação. Deseja tentar parto vaginal nesta gestação. Ao exame, apresenta colo uterino com índice de Bishop 4 (2 pontos para dilatação, 1 para apagamento, 0 para consistência, 0 para posição e 1 para altura da apresentação).

A melhor conduta para esse caso é

- A) indicar cesariana eletiva, pois a presença de útero cicatricial contraindica a indução do parto.
- B) iniciar misoprostol via vaginal.
- C) realizar descolamento de membranas e ocitocina venosa.
- D) considerar indução com balão de Foley.
- E) aguardar início espontâneo do trabalho de parto até 42 semanas, pois o risco de ruptura uterina aumenta significativamente com a indução.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a indução do parto.

A condição do colo uterino é o principal fator preditor de sucesso na indução do trabalho de parto. Portanto, para avaliar a melhor estratégia para a indução, é imprescindível avaliar primeiramente as condições do colo uterino.

Uma das formas de fazer essa avaliação é por meio do índice de Bishop. Esse índice leva em conta aspectos do colo uterino, como a dilatação, o esvaecimento, a consistência e a posição do colo uterino, além da altura da apresentação fetal (planos de DeLee). A soma da nota de cada parâmetro indica o índice de Bishop, sendo o valor mínimo zero e o máximo 13. Sendo assim, quanto maior esse índice, maior a maturação cervical.

Na prática obstétrica, índice de Bishop > 6 já é considerado favorável para a indução do trabalho de parto. Quando está acima de 9, aumenta ainda mais as chances de parto vaginal. Caso a indução do trabalho de parto ocorra com um índice de Bishop desfavorável, a probabilidade do parto vaginal ocorrer é baixa, por isso é importante realizar a maturação cervical para depois partir para a indução propriamente dita.

Se o colo uterino é desfavorável, isto é, quando o índice de Bishop é menor que 6, primeiramente é preciso realizar a maturação cervical para, depois, induzir as contrações. Durante a maturação cervical, o colo uterino passa de uma estrutura fechada e grossa para uma estrutura aberta, amolecida e esvaecida, capaz de dilatar com as contrações uterinas.

ÍNDICE DE BISHOP				
PARÂMETROS	0	1	2	3
Dilatação	0	1-2 cm	3-4 cm	5-6 cm
Esvaecimento	0-30%	40-50%	60-70%	80%
Consistência	firme	média	amolecida	-
Posição	posterior	medianizada	anterior	-
Altura da apresentação	-3	-2	-1 e 0	+1 e +2

Vários métodos podem promover a maturação cervical, eles são classificados em farmacológicos ou mecânicos. A escolha do método depende da experiência médica, da preferência da gestante e das contraindicações inerentes a ele, uma vez que, em relação à superioridade entre os métodos, os estudos não mostraram diferença entre eles.

Os métodos mecânicos utilizados para a preparação do colo uterino são as laminárias, o cateter balão de Foley e o descolamento digital de membranas. Esses métodos têm, como mecanismo de ação, a realização de pressão física diretamente no orifício interno do colo uterino, causando a liberação de prostaglandinas pelos tecidos adjacentes, que provocam a maturação cervical. A principal vantagem dos métodos mecânicos é o menor risco de efeitos colaterais, contudo a desvantagem é sua aplicação ser mais incômoda.

As laminárias ou dilatadores osmóticos absorvem paulatinamente a água, aumentando gradativamente sua espessura, promovendo, com isso, a dilatação cervical e pressão no orifício interno do colo uterino.

Já o cateter balão de Foley, também conhecido como método de Krause, é alocado acima do colo uterino, no espaço extra-amniótico próximo ao orifício interno, e, em seguida, inflado com 30 a 60ml de solução salina ou água destilada. A sonda é normalmente eliminada em 12h, caso contrário, deve ser retirada em até 24h.

Os métodos farmacológicos para maturação do colo uterino são as prostaglandinas, a relaxina, a hialuronidase e o óxido nítrico. As prostaglandinas são as drogas mais utilizadas nesse processo, consideradas as principais medicações para maturação cervical. Elas agem promovendo mudanças cervicais por alterações bioquímicas e biofísicas, aumentando também a contratilidade miometrial. Com isso, reduzem o intervalo de tempo entre o início da indução do trabalho de parto e o parto, além de diminuir as taxas de cesárea. As utilizadas para a maturação do colo uterino são as prostaglandinas E1 e E2.

O misoprostol é um análogo da prostaglandina E1, tendo como principal vantagem o baixo custo e a possibilidade de acondicionamento em temperatura ambiente. A principal desvantagem desse método é que essa medicação, além de estimular a maturação cervical, também pode causar contrações uterinas e levar à taquissistolia.

Apesar de o misoprostol ainda não ser aprovado em alguns países para uso na maturação cervical, no Brasil, essa é a medicação mais utilizada para esse fim. A apresentação pode ser oral ou vaginal, sendo a via vaginal a mais empregada, na dose de 25mcg a cada 6 horas.

Já a prostaglandina E2 pode ser usada por via oral, vaginal ou endocervical, sendo os usos vaginal e endocervical os que trazem melhores resultados. A principal medicação é chamada dinoprostone e é utilizada na forma de gel ou pessário vaginal a cada 12 horas. O pessário tem como vantagem sua remoção em casos de taquissistolia ou hipertonia uterina. As desvantagens dessa medicação são o alto custo e a necessidade de mantê-la sob refrigeração.

O principal efeito colateral do uso de prostaglandinas para a maturação cervical é a taquissistolia. Pode ocorrer também febre, calafrios, vômitos e diarreia.

As principais contraindicações ao uso das prostaglandinas são: presença de cicatriz uterina prévia, trabalho de parto, sangramento vaginal, asma, hepatopatias e coagulopatias. Vale ressaltar que o uso de prostaglandinas em útero com cicatriz prévia aumenta o risco de rotura uterina.

Quando o colo uterino se encontra maduro (Bishop  $\geq 6$ , de preferência  $> 9$ ), utiliza-se a ocitocina para induzir as contrações uterinas e, dessa forma, a gestante iniciar o trabalho de parto. A ocitocina sintética é um análogo idêntico à ocitocina endógena. Essa é a medicação mais efetiva para causar contrações uterinas e, por isso, é a medicação utilizada para indução do parto.



**Incorreta a alternativa A:** a presença de útero cicatricial não contraindica a indução do parto, desde que sejam utilizados métodos seguros. O que é contraindicado é o uso de análogos de prostaglandina em cicatriz uterina. Portanto, não é obrigatório indicar cesariana eletiva apenas pelo antecedente de cesariana.

**Incorreta a alternativa B:** o misoprostol vaginal é contraindicado em gestantes com cicatriz uterina devido ao maior risco de rotura uterina.

**Incorreta a alternativa C:** como o colo uterino está desfavorável (Bishop 4), deve-se primeiramente realizar a maturação cervical. O método de escolha para amadurecimento cervical em útero cicatricial é o balão de Foley. A ocitocina deve ser utilizada após a maturação cervical.

**Correta a alternativa D:** como a paciente está com 41 semanas e 5 dias, está indicada a indução da gestação para evitar a gestação pós-termo. Como o colo é desfavorável (Bishop 4), a conduta mais adequada é a maturação cervical com método mecânico, como o balão de Foley.

**Incorreta a alternativa E:** os estudos mostram que a indução com 41 semanas, não com 42 semanas, diminui as chances de cesárea, por isso muitos serviços orientam a indução a partir dessa idade gestacional. A partir de 42 semanas, a mortalidade fetal e neonatal aumenta consideravelmente, não havendo mais benefícios em manter a gestação.

**GABARITO: D**

**29.** Paciente de 26 anos, G2P2, comparece à consulta no puerpério imediato (3º dia pós-parto) relatando que seu filho faleceu durante o parto (natimorto). No momento, queixa-se de desconforto mamário crescente, sensação de ingurgitamento e tristeza profunda. Ao exame: mamas ingurgitadas, sensíveis, sem sinais flogísticos. PA: 118 × 76 mmHg, FC: 82 bpm. Sem febre.

A melhor conduta para esse caso é

- A) recomendar amamentação cruzada ou doação ao banco de leite para aliviar o ingurgitamento, pois suprimir a lactação abruptamente é prejudicial.
- B) indicar cabergolina 1 mg VO em dose única, associada a medidas de suporte físico e emocional.
- C) iniciar bromocriptina 2,5 mg VO duas vezes ao dia por 14 dias como primeira escolha para inibição da lactação.
- D) realizar enfaixamento compressivo das mamas e uso de analgésicos simples, que apresenta maior eficácia na inibição da lactação do que os métodos farmacológicos.
- E) aguardar espontaneamente a resolução da lactação, evitando qualquer intervenção medicamentosa para não interferir na fisiologia do puerpério.

## COMENTÁRIOS:

Estrategista, esta paciente teve um natimorto, portanto tem uma indicação de inibição da amamentação.

Quando estivermos diante de alguma situação materna ou neonatal que indique a inibição da lactação, deveremos utilizar drogas que interfiram na síntese de prolactina.

As drogas mais utilizadas são a cabergolina e a bromocriptina, sendo a primeira mais efetiva e, por isso, a medicação de escolha. Observe:

Medicações para inibir a lactação	Dosagem
Cabergolina (estimula os receptores dopaminérgicos)	- 2 comp. (0,5 mg) VO dose única - 1/2 comp. (0,25 mg) VO a cada 12 h por 2 dias
Bromocriptina (agonista da dopamina)	- 1 comp. (2,5 mg) por dia VO por 2 semanas - 1/2 comp. VO 12/12h por 2 semanas

Agora, vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A**, porque suprimir a lactação abruptamente não é prejudicial.

**Correta a alternativa B**: a opção de primeira escolha para inibir a amamentação é a cabergolina.

**Incorreta a alternativa C**, porque a cabergolina é mais efetiva que a bromocriptina.

**Incorreta a alternativa D**, porque a inibição por métodos farmacológicos é mais eficaz que o enfaixamento compressivo das mamas.

**Incorreta a alternativa E**, porque não se deve aguardar espontaneamente a resolução da lactação devido ao desconforto que isso causaria à paciente.

**GABARITO: B**

**30.** Paciente de 22 anos, nulípara, foi submetida a esvaziamento uterino indicado por ultrassonografia compatível com mola hidatiforme. Estava assintomática, com útero aumentado e exame de gonadotrofina coriônica humana (hCG) de 320.000 UI/L no dia do esvaziamento uterino. No seguimento pós-molar ambulatorial, foram obtidas as seguintes dosagens hCG: Semana 1: 42.000 UI/L. Semana 2: 43.100 UI/L. Semana 3: 46.500 UI/L. Semana 4: 51.700 UI/L. Neste momento, a ultrassonografia transvaginal não mostra conteúdo intracavitário, mas exibe vascularização miometrial aumentada. A paciente permanece assintomática e com exame físico normal. Radiografia de tórax normal.

A melhor conduta para esse caso é

- A) aguardar nova série de beta-hCG para confirmar a elevação sustentada.
- B) realizar biópsia uterina para comprovar histologicamente a presença de neoplasia trofoblástica antes de iniciar qualquer tratamento.
- C) indicar histerectomia como forma terapêutica definitiva, pois a elevação de hCG é sinal de invasão miometrial.
- D) iniciar quimioterapia, mesmo sem histopatológico que confirme a neoplasia trofoblástica.
- E) continuar com seguimento ambulatorial, pois flutuações leves do hCG são esperadas nas primeiras semanas após o esvaziamento uterino molar.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o diagnóstico e a conduta na neoplasia trofoblástica gestacional.

Durante o seguimento pós-molar, fique sempre atento na curva de regressão hCG. Você deve suspeitar de neoplasia trofoblástica gestacional sempre que:

## NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

### Diagnóstico

**Aumento de mais de 10% do beta HCG em 3 dosagens (1, 7 e 14 dias)**

**beta HCG em PLATÔ (4 valores em 3 semanas 1-7-14-21d)**

**Doença metastática em mulheres na idade reprodutiva**

**Resultado histopatológico de NTG**

**hCG ELEVADO > 6 meses**



Observe que a questão detalha uma curva de hCG em ascensão por 4 semanas consecutivas.

Para o início do tratamento, não é necessário realizar a biópsia do tumor. É preciso iniciar o estadiamento pela FIGO 2000 para orientar o tratamento quimioterápico com agente único ou com poliquimioterapia.

A quimioterapia apresenta índices de cura elevados com taxas de recorrência baixa, inferiores a 5%.

Tratamento da NTG de BAIXO RISCO: é indicado o tratamento por agente único, e a escolha é o METOTREXATO (MTX) ou também a opção do uso da actinomicina D (ACTD). Geralmente, os protocolos com MTX são preferidos para o tratamento de primeira linha na NTG de BAIXO RISCO por terem eficácia, menor toxicidade e baixo custo. Em geral, a ACTD é a escolha na contra-indicação para o uso do MTX. Após o hCG tornar-se negativo, deve-se repetir mais 2 ciclos de quimioterapia para consolidação e diminuição das taxas de recidivas da doença.

A histerectomia é uma alternativa como tratamento inicial para as pacientes com idade avançada (superior a 40 anos) e prole definida.

Tratamento da NTG de ALTO RISCO: está indicado o tratamento com poliquimioterapia. O esquema de primeira linha é o chamado EMA-CO (etoposídeo, metotrexato, actinomicina D, ciclofosfamida e vincristina). As pacientes de alto risco tratadas com poliquimioterapia apresentaram taxa de sobrevida de 80%, e 30% apresentaram resistência ou recidiva. Outros especialistas preferem o protocolo EP/EMA modificado (etoposídeo, cisplatina e etoposídeo, metotrexato e actinomicina D) ou utilizado também como segunda linha.

Devido à elevada chance de cura pelo tratamento quimioterápico, a histerectomia tem sido indicada em poucos casos. Está indicada nos casos de perfuração uterina, hemorragia uterina grave, quimiorresistência, tumor trofoblástico do sítio placentário e tumor trofoblástico epitelióide.

**Incorreta a alternativa A:** diante de uma curva em ascensão dos valores do hCG em 4 semanas, o diagnóstico é de NTG, não sendo necessário aguardar mais uma semana.

**Incorreta a alternativa B:** não é necessária a biópsia para o diagnóstico de NTG. A curva do hCG em ascensão por 4 semanas já é considerada suficiente para o diagnóstico de NTG.

**Incorreta a alternativa C:** a paciente jovem e nulípara com provável desejo reprodutivo não tem indicação de histerectomia na NTG. A histerectomia é uma alternativa como tratamento inicial para as pacientes com idade avançada (superior a 40 anos) e prole definida.

**Correta a alternativa D:** diante do diagnóstico de NTG (curva de hCG em ascensão), deve-se iniciar a quimioterapia, sem a necessidade de biópsia, e o estadiamento pela FIGO 2000.

**Incorreta a alternativa E:** a paciente apresenta o diagnóstico de NTG pela curva em ascensão de hCG, sem necessidade de biópsia. Logo, deve-se iniciar o estadiamento pela FIGO 2000 e a quimioterapia.

#### GABARITO: D

**31.** Primigesta de 25 anos, com 39 semanas de gestação, encontra-se em trabalho de parto ativo há 6 horas, sob analgesia peridural. Hipertensa crônica em uso de 2g de metildopa ao dia. A bolsa amniótica rompeu espontaneamente há 2 horas, com saída de líquido amniótico meconial espesso. A monitorização eletrônica fetal mostra os seguintes achados nos últimos 15 minutos: linha de base: 175 bpm, variabilidade: mínima, sem acelerações, presença de desacelerações tardias recorrentes a cada contração uterina.

Ao exame vaginal: dilatação cervical de 5 cm, 80% de apagamento, apresentação cefálica em plano -1 de De Lee, sem sinais de prolapso de cordão. A frequência de contrações é de 5 em 10 minutos, com duração de 60 segundos.

A melhor conduta para esse caso é

- A) administrar oxigênio à parturiente, colocá-la em decúbito lateral e continuar monitoramento, pois não há indicação de interrupção da gestação.
- B) iniciar tocolítico para reduzir a frequência de contrações e melhorar a oxigenação fetal, aguardando progressão do trabalho de parto.
- C) indicar amnioinfusão com soro fisiológico para diluir o mecônio e reduzir risco de aspiração meconial.
- D) avaliar pH ou lactato do sangue fetal para então confirmar sofrimento fetal e avaliar via de parto.
- E) diagnosticar sofrimento fetal agudo e indicar cesariana de emergência.

---

## COMENTÁRIOS:

---

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

A presença de mecônio no líquido amniótico exige uma conduta centrada na **avaliação da vitalidade fetal** e na **progressão do trabalho de parto**, já que, isoladamente, o mecônio não determina hipóxia fetal.

Quando o líquido é identificado como meconial, a conduta imediata deve ser a avaliação da vitalidade fetal, pois alterações na cardiocografia, não o mecônio em si, são o principal marcador de hipóxia.

Se o padrão cardiocográfico permanece **normal**, o parto segue sua evolução habitual, com cardiocografia contínua preferencialmente. Caso apareçam sinais de comprometimento, como desacelerações tardias, variabilidade reduzida, bradicardia sustentada ou taquicardia sustentada, deve-se considerar **intervenção para abreviar o parto pela via mais rápida**, preferencialmente por via vaginal com fórceps ou vácuo, se houver condições, ou cesariana se não houver possibilidade de resolução rápida.

**Incorreta a alternativa A:** como a paciente apresenta mecônio associado à alteração da vitalidade fetal (frequência basal de 175 bpm, variabilidade mínima e desacelerações tardias recorrentes), está indicada a resolução imediata da gestação. Como a paciente está no início do trabalho de parto, a via mais rápida para a resolução da gestação é a cesariana.

**Incorreta a alternativa B:** nenhuma medida de ressuscitação intrauterina está indicada neste caso, pois há mecônio espesso associado à alteração da vitalidade fetal e a paciente está no início do trabalho de parto.

**Incorreta a alternativa C:** nenhuma medida de ressuscitação intrauterina está indicada neste caso, pois há mecônio espesso associado à alteração da vitalidade fetal e a paciente está no início do trabalho de parto. Amnioinfusão não corrige hipoxemia fetal e não deve atrasar a resolução por cesariana.

**Incorreta a alternativa D:** o traçado cardiocográfico já preenche critérios de categoria III, o que, associado ao mecônio espesso e trabalho de parto inicial, indica a interrupção imediata sem necessidade de confirmação adicional.

**Correta a alternativa E:** temos uma gestante na primeira fase do trabalho de parto com mecônio espesso e sinais de hipóxia fetal (taquicardia fetal, variabilidade mínima e desacelerações tardias recorrentes). Portanto, a conduta correta é interrupção imediata da gestação pela via mais rápida que é a cesariana de emergência.

**GABARITO: E**

**32.** Mulher de 30 anos, G3P2, com 39 semanas, entra em trabalho de parto espontâneo. Feto único, vivo, em apresentação pélvica incompleta, com estimativa ecográfica de 3.000g. Pré-natal sem intercorrências. Equipe obstétrica opta por tentativa de parto vaginal, com critérios favoráveis e equipe habilitada.

Durante o período expulsivo, após descida pélvica e nascimento espontâneo até a escápula, observa-se retenção dos membros superiores, com braços elevados e estendidos junto à face torácica. Não há descida da cabeça fetal, mesmo com tração suave. Sinais de sofrimento fetal se instalam.

A melhor conduta para esse caso é realizar manobra

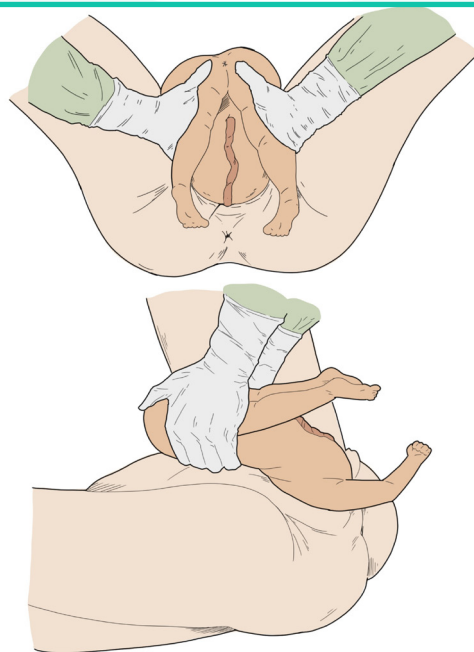
- A) Bracht, elevando o corpo fetal para facilitar a flexão e saída espontânea dos braços e cabeça.
- B) Mauriceau-Smellie-Veit, utilizando flexão da cabeça por suporte facial e occipital.
- C) Zavanelli, com reintrodução fetal e cesariana imediata devido à distocia grave.
- D) Lovset, com rotação controlada do tronco para liberação sequencial dos membros superiores.
- E) McRoberts com pressão suprapúbica para liberar os braços antes da cabeça.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre as manobras na assistência ao parto pélvico.

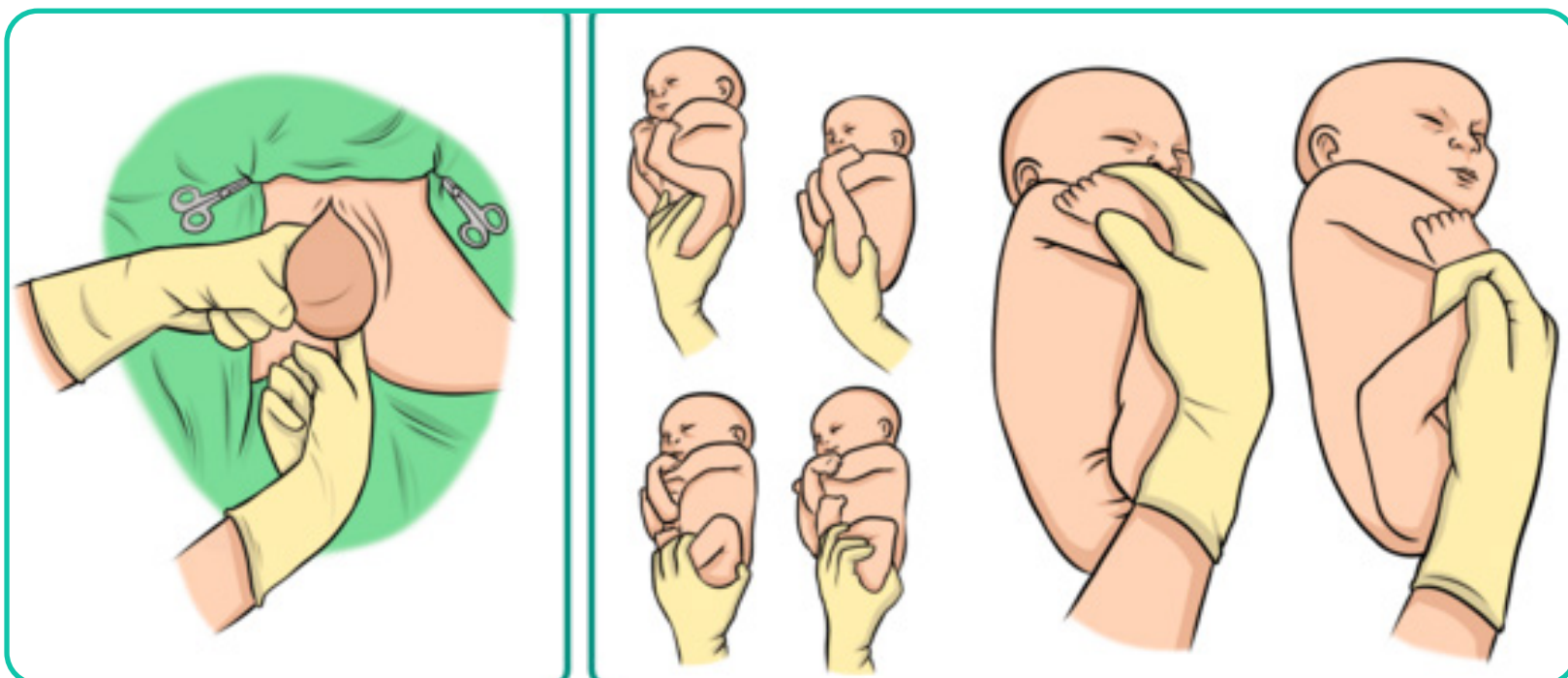
As manobras necessárias na assistência ao parto pélvico na posição de litotomia serão descritas a seguir.

A **manobra de Bracht** é bastante utilizada para ajudar no parto pélvico vaginal. Ela consiste em **colocar o feto sob o abdome da mãe após a saída do polo pélvico, sem tracioná-lo**, para que ocorra o **desprendimento das espáduas e da cabeça fetal de forma espontânea**.



Manobra de Bracht.

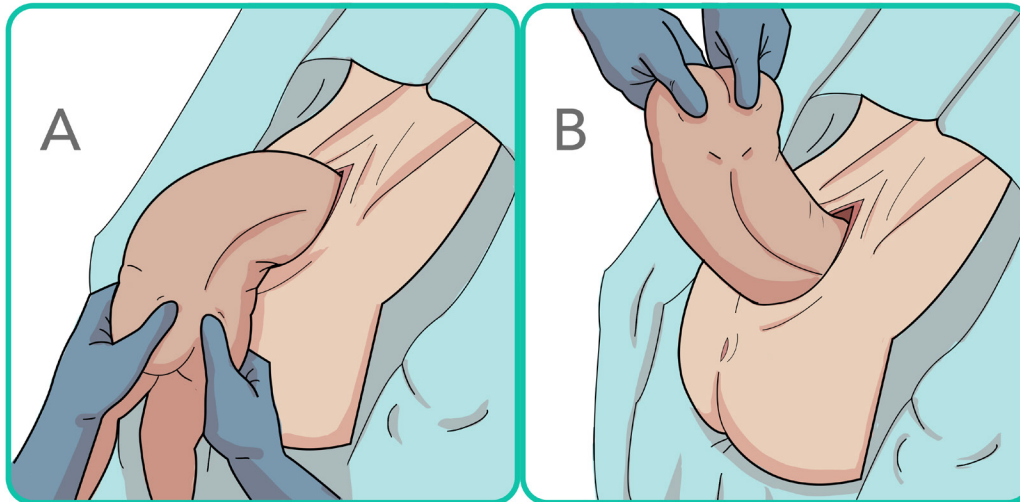
Caso haja dificuldade no desprendimento da pelve e dos membros inferiores do feto no parto pélvico vaginal, pode-se realizar as seguintes manobras: tração inferior bidigital na prega inguinal, manobra de Pinard ou apreensão e tração inferior do pé fetal anterior.



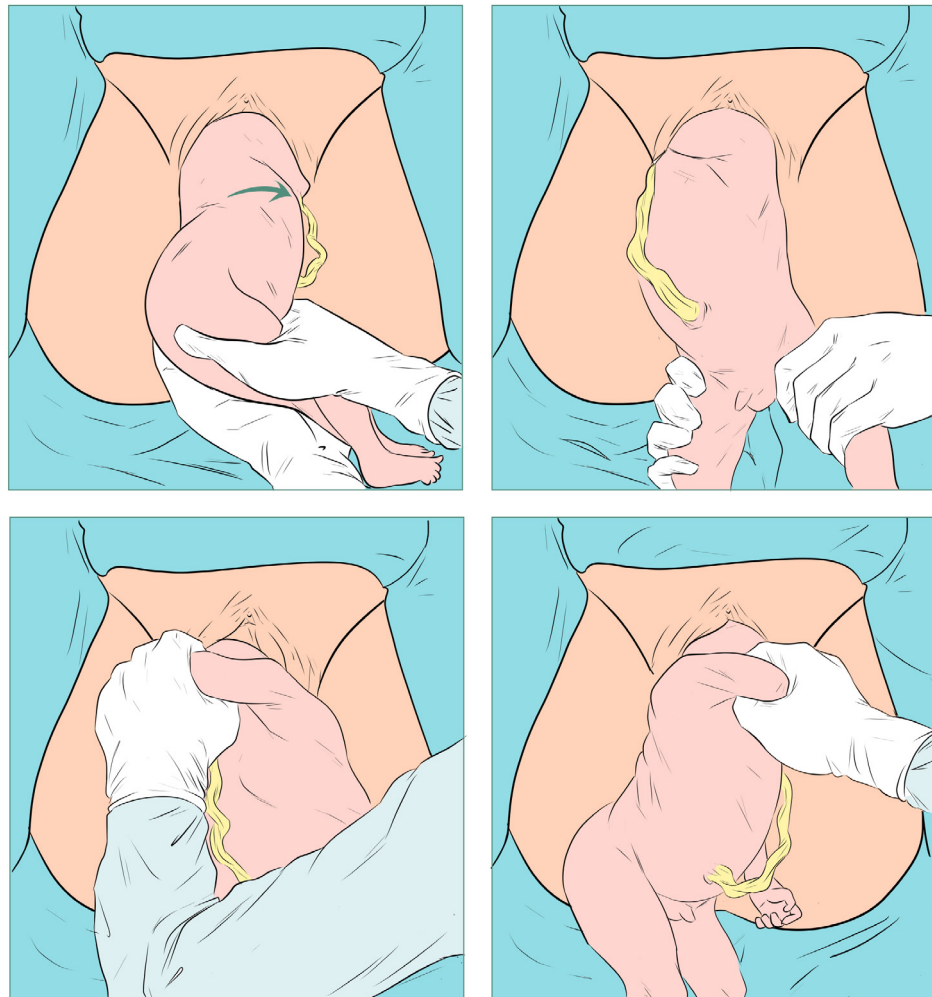
Manobras para o auxílio ao desprendimento da pelve e membros inferiores do feto no parto pélvico vaginal. 1. Tração inferior bidigital na prega inguinal. 2. Manobra de Pinard. 3. Apreensão e tração inferior do pé fetal anterior, alternativa à manobra de Pinard.

Caso haja dificuldade no desprendimento das espáduas e do tronco fetal, pode-se lançar mão das seguintes manobras: Deventer-Müller, Manobra de Rojas/Lovset e Manobra de Pajot. A técnica de cada uma delas está descrita na tabela a seguir:

MANOBRAS DE DESPRENDIMENTO DO TRONCO FETAL E DAS ESPÁDUAS	TÉCNICA
<b>Deventer-Müller</b>	Movimentos pendulares de abaixamento e elevação do corpo fetal, procurando fazer com que o ombro anterior se encaixe no subpúbis; em seguida, desprende-o com auxílio digital.
<b>Manobra de Rojas ou Lovset</b>	Transformação da espádua posterior em anterior, por meio de tração, rotação axial e translação fetal. O braço posterior flexiona-se pela face anterior do tronco do feto, desprendendo-se no subpúbis.
<b>Manobra de Pajot</b>	Apreende-se o braço anterior com os dedos médio e indicador na face externa e o polegar no cavo axilar, realizando movimento de flexão do cotovelo e descida do braço pela região anterior da face e do tronco fetal.



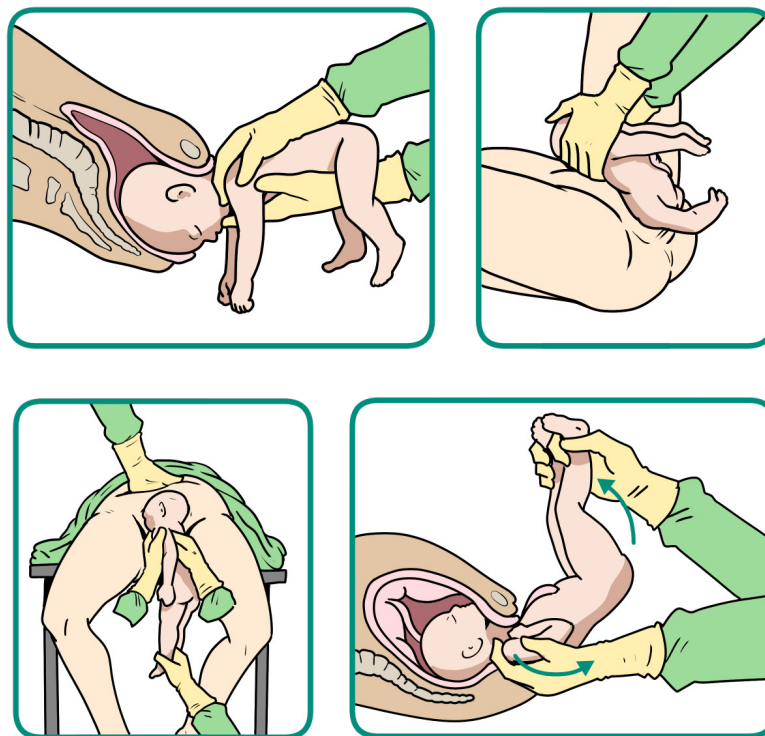
Manobra de Deventer-Müller. Manobra de Pajot.



Manobra de Rojas/ Lovset

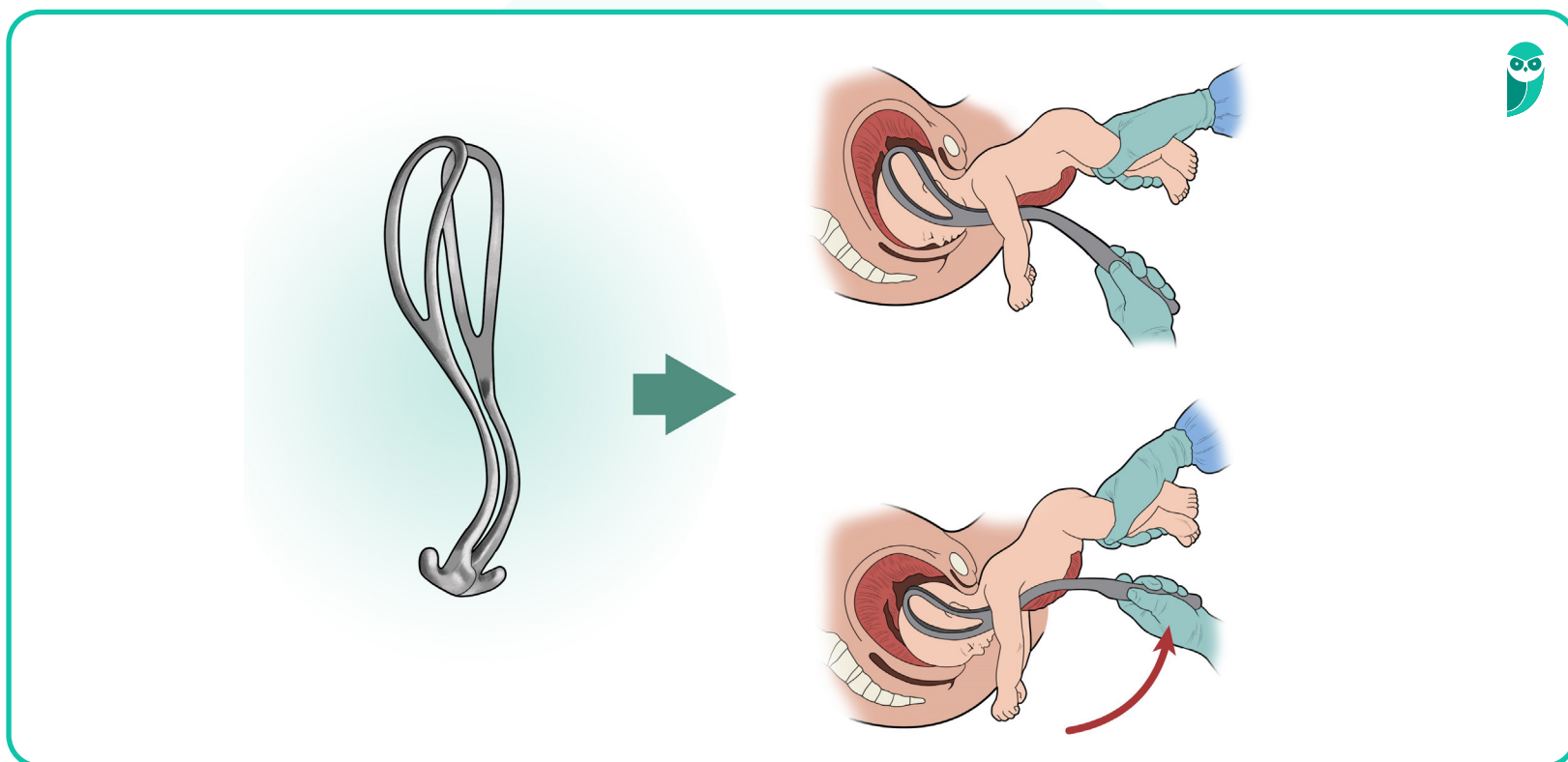
Se houver dificuldade no desprendimento do polo cefálico, caracteriza-se a cabeça derradeira. As manobras que auxiliam na resolução da cabeça derradeira são: manobra de Bracht, manobra de Liverpool, manobra de McRoberts e manobra de Mauriceau, manobra de Champetier de Ribes e manobra de Praga. Elas estão descritas na tabela a seguir.

MANOBRAS PARA CABEÇA DERRADEIRA	TÉCNICA
<b>Manobra de Liverpool</b>	Manter pendente o corpo fetal por 20 segundos, até que o polo cefálico desça e seja possível visualizar a raiz da nuca. Segurando o feto pelos pés, eleva-se e traciona-se o corpo fetal para o ventre materno, com conseqüente desprendimento cefálico
<b>Manobra de McRoberts</b>	Hiperflexão da coxa materna para aumentar a amplitude dos estreitos médio e inferior da bacia
<b>Manobra de Mauriceau</b>	Apoiar o feto sobre o antebraço do obstetra que introduz os dedos médio e indicador na mandíbula do feto, fletindo o polo cefálico
<b>Manobra de Champetier de Ribes</b>	Paciente com nádegas rentes à borda da cama e com os membros inferiores pendentes abaixo do nível da pelve e projetados para o chão, realizando flexão do polo cefálico fetal e rotação dele para o diâmetro transverso da pelve. Mantém-se pressão manual no fundo uterino e levanta-se o corpo fetal pelos pés, projetando-o em direção ao tórax materno, com o objetivo de desprender o parietal posterior do feto e, depois, projetar o corpo fetal para o chão, levando ao desprendimento do parietal fetal anterior.
<b>Manobra de Praga</b>	Indicada quando o corpo fetal se desprende com a face ventral voltada para o abdome materno. Apreende-se os ombros com os dedos indicador e anelar posicionados ao lado do pescoço e o dedo médio exercendo uma contrapressão no occipital. A outra mão apreende os membros inferiores do feto, na altura dos tornozelos, e eleva os membros inferiores, projetando-os em direção ao abdome materno, enquanto a mão aplicada nos ombros executa tração axial, objetivando o desprendimento do polo cefálico fetal.



Manobras para o auxílio do desprendimento da cabeça derradeira.

Se, apesar do uso das manobras de desprendimento da cabeça derradeira, não for possível ultimar o parto, pode-se lançar mão do **fórcipe de Piper**, conforme se pode observar na figura a seguir:

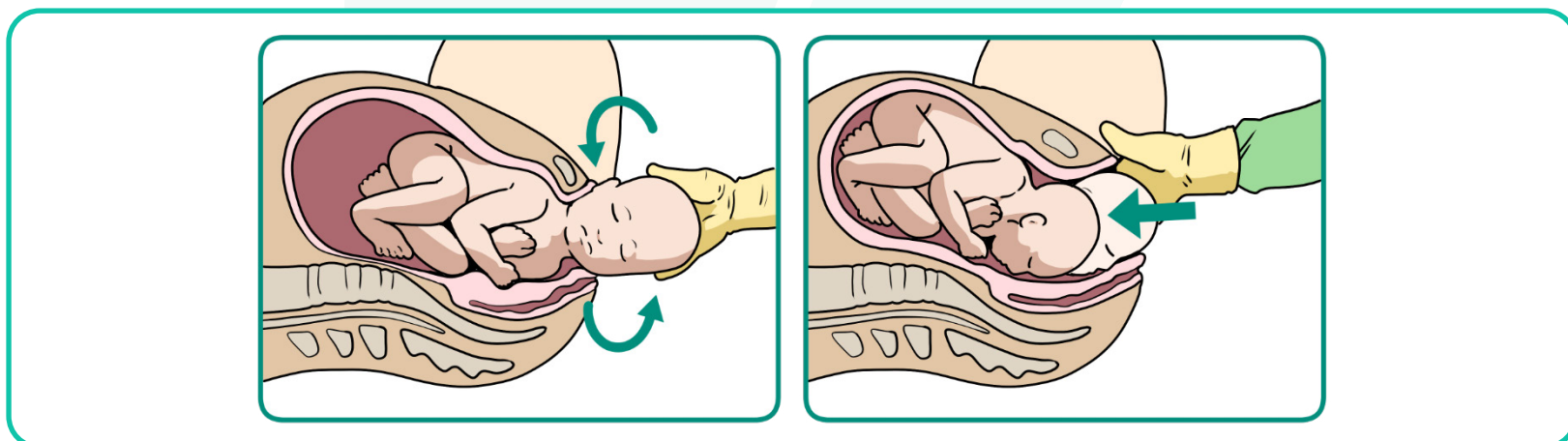


Fórcipe de Piper para cabeça derradeira.

**Incorreta a alternativa A:** a manobra de Bracht é indicada como manobra de rotina no parto pélvico em posição de litotomia. Ela é realizada com nádegas e tronco já exteriorizados e tem como objetivo auxiliar a saída espontânea da cabeça fetal ao elevar o corpo do feto em direção ao abdome materno, sem tração. Ela não é a manobra de escolha quando há distocia de ombros.

**Incorreta a alternativa B:** a manobra de Mauriceau-Smellie-Veit é utilizada para o desprendimento da cabeça derradeira no parto pélvico, promovendo flexão e direção adequada da cabeça, usando suporte nos ossos malares e occipital. O feto apresenta distocia de ombro, não cabeça derradeira.

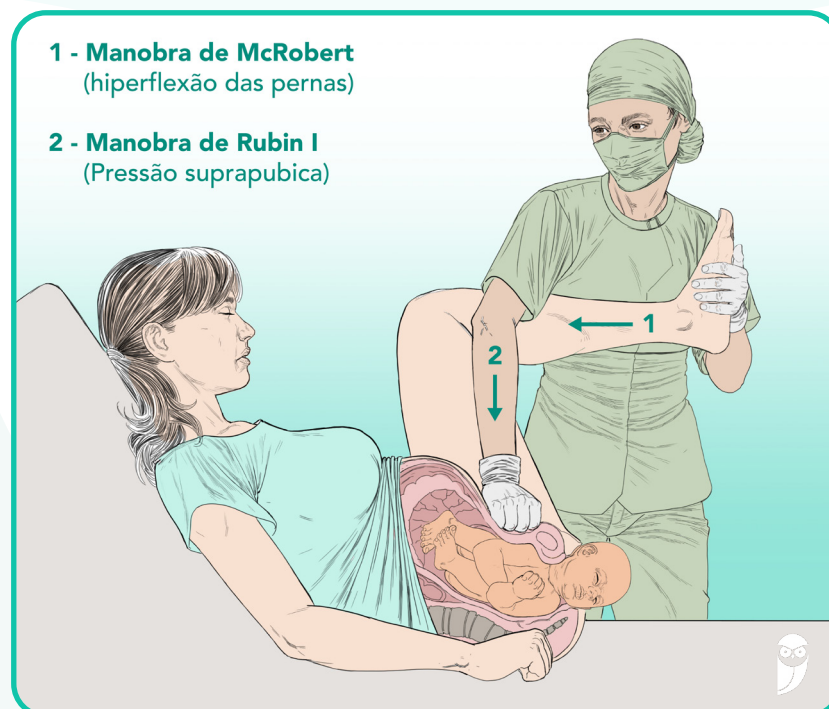
**Incorreta a alternativa C:** a manobra de Zavanelli consiste em reintroduzir a apresentação fetal na pelve e realizar a cesariana, utilizada em casos extremos de distocia de ombro em apresentação cefálica, quando outras manobras não são efetivas.



Manobra de Zavanelli

**Correta a alternativa D:** temos uma gestante em trabalho de parto de um feto pélvico com distocia de ombro. A manobra de Lovset é a indicada nesses casos: consiste em rotação controlada do tronco fetal em cerca de 180 graus, de forma a transformar o braço posterior em anterior e permitir a liberação sequencial dos membros superiores, primeiramente um braço, depois o outro, permitindo a posterior saída da cabeça.

**Incorreta a alternativa E:** McRoberts com pressão suprapúbica é conduta clássica na distocia de ombros em apresentação cefálica, não em parto pélvico. Nela, as coxas maternas são hiperfletidas sobre o abdome e se associa pressão suprapúbica para ajudar a liberar o ombro anterior impactado na sínfise púbica.


**GABARITO: D**

**33.** Puérpera de 33 anos, G2P2, no 3º dia após cesariana, queixa-se à enfermeira de dispneia súbita, dor torácica ventilatório-dependente e palpitações. Refere também mal-estar geral e sensação de desmaio iminente. Não apresenta febre ou tosse. História pregressa: sem trombofilias conhecidas, nega tabagismo. Na gestação atual, foi mantida em repouso prolongado por ameaça de trabalho de parto pré-termo. Exame físico: PA: 95×65 mmHg, FC: 128 bpm, FR: 32 irpm, SatO<sub>2</sub>: 87% em ar ambiente, MV presente bilateralmente, sem estertores, trombose venosa profunda ausente nos membros inferiores. Exames laboratoriais: ECG: taquicardia sinusal, Gasometria arterial (em O<sub>2</sub> 2L/min): pH 7,48, pCO<sub>2</sub> 30, pO<sub>2</sub> 61. Troponina e BNP discretamente elevadas. Dímero-D: 2400 ng/mL.

A melhor conduta para esse caso é

- A) iniciar anticoagulação com heparina de baixo peso molecular e solicitar angiotomografia de tórax para confirmação diagnóstica.
- B) solicitar angiotomografia de tórax antes de qualquer conduta, pois a anticoagulação empírica aumenta o risco de hemorragia pós-cesárea.
- C) realizar doppler de membros inferiores antes de iniciar tratamento e anticoagular apenas se TVP for confirmada.
- D) iniciar anticoagulação plena com heparina não fracionada e indicar angiotomografia apenas se houver piora clínica.
- E) iniciar anticoagulação empírica imediata e solicitar ecocardiograma para avaliar sobrecarga de VD antes da angiotomografia.

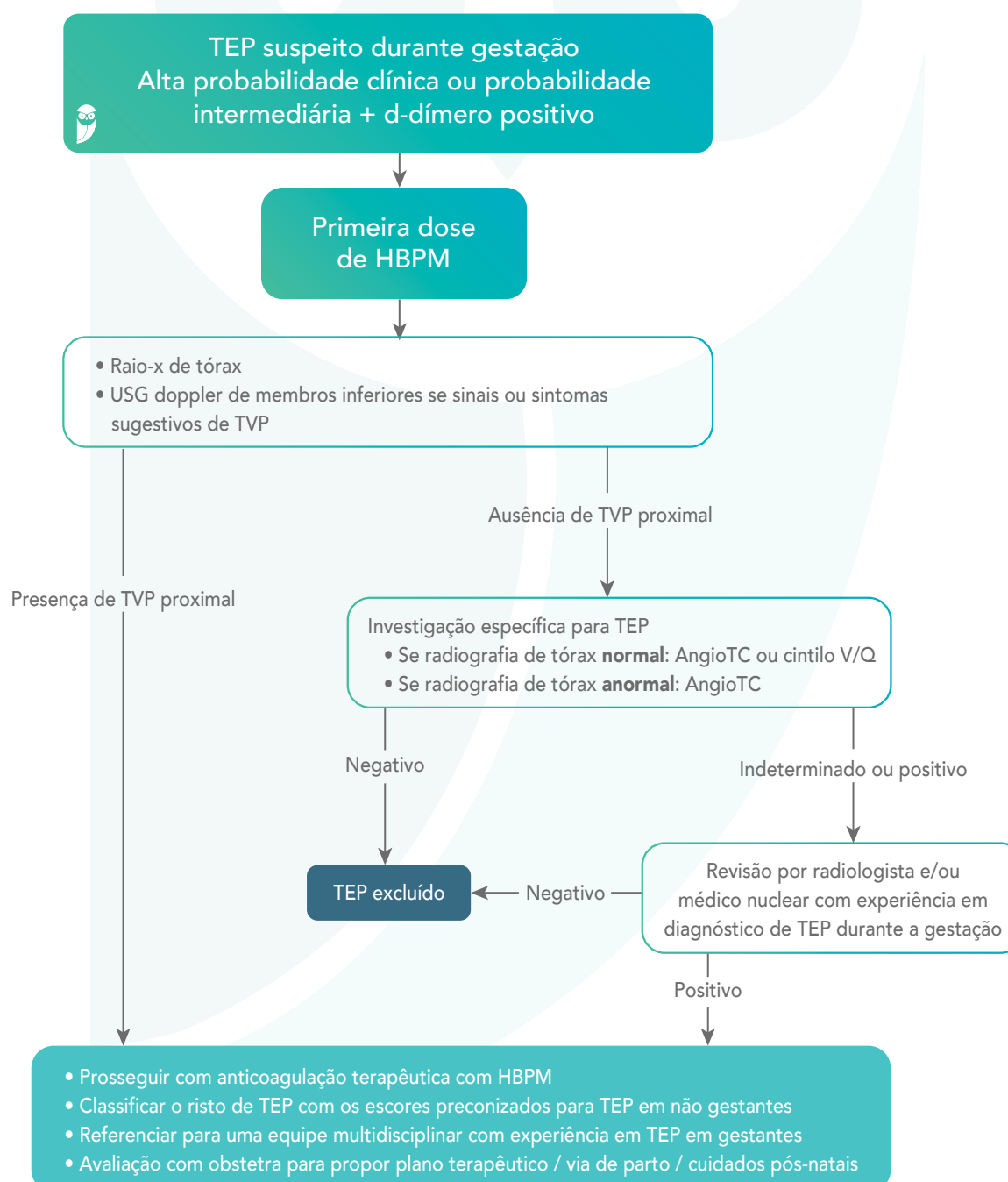
## COMENTÁRIOS:

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 esse fim.

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



**Correta a alternativa A**, diante de um quadro altamente sugestivo, devemos iniciar a anticoagulação, mesmo sem confirmação diagnóstica.

**Incorreta a alternativa B**, pois a anticoagulação deve ser iniciada antes do exame.

**Incorreta a alternativa C**, pois a anticoagulação deve ser iniciada antes dos exames.

**Incorreta a alternativa D**, pois a enoxaparina é a primeira opção.

**Incorreta a alternativa E**, pois não há indicação de ecocardiograma neste momento.

**GABARITO: A**

**34.** Gestante de 28 anos, G1P1, deu à luz por cesariana eletiva no termo, sem complicações aparentes. O bebê nasceu saudável, com Apgar 9/10. Após a dequitação, a paciente apresentou sangramento uterino profuso, com útero flácido ao toque uterino. Foram realizados prontamente e em sequência adequada: massagem uterina vigorosa, administração de ocitocina venosa em infusão contínua, metilergometrina intramuscular e misoprostol via retal.

Mesmo após essas medidas, o sangramento transvaginal persiste. A paciente encontra-se com PA 90×60 mmHg, FC 120 bpm, sudoreica, com sinais iniciais de hipoperfusão, mas deseja manter fertilidade.

A melhor conduta para esse caso é

- A) realizar histerectomia hemostática imediata para controle definitivo da hemorragia.
- B) transferência da paciente para hospital que faça embolização arterial uterina.
- C) iniciar transfusão maciça e aguardar ação dos uterotônicos administrados.
- D) realizar sutura de B-Lynch como medida conservadora para controle da atonia uterina.
- E) repetir a dose de metilergometrina e aguardar resposta clínica por mais 30 minutos.

---

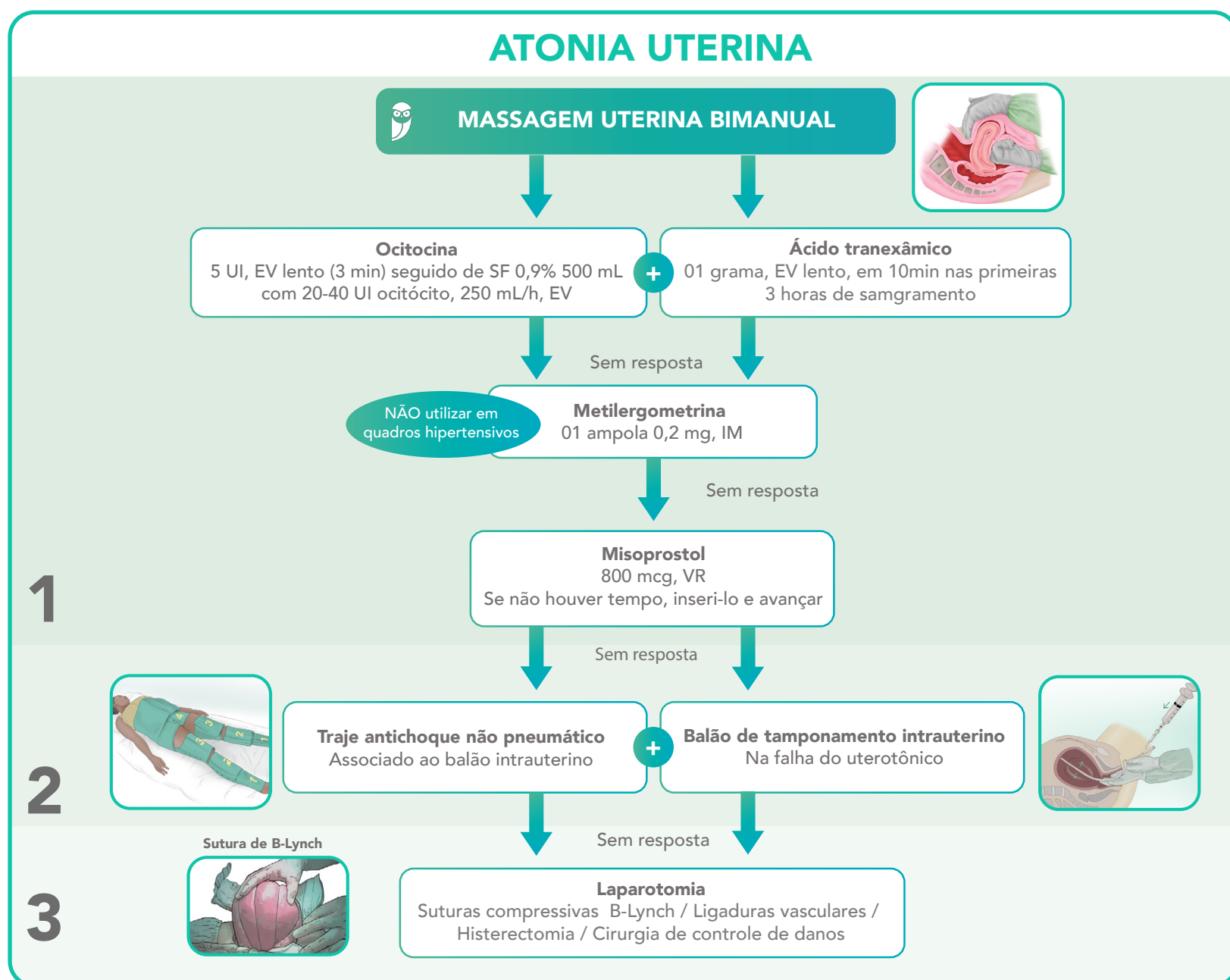
## COMENTÁRIOS:

---

O que o examinador quer saber: sobre a conduta da atonia uterina no parto cesáreo.

O quadro clínico de atonia uterina caracteriza-se por sangramento pós-parto associado a um útero não contraído e acima da cicatriz umbilical.

Observe o fluxograma a seguir para lembrar a sequência de condutas na atonia após PARTO VAGINAL:



O que muda para o PARTO CESÁREO é que não é feita a massagem compressiva de Hamilton durante o ato cirúrgico e iniciam-se as condutas medicamentosas. Se ocorrer a falha do tratamento medicamentoso, está indicada a sutura compressiva de B-Lynch.

Agora, vamos avaliar às alternativas.

**Incorreta a alternativa A:** a histerectomia não está indicada neste momento. Após a falha do tratamento medicamentoso na atonia uterina por parto cesáreo, está indicada a sutura compressiva de B-Lynch como próxima medida para o controle da atonia uterina.

**Incorreta a alternativa B:** após a falha do tratamento medicamentoso na atonia uterina por parto cesáreo, está indicada a sutura compressiva de B-Lynch como próxima medida para o controle da atonia uterina.

**Incorreta a alternativa C:** após falha do tratamento medicamentoso sequencial indicado, não há indicação de aguardar a transfusão sanguínea e a ação de uterotônicos.

**Correta a alternativa D:** em paciente submetida a parto CESÁREO e que evoluiu com atonia uterina, com falha do tratamento medicamentoso, o próximo passo é iniciar a conduta cirúrgica com a sutura de B-Lynch para controle da atonia uterina.

**Incorreta a alternativa E:** após falha da conduta medicamentosa nos casos de atonia, deve-se indicar a conduta cirúrgica com a sutura compressiva de B-Lynch. Não há indicação de se repetir o tratamento medicamentoso.

**GABARITO: D**

**35.** João, homem trans de 27 anos, comparece à maternidade com 39 semanas e 4 dias de gestação, em trabalho de parto ativo. É G1P0, a gestação foi planejada com suspensão prévia do uso de testosterona, e o pré-natal foi acompanhado em Unidade de Saúde da Família com equipe treinada em saúde LGBTQIA+. João manifesta desejo de parto vaginal, com presença de seu companheiro e solicita ser tratado pelo nome social e pronomes masculinos.

Ao exame: altura uterina: 34 cm, ausculta fetal: BCF 142 bpm, dilatação cervical: 6 cm, 90% apagado, apresentação cefálica, bolsa íntegra. Sem fatores de risco para distocia ou contra-indicações ao parto vaginal. Durante a admissão, um profissional da equipe registra em prontuário: *“Parturiente do sexo feminino com quadro compatível com trabalho de parto ativo. Solicita uso de nome social, apesar de se tratar de mulher biológica.”*

Considerando o relato acima, a melhor conduta para o caso é

- A) corrigir o prontuário para constar “mulher trans”, mantendo os termos obstétricos convencionais, pois o sistema de saúde utiliza a classificação biológica como base.
- B) reforçar com a equipe multiprofissional a utilização do nome social e de pronomes masculinos.
- C) priorizar a avaliação obstétrica clínica e adiar discussões sobre identidade de gênero até o puerpério, para evitar distrações no manejo clínico.
- D) redirecionar o paciente para unidade de referência em saúde transexual, mesmo em trabalho de parto, para garantir atendimento especializado.
- E) iniciar preparo para parto cesáreo eletivo, considerando que a anatomia obstétrica pode estar alterada pelo uso anterior de testosterona.

## COMENTÁRIOS:

A questão traz detalhes do atendimento à população transexual. Nesse caso, temos um homem trans em trabalho de parto. Vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A:** o termo correto é homem trans, já que temos sexo biológico feminino, mas identidade de gênero masculina.

**Correta a alternativa B:** a população trans tem direito de ser chamada pelo nome social, mesmo que ainda não tenha mudado em documentos oficiais

**Incorreta a alternativa C:** a conduta obstétrica deve ser realizada, mas sem esquecer o tratamento adequado ao paciente

**Incorreta a alternativa D:** todos os serviços de saúde devem ser treinados para o atendimento à população trans.

**Incorreta a alternativa E:** não há alteração de anatomia de canal de parto pelo uso da testosterona

**GABARITO: B**

**36.** Mulher de 34 anos, G2P1, comparece sozinha para ultrassonografia obstétrica de rotina com 32 semanas de gestação, sem queixas. A gravidez evoluía bem, com pré-natal adequado. Durante o exame, o médico ultrassonografista observa ausência de movimentos fetais, ausência de batimentos cardíacos e hidropsia fetal generalizada. Realiza manobras complementares e confirma o óbito fetal intraútero.

Diante do achado, o profissional se depara com a paciente ansiosa, perguntando se está tudo bem com o bebê. O ultrassonografista é responsável por realizar o exame, redigir o laudo e comunicar os achados ao obstetra assistente, mas não é o profissional responsável pelo pré-natal.

A conduta mais apropriada diante dessa situação é

- A) encerrar o exame sem comentar os achados com a paciente e encaminhá-la diretamente ao obstetra assistente com o laudo em mãos.
- B) informar imediatamente, de forma objetiva, que o bebê está morto.
- C) interromper o exame com acolhimento, comunicar o achado com empatia e oferecer suporte inicial, repassando o caso à equipe obstétrica.
- D) explicar tecnicamente à paciente a ausência de batimentos cardíacos e sinais de hidropsia, solicitando confirmação por outro profissional.
- E) postergar a comunicação até que a paciente esteja acompanhada de familiar, para evitar desorganização emocional aguda.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre comunicação de notícias difíceis.

A comunicação de más notícias sempre é um momento difícil na prática clínica, envolvendo as emoções do usuário, de sua família e do próprio profissional que a repassa.

Já foram propostos vários protocolos sobre como repassar más notícias aos usuários e família, como o brasileiro PACIENTE (Pereira, 2010). No entanto, o mais cobrado em provas de Residência Médica é o chamado Protocolo SPIKES (BUCKMAN, 1992; BAILE E BUCKMAN, 2000), baseado em seis passos. Embora, inicialmente, tenha sido proposto para pacientes em situação oncológica, o SPIKES pode ser aplicado nos mais diversos contextos.

Vejam, na tabela que segue, o que cada letra do acrônimo SPIKES significa:

### Protocolo SPIKES: comunicando más notícias

Protocolo SPIKES: comunicando más notícias			
S	<b>Setting</b> (planejamento)	Relaciona-se ao planejamento de como será transmitida a notícia.	Ex.: escolher o melhor local para comunicar, como o consultório ou uma área externa.
P	<b>Perception</b> (percepção)	Relaciona-se à percepção da realidade por quem recebe a notícia.	Ex.: perceber o quanto a pessoa está previamente ciente da gravidade da situação (“O que a senhora pensa da sua doença?”).
I	<b>Invitation</b> (convite)	Relaciona-se ao convite para conversar sobre o caso.	Ex.: perguntar “Você gostaria que eu explicasse mais a fundo o seu problema?”.
K	<b>Knowledge</b> (conhecimento)	Relaciona-se a transmitir a informação (conhecimento) ao usuário.	Ex.: explicar a situação à pessoa, utilizando-se de modo empático e linguagem clara.
E	<b>Explore emotions</b> (abordar emoções)	Relaciona-se a abordar as emoções após a comunicação.	Ex.: disponibilizar-se para conversar sobre o assunto quando a pessoa desejar.
S	<b>Strategy</b> (estratégia)	Relaciona-se ao encerramento, em sintetizar o que foi dito.	Ex.: fazer um resumo e certificar-se de que a mensagem foi passada com clareza.

**Incorreta a alternativa A:** encerrar o exame sem comunicar nada à paciente e simplesmente orientá-la a procurar o obstetra é uma conduta inadequada e desumana. O ultrassonografista, embora não seja o responsável pelo pré-natal, deve comunicar resultados graves com acolhimento imediato, evitando abandono emocional.

**Incorreta a alternativa B:** comunicar de forma direta, abrupta e sem acolhimento é inadequado, viola princípios éticos de empatia e causa sofrimento desnecessário. A comunicação deve ser clara, porém cuidadosa, respeitando o impacto emocional do diagnóstico.

**Correta a alternativa C:** a conduta recomendada pelos princípios de comunicação de notícias difíceis (protocolo SPIKES) é interromper o exame, assegurar privacidade, acolher a paciente, comunicar o achado com delicadeza e clareza, oferecer suporte inicial e encaminhá-la imediatamente à equipe obstétrica responsável pelo pré-natal ou setor de referência. Isso garante assistência humanizada e continuidade do cuidado.

**Incorreta a alternativa D:** o ultrassonografista não deve entrar em explicações técnicas complexas nem delegar sua responsabilidade pedindo confirmação de outro profissional.

**Incorreta a alternativa E:** o profissional deve comunicar o achado no momento, de forma empática, depois, oferecer suporte e a possibilidade de avisar alguém de confiança.

**GABARITO: C**

**37.** Gestante de 32 anos, G2P1, com 28 semanas de gestação, dá entrada no pronto-socorro com febre alta (39,2 °C), mialgia intensa, dispneia progressiva e tosse seca há 48 horas. Apresenta saturação de O<sub>2</sub> de 91% em ar ambiente, taquipneia e estertores finos bibasais. Testagem rápida para influenza A é positiva, e a paciente é admitida com suspeita de síndrome respiratória aguda secundária à infecção viral. O quadro evolui com necessidade de O<sub>2</sub> suplementar e início de antiviral.

A alteração fisiológica pulmonar da gestação que contribui de forma mais direta para a gravidade da infecção viral nesse contexto é

- A) o aumento da complacência pulmonar com redução da pressão inspiratória máxima, favorecendo a hipercapnia.
- B) a redução do volume corrente e aumento da resistência das vias aéreas superiores, predispondo a atelectasias.
- C) a redução da capacidade residual funcional, prejudicando a troca gasosa.
- D) a hiperventilação compensatória com aumento da reserva expiratória, o que eleva o risco de alcalose respiratória grave.
- E) a redução da pressão parcial de CO<sub>2</sub> arterial, levando à hipoxemia.

---

## COMENTÁRIO:

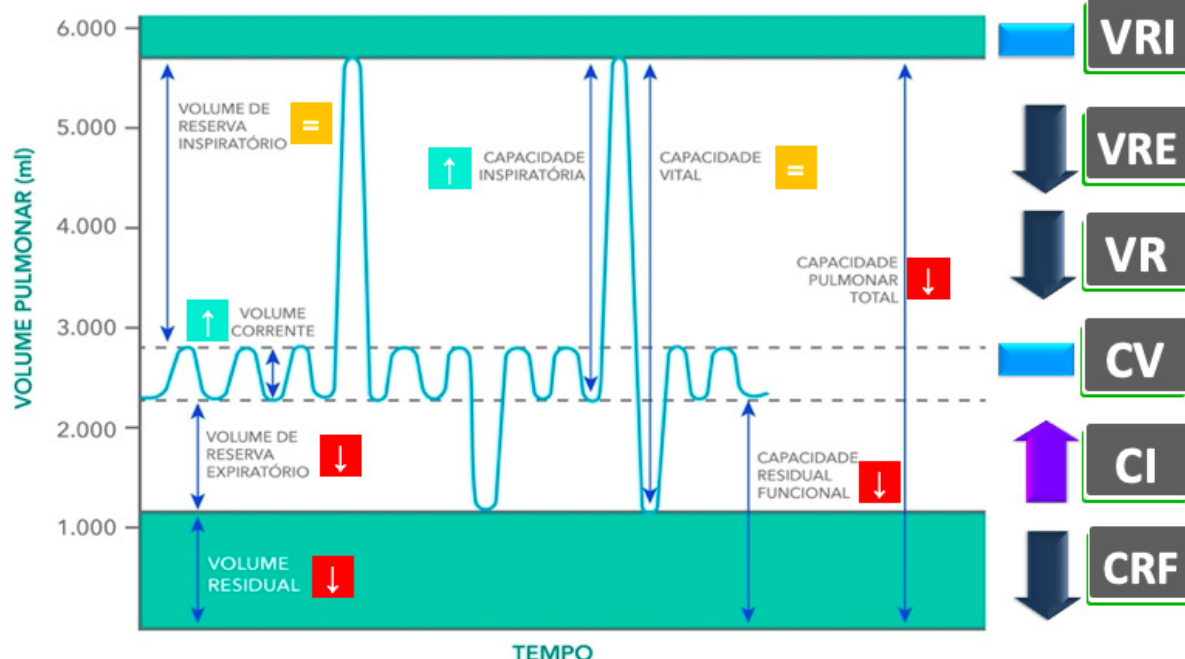
---

O que o examinador quer saber: sobre as modificações fisiológicas pulmonares na gestação.

Vamos relembrar aqui as modificações pulmonares capciosas, por isso é necessário que você sempre revise-as para as provas:

## MODIFICAÇÕES GRAVÍDICAS

### Sistema respiratório



**Volume corrente (VC)** – refere-se ao volume inspirado e expirado de ar espontaneamente a cada ciclo de respiração. Está aumentado na gestante, acarretando aumento do volume-minuto e hiperventilação. Isso permite que o aporte necessário de oxigênio seja obtido e facilita a eliminação de dióxido de carbono pelo feto.

**Volume-minuto** – refere-se ao produto do volume corrente pela frequência respiratória, sendo, portanto, o volume de ar novo que entra a cada minuto no sistema respiratório. Está aumentado na gestante por causa do aumento do volume corrente, uma vez que a frequência respiratória não se altera durante a gestação.

**Volume de reserva inspiratório (VRI)** – refere-se ao maior volume que se consegue inspirar voluntariamente após uma inspiração espontânea. Perceba que é uma inspiração além da inspiração corrente. Mantém-se inalterado durante a gravidez.

**Volume de reserva expiratório (VRE)** – refere-se ao maior volume que se consegue expirar voluntariamente após uma expiração espontânea. Perceba que é uma expiração além do repouso expiratório. Apresenta-se reduzido na grávida.

**Volume residual (VR)** – refere-se ao volume que continua nos pulmões após se realizar-se uma expiração máxima. Encontra-se diminuído na gestante.

**Capacidade vital (CV)** – refere-se à soma do volume corrente e das reservas pulmonares, tanto expiratória quanto inspiratória. Não se altera durante a gravidez, porque os volumes que a compõem compensam-se.

**Capacidade inspiratória (CI)** – refere-se à soma do volume corrente e da reserva inspiratória. Está aumentada durante a gestação devido ao aumento do volume corrente.

**Capacidade residual funcional (CRF)** – refere-se à soma da reserva expiratória e do volume residual. Está reduzida durante a gestação, uma vez que tanto a reserva expiratória quanto o volume residual diminuem na gravidez.

Capacidade pulmonar total (CPT) – refere-se à soma da capacidade vital e da capacidade residual funcional, ou seja, o volume presente nos pulmões após uma inspiração profunda. Apresenta-se diminuída na gestação, isso acontece porque a elevação do diafragma reduz o volume residual na grávida.

Agora, vejamos as alternativas.

**Incorreta a alternativa A:** a **capacidade inspiratória** refere-se à soma do volume corrente e da reserva inspiratória. **Está aumentada** durante a gestação, devido ao aumento do volume corrente.

**Incorreta a alternativa B:** o **volume corrente** está **aumentado** na gestante, acarretando aumento do volume-minuto e hiperventilação. Isso permite que o aporte necessário de oxigênio seja obtido e facilita a eliminação de dióxido de carbono pelo feto.

**Correta a alternativa C:** a troca gasosa é prejudicada com a redução da capacidade residual funcional durante a gestação, uma vez que tanto a **reserva expiratória quanto o volume residual diminuem na gravidez**.

**Incorreta a alternativa D:** a reserva expiratória apresenta-se reduzida na gestante, não aumentada.

**Incorreta a alternativa E:** a pressão parcial de CO<sub>2</sub> arterial está aumentada, permitindo que o aporte necessário de oxigênio seja obtido e facilitando a eliminação de dióxido de carbono pelo feto. O volume corrente refere-se ao volume inspirado e expirado de ar espontaneamente a cada ciclo de respiração. Está aumentado na gestante, acarretando aumento do volume-minuto e hiperventilação.

#### GABARITO: C

**38.** Gestante de 35 anos, G3P2, com 31 semanas e 3 dias, previamente hígida, dá entrada na maternidade com queixa súbita de dor abdominal intensa, sangramento transvaginal escuro em pequena quantidade e redução abrupta dos movimentos fetais há 2 horas. Ao exame físico, apresenta: PA: 150 × 100 mmHg, FC: 98 bpm, altura uterina: 36 cm. O útero encontra-se hipertônico, doloroso à palpação, sem intervalos de relaxamento. O exame pélvico mostra colo fechado, sem dilatação. Ausculta fetal: BCF 90 bpm com desacelerações recorrentes. Ultrassonografia à beira-leito evidencia hematoma retroplacentário.

A melhor conduta para esse caso é

- A) indicar indução do parto com misoprostol, mantendo monitorização contínua.
- B) administrar corticoide para maturação pulmonar fetal e aguardar 48 horas para resolução eletiva.
- C) aguardar progressão espontânea do trabalho de parto, monitorando parâmetros maternos e fetais de perto.
- D) indicar amniotomia e uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, mantendo monitorização contínua.
- E) indicar cesariana de emergência, uma vez que o feto está vivo e há sinais de sofrimento agudo.

#### COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta nos casos de descolamento prematuro de placenta (DPP).

O diagnóstico de DPP é eminentemente clínico, por meio da apresentação dos seguintes sinais e sintomas:

- Início abrupto do sangramento vaginal, que pode ser de intensidade leve a grave.
- Dor abdominal súbita.
- Dor à palpação do útero (hipersensibilidade uterina).
- Contrações uterinas, taquissístolia.
- Hipertonia uterina (útero lenhoso).

- Hipotensão, taquicardia.
- Alteração da frequência cardíaca fetal.
- Trabalho de parto prematuro.
- Bolsa corioamniótica tensa ao toque.

O sangramento vaginal ocorre em torno de 80% dos casos, mas a perda sanguínea é, na maioria das vezes, subestimada, porque a maior parte do sangramento fica retida no útero. Por isso, a quantidade de sangramento vaginal não se relaciona ao grau de descolamento e não serve como um marcador de risco materno ou fetal. A figura a seguir mostra um DPP em que não há exteriorização de sangramento e outro em que há exteriorização do sangramento. A conduta obstétrica mais aceita diante de feto vivo e viável é a resolução da gestação por **cesárea de emergência**, a não ser que o parto vaginal seja iminente.

Nos casos em que há cervicodilatação, recomenda-se a **amniotomia imediata para reduzir a pressão intra-amniótica** e, assim, diminuir a entrada na circulação materna de tromboplastina e fatores de coagulação que são ativados pela presença do coágulo retroplacentário.

**Incorreta a alternativa A:** diante de feto vivo com sinais de sofrimento fetal agudo e diagnóstico de DPP com colo uterino impérvio, está indicada a resolução imediata com parto cesáreo de emergência.

**Incorreta a alternativa B:** diante do diagnóstico de DPP com sofrimento fetal agudo e colo impérvio, está indicado o parto cesáreo de emergência.

**Incorreta a alternativa C:** diante de DPP com colo impérvio e sofrimento fetal agudo, a conduta é o parto cesáreo de emergência.

**Incorreta a alternativa D:** como o colo uterino está impérvio e há sofrimento fetal agudo, está indicado o parto cesáreo de emergência.

**Correta a alternativa E:** diante de quadro de descolamento prematuro de placenta está indicada a amniotomia se o colo uterino estiver pérvio (está descrito colo impérvio no caso clínico), portanto está indicado parto cesáreo de emergência com feto vivo e bradicardia fetal.

#### GABARITO: E

**39.** Paciente de 29 anos, G2P1, com 18 semanas e 2 dias de gestação comparece ao serviço de urgência com queixas de dor hipogástrica e discreto sangramento transvaginal, iniciado há 1 dia. Sem comorbidades, apresenta PA 110 × 70 mmHg, encontrando-se afebril. Ao exame ultrassonográfico, confirma-se ausência de batimentos cardíacos fetais, ausência de movimentos e colapso craniano. O útero tem medidas compatíveis com a idade gestacional, sem sinais de infecção ou retenção prolongada. O colo está fechado e longo.

A melhor conduta para esse caso é

- A) indicar misoprostol vaginal em dose apropriada para a idade gestacional.
- B) realizar curetagem uterina sob sedação após dilatação cervical com cânulas de Hegar.
- C) indicar histerotomia eletiva por via abdominal devido ao risco elevado de falha do método medicamentoso.
- D) iniciar ocitocina endovenosa em bomba de infusão contínua, já que o colo se encontra fechado.
- E) realizar amniotomia seguida de administração de prostaglandina E2 intravaginal.

#### COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: a conduta diante de aborto tardio.

Denomina-se aborto retido a ocorrência de morte embrionária ou fetal antes da 20ª semana de gestação, com retenção do produto conceptual por tempo prolongado (dias a semanas).

Do ponto de vista ultrassonográfico, faz-se o diagnóstico de aborto retido ou óbito embrionário quando há presença de embrião com comprimento cabeça-nádega maior do que 7 mm e sem atividade cardíaca.

A conduta pode ser expectante ou ativa. Na conduta ativa, pela presença de espícula óssea nas gestações acima de 12 semanas, está recomendada a indução da expulsão fetal com misoprostol e, somente após a expulsão, avalia-se a conduta cirúrgica com curetagem.

**Correta a alternativa A:** em óbito fetal em gestações abaixo de 20 semanas, você está diante de um aborto tardio. O tratamento deve iniciar de forma ativa e, pela presença de espículas ósseas, por indução com misoprostol. Após a expulsão fetal, avaliar a necessidade de curetagem.

**Incorreta a alternativa B:** diante de um aborto retido, constatado por óbito fetal, com 18 semanas, como há a presença de espículas ósseas, deve-se iniciar a conduta ativa com misoprostol e, após a expulsão fetal, avaliar a necessidade de curetagem uterina.

**Incorreta a alternativa C:** diante de abortamento tardio, não há necessidade de conduta por via abdominal. A conduta é a ativa, com indução da expulsão fetal com misoprostol e, após a expulsão, avaliar a necessidade de curetagem uterina.

**Incorreta a alternativa D:** com 18 semanas e óbito fetal, sem contraindicações, não há indicação de indução com ocitocina devido a receptores imaturos uterinos, mas sim conduta ativa para a expulsão fetal, com misoprostol.

**Incorreta a alternativa E:** não há como realizar amniotomia com colo uterino fechado e não há indicação para isso.

#### GABARITO: A

**40.** Gestante de 26 anos, G1P0, com 29 semanas e 4 dias de gestação é internada com queixa de cefaleia frontal intensa e epigastralgia e PA 154 x 112 mmHg. Não há convulsões ou alterações do nível de consciência. Ao exame, apresenta: FC: 98 bpm, TAx: 36,7 °C, edema ++ em membros inferiores. Reflexos tendinosos vivos e simétricos, sem clônus. Proteinúria de fita: 3+. Exames laboratoriais: creatinina: 1,3 mg/dL, DHL: 630 U/L, plaquetas: 112.000/mm<sup>3</sup>, TGO: 82 U/L. Ultrassonografia obstétrica com Doppler mostra feto único, BCF presente, peso estimado fetal de 980 g. Doppler de artéria umbilical com fluxo diastólico reverso. Líquido amniótico de volume normal. Cardiotocografia normal.

A melhor conduta para esse caso é

- A) iniciar esquema de corticoide para maturação pulmonar fetal, controlar PA e manter conduta expectante até 34 semanas.
- B) indicar preparo cervical com misoprostol e parto vaginal com aplicação de fórceps de alívio no período expulsivo.
- C) administrar sulfato de magnésio apenas se surgirem sinais de iminência de eclâmpsia e aguardar evolução clínica.
- D) indicar indução de parto apenas se houver sinais de deterioração fetal atestada pela cardiotocografia.
- E) interromper a gestação após estabilização clínica, com anti-hipertensivo e sulfato de magnésio.

#### COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta na pré-eclâmpsia grave.

Diante de um **quadro sugestivo de pré-eclâmpsia grave**, 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:

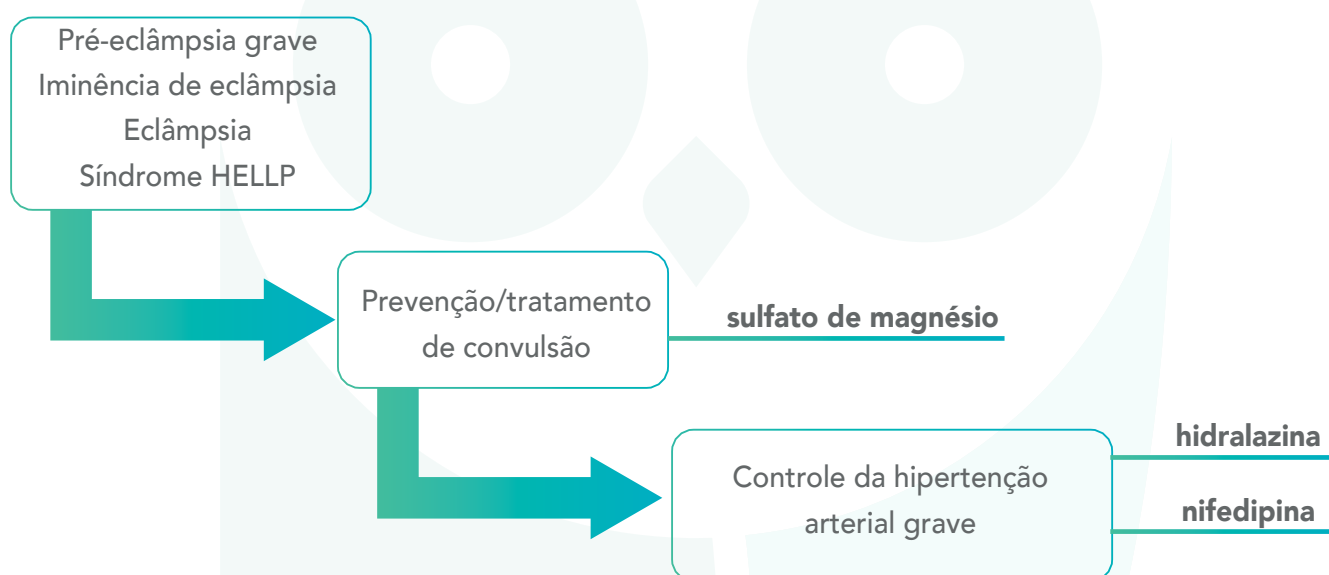
- avaliação dos níveis pressóricos;
- avaliação da vitalidade fetal (cardiotocografia e Dopplervelocimetria);

- solicitação de exames laboratoriais para investigar disfunção de órgãos-alvo (transaminases, bilirrubinas, hemograma, DHL, ureia, creatinina e proteinúria);
- estabilização hemodinâmica da gestante.

Caso seja identificado quadro de **pré-eclâmpsia grave, iminência de eclâmpsia, eclâmpsia 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 mais importante na conduta da pré-eclâmpsia grave, da iminência de eclâmpsia e da eclâmpsia é estabilizar hemodinamicamente a paciente e aplicar sulfato de magnésio.**

A seguir, vamos aprender como utilizar o sulfato de magnésio para prevenir e tratar as convulsões. Fique atento, porque esse tópico tem sido muito cobrado nas provas de Residência Médica!



Nos casos de pré-eclâmpsia com sinais ou sintomas de deterioração clínica/laboratorial, a **resolução da gestação** deve ocorrer, independentemente, da idade gestacional nas seguintes situações:

### RESOLUÇÃO DA GESTAÇÃO

- Síndrome HELLP
- Eclâmpsia/Sineclâmpsia
- Descolamento prematuro de placenta
- Hipertensão arterial grave refratária ao tratamento com três drogas anti-hipertensivas
- Alterações laboratoriais progressivas (plaquetas, transaminases e DHL)
- Insuficiência renal progressiva (ureia, creatinina, anasarca, oligúria)
- Edema agudo de pulmão/comprometimento cardíaco
- Hematoma ou rotura hepática
- Alteração de vitalidade fetal (diástole zero ou reversa da artéria umbilical, ducto venoso PI > p 95, cardiotocografia alterada, morte fetal)

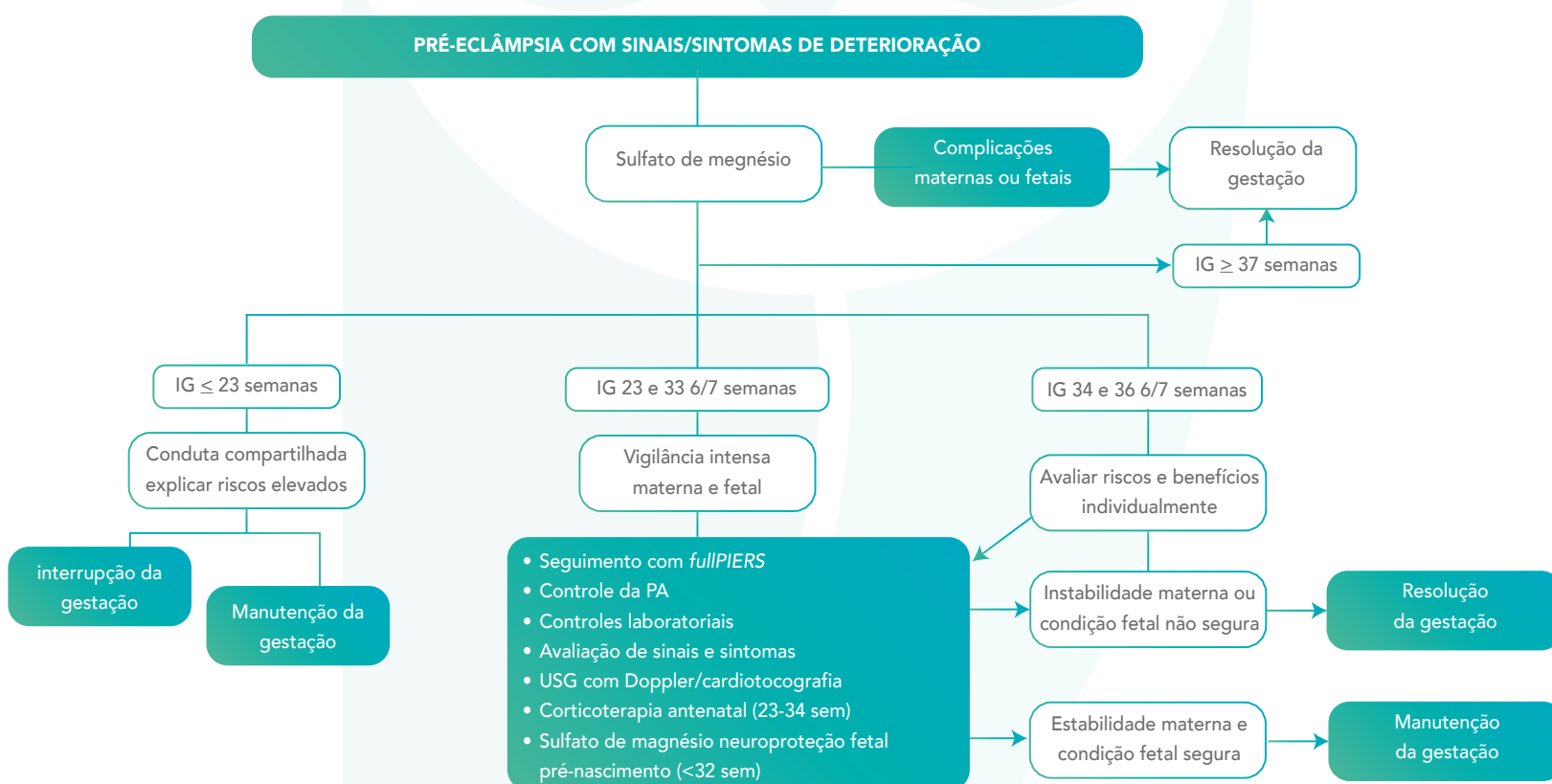
Na ausência dessas complicações, a resolução do parto na pré-eclâmpsia grave vai depender da idade gestacional, como veremos a seguir.

Em gestações **abaixo de 23 semanas**, deve-se optar pela resolução da gestação após estabilização hemodinâmica e aplicação de sulfato de magnésio, uma vez que não se pode correr risco materno por uma gestação inviável. Contudo, é preciso haver uma decisão compartilhada com a gestante e a família e, em caso de se optar por manter a gestação, a monitorização deve ser rigorosa.

Quando a pré-eclâmpsia grave ocorre **entre 23 e 34 semanas**, a conduta é manter a hospitalização e tentar prolongar a gravidez. Se a paciente se estabilizar após a aplicação de sulfato de magnésio e o controle dos níveis pressóricos, deve-se manter o sulfato de magnésio por 24h e observar os sintomas de iminência de eclâmpsia, realizar controle laboratorial 1 a 2 vezes por semana (TGO/TGP, creatinina, plaquetas e DHL), vitalidade fetal e **corticoide para maturação pulmonar** a fim de manter a gestação até 34 semanas. Caso a gestante apresente algum sinal de piora do quadro, indica-se a resolução imediata da gestação.

Por fim, **entre 34 e 37 semanas**, a conduta na pré-eclâmpsia com sinais ou sintomas de deterioração clínica/laboratorial é controversa na literatura. Atualmente, tem-se optado por tentar manter a gestação até próximo de 37 semanas caso ocorra melhora dos parâmetros clínicos e laboratoriais e se for possível o monitoramento contínuo intra-hospitalar e a resolução imediata da gestação caso necessário. Após 37 semanas, a resolução da gestação deve ocorrer em todos os casos de pré-eclâmpsia.

O fluxograma a seguir resume a conduta obstétrica nos casos de pré-eclâmpsia com sinais de deterioração clínica/laboratorial:



A via de parto preferida é a **vaginal**, mas vai depender das condições maternas e fetais, da idade gestacional, da apresentação fetal, das características do colo uterino e do tempo disponível para o parto. Quanto mais precoce e grave for o diagnóstico, maiores as chances de cesariana e menor a possibilidade de indução do parto. Em casos de pré-eclâmpsia com deterioração clínica ou laboratorial e colo uterino desfavorável, torna-se inseguro aguardar a evolução do trabalho de parto, sendo justificável a realização de cesariana. Diante de vitalidade fetal alterada, a cesariana é a via de escolha.



**Incorreta a alternativa A:** trata-se de um quadro de pré-eclâmpsia com sinais de deterioração clínica e laboratorial (hipertensão grave, sintomas de iminência de eclâmpsia, proteinúria importante, plaquetopenia, elevação de enzimas hepáticas e DHL, além de creatinina aumentada) e evidente alteração de vitalidade fetal (diástole reversa da artéria umbilical). Nessa situação, a conduta não é expectante até 34 semanas, mas sim interromper a gestação após estabilização materna, independentemente da idade gestacional, devido à alteração da vitalidade fetal.

**Incorreta a alternativa B:** a diástole reversa da artéria umbilical contraindica o parto vaginal, sendo necessária a realização de cesariana.

**Incorreta a alternativa C:** o sulfato de magnésio é a conduta mais importante nos casos de pré-eclâmpsia com sinais de deterioração, para prevenir convulsões. A paciente já apresenta sinais de iminência de eclâmpsia: cefaleia e epigastralgia.

**Incorreta a alternativa D:** o Doppler de artéria umbilical com fluxo diastólico reverso já é, por si só, critério de gravidade fetal e indicação de interrupção da gestação após estabilização materna, ainda que a cardiocografia esteja normal naquele momento. A via de parto deve ser cesariana quando há diástole ausente ou reversa da artéria umbilical.

**Correta a alternativa E:** trata-se de um quadro de pré-eclâmpsia com sinais de deterioração clínica e laboratorial (hipertensão grave, sintomas de iminência de eclâmpsia, proteinúria importante, plaquetopenia, elevação de enzimas hepáticas e DHL, além de creatinina aumentada) e evidente alteração de vitalidade fetal (diástole reversa da artéria umbilical). Nessa situação, a conduta correta é estabilizar clinicamente a gestante com anti-hipertensivo para controle pressórico, sulfato de magnésio para profilaxia de eclâmpsia e, em seguida, proceder à interrupção da gestação, por via cesariana, em decorrência da Dopplervelocimetria com diástole reversa da artéria umbilical.

#### GABARITO: E

**41.** Gestante com 29 semanas tem diagnóstico de diabetes gestacional. No momento, faz controle com glicemias capilares e tratamento com dieta. Realizou exames laboratoriais há uma semana com os seguintes resultados: hematócrito 27%, leucócitos: 9900/mm<sup>3</sup>, plaquetas 201.000/mm<sup>3</sup>. Uma ultrassonografia recente evidenciou feto com peso estimado no percentil 69 e volume do líquido amniótico normal.

Com base nesses dados, é correto afirmar que

- A) as medidas das glicemias capilares podem estar superestimadas.
- B) o crescimento fetal pode estar prejudicado pela anemia materna.
- C) o tratamento atual com dieta não está sendo suficiente para o controle glicêmico.
- D) o tratamento deverá ser complementado por hipoglicemiantes orais.
- E) está contraindicado o tratamento com insulino terapia regular.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre causas de anemia materna.

Aqui, vai apenas um comentário: falando educadamente, a banca quis pegar você com detalhes. Mas **VALE A DICA:** em quadros de **ANEMIA MATERNA**, pode ocorrer um falso resultado de **HIPERGLICEMIA MATERNA** e um erro de diagnóstico e conduta.

**Correta a alternativa A:** um quadro de anemia materna pode elevar de forma incorreta a glicemia materna e levar a um falso diagnóstico de diabetes gestacional.

**Incorreta a alternativa B:** não há alteração do crescimento fetal neste caso clínico apresentado que necessite de conduta específica.

**Incorreta a alternativa C:** a presença de anemia materna pode superestimar a glicemia materna e levar a falso diagnóstico e conduta errada.

**Incorreta a alternativa D:** não é a primeira escolha o uso de hipoglicemiante oral na gestação.

**Incorreta a alternativa E:** a glicemia materna poderá estar superestimada devido à presença de anemia materna.

**GABARITO: A**

**42.** Paciente com 37 semanas de gestação realiza ultrassonografia que evidencia peso fetal estimado de 4120 g (percentil > 99).

A etiologia para esse achado é a

- A) hipertensão arterial materna.
- B) obesidade materna.
- C) trissomia do cromossomo 21.
- D) síndrome antifosfolípide.
- E) oligodramnia.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre as causas de macrosomia fetal.

As principais causas de macrosomia fetal são:

- Obesidade materna pré-gestacional e ganho excessivo de peso na gestação
- Diabetes *mellitus* pré-existente e gestacional
- Multiparidade
- Idade materna avançada
- Etnia e fatores genéticos
- Altura e peso materno elevados

**Incorreta a alternativa A:** a hipertensão arterial materna não é etiologia de macrosomia fetal.

**Correta a alternativa B:** a obesidade materna é considerada uma etiologia de macrosomia fetal.

**Incorreta a alternativa C:** a trissomia do cromossomo 21 não é etiologia de macrosomia fetal.

**Incorreta a alternativa D:** a síndrome antifosfolípide não é etiologia de macrosomia fetal.

**Incorreta a alternativa E:** o oligoâmnio não é etiologia de macrosomia fetal.

**GABARITO: B**

**43.** Gestante com 26 semanas realiza teste de Coombs indireto cujo resultado é positivo. O seu tipo sanguíneo é A Rh negativo e a pesquisa para anticorpos irregulares identificou anti-C.

A conduta correta para essa paciente é

- A) indicar o parto imediatamente para evitar comprometimento fetal grave.
- B) administrar imunoglobulina anti-D após o parto, caso o recém-nascido seja Rh positivo.
- C) acompanhar a rotina já que esse anticorpo não causa doença hemolítica.
- D) realizar transfusão intrauterina imediatamente, com sangue Rh negativo.
- E) indicar transfusão intrauterina se o Doppler da artéria umbilical tiver diástole zero.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta na incompatibilidade Rh.

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 para o pré-natal de alto risco e o Coombs indireto deve ser solicitado periodicamente para se 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.

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

- com 28 semanas de gestação, em gestantes não sensibilizadas;
- no pós-parto de recém-nascido RhD-positivo ou D-fraco, preferencialmente até 72 horas após o parto.
- abortamento (novas referências como o Tratado de obstetrícia da FEBRASGO de 2025 indicam que pós-abortamento abaixo de 12 semanas não há necessidade de imunoglobulina pelo baixo risco de formação de anticorpos), gravidez molar, gestação ectópica.
- óbito intrauterino;
- após procedimento invasivo;
- sangramentos durante a gestação (placenta prévia e sangramento de repetição), nesse caso, repetir a cada 12 semanas até o parto;
- diante de trauma abdominal.

**Incorreta a alternativa A:** a presença de anticorpo irregular não-D não impede de ser orientada a imunoglobulina com 28 semanas e até 72h após o parto se o Rn for Rh positivo.

**Correta a alternativa B:** na presença de anticorpo anti-C, está mantida a profilaxia com a imunoglobulina anti-D tanto com 28 semanas de gestação quanto até 72 horas após o parto se o RN for Rh positivo.

**Incorreta a alternativa C:** a presença do anticorpo anti-C não impede a profilaxia com a imunoglobulina anti-D.

**Incorreta a alternativa D:** não é necessário realizar transfusão sanguínea na presença de anticorpo anti-C.

**Incorreta a alternativa E:** não há indicação de transfusão sanguínea na presença de anticorpo anti-C.

**GABARITO: B**

**44.** Gestante com 28 semanas e histórico de três cesarianas anteriores realiza ultrassonografia que evidencia placenta prévia. Nesse caso, a equipe médica deverá se preocupar com a possibilidade da seguinte complicação:

- A) rotura prematura de membranas.
- B) pré-eclâmpsia.
- C) malformações fetais.
- D) acretismo placentário.
- E) parto prematuro espontâneo.

## COMENTÁRIOS:

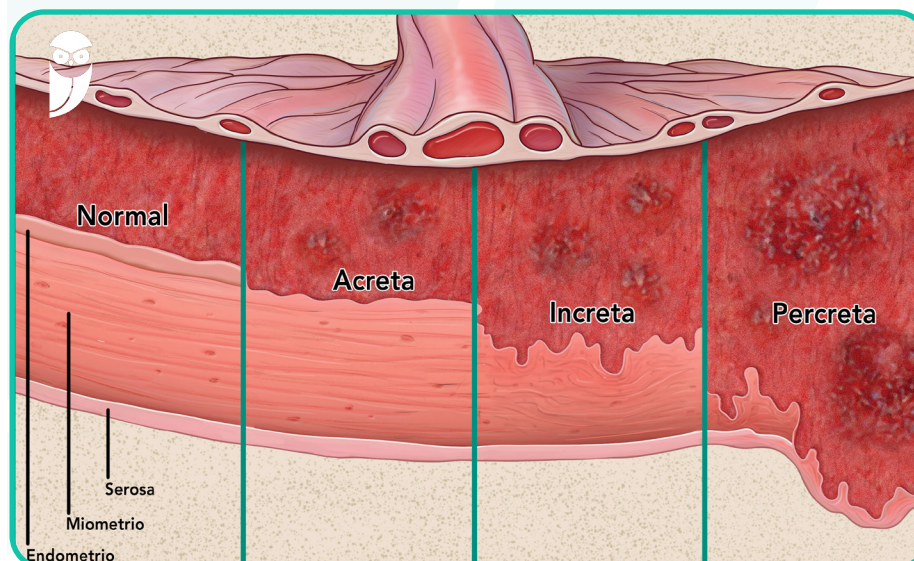
O que o examinador quer saber: sobre as complicações da placenta prévia.

Acredita-se que as **cicatrizes uterinas**, principalmente em decorrência de cesáreas anteriores, provoquem **danos na interface endométrio-miométrio** e levem à decidualização defeituosa nessas regiões. Com isso, acontece uma implantação anormal da placenta, que consegue invadir mais profundamente os tecidos lesados, ocasionando o acretismo placentário.

Os principais fatores de risco para o acretismo placentário são o **histórico de parto cesáreo e a ocorrência de placenta prévia**. Quanto maior o número de cesáreas anteriores, maior a chance de acretismo placentário. Gestantes com duas cesáreas e placenta prévia têm 40% de chance de desenvolver acretismo placentário e esse número sobe para 60% na presença de 3 cesáreas anteriores.

### Fatores de risco para acretismo placentário

Placenta prévia
Parto cesáreo anterior
Procedimentos uterinos prévios
Multiparidade, idade maternal > 35 anos
História de remoção manual da placenta
História de endometrite pós-parto
Tratamento de infertilidade



**Incorreta a alternativa A:** a rotura prematura de membranas não é a principal complicação da placenta prévia com três cesarianas anteriores.

**Incorreta a alternativa B:** a pré-eclâmpsia não é uma preocupação como complicação da placenta prévia com três cesarianas anteriores.

**Incorreta a alternativa C:** a malformação fetal não é uma complicação da placenta prévia.

**Correta a alternativa D:** a mais temida complicação da placenta prévia é o acretismo placentário.

**Incorreta a alternativa E:** com a história de três cesarianas prévias e a presença de placenta prévia, a mais temida complicação é a avaliação do acretismo placentário.

**GABARITO: D**

**45.** Uma primigesta com 30 semanas realiza uma ultrassonografia obstétrica de rotina que evidencia um feto com peso estimado no percentil 8 e medida de circunferência abdominal no percentil 12. Não foram evidenciadas malformações fetais e o volume de líquido amniótico é normal. Ao Doppler, a relação cerebroplacentária está no percentil 44 e as artérias uterinas no percentil no percentil 15.

Diante desses achados, assinale a opção que melhor descreve o diagnóstico e a conduta.

- A) Feto com crescimento normal, sem necessidade de mais exames.
- B) Restrição de crescimento fetal estágio I, cardiotocografia três vezes por semana.
- C) Restrição de crescimento fetal estágio III, ultrassonografia quinzenal.
- D) Restrição de crescimento fetal estágio IV, parto por cesariana imediatamente.
- E) Feto pequeno para a idade gestacional, controle ultrassonográfico.

---

## COMENTÁRIOS:

---

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

Investiga-se RCF quando a gestante apresenta alto risco para desenvolver essa patologia ou quando, no pré-natal, há suspeita de crescimento abaixo do esperado para a idade gestacional.

Como dito anteriormente, gestantes de alto risco para RCF devem fazer ultrassonografia seriada a cada 2 a 3 semanas a partir de 24-28 semanas, a fim de diagnosticar-se precocemente essa patologia. Porém, o ultrassom no terceiro trimestre para detectar RCF não deve ser solicitado de forma rotineira em gestantes que não são de alto risco. Nesses casos, a suspeita de RCF se dá pela medida da altura uterina.

Sendo assim, suspeita-se de RCF quando a medida da altura uterina ou o peso fetal, na ultrassonografia, estão abaixo do esperado para a idade gestacional.

A medida da altura uterina é tomada em toda consulta de pré-natal para avaliar de forma indireta o crescimento fetal e o volume de líquido amniótico. Quando a altura uterina está menor do que o esperado para a idade gestacional, isso é, abaixo do percentil 10, devemos suspeitar de RCF ou oligoâmnio e solicitar uma ultrassonografia para avaliação de peso e líquido fetais.

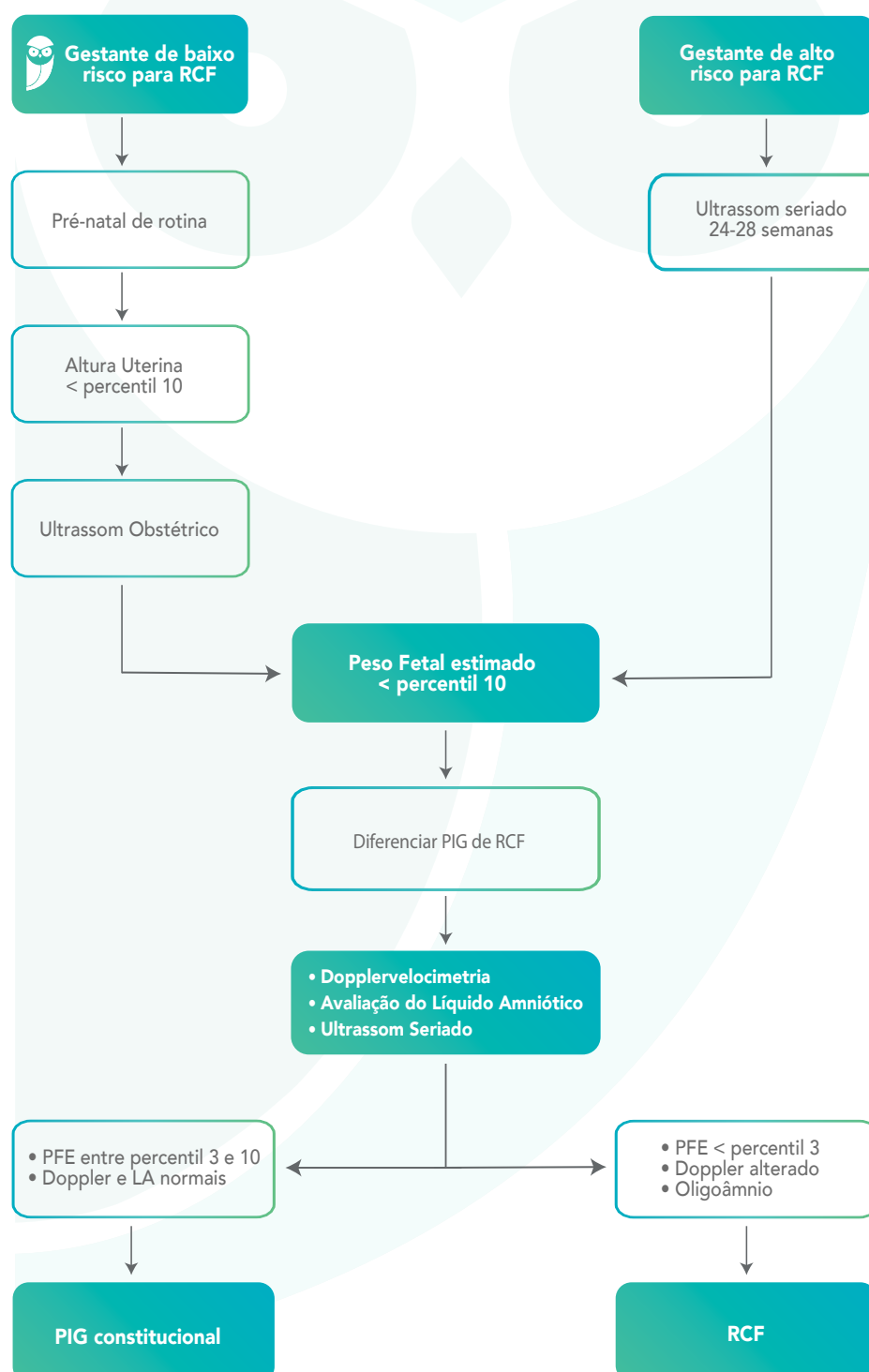
Quando o peso fetal ou a circunferência abdominal estimados na ultrassonografia estão abaixo do percentil 10, suspeita-se de RCF ou feto PIG constitucional.

A circunferência abdominal é o indicador biométrico mais sensível de RCF, pois a depleção de gordura e glicogênio leva à redução do tecido abdominal e do tamanho hepático, respectivamente, fazendo com que a circunferência abdominal fique com tamanho menor do que o esperado para a idade gestacional.

Há uma grande dificuldade em diferenciar o feto que é PIG constitucional daquele que tem RCF, mas essa diferenciação é muito importante, uma vez que os fetos com RCF apresentam elevados índices de morbidade e mortalidade perinatal e infantil, além de doenças crônicas na vida adulta.

A história materna e o acompanhamento ultrassonográfico seriado, com avaliação do líquido amniótico e da Dopplervelocimetria da artéria umbilical, ajudam a distinguir o feto com restrição de crescimento fetal daquele constitucionalmente pequeno para a idade gestacional, mas, muitas vezes, esse diagnóstico somente é possível após o nascimento.

Fetos PIG geralmente apresentam peso entre o percentil 3 e 10, velocidade de crescimento normal, líquido amniótico normal, Dopplervelocimetria normal e tamanho compatível com as características maternas, como peso, altura e etnia. Por outro lado, fetos com restrição de crescimento podem apresentar alteração na velocidade de crescimento, no volume de líquido amniótico e na Dopplervelocimetria obstétrica.



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

Estágio / Condição	Descrição	Risco de Óbito Fetal	Controle de Vitalidade	Parto
<b>Feto PIG</b>	$P3 > PFE < P10$	Baixo	Vitalidade (com Doppler) a cada 15 dias	Parto até 40 sem; Via obstétrica (indução)
<b>Estágio 1</b>	$PFE < P3$ com Doppler normal ou $P3 > PFE < P10$ com IP médio uterinas $> p95$	Baixo	Doppler quinzenal até 34 sem; Doppler semanal após 34 sem	Parto entre 37 ( $PFE < 1$ ) e 38 sem; Via obstétrica (evitar prostaglandinas)
<b>Estágio 2</b>	RCF com Doppler: $Amb > p95$ , $ACM < p5$ ou centralização ( $RCP < 1$ )	Baixo	$< 34$ sem: Doppler 2–3x/semana; $> 34$ sem: considerar internação e Doppler diário	Parto com 37 semanas; Via obstétrica c/ indução cuidadosa (evitar prostaglandinas)
<b>Estágio 3</b>	RCF com AUmb com diástole zero	Severa	Internação; Vitalidade diária: Doppler com DV, CTG computadorizada e PBF	Parto com 34 semanas; Cesárea eletiva
<b>Estágio 4</b>	AUmb com diástole reversa ou $IP DV > p95$	Deterioração fetal avançada	Internação; Vitalidade diária; Considerar corticoterapia; Doppler/CTG/PBF diários	Parto com 26 semanas (ou $\geq 30$ sem conforme protocolo); Cesárea eletiva
<b>Estágio 5</b>	DV onda zero ou reversa ou $STV < 3ms$ na CTG computadorizada ou desaceleração da FCF	Acidose fetal / alto risco de óbito	Internação; Corticoterapia; Parto	Parto na viabilidade; Cesárea eletiva

**Incorreta a alternativa A:** o crescimento não está dentro do normal (entre o percentil 10 e 90), pois o peso estimado fetal encontra-se no percentil 8.

**Incorreta a alternativa B:** para ser restrição de crescimento no estágio 1, o peso estimado fetal deve estar abaixo do percentil 3 ou entre o percentil 3 e 10 com alteração da artéria uterina.

**Incorreta a alternativa C:** fetos com restrição de crescimento estágio III apresentam Doppler da artéria umbilical com diástole zero, o que leva à alteração da relação cérebro-placentária.

**Incorreta a alternativa D:** na restrição de crescimento fetal estágio IV, há artéria umbilical com diástole reversa, o que altera a relação cérebro-placentária.

**Correta a alternativa E:** a ultrassonografia mostra feto com peso estimado no percentil 8, com relação cérebro placentária normal (percentil >5) e artéria uterina normal (percentil < 95), classificando o feto como pequeno para idade gestacional. Nesses fetos, deve ser feito controle da vitalidade fetal a cada 15 dias e parto por volta de 40 semanas.

**GABARITO: E**

**46.** Uma gestante com 20 semanas realiza ultrassonografia que evidencia dois fetos. Não foi visualizada membrana amniótica entre eles e foi constatada polidramnia. O feto 1 encontra-se com movimentação reduzida e fixo na parede anterior do útero, não sendo identificada a sua bexiga e Doppler de sua artéria umbilical com diástole zero e ducto venoso normal. O feto 2 está com movimentação ativa, bexiga repleta e Doppler da artéria umbilical normal, mas ducto venoso com onda A reversa.

O diagnóstico mais provável é

- A) agenesia renal bilateral do feto 1.
- B) Diabetes *mellitus* gestacional.
- C) insuficiência placentária do feto 1.
- D) síndrome de transfusão feto-fetal.
- E) restrição de crescimento fetal seletiva.

**COMENTÁRIOS:**

O que o examinador quer saber: sobre síndrome da transfusão feto-fetal.

A síndrome da transfusão fetofetal (STFF) é uma complicação exclusiva das gestações monócóricas e diamnióticas. Essa complicação caracteriza-se pelo desbalanço de sangue entre as circulações dos dois fetos, causado pela presença de anastomoses vasculares arteriovenosas placentárias profundas, que permitem a transferência de sangue de um feto (doador) para o outro (receptor).

O diagnóstico, geralmente entre 15 a 26 semanas de gravidez, é feito pela discrepância no volume de líquido amniótico, com oligoâmnio no feto doador e polidrâmnio no feto receptor. Além disso, ocorre anemia, restrição de crescimento e oligúria do gêmeo doador, enquanto o feto receptor apresenta policitemia, sobrecarga cardíaca e até hidropisia. A morbimortalidade desses fetos é muito grande, por isso diversos tratamentos são propostos para melhorar a sobrevivência: amniodrenagem, cirurgia a laser, septostomia e feticídio seletivo. O principal tratamento na síndrome da transfusão fetofetal é a coagulação a laser das anastomoses arteriovenosas por fetoscopia.

**Incorreta a alternativa A:** a agenesia renal explicaria o anidrâmnio no feto 1, mas não justifica a ocorrência de polidrâmnio no feto 2. Além disso, a agenesia renal não cursa com alteração de Dopplervelocimetria.

**Incorreta a alternativa B:** diabetes gestacional não cursa com anidrâmnio em um feto e polidrâmnio no outro feto, mas sim com polidrâmnio em ambos os fetos quando a doença está descompensada. Além disso, diabetes gestacional, raramente, cursa com alteração de Dopplervelocimetria fetal.

**Incorreta a alternativa C:** a insuficiência placentária do feto 1 explicaria o anidrâmnio e a alteração do Doppler no feto 1, mas não justifica o polidrâmnio e a alteração de Doppler no feto 2.

**Correta a alternativa D:** a ultrassonografia mostra uma gestação gemelar, com um dos fetos com polidrâmnio, bexiga cheia e ducto venoso alterado e o outro feto com anidrâmnio (fixo na parede anterior do útero), sem bexiga identificada e com alteração do Doppler da artéria umbilical. A sequência oligoâmnio-polidrâmnio é característica da Síndrome da transfusão feto-fetal. Nessa patologia, ocorre também alteração da bexiga em ambos os fetos, sendo um com bexiga muito cheia e outro com bexiga vazia. Além disso, ambos os fetos podem apresentar alteração de Doppler, hidropisia e óbito fetal.

**Incorreta a alternativa E:** na restrição de crescimento fetal seletiva, as alterações relacionadas ao peso, líquido amniótico e Dopplervelocimetria ocorrem somente no feto restrito, o outro feto permanece normal.

#### GABARITO: D

**47.** Uma primigesta realiza ultrassonografia morfológica de 2º trimestre. Quando o colo uterino é avaliado por via transvaginal, a medida de seu comprimento é de 19 mm. A paciente questiona o que isso significa e o que pode ser feito.

Nesse caso, as respostas para esses questionamentos são:

- A) risco aumentado para trabalho de parto prematuro / uso de progesterona micronizada por via vaginal.
- B) incompetência istmocervical / cerclagem pela técnica de Shirodkar.
- C) risco aumentado para trabalho de parto prematuro / colocação de pessário cervical.
- D) achado inespecífico / fazer ressonância nuclear magnética para melhor avaliação.
- E) exame sem alterações / seguimento pré-natal de rotina com equipe de saúde.

#### COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a prevenção de trabalho de parto prematuro.

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 20 mm para gestação única e 25 mm para gestação gemelar ou com história pregressa de prematuridade.

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 vaginal deve ser oferecida em doses de 100 a 400mg/dia para todas as gestantes entre 16 a 36 6/7 semanas com um dos seguintes fatores:

- História pregressa de parto prematuro < 34 semanas ou perda gestacional > 16 semanas.
- Medida do colo uterino entre 16-24 semanas ≤ 20-25mm .

A cerclagem uterina eletiva está indicada como profilaxia de prematuridade para gestantes com história prévia de insuficiência istmo cervical, isto é, quando há perda gestacional no segundo trimestre, parto prematuro extremo ou dilatação cervical indolor no segundo trimestre com cerclagem de emergência.

Algumas instituições também dão a opção de cerclagem para gestantes com história prévia de parto prematuro espontâneo antes de 34 semanas associada à gestação atual com colo uterino medindo menos que 20-25mm antes de 24 semanas na ultrassonografia transvaginal.

**Correta a alternativa A:** paciente com colo curto (< 25mm) tem risco aumentado de trabalho de parto prematuro e está indicado o uso da progesterona micronizada por via vaginal.

**Incorreta a alternativa B:** não há história clássica de incompetência istmocervical com perdas fetais precoces, indolores e em idade gestacional cada vez mais precoce, portanto não há indicação de cerclagem uterina.

**Incorreta a alternativa C:** a gestante apresenta risco aumentado de trabalho de parto prematuro, mas não há indicação de pessário vaginal e sim de progesterona natural micronizada.

**Incorreta a alternativa D:** o comprimento do colo < 25 mm indica colo curto e indicação de progesterona micronizada por via vaginal.

**Incorreta a alternativa E:** conforme os comentários acima, esta paciente tem colo curto (< 25mm) e risco aumentado de trabalho de parto prematuro e está indicado o uso da progesterona micronizada por via vaginal.

#### GABARITO: A

**48.** Um laudo ultrassonográfico de uma gestação de 28 semanas evidencia medida do maior bolsão vertical do líquido amniótico de 4 mm. Não há relato de doença materna.

Diante dessa descrição, assinale a opção que apresenta, respectivamente, o diagnóstico e a possível causa.

- A) Normodramnia e gestação normal.
- B) Oligodramnia e arritmia fetal.
- C) Polidramnia e agenesia renal.
- D) Oligodramnia e válvula de uretra posterior.
- E) Polidramnia e diabetes materno.

---

#### COMENTÁRIOS:

---

O que o examinador quer saber: sobre as causas de oligoâmnio.

Os principais mecanismos para a ocorrência do oligoâmnio são a diminuição da urina fetal ou a perda de líquido amniótico pela rotura das membranas fetais, enquanto a redução do fluido pulmonar não influencia consideravelmente na redução do volume do líquido amniótico.

Os mecanismos para manter a homeostasia do líquido amniótico, que ocorrem atrás da via intramembranosa (pele fetal, superfície placentária e cordão umbilical), tentam compensar a diminuição dessa produção, mas não conseguem ser efetivos na prevenção do oligoâmnio, como ocorre no polidrâmnio.

CAUSAS DE OLIGOÂMNIO
MATERNAS
Condições maternas associadas à insuficiência uteroplacentária: pré-eclâmpsia, hipertensão crônica, colagenoses, nefropatias e trombofilias.
Desidratação materna.
PLACENTÁRIAS
Trombose ou infarto placentário.
Síndrome da transfusão feto-fetal.
Descolamento prematuro de placenta.
FETAL
Malformações fetais - alterações renais bilaterais, obstrução urinária baixa e anomalias cromossômicas.
Restrição de crescimento fetal.
Pós-datismo.
Rotura de membranas fetais.
Infecções.
IDIOPÁTICA

A ocorrência de oligoâmnio no primeiro trimestre é rara, uma vez que, nessa fase, o líquido amniótico origina-se da passagem transmembranosa de água e solutos vindos da circulação materna.

No segundo trimestre, as principais causas estão relacionadas à diminuição da urina fetal por malformações do sistema geniturinário, como nos casos de agenesia renal bilaterais, doença renal cística bilateral e obstruções do trato urinário baixo (válvula de uretra posterior e atresia uretral). As desordens maternas e placentárias, assim como a rotura de membranas fetais, também podem ser causas de oligoâmnio no segundo trimestre, porém com menor incidência nessa época da gestação. Ademais, nas gestações monócóricas, quando há síndrome da transfusão feto-fetal, pode ocorrer oligoâmnio no feto doador por redução do fluxo sanguíneo para esse feto.

Quando o oligoâmnio é muito precoce e grave, pode haver alterações importantes na formação fetal, como hipoplasia pulmonar e malformações musculoesqueléticas e cranianas. Chamamos esse conjunto de alterações de síndrome ou sequência de Potter, sendo essa situação, na maioria das vezes, incompatível com a vida extrauterina.

O oligoâmnio diagnosticado no terceiro trimestre, geralmente, está associado à rotura de membranas fetais ou à diminuição da urina fetal em resposta à insuficiência placentária, sendo a rotura de membranas fetais a causa mais frequente de oligoâmnio.

Na insuficiência placentária, acontece redução do fluxo sanguíneo para os rins, por redistribuição da circulação fetal, que em situação de hipóxia, prioriza os órgãos mais importantes (coração, cérebro e adrenais). Com isso, ocorre redução da função renal e, conseqüentemente, diminuição da excreção de urina fetal e do oligoâmnio.

As principais causas de insuficiência placentária que levam ao oligoâmnio são: restrição de crescimento fetal, síndromes hipertensivas, diabetes com vasculopatias, colagenoses, trombofilias adquiridas (SAF- síndrome dos anticorpos antifosfolípidos), pós-datismo e uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina ou de inibidores da síntese de prostaglandinas.

Por fim, as TORCHS também podem ser causa de oligoâmnio no segundo e no terceiro trimestre e, na maioria das vezes, estão associadas a outras alterações que sugerem infecção fetal.

Suspeita-se de oligoâmnio no momento em que a altura uterina esperada para a idade gestacional encontra-se abaixo do normal, percebendo-se a presença de menos líquido ao palpar o abdome materno e mais facilidade em sentir as partes fetais. A suspeita diagnóstica também pode surgir durante um exame ultrassonográfico de rotina.

À **ultrassonografia**, quando o **maior bolsão é menor que 2 cm** ou o **índice de líquido amniótico é menor ou igual a 5 cm ou 50 mm**, estamos diante de um caso de oligoâmnio. **No primeiro trimestre**, o diagnóstico de oligoâmnio é feito ao se verificar que a diferença entre o **diâmetro médio do saco gestacional e o comprimento cabeça-nádega é menor do que 5 mm**.

O **padrão-ouro** para o diagnóstico de oligoâmnio é a avaliação direta do volume do líquido amniótico, por meio de sua amostra colhida por **amniocentese**, após diluição de corante no interior da cavidade amniótica. Porém, esse exame não é utilizado na prática obstétrica por ser invasivo.

O oligoâmnio é considerado **grave** se o **ILA for  $\leq 3$  cm** ou o **maior bolsão for  $< 1$  cm**. Denominamos de **anidrâmnio** sempre que o líquido amniótico estiver praticamente **ausente** à ultrassonografia e não for possível fazer sua medição.

**Incorreta a alternativa A:** considera-se maior bolsão vertical (MBV) normal entre 2 e 8 cm. O MBV é de 4 mm, isto é, 0,4 cm, portanto há oligoâmnio severo.

**Incorreta a alternativa B:** arritmia fetal cursa com polidrâmnio por insuficiência cardíaca, não oligoâmnio.

**Incorreta a alternativa C:** considera-se polidrâmnio quando o maior bolsão vertical (MBV) é maior que 8 cm. O MBV é de 4 mm, isto é, 0,4 cm, portanto há oligoâmnio severo.

**Correta a alternativa D:** O MBV é de 4 mm, isto é, 0,4 cm, portanto há oligoâmnio severo. A ocorrência de válvula de uretra posterior não permite a eliminação de urina fetal, cursando com oligoâmnio severo precoce.

**Incorreta a alternativa E:** considera-se polidrâmnio quando o maior bolsão vertical (MBV) é maior que 8 cm. O MBV é de 4 mm, isto é, 0,4 cm, portanto há oligoâmnio severo.

#### GABARITO: D

**49.** Uma gestante no termo tem indicação de indução do parto. Após o exame clínico, o índice de Bishop é calculado em 10.

Isso significa que

- A) a probabilidade de parto vaginal com uso de ocitocina é alta.
- B) há necessidade de uso de misoprostol em alta dose.
- C) o uso de ocitocina tem chances muito pequenas de sucesso.
- D) há necessidade de amadurecimento cervical.
- E) está indicada a operação cesariana.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o índice de Bishop.

A condição do colo uterino é o principal fator preditor de sucesso na indução do trabalho de parto. Portanto, para avaliar a melhor estratégia para a indução, é imprescindível avaliar primeiramente as condições do colo uterino.

Uma das formas de fazer essa avaliação é por meio do índice de Bishop. Esse índice leva em conta aspectos como a dilatação, o esvaecimento, a consistência e a posição do colo uterino, além da altura da apresentação fetal (planos de De Lee). A soma da nota de cada parâmetro indica o índice de Bishop, sendo o valor mínimo zero e o máximo 13. Sendo assim, quanto maior esse índice, maior a maturação cervical.

ÍNDICE DE BISHOP				
PARÂMETROS	0	1	2	3
Dilatação	0	1-2 cm	3-4 cm	5-6 cm
Esvaecimento	0-30%	40-50%	60-70%	80%
Consistência	firme	média	amolecida	-
Posição	posterior	medianizada	anterior	-
Altura da apresentação	-3	-2	-1 e 0	+1 e +2

Na prática obstétrica, índice de Bishop > 6 já é considerado favorável para a indução do trabalho de parto; quando está acima de 9, aumentam ainda mais as chances de parto vaginal. Caso a indução do trabalho de parto ocorra com um índice de Bishop desfavorável ( $\leq 6$ ), a probabilidade de o parto vaginal ocorrer é baixa, por isso é importante realizar a maturação cervical para, depois, partir para a indução com ocitocina propriamente dita.

**Correta a alternativa A:** índice de Bishop > 6 indica colo uterino favorável à indução com ocitocina.

**Incorreta a alternativa B:** como o índice de Bishop é >6, o colo uterino está favorável e não há necessidade de maturação cervical com misoprostol.

**Incorreta a alternativa C:** índice de Bishop > 6 indica colo uterino favorável à indução com ocitocina com grandes chances de sucesso de parto vaginal.

**Incorreta a alternativa D:** como o índice de Bishop é >6, o colo uterino está favorável e não há necessidade de maturação cervical.

**Incorreta a alternativa E:** índice de Bishop > 6 indica colo uterino favorável à indução com ocitocina com grandes chances de sucesso de parto vaginal. Não há indicação de cesariana.

**GABARITO: A**

**50.** Durante o pré-natal, uma gestante com 30 semanas apresenta sorologia para parvovírus B19 IgM(+) e IgG(+).

Diante desse achado, a conduta mais adequada é

- A) indicar a interrupção imediata da gestação.
- B) administrar imunoglobulina específica.
- C) realizar Doppler da artéria cerebral média a cada duas semanas.
- D) aplicar vacina tetravalente.
- E) uso de antiviral por duas semanas.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre parvovirus B19.

O parvovírus B19 causa uma infecção comum na infância (eritema infeccioso), que cursa com manifestações brandas. Entretanto, a infecção aguda durante a gestação pode levar ao comprometimento fetal grave, com hidropisia e óbito fetal.

A parvovirose em humanos é causada pelo parvovírus B19, vírus de DNA fita simples, que tem tropismo por células de rápida divisão celular, como as da medula óssea.

O parvovírus B19 é transmitido por via respiratória, sanguínea e transplacentária. A passagem transplacentária ocorre em torno 25% dos casos de infecção durante a gestação e é mais grave quando se dá na primeira metade da gestação.

Em crianças, o parvovírus B19 causa o eritema infeccioso, doença autolimitada que se caracteriza por febre, eritema malar (face esbofetada) e exantema de troncos e extremidades. Em adultos, a infecção, geralmente, é assintomática. Também pode ocorrer aplasia eritrocitária e infecção crônica na medula óssea de imunocomprometidos.

A infecção aguda durante a gestação pode levar à transmissão transplacentária para o feto, mas, na maioria das vezes, não há manifestações fetais. Porém, em alguns casos, ocorre citotoxicidade na eritropoiese fetal, resultando em **anemia fetal, hidropsia fetal não imune, perda gestacional precoce e óbito fetal**. Apesar disso, esse quadro pode resolver-se espontaneamente, ainda intraútero, quando as manifestações não forem severas.

O diagnóstico de infecção materna na gestação é feito pela sorologia para parvovírus B19, avaliando-se os anticorpos IgG e IgM. Assim, diante de um caso suspeito de parvovirose na gestação, por exposição recente ao vírus ou por sintomas compatíveis com infecção aguda, deve-se avaliar a sorologia materna.

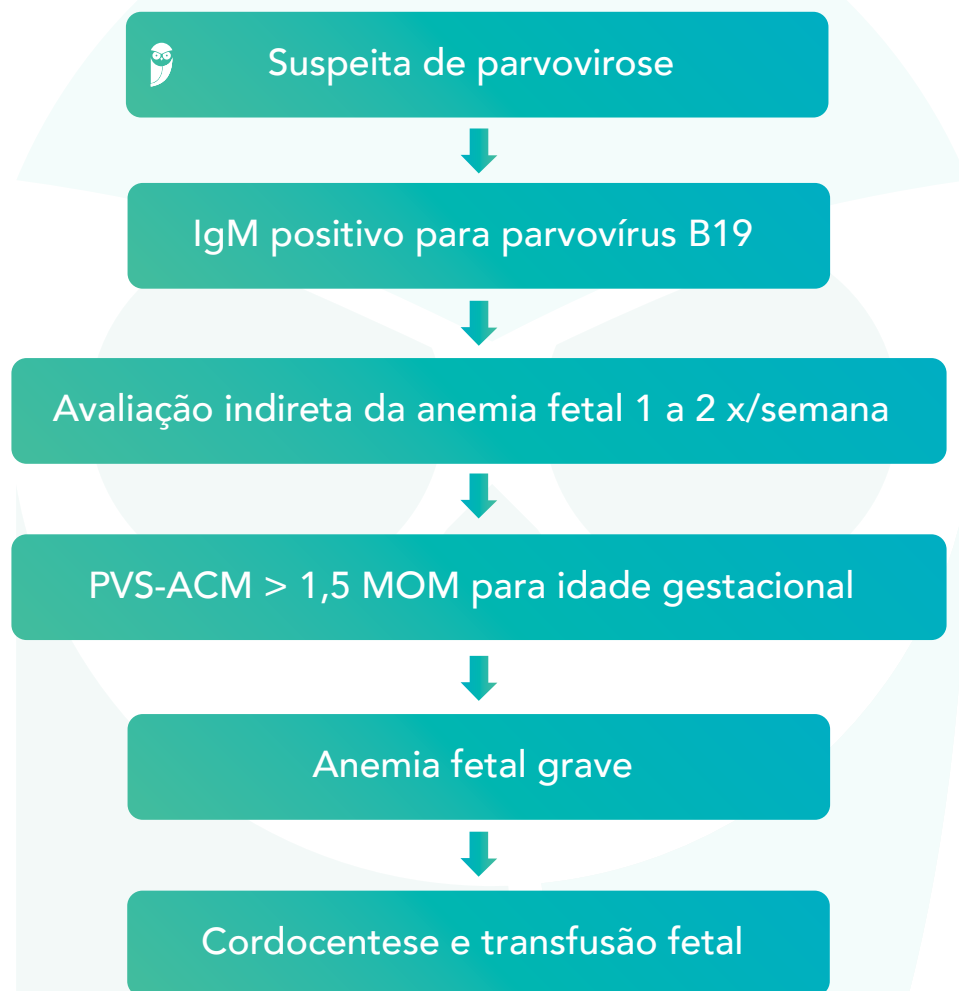
Quando a gestante é IgM e IgG negativos, ela é suscetível e deve ser aconselhada a não ter contato com pessoas com sintomas sugestivos de parvovirose. Se IgM negativo e IgG positivo, a gestante é imune e não há risco de infecção fetal.

Por outro lado, IgM positiva indica infecção aguda na gestação e a gestante deve ser encaminhada para avaliação ultrassonográfica fetal, com Dopplervelocimetria seriada semanal a partir do segundo trimestre. O **pico de velocidade sistólica da artéria cerebral média (PVS-ACM)**, avaliado pela Dopplervelocimetria, é o método que identifica indiretamente anemia fetal.

Quando o PVS-ACM estiver acima de 1,5 múltiplos da mediana (MOM), deve-se fazer cordocentese para confirmação da anemia e realizar transfusão sanguínea fetal.

A suspeita de parvovírus B19 na gestação também ocorre pela presença de hidropisia fetal não imune, caracterizada pelo excesso de água no corpo do concepto, em pelo menos duas cavidades serosas (ascite, derrame pleural e pericárdico) ou no tecido subcutâneo. A hidropisia fetal pode ocorrer na parvovirose gestacional por anemia fetal grave e é um diagnóstico diferencial importante das hidropisias. A presença de hidropisia leve a moderada pode resolver-se espontaneamente, já a hidropisia severa pode levar à insuficiência cardíaca e óbito fetal, nesses casos, a transfusão fetal está indicada.

Sendo assim, a transfusão intrauterina é o tratamento indicado para os casos de parvovirose congênita que cursam com hidropisia fetal grave ou anemia fetal grave, essa conduta melhora a sobrevivência do feto. Nesses casos, o parto deve ocorrer em centro terciário, pois o feto necessitará de suporte ventilatório e outros procedimentos neonatais.



**Incorreta a alternativa A:** diante de infecção aguda por parvovírus B19 na gestação, está indicada a Dopplervelocimetria do PVS- ACM para identificar anemia fetal, mas não está indicada a resolução imediata da gestação.

**Incorreta a alternativa B:** não se administra imunoglobulina em infecção aguda por Parvovirus B19.

**Correta a alternativa C:** IgM positiva indica infecção aguda na gestação e a gestante deve ser encaminhada para avaliação ultrassonográfica fetal, com Dopplervelocimetria seriada semanal a partir do segundo trimestre. O **pico de velocidade sistólica da artéria cerebral média (PVS-ACM)**, avaliado pela Dopplervelocimetria, é o método que identifica indiretamente anemia fetal.

**Incorreta a alternativa D:** não existe vacina contra parvovírus B19.

**Incorreta a alternativa E:** não se utiliza antiviral para infecção por parvovirus B19.

**GABARITO: C**

**51.** Gestante com 10 semanas inicia pré-natal e apresenta cartão de vacinação. Nele, consta esquema com apenas uma dose da dT (difteria e tétano) e uma dose para HPV.

A orientação mais adequada durante essa gestação é

- A) interromper os esquemas das duas vacinas e retomar apenas após o parto.
- B) continuar o esquema de doses para as duas vacinas ao longo da gestação.
- C) completar o esquema da vacina de HPV e suspender a dT até o final da gestação.
- D) fazer mais uma dose da dT e uma dose de dTpa e suspender a de HPV.
- E) fazer apenas mais uma dose da dT e a dTpa apenas após o parto.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre a vacinação durante a gestação.

Nesta questão, é abordado o tema imunizações. Vamos recordar os pontos importantes sobre a vacinação da gestante?

1) Vacinas de vírus vivos atenuados são **contraindicadas** na gestação (sarampo, caxumba, rubéola, poliomielite e varicela), entretanto a imunização para poliomielite somente é recomendada para casos de risco de exposição aumentado (como viagens ou profissionais com alta exposição).

2) A vacinação do tétano é rotineiramente recomendada na gestação como forma de diminuir as mortalidades materna e neonatal. A dupla bacteriana dT (contendo toxoides contra tétano e difteria) pode ser oferecida no segundo trimestre. Já a vacina dTpa, contendo toxoides contra o tétano, difteria e componente pertussis acelular, deve ser aplicada para todas as gestantes acima de 20 semanas para oferecer imunidade passiva ao lactente contra a coqueluche. A vacinação deve ser realizada com intervalo de pelo menos 1 mês antes da data provável do parto, evitando-se a aplicação no primeiro trimestre.

Vamos recordar como seria o esquema de vacinação?

ESQUEMA DESCONHECIDO: 3 doses de vacina dT ou 2 doses de dT e 1 dose de dTpa após 20 semanas de gestação (Febrasgo 2021)

ESQUEMA INCOMPLETO (1 dose prévia): completar 2 doses dT ou 1 dose de dT e outra de dTpa >20 semanas de gestação.

ESQUEMA INCOMPLETO (2 doses prévias): 1 dose de dT ou 1 dose de dTpa > 20 semanas de gestação.

ESQUEMA COMPLETO (reforço > 5 anos): 1 dose de dT ou 1 dose de dTpa > 20 semanas de gestação.

ESQUEMA COMPLETO (reforço < 5 anos): 1 dose de dTpa > 20 semanas de gestação.

3) Vacinas contra pneumococo (bactérias inativadas) são consideradas seguras na gestante (recomendada para mulheres com cardiopatia, asplenia, doença metabólica renal tabagistas e imunodeprimidas) e a vacina contra meningococo (bactéria inativada) é recomendada nos casos de surtos epidêmicos.

4) A vacina contra gripe (*influenza*) não é contraindicada na gestação. Ela é indicada na época de maior incidência de gripe, quando a gestante estiver no segundo ou terceiro trimestre de gestação.

5) A febre amarela é composta por vírus vivo atenuado e não deve ser aplicada de rotina na gestante, a não ser que a paciente viaje para área endêmica de febre amarela.

6) A vacinação contra Hepatite B e raiva pode ser realizada diante da necessidade após a exposição ao agente. A profilaxia contra a raiva (vírus mortos) deve ser realizada somente após avaliação de autoridades de saúde pública e junto à imunoglobulina.

7) A vacina do HPV (contra papilomavírus humano) não deve ser realizada na gestação, mas pode retornar no puerpério. As vacinas HPV são profiláticas e feitas por engenharia genética a partir de partículas semelhantes ao capsídeo viral, construídas por proteínas codificadas pela região tardia L1 do HPV. O efeito da vacina baseia-se na produção de anticorpos contra o capsídeo viral.

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)

**Incorreta a alternativa A:** não é necessário interromper a vacinação contra o tétano, mas sim atualizá-la na gestação com uma dose de dT e uma dose de dTpa após a 20ª semana.

**Incorreta a alternativa B:** a vacina contra o HPV está contraindicada na gestação, deve ser interrompida e retornar ao esquema após a gestação.

**Incorreta a alternativa C:** pelo contrário, a vacina contra o HPV está contraindicada na gestação e deve ser retomada após o parto. E a vacina contra o tétano deve ser mantida com uma dose de dT e uma dose de dTpa após a 20 semana.

**Correta a alternativa D:** a vacina contra o HPV deve ser suspensa na gestação e pode retornar no puerpério. Entretanto, a vacina de tétano pode ser realizada na gestação, sendo uma segunda dose de dT e uma dose de dTpa após a 20 semana de gestação.

**Incorreta a alternativa E:** deve ser realizada uma dose de dT e uma dose de dTpa após a 20ª semana de gestação.

#### GABARITO: D

**52.** Gestante com 32 semanas, sem histórico de doenças prévias à gestação, inicia quadro clínico de elevação da pressão arterial e seus exames laboratoriais evidenciam:

- hematócrito: 31%;
- plaquetas: 60.000 células/mm<sup>3</sup>;
- leucócitos: 9900/mm<sup>3</sup>;
- TGO: 89 U/L e TGP: 101 U/L;
- LDH: 890 U/L.

Diante desses achados, o diagnóstico mais provável é

- A) hipertensão arterial crônica.
- B) síndrome HELLP.
- C) infecção bacteriana.
- D) colestase gravídica.
- E) insuficiência hepática.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o diagnóstico de 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 (*enzyme of liver*), LP= plaquetopenia (*low platelets*).

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.

Os fatores de risco para desenvolver síndrome HELLP são: pele branca, mais de 25 anos, multíparas, hipertensão arterial crônica, presença de quadro de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia. A morbimortalidade materno-fetal é muito elevada nessa síndrome, chegando próximo de 30%.

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  $< 100.000/mm^3$ .



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  $\geq 160/110$  mmHg). Além disso, os **exames laboratoriais precisam ser realizados a cada 6 horas, até 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  $< 70$ mil;
- repor plaquetas no ato cirúrgico;
- deixar dreno sentinela para casos de sangramento aumentado.

**Incorreta a alternativa A:** o diagnóstico de hipertensão arterial crônica ocorre quando há aumento dos níveis pressóricos antes de 20 semanas.

**Correta a alternativa B:** temos uma gestante de 32 semanas com exames laboratoriais evidenciando plaquetopenia (plaquetas  $< 100.000$ ), aumento das enzimas hepáticas (transaminases  $> 70$ ) e hemólise (DHI  $> 600$ ), o que indica o diagnóstico de Síndrome HELLP.

**Incorreta a alternativa C:** os exames são sugestivos de Síndrome HELLP, não infecção bacteriana. Na gestação, ocorre uma leucocitose fisiológica discreta.

**Incorreta a alternativa D:** na colestase gravídica, não há aumento dos níveis pressóricos nem plaquetopenia e nem hemólise. Ocorre aumento das transaminases, bilirrubinas e prurido intenso.

**Incorreta a alternativa E:** temos um quadro clássico de Síndrome HELLP. A insuficiência hepática não cursa com hipertensão.

#### GABARITO: B

**53.** Uma paciente com gestação gemelar realiza ultrassonografia morfológica de 1º trimestre que evidencia risco elevado para aneuploidias.

Sobre o caso, é correto afirmar que

- A) se for gestação dicoriônica, os riscos podem ser diferentes para cada feto.
- B) por ser gestação gemelar, a propedêutica invasiva está contraindicada.
- C) está indicado o teste pré-natal não invasivo (NIPT) para cada um dos fetos.
- D) nesta idade gestacional deve ser oferecida a cordocentese diagnóstica.
- E) se for gestação monócoriônica, o risco calculado é diferente para cada feto.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o rastreamento de cromossomopatias nas gestações gemelares.

O rastreamento das anomalias cromossômicas nas gestações múltiplas deve ser realizado como nas gestações únicas, através da ultrassonografia morfológica do primeiro trimestre (11 a 13 semanas e 6 dias) e do cálculo do risco pela associação entre os resultados ultrassonográficos (translucência nucal, osso nasal, ducto venoso) e a idade materna. Existem algumas diferenças no cálculo do risco no primeiro trimestre nas gestações gemelares:

- Gestações dizigóticas ou indeterminadas: calcular o risco individual para cada feto, usando o valor da translucência nucal (TN) de cada um.
- Gestações monozigóticas: calcular um risco único para os dois fetos, sendo utilizada a TN média dos fetos.

Como o risco nas gestações monozigóticas deve ser o mesmo para ambos os fetos, uma alteração na TN ou no ducto venoso em um dos fetos pode ser uma manifestação precoce da síndrome da transfusão fetofetal (STFF), se essa gestação for monocoriônica.

**Correta a alternativa A:** as gestações dicoriônicas podem ser dizigóticas, então os fetos podem ser geneticamente distintos, por isso, nas gestações dicoriônicas, o cálculo do risco de cromossomopatias deve ser feito individualmente para cada um dos fetos, pois o risco pode ser diferente.

**Incorreta a alternativa B:** nas gestações gemelares, também é realizada propedêutica invasiva para o diagnóstico de aneuploidias quando o risco para cromossomopatias é alto. Tanto a biópsia de vilos coriais quanto a amniocentese **podem ser realizadas**, desde que por profissional experiente, ajustando técnica e riscos, sobretudo em monocoriônicas.

**Incorreta a alternativa C:** o NIPT é realizado no sangue materno, então não permite diferenciar os fetos. Em gemelares, o NIPT tem limitações importantes, especialmente para mosaicismos e condições específicas de cada gêmeo. Em monocoriônicas, o risco é compartilhado; em dicoriônicas, o teste não permite discriminar o feto acometido.

**Incorreta a alternativa D:** a cordocentese não é método de escolha no primeiro trimestre. É um exame indicado após 18 semanas, e só em situações específicas (ex.: anemia fetal grave, investigação de infecções, confirmação de mosaicismos duvidosos). No primeiro trimestre, o exame invasivo indicado seria a biópsia de vilos coriais, não a cordocentese.

**Incorreta a alternativa E:** as gestações monocoriônicas são monozigóticas, portanto os fetos apresentam o mesmo material genético. Por isso, o risco de aneuploidia é único para ambos os fetos.

### GABARITO: A

**54.** Uma gestante em trabalho de parto está sendo acompanhada em um plantão na maternidade. Ela foi internada com contrações uterinas regulares, feto em apresentação cefálica e 5 cm de dilatação cervical. Durante o acompanhamento, a paciente apresenta uma dor aguda e intensa em hipogástrio e inicia quadro de sangramento vaginal em moderado volume. A frequência cardíaca fetal tem uma queda importante e, ao toque, não se palpa mais a cabeça fetal.

Diante desses achados, a hipótese diagnóstica mais provável é

- A) placenta prévia.
- B) parada de progressão do parto.
- C) rotura perineal.
- D) descolamento prematuro da placenta.
- E) ruptura uterina.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o diagnóstico de rotura uterina.

Estamos diante de uma questão sobre o sangramento da segunda metade da gestação. Vamos, então, revisar as principais hipóteses desse tipo de sangramento e suas principais características.

**1) PLACENTA PRÉVIA:** o sangramento é indolor, de início súbito, mas com quadros de repetição dos episódios de sangramento, com sangue de coloração vermelho-vivo. Na palpação, o útero apresenta consistência normal e é indolor.

**2) DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA:** sangramento vaginal acompanhado por DOR SÚBITA E INTENSA no abdome e HIPERTONIA COM AUMENTO DO TÔNUS UTERINO. Todavia, cuidado: a quantidade de sangramento não é proporcional à extensão da hemorragia materna e não deve ser utilizada como parâmetro de gravidade do quadro.

**3) ROTURA UTERINA:** a primeira suspeita é o sinal de alteração da vitalidade fetal (cardiotocografia com bradicardia persistente precedida com desacelerações tardias). Outro sinal preditor da rotura uterina é a distensão do segmento uterino inferior, formando um anel de constrição, uma separação do fundo uterino do segmento inferior do útero (sinal de Bandl) e uma palpação do ligamento redondo retesado (sinal de Frommel). No conjunto chamado de síndrome de Bandl-Frommel, há um sinal de iminência de rotura uterina.

O quadro clínico da rotura é súbito, com dor intensa e melhora das contrações após a rotura. Ao toque vaginal, observa-se uma subida da apresentação fetal devido ao deslocamento do feto para a cavidade uterina e evolução para bradicardia fetal e sinais de choque hemorrágicos pelo sangramento materno para a cavidade abdominal.

**4) ROTURA DE VASA PRÉVIA:** a vasa prévia é a presença de vasos do cordão umbilical recobrando o colo uterino devido a uma inserção velamentosa. São fatores de risco: gemelidade, reprodução assistida, placenta prévia sucenturiada ou bilobulada. Na rotura de vasa prévia, costuma ocorrer sangramento vaginal e alteração da frequência cardíaca fetal APÓS AMNIOREXE (rotura da membrana amniótica), uma vez que o vaso localizado na membrana se rompe simultaneamente à rotura da membrana, gerando o sangramento.

Agora, vamos avaliar as alternativas.

**Incorreta a alternativa A:** para o diagnóstico de placenta prévia, a gestante deveria apresentar sangramento vaginal na segunda metade da gestação vermelho vivo, porém SEM DOR ou sem alteração do tônus uterino.

**Incorreta a alternativa B:** a parada da progressão do parto não apresenta sangramento ou dor súbita.

**Incorreta a alternativa C:** a rotura perineal ocorre durante a expulsão, não durante o trabalho de parto.

**Incorreta a alternativa D:** para a hipótese de descolamento prematuro de placenta, a gestante deveria apresentar sangramento vaginal de cor geralmente vermelho escuro, com a característica de AUMENTO DO TÔNUS UTERINO ou HIPERTONIA.

**Correta a alternativa E:** é característico da rotura uterina apresentar uma dor súbita durante o trabalho de parto e o principal motivo é a subida da apresentação fetal, que indica que o polo cefálico foi em direção a rotura uterina, geralmente ocasionada pela fragilidade da cicatriz por partos cesarianas prévios.

## GABARITO: E

**55.** Uma gestante vai à consulta com a equipe que cuidará de seu parto para receber orientações e esclarecer suas dúvidas.

Quanto à assistência ao parto dessa gestante, é correto afirmar que

- A) a gestante deverá permanecer na posição supina durante todo o trabalho de parto.
- B) a amniotomia é realizada de rotina, sempre no início do trabalho de parto.

- C) o bloqueio combinado raquidiano e peridural é contraindicado em primíparas.
- D) podem ser oferecidos métodos não farmacológicos para alívio da dor.
- E) a episiotomia é realizada de rotina para prevenir a incontinência urinária.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre assistência ao parto.

Atenção, a seguir, preparei um resumo com todas as intervenções recomendadas e não recomendadas pela OMS e MS na assistência ao parto. Esse é o tópico que mais cai sobre esse tema nas provas de Residência Médica! Então, depois desse resumo vamos resolver juntos mais algumas questões para você fixar de vez seus conhecimentos!

As intervenções **não recomendadas** são:

### PRIMEIRO ESTÁGIO DO TP – FASE ATIVA

Usar o critério de evolução da dilatação cervical de 1cm/h

Intervenções de rotina na fase latente (< 5cm)

Pelvimetria clínica

Cardiotocografia de rotina na admissão ou contínua no TP espontâneo de gestação saudável

Tricotomia e enemas

Embrocação vaginal de rotina com antissépticos

Amniotomia e ocitocina para prevenir o TP prolongado

Ocitocina de rotina

Antiespasmódicos e fluidos endovenosos de rotina

### SEGUNDO ESTÁGIO DO TP – EXPULSIVO

Uso rotineiro e liberal de episiotomia

Pressão manual do fundo uterino (manobra de Kristeller)

### TERCEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO – DEQUITAÇÃO

Massagem uterina contínua em paciente que recebeu ocitocina

### RECÉM-NASCIDO

Aspiração em boca e nariz do RN se líquido amniótico for claro e respiração espontânea

### PUERPÉRIO

Antibiótico profilático para partos não complicados ou para episiotomia

As intervenções recomendadas são:

<b>PRIMEIRO ESTÁGIO DO TP – FASE ATIVA</b>
Fase latente até 5cm e fase ativa a partir de 5cm de dilatação
Duração variável, com fase ativa em torno de 12h para primíparas
Controle intermitente dos BCFs a cada 15-30min
Toque vaginal a cada 4 horas
Opções de alívio da dor: analgesia epidural, opioides e medidas não farmacológicas
Ingestão de líquidos e alimentos
Encorajar movimentação e posição vertical
<b>SEGUNDO ESTÁGIO DO TP – EXPULSIVO</b>
Duração variável, geralmente inferior a 2h em múltipara e 3h em primípara
A posição do parto deve ser escolhida pela gestante, mesmo com analgesia
Controle intermitente dos BCFs a cada 5min
Recomenda-se massagem perineal, compressas quentes e proteção perineal com as mãos
Realizar puxos espontâneos
<b>TERCEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO – DEQUITAÇÃO</b>
Ocitocina 10UI intramuscular para todas as pacientes
Tração controlada do cordão
Retardar o clampeamento do cordão por pelo menos 1min
<b>RECÉM-NASCIDO</b>
Contato pele a pele na primeira hora de vida
Estimular amamentação na primeira hora de vida
Vitamina K 1mg intramuscular após o nascimento
Banho adiado até 24h após o nascimento
Mãe e bebê não devem ser separados
<b>PUERPÉRIO</b>
Avaliação materna regular nas primeiras 24h
Mãe e recém-nascido devem receber cuidados por pelo menos 24h após o nascimento

**Incorreta a alternativa A:** a gestante pode permanecer na posição que se sentir mais confortável durante o parto.

**Incorreta a alternativa B:** a amniotomia não deve ser realizada de rotina, mas somente em situações em que não se observa uma boa evolução do trabalho de parto.

**Incorreta a alternativa C:** o duplo bloqueio é a analgesia farmacológica padrão-ouro no alívio da dor em gestantes e pode ser indicado tanto para primíparas como multíparas.

**Correta a alternativa D:** a gestante pode receber métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio de dor durante qualquer fase do trabalho de parto.

**Incorreta a alternativa E:** a episiotomia não deve ser realizada de rotina e não previne incontinência urinária.

**GABARITO: D**

**56.** Uma gestante tem o diagnóstico de malformação de Chiari tipo II em seu feto.

Esse diagnóstico está associado

- A) à hérnia diafragmática congênita.
- B) ao disrafismo espinhal.
- C) à gastrosquise.
- D) à agenesia de corpo caloso.
- E) ao cisto da bolsa de Blake.

**COMENTÁRIOS:**

O que o examinador quer saber: sobre os defeitos do fechamento do tubo neural.

Os **defeitos do fechamento do tubo neural** se destacam entre essas anomalias, tanto pela gravidade do quadro quanto pela possibilidade de prevenção com ácido fólico no período pré-gestacional. As malformações originárias dos defeitos de fechamento do tubo neural incluem **anencefalia/acrania, encefalocele e espinha bífida (mielomeningocele)**.

Essas anomalias estão associadas a alterações cromossômicas, mutações gênicas, diabetes *mellitus*, exposição a teratógenos, uso de drogas antiepilépticas e deficiência de ácido fólico.

A **anencefalia** se caracteriza pela destruição secundária do encéfalo em decorrência da ausência de calota craniana (acrania). Essa malformação pode ser **identificada já no primeiro trimestre e é uma doença fatal após o nascimento**. As gestantes apresentam, na maioria dos casos, polidrâmnio em decorrência da dificuldade de deglutição desses fetos.

Por se tratar de uma malformação incompatível com a vida, no Brasil, a **interrupção da gestação de fetos com anencefalia é permitida**, sem a necessidade de ordem judicial. Para isso, é necessário que o diagnóstico seja feito por exame ultrassonográfico realizado a partir de 12 semanas de gestação e deve conter:

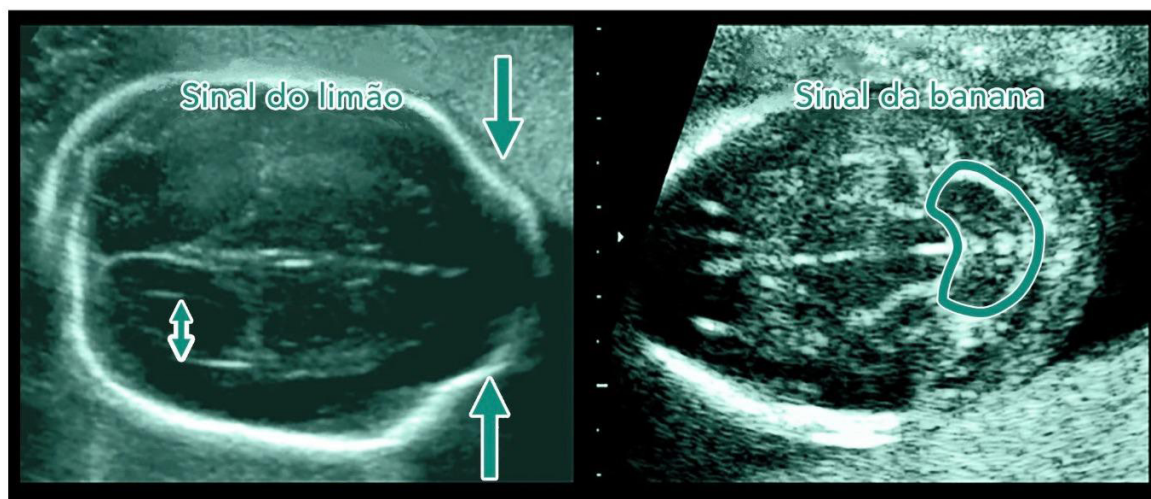
- Duas fotografias, identificadas e datadas, uma com a face do feto em posição sagital e a outra, com a visualização do polo cefálico no corte transversal, demonstrando a ausência da calota craniana e de parênquima cerebral identificável.
- Laudo assinado por dois médicos, capacitados para esse diagnóstico.
- Consentimento da gestante e/ou, se for o caso, de seu representante legal.

Nos casos em que o médico assistente se recusa a realizar a interrupção da gestação, a instituição é obrigada a indicar outro médico para realizar o procedimento.

A **espinha bífida**, por sua vez, é uma malformação na coluna vertebral que expõe as meninges e as raízes nervosas, levando a prejuízos sensitivos e motores para o feto.

Dependendo do grau de acometimento, a mielomeningocele pode ocasionar a **síndrome de Arnold Chiari tipo II**, quando ocorre herniação do cerebelo para o forame magno e, conseqüentemente, ventriculomegalia. Observamos, na ultrassonografia, o sinal da banana e o sinal do limão quando ocorre essa herniação do cerebelo.

### SÍNDROME DE ACII



Ultrassonografia de feto com síndrome de Arnold Chiari tipo II.

As crianças acometidas com espinha bífida podem apresentar paralisia dos membros inferiores e incontinência urinária e fecal. A **correção** da mielomeningocele pode ser feita no período **pré-natal ou pós-natal**. Atualmente, o **tratamento padrão-ouro** para essa patologia consiste na correção intraútero da mielomeningocele por meio da **cirurgia fetal intraútero aberta**.

Na **encefalocele**, há um defeito de fechamento da calota craniana com saída de meninges, podendo conter liquor ou tecido cerebral. Essa malformação está relacionada a várias síndromes genéticas e pode estar associada a outras alterações estruturais e cromossômicas. A morbimortalidade dessa patologia está relacionada à quantidade de tecido cerebral herniado e o comprometimento neurológico é geralmente elevado.

**Incorreta a alternativa A:** a Malformação de Chiari tipo II está associada à mielomeningocele, não à hérnia diafragmática congênita.

**Correta a alternativa B:** a **espinha bífida**, disrafismo espinhal ou mielomeningocele, é uma malformação na coluna vertebral que expõe as meninges e as raízes nervosas, levando a prejuízos sensitivos e motores para o feto. Dependendo do grau de acometimento, a mielomeningocele pode ocasionar a **síndrome de Arnold Chiari tipo II**, quando ocorre herniação do cerebelo para o forame magno e, conseqüentemente, ventriculomegalia. Observamos, na ultrassonografia, o sinal da banana e o sinal do limão quando ocorre essa herniação do cerebelo.

**Incorreta a alternativa C:** a Malformação de Chiari tipo II está associada à mielomeningocele, não à gastrosquise.

**Incorreta a alternativa D:** a Malformação de Chiari tipo II está associada à mielomeningocele, não à agenesia de corpo caloso.

**Incorreta a alternativa E:** a Malformação de Chiari tipo II está associada à mielomeningocele, não ao cisto da bolsa de Blake.

**GABARITO: B**

**57.** Uma gestante está com 10 semanas e se revela muito preocupada com a possibilidade de desenvolver pré-eclâmpsia. Ela questiona qual seria seu risco de ter a doença e o que pode ser feito para a prevenção.

Uma forma de rastreamento e uma forma de prevenção são, respectivamente,

- A) Doppler das artérias uterinas e uso de metildopa.
- B) medição da pressão arterial média e uso de nifedipina.
- C) Doppler da artéria umbilical e uso de cálcio.
- D) dosagem de PLGF e uso de AAS.
- E) histórico de pré-eclâmpsia e uso de  $MgSO_4$ .

## COMENTÁRIO:

O que o examinador quer saber: sobre predição e prevenção de pré-eclâmpsia.

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

A principal forma de identificar as gestantes com risco de desenvolver pré-eclâmpsia é por meio da avaliação dos fatores de risco. Considera-se **gestação de alto risco** para desenvolver pré-eclâmpsia quando há **um único fator de risco alto ou dois fatores de risco moderados**.

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

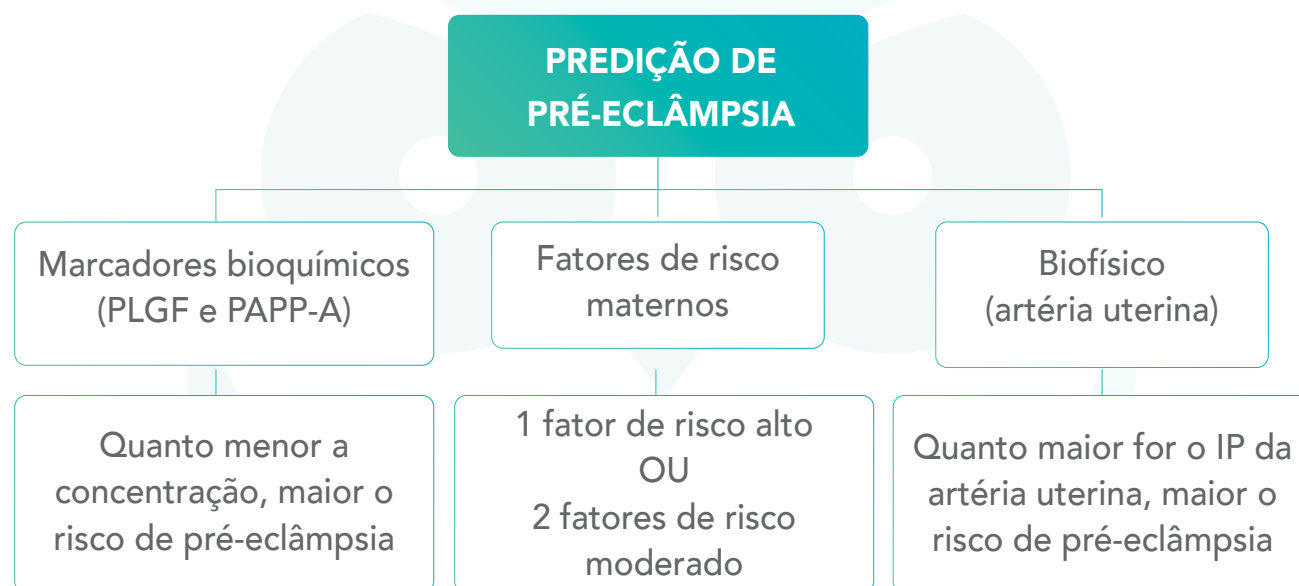
\*Adaptada da ISSHP, FIGO, ACOG e MS

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

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

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

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



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

A identificação de gestantes com alto risco para desenvolver pré-eclâmpsia e a realização de medidas para sua prevenção ao longo do pré-natal é fundamental para se diminuir a ocorrência dessa patologia, principalmente suas formas graves.

Em 2025, o Ministério da Saúde passou a orientar a suplementação de cálcio para todas as gestantes para prevenção de pré-eclâmpsia. Anteriormente, a suplementação de cálcio era feita somente para gestantes de alto risco para desenvolver pré-eclâmpsia e com baixa ingestão de cálcio. Como, no Brasil, a ingestão de cálcio é muito baixa na população e a pré-eclâmpsia é a principal causa de morte materna, passou-se a orientar a suplementação de cálcio para todas as gestantes, independentemente do risco. Além disso, as gestantes devem ser orientadas a realizar pelo menos 140 min por semana de atividade moderada. Essas medidas **diminuem o risco de pré-eclâmpsia na população geral**.

Sendo assim, a suplementação de cálcio deve ser feita de maneira universal **a partir de 12 semanas de gestação, na dose de 1000 mg de cálcio elementar por dia, até o parto**. Como cada comprimido de carbonato de cálcio de 1250 mg contém 500 mg de cálcio elementar, são necessários dois comprimidos de carbonato de cálcio ao dia para atingir a dose recomendada de suplementação.

A ingestão concomitante de ferro e cálcio deve ser evitada, sendo necessário o intervalo mínimo de 2 horas entre a ingestão dessas vitaminas. Além disso, o cálcio não deve ser ingerido em jejum e com alimentos ricos em fitato e ferro. Portanto, orienta-se ingerir o cálcio no período da noite, com um copo de leite ou frutas.

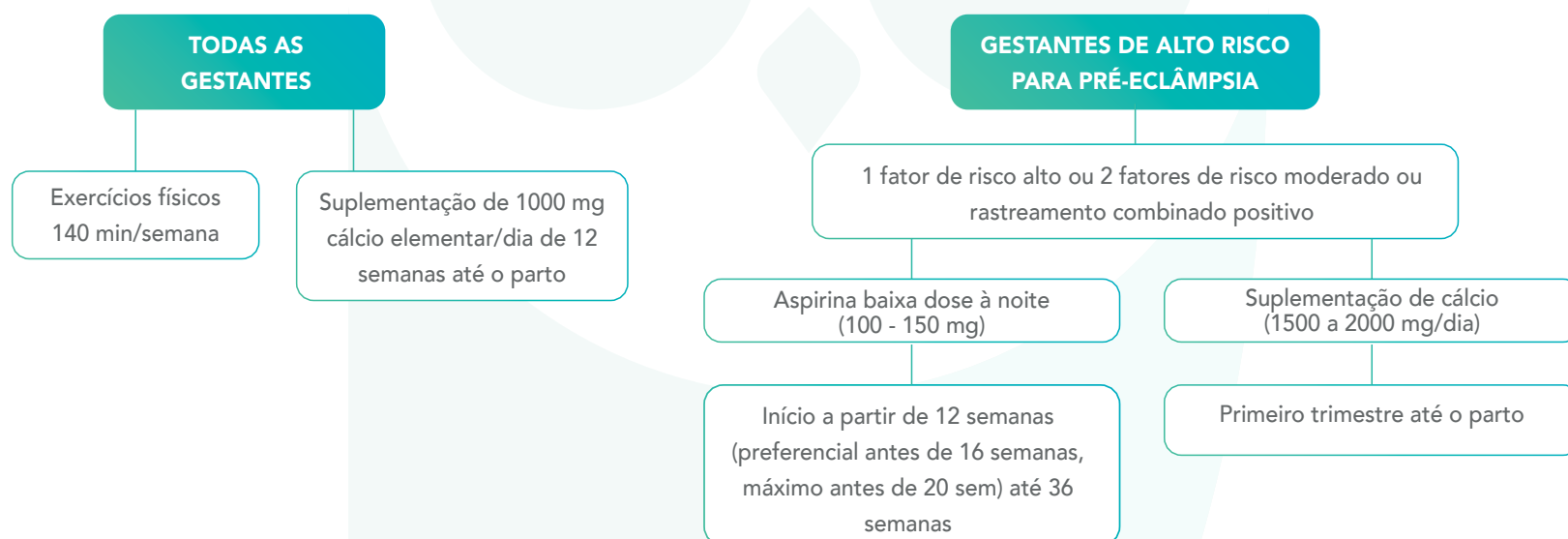
Em **gestantes com alto risco** de desenvolver pré-eclâmpsia, tanto pelo rastreamento combinado no primeiro trimestre como pela avaliação dos fatores de risco maternos isolados, a **prevenção primária** consiste na **administração de aspirina (ácido acetilsalicílico) em baixa dose** (100-150 mg) à noite, diariamente a partir de 12 semanas, podendo ser iniciada em até 20 semanas, mas preferencialmente até 16 semanas, sendo mantida até as 36 semanas de gestação. O uso de baixa dose de aspirina antes de 20 semanas de gestação **diminuiu o risco de pré-eclâmpsia**, principalmente a pré-eclâmpsia precoce (< 34 semanas), e de restrição de crescimento fetal em gestantes de alto risco. Lembre-se de que é preciso suspender o AAS caso a paciente evolua para pré-eclâmpsia.

A **suplementação de cálcio** nas **gestantes de alto risco** deve ser feita na dose de **1000 mg a 2000 mg/dia de cálcio elementar**, desde o início do pré-natal até o parto, pois essa medida reduz o risco de pré-eclâmpsia.

Não existe evidência de que a suplementação das vitaminas C, D e E, do uso de óleo de peixe, ácido fólico e a restrição de sal possam reduzir o risco de pré-eclâmpsia.

Além disso, o uso de heparina de baixo peso molecular não está indicado para a prevenção da pré-eclâmpsia, pois essa medida não reduz o risco dessa patologia.

No fluxograma abaixo, está resumida a profilaxia da pré-eclâmpsia para que você memorize bem esse assunto.



**Incorreta a alternativa A:** o Doppler das artérias uterinas é um marcador biofísico utilizado no rastreamento da pré-eclâmpsia. O uso de metildopa não previne pré-eclâmpsia, ele é um anti-hipertensivo oral utilizado no controle ambulatorial da hipertensão arterial.

**Incorreta a alternativa B:** a medição da pressão arterial média é utilizada para o cálculo de risco no rastreamento da pré-eclâmpsia. O uso de nifedipina não previne pré-eclâmpsia, ela é um anti-hipertensivo utilizado no controle hospitalar da hipertensão arterial grave.

**Incorreta a alternativa C:** o Doppler da artéria umbilical não é utilizada para o cálculo de risco no rastreamento da pré-eclâmpsia. O uso de cálcio é utilizado na prevenção de pré-eclâmpsia.

**Correta a alternativa D:** a dosagem de PLGF é um marcador bioquímico para o rastreamento de pré-eclâmpsia e o uso de ácido acetilsalicílico é a medicação utilizada para a prevenção de pré-eclâmpsia.

**Incorreta a alternativa E:** histórico de pré-eclâmpsia é um fator de alto risco para pré-eclâmpsia e é utilizado para seu rastreamento. O uso de sulfato de magnésio não previne pré-eclâmpsia, ele previne convulsão em pacientes com pré-eclâmpsia já instalada.

**GABARITO: D**

**58.** Uma ultrassonografia morfológica de 2º trimestre encontra feto com presença de tumoração em pulmão direito contendo cistos de até 1 cm. Não foi encontrada vascularização direta desse tumor, nem outras malformações estruturais.

Esse achado é compatível com o diagnóstico de

- A) hérnia diafragmática congênita.
- B) banda amniótica.
- C) sequestro pulmonar.
- D) malformação adenomatoide cística.
- E) derrame pleural.

---

## COMENTÁRIOS:

---

O que o examinador quer saber: sobre as malformações torácicas fetais.

### Malformação Adenomatoide Cística (MAC / CPAM)

- Tumor pulmonar cístico, com cistos geralmente pequenos (< 2 cm).
- Não possui vascularização sistêmica (não recebe artéria da aorta).
- Pode ser microcística ou macrocística.

### Sequestro Pulmonar

- Lesão sólida ou cística.
- Sempre tem artéria sistêmica anômala (geralmente originada da aorta).

### Hérnia Diafragmática Congênita

- Vísceras abdominais herniadas para o tórax.
- Pode causar desvio de mediastino, estômago intratorácico.

### Derrame Pleural (Hidrotórax)

- Acúmulo de líquido no espaço pleural.
- Não contém cistos, trata-se de coleção líquida livre.

**Incorreta a alternativa A:** a hérnia diafragmática congênita ocorre quando vísceras abdominais herniam para o tórax. Ao ultrassom, observam-se alças intestinais e estômago no tórax, além de mediastino desviado.

**Incorreta a alternativa B:** A banda amniótica causa deformidades ou amputações fetais por constrição mecânica. Não há formação de massas pulmonares císticas.

**Incorreta a alternativa C:** o **sequestro pulmonar** apresenta massa ecogênica ou sólida, geralmente homogênea, e sempre tem **vascularização arterial sistêmica anômala** visível ao Doppler. O enunciado afirma que **não há vascularização direta**, afastando esse diagnóstico.

**Correta a alternativa D:** a malformação adenomatoide cística (MAC) apresenta-se como massa pulmonar com cistos pequenos ( $\leq 1-2$  cm) ou macrocísticos, sem suprimento arterial sistêmico.

**Incorreta a alternativa E:** o derrame pleural se apresenta como **líquido anecoico** no espaço pleural, produzindo colapso pulmonar, não como massa com múltiplos cistos. Portanto, não corresponde ao achado.

**GABARITO D**

**59.** Uma paciente com gestação gemelar monocoriônica de 36 semanas chega à maternidade em trabalho de parto. O exame obstétrico revela que o primeiro feto está em apresentação pélvica.

Nesse caso, a afirmação mais correta, entre as listadas a seguir, é

- A) poderá ser conduzido o parto vaginal.
- B) deverá ser realizada tocólise pela prematuridade.
- C) o parto do primeiro feto será normal, do segundo, cesariana.
- D) deverá ser realizada versão externa do primeiro feto.
- E) está indicada a operação cesariana.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre assistência ao parto nas gestações múltiplas

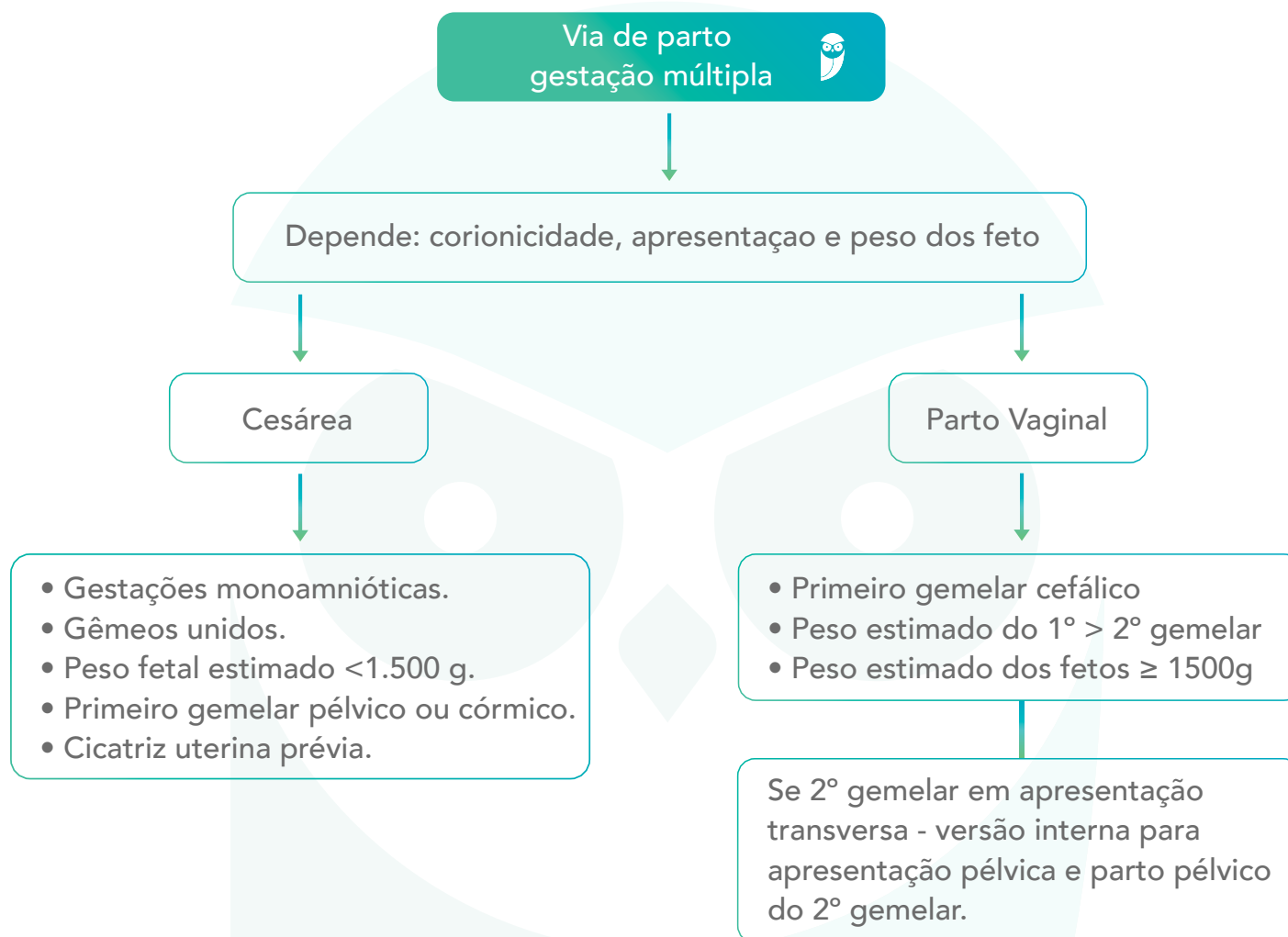
A idade gestacional de resolução das gestações de fetos gemelares é bem controversa. Nas gestações dicoriônicas, pode-se aguardar o parto até 38 a 38 semanas e 6 dias, sendo que alguns estudos sugerem não ultrapassar 38 semanas. Para gestações monocoriônicas diamnióticas, a resolução da gestação deve ocorrer entre 36 semanas e 36 semanas e 6 dias. Já nas gestações monocoriônicas e monoamnióticas, a resolução deve ocorrer entre 32 e 34 semanas.



A via de parto nas gestações monocoriônicas 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, **segundo gemelar com peso estimado menor, ou com peso no máximo de 20% maior do que o primeiro gemelar em exame ultrassonográfico recente**. Se o primeiro gemelar não é cefálico, apresenta peso estimado menor que o segundo gemelar (com diferença  $\geq 500$  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 transverso 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.

**Incorreta a alternativa A:** como o primeiro gemelar está em apresentação pélvica, a via de parto de escolha é a cesariana.

**Incorreta a alternativa B:** como a gestação é de 36 semanas, não está indicada a tocólise.

**Incorreta a alternativa C:** como o primeiro gemelar está em apresentação pélvica, a via de parto de escolha é a cesariana para ambos os fetos.

**Incorreta a alternativa D:** como o primeiro gemelar está em apresentação pélvica, a via de parto de escolha é a cesariana. Como a gestação é gemelar e a paciente está em trabalho de parto, está contraindicado a versão cefálica externa.

**Correta a alternativa E:** temos uma gestação gemelar monócórmica de 36 semanas, cuja gestante está em trabalho de parto. Como o primeiro gemelar está pélvico, a via de parto preconizada é a cesariana.

**GABARITO: E**

**60.** Uma ultrassonografia obstétrica em uma gestação de 21 semanas encontra um feto sem alterações estruturais evidentes e com Doppler normal. Ainda encontra um outro feto com cabeça e tórax pequenos, sem atividade cardíaca, com artéria umbilical única com fluxo em direção do feto ao Doppler.

Esses achados são compatíveis com o diagnóstico de

- A) óbito de um dos fetos.
- B) síndrome de transfusão feto-fetal estágio IV.
- C) sequência TRAP.
- D) microcefalia de um dos fetos.
- E) restrição de crescimento seletiva.

## COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre gêmeo acárdico.

O gêmeo acárdico é uma complicação exclusiva das gestações monócóricas, decorrente da sequência TRAP (*twin reverse arterial perfusion* - perfusão arterial reversa gemelar), representando o grau extremo de anormalidade vascular nessas gestações. O gêmeo acárdico não possui um coração funcional, recebendo sangue do gêmeo normal, pela presença de **anastomoses arterioarteriais** com o feto normal, que atua como bomba de perfusão para o feto acárdico.

Observa-se um fluxo pulsátil direto, indo da artéria umbilical do feto normal para o feto acárdico. A perfusão desigual do feto normal (feto bomba) para o feto receptor (feto acárdico) resulta em uma variedade de alterações estruturais no feto acárdico, que pode ter extremidades inferiores bem desenvolvidas, com tórax e crânio ausentes, ou ser apenas uma massa de tecido, que não é facilmente reconhecida como partes fetais. O feto normal pode apresentar polidrâmnio e sinais de insuficiência cardíaca, que é responsável por 50 a 70% dos óbitos nesses casos.

O tratamento consiste em ocluir o fluxo para o gêmeo acárdico por ligadura endoscópica, coagulação a laser do cordão umbilical ou embolização dos vasos umbilicais com álcool absoluto.

A figura abaixo ilustra a sequência TRAP com gêmeo acárdico.

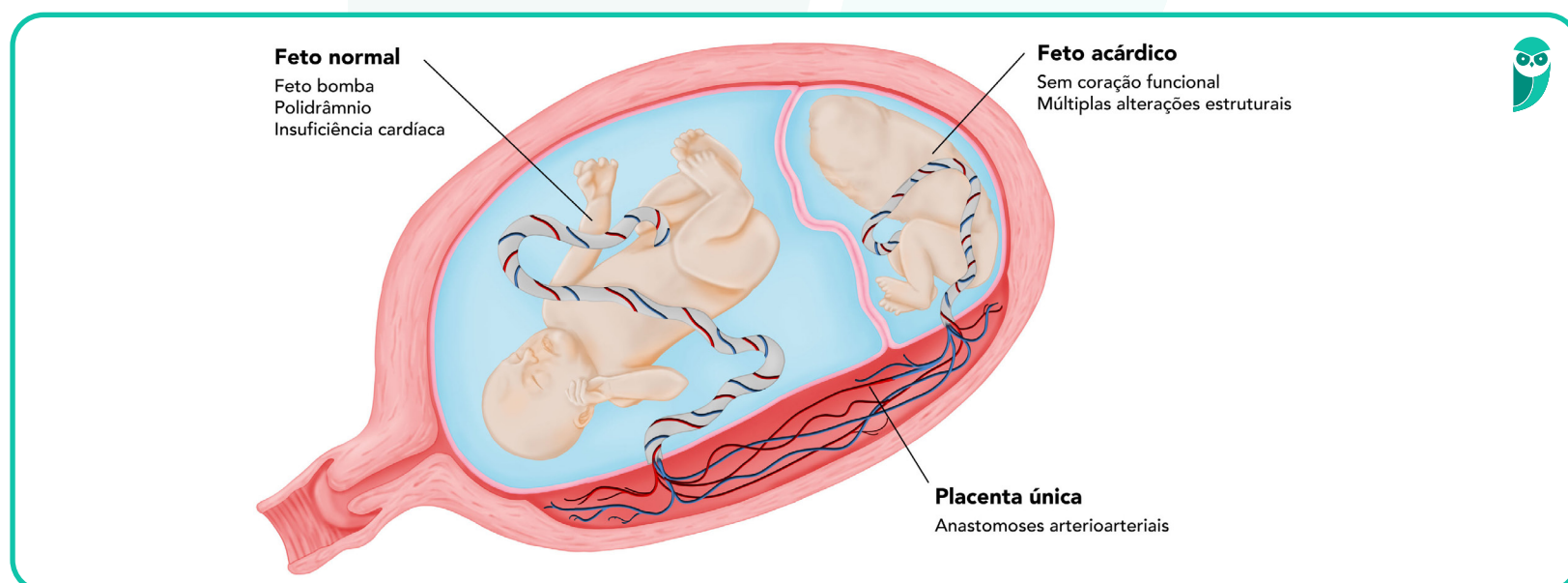


Figura: Gêmeo acárdico.

**Incorreta a alternativa A:** o óbito de um dos fetos pode cursar com ausência de batimentos cardíacos, porém não explicaria o achado característico de fluxo arterial retrógrado (reverso) em um cordão com artéria umbilical única, sinal altamente sugestivo da síndrome TRAP.

**Incorreta a alternativa B:** na síndrome de transfusão feto-fetal estágio IV, o feto receptor apresenta hidropisia e o feto doador apresenta hipovolemia; ambos têm **atividade cardíaca preservada**. O Doppler geralmente está alterado nos dois fetos nesse estágio de STFF e os fatos não apresentam malformações.

**Correta a alternativa C:** temos uma gestação gemelar de 21 semanas com um feto sem alterações e outro feto com cabeça e tórax pequenos, sem atividade cardíaca e com artéria umbilical única com fluxo em direção ao feto normal. Essas características configuram a sequência TRAP (**Twin Reversed Arterial Perfusion**), que se caracteriza por um feto **acárdico**, sem coração funcional, com partes cefálicas e torácicas rudimentares e perfusão **retrógrada** pela **artéria umbilical única**, proveniente do gêmeo bomba. O outro feto, o “bomba”, geralmente é estruturalmente normal, como descrito no enunciado.

**Incorreta a alternativa D:** a microcefalia por si só não explica ausência de batimentos cardíacos, ausência de estruturas torácicas adequadas, artéria umbilical única e fluxo arterial reverso.

**Incorreta a alternativa E:** a restrição de crescimento seletiva cursa com discrepância biométrica entre os fetos, porém ambos são vivos e apresentam estruturas preservadas. Não há artéria umbilical única com fluxo retrógrado nem ausência de estruturas cardíacas.

**GABARITO: C**

**61.** Paciente de 36 anos, G2P2, deseja reiniciar o uso de anticoncepcional oral combinado após dois anos sem contracepção. Relata tabagismo de 20 cigarros/dia há 10 anos. Nega outras comorbidades.

Ao exame clínico, PA = 110/70 mmHg, IMC = 22 kg/m<sup>2</sup>. Deseja orientação sobre o método.

Diante do quadro clínico apresentado, assinale a afirmativa correta.

- A) Ela pode iniciar anticoncepcional combinado, pois a idade da paciente exclui risco cardiovascular.
- B) Está contraindicada a contracepção hormonal combinada em qualquer mulher tabagista.
- C) O uso de anticoncepcional combinado é contraindicado em tabagistas com mais de 35 anos e carga tabágica acima de 15 cigarros/dia.
- D) O uso de anticoncepcional oral deve ser restrito a até dois anos em tabagistas.
- E) Apenas métodos com estrogênio natural são permitidos em tabagistas.

**COMENTÁRIOS:**

Nossa paciente deseja utilizar contraceptivo e, para isso, devemos analisar suas características clínicas à procura de contraindicações a algum método. O fato de ser tabagista e ter idade superior a 35 anos nos traz contraindicação aos combinados (métodos que contêm estrogênio). Vamos lembrar as contraindicações absolutas a esses métodos:

**CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS (CATEGORIA 4) AOS ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS COMBINADOS, DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DA OMS**

&lt; 6 semanas pós-parto em lactantes

&lt; 21 dias pós-parto em não lactantes, mas com fatores de risco para TVP

TVP/TEP atual ou pregressa, independentemente do uso de anticoagulante

Trombofilia conhecida

Cirurgia maior com imobilização prolongada

Lúpus eritematoso sistêmico com anticorpos antifosfolípídeos positivos ou desconhecidos

Doença valvular complicada com hipertensão pulmonar, FA ou endocardite

Tabagismo ( $\geq 15$  cigarros/dia + idade  $\geq 35$  anos)

Enxaqueca com aura

Doença cardíaca isquêmica atual ou pregressa

Acidente vascular cerebral (atual ou pregresso)

Hipertensão arterial sistêmica descompensada (sistólica  $>160$  ou diastólica  $> 100$  mmHg)

Hipertensão arterial sistêmica associada à doença vascular

Múltiplos fatores de risco para DCV (idade avançada, tabagismo, DM, HAS)

Diabetes com nefropatia, retinopatia ou neuropatia, ou diabetes há mais de 20 anos

Câncer de mama atual

Adenoma hepatocelular e tumores hepáticos malignos

Cirrose descompensada ou hepatite aguda

Vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A:** como vimos, há contraindicação absoluta aos combinados (idade  $>35$  anos + tabagismo acima de 15 cigarros/dia).

**Incorreta a alternativa B:** os combinados podem ser prescritos em tabagistas com idade inferior a 35 anos, pois o risco cardiovascular é reduzido pela idade.

**Correta a alternativa C:** está de acordo com o que vimos acima.

**Incorreta a alternativa D:** não existe esta recomendação.

**Incorreta a alternativa E:** após 35 anos, o uso de estrogênio não é permitido em tabagistas, nem natural nem sintético

**GABARITO: C**

**62.** Mulher de 23 anos, sexualmente ativa, procura atendimento com queixa de corrimento vaginal abundante há 7 dias. Refere secreção de coloração amarelo-esverdeada, de odor desagradável e associada a prurido intenso. Ao exame especular, observa-se colpíte difusa, com presença de secreção bolhosa e áreas puntiformes de sangramento na ectocérvice, conferindo o aspecto conhecido como "colo em morango". O pH vaginal é de 5,2 e o teste de aminas com KOH é negativo.

Assinale o agente etiológico mais provavelmente associado a esse quadro clínico.

- A) *Candida albicans*.
- B) *Trichomonas vaginalis*.
- C) *Gardnerella vaginalis*.
- D) *Chlamydia trachomatis*.
- E) *Neisseria gonorrhoeae*.

## COMENTÁRIOS:

A questão nos traz um achado clássico de uma das principais vulvovaginites: o colo em morango.

Observe que nossa paciente tem corrimento vaginal abundante, com odor e sinais inflamatórios. A inflamação se traduz em colpíte e no "colo em morango" ou "colo em framboesa", achado clássico que aparece bastante em provas, sugestivo de tricomoníase, uma vulvovaginite causada pelo protozoário flagelado *Trichomonas vaginalis*.

Vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A:** *Candida albicans* é o agente causador da candidíase, que causaria corrimento grumoso, esbranquiçado, sem odor e com sinais inflamatórios.

**Correta a alternativa B:** está de acordo com o que vimos acima.

**Incorreta a alternativa C:** *Gardnerella vaginalis* é um dos agentes da vaginose bacteriana, que causa corrimento branco-acinzentado, com odor, mas SEM sinais inflamatórios.

**Incorreta a alternativa D:** *Chlamydia trachomatis* causa cervicite, na maioria das vezes, assintomática.

**Incorreta a alternativa E:** *Neisseria gonorrhoeae* causa cervicite mucopurulenta.

## GABARITO: B

**63.** Paciente de 43 anos, G2P2, procura atendimento ambulatorial por queixas urinárias iniciadas há cerca de 3 meses. Refere necessidade frequente de urinar ao longo do dia, com episódios súbitos de urgência acompanhados de perda urinária, mesmo quando tenta chegar rapidamente ao banheiro. Relata também necessidade de urinar 2 a 3 vezes durante a madrugada. Nega comorbidades ou perdas urinárias ao realizar esforço físico. Ao exame físico, sem alterações. Exame de urina tipo I normal.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é

- A) incontinência urinária de esforço.
- B) infecção urinária recorrente.
- C) incontinência urinária funcional.

- D) síndrome da bexiga hiperativa.
- E) incontinência urinária por transbordamento.

---

## COMENTÁRIOS:

---

A bexiga hiperativa caracteriza-se como um conjunto de sinais e sintomas associados à urgência miccional, comumente acompanhados de aumento da frequência urinária e de noctúria. Em cerca de 30 a 50 % dessas pacientes, também está presente a incontinência urinária (urge-incontinência).

O diagnóstico da bexiga hiperativa é eminentemente clínico. Apesar de a principal causa dessa síndrome ser a hiperatividade do detrusor, somente é possível chegar a esse diagnóstico a partir da realização de um estudo urodinâmico.

A constatação de urgência miccional é o sintoma definidor da síndrome, por isso deve estar presente. A investigação sobre os antecedentes pessoais é fundamental para avaliar se existe uma incontinência secundária a uma doença ou ao uso de medicamentos.

A infecção de trato urinário pode mimetizar os sintomas da incontinência urinária de urgência. Por isso, a realização de uma análise da urina com cultura e sumário urinário é fundamental na investigação desses casos.

**Incorreta a alternativa A**, pois a paciente não tem perda aos esforços.

**Incorreta a alternativa B**, pois a paciente não tem episódios comprovados de infecção urinária.

**Incorreta a alternativa C**, pois a incontinência funcional é aquela que ocorre por alterações extraurinárias, como, por exemplo, uma dificuldade de locomoção.

**Correta a alternativa D**, conforme explicado acima.

**Incorreta a alternativa E**, pois, na incontinência por transbordamento, não há sintomas de urgência.

## GABARITO: D

**64.** Paciente de 36 anos, G2P2, comparece ao consultório para avaliação ginecológica de rotina. Refere estar em uso de sistema intrauterino com levonorgestrel (SIU-LNG) há 3 anos, sem intercorrências prévias. Relata ausência de menstruação nos últimos 5 meses, sem sintomas vasomotores, dor pélvica ou corrimento. Nega história de curetagem uterina, cirurgias endometriais ou infecções ginecológicas recentes. Realizou teste de gravidez com resultado negativo.

Diante do quadro apresentado, a explicação mais provável para a amenorreia atual é

- A) menopausa precoce secundária à falência ovariana.
- B) complicação infecciosa com dano endometrial irreversível.
- C) formação de sinéquias uterinas - síndrome de Asherman.
- D) endometrite crônica por uso prolongado do dispositivo.
- E) atrofia endometrial induzida pelo levonorgestrel intrauterino.

---

## COMENTÁRIOS:

---

Um dos mecanismos do DIU hormonal é a atrofia endometrial, por isso há redução importante do sangramento e, em alguns casos, até amenorreia. Por mais que não possamos prometer ausência de menstruação para pacientes que utilizam qualquer método hormonal contínuo, é algo que pode ocorrer devido à atrofia endometrial.

Nesse caso, a paciente está em amenorreia e não há nada na história clínica que nos faça pensar em outro mecanismo, como falência ovariana prematura (sintomas vasomotores) ou sinéquias uterinas (manipulação uterina). Dito isso, vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A:** na menopausa precoce secundária à falência ovariana, a paciente teria sintomas vasomotores e elevação dos níveis de FSH.

**Incorreta a alternativa B:** não há nada na história que nos faça pensar em processo infeccioso.

**Incorreta a alternativa C:** como vimos acima, não há sinais de manipulação intrauterina para a formação de sinéquias. Aliás, o DIU hormonal consegue ser protetor contra as sinéquias.

**Incorreta a alternativa D:** o DIU não aumenta o risco de processos infecciosos intrauterinos.

**Correta a alternativa E:** atrofia endometrial induzida pelo levonorgestrel intrauterino está de acordo com o que vimos acima.

### GABARITO: E

**65.** Paciente de 40 anos, G3P3, comparece ao ambulatório de ginecologia para exame de rotina. Nega queixas de sangramento, corrimento ou dor pélvica. Está em acompanhamento regular, com colpocitologias anteriores normais. Durante o exame especular, é identificado pólipos único, de cerca de 1,2 cm, pediculado, originado da endocérvice. O colo apresenta aspecto normal, sem lesões suspeitas. A paciente está hemodinamicamente estável e sem sinais de infecção.

A conduta mais apropriada para essa paciente é

- A) realizar excisão ambulatorial do pólipos para avaliação histopatológica.
- B) encaminhar para histerectomia total devido ao risco de malignidade.
- C) iniciar antibioticoterapia empírica para prevenção de complicações.
- D) realizar cauterização elétrica do colo uterino no mesmo momento.
- E) apenas observar clinicamente, sem necessidade de intervenção.

---

## COMENTÁRIOS:

---

Esta paciente apresenta um pólipos cervical, pediculado, visível ao exame especular. Trata-se de um pólipos assintomático, mas que, ainda assim, tem indicação de exérese.

As indicações de exérese dos pólipos cervicais são:

- pólipos sintomáticos (sangramento ou corrimento)
- pólipos com aparência “atípica”
- pólipos exteriorizados pelo colo uterino (visíveis ao exame especular)

A exérese dos pólipos cervicais pediculados e menores que 3 cm é facilmente realizada. Basta prender a base do pólipo (geralmente com uma pinça de Hallis), puxá-lo e torcê-lo. Em alguns casos, pode-se complementar o procedimento cauterizando a base do pólipo para evitar o sangramento.

Os pólipos sintomáticos endocervicais maiores que 3 cm ou de aparência suspeita devem ser ressecados através da histeroscopia. A histeroscopia possibilita a exérese completa da lesão, diminuindo o risco de recidiva.

Agora, vamos analisar as alternativas:

**Correta a alternativa A:** todo pólipo cervical visível ao exame especular deve ser ressecado.

**Incorreta a alternativa B,** porque não há necessidade de realizar histerectomia para tratamento deste pólipo e o risco de malignidade, neste caso, é muito pequeno, ao redor de 1,5% dos casos somente.

**Incorreta a alternativa C,** porque não há indicação de antibioticoterapia empírica para tratamento dos pólipos cervicais.

**Incorreta a alternativa D,** porque os pólipos cervicais devem ser ressecados para serem analisados histologicamente, não cauterizados.

**Incorreta a alternativa E,** porque há indicação de exérese do pólipo.

#### GABARITO: A

**66.** Mulher de 30 anos, G1P1, procura avaliação ginecológica com queixa de dor mamária bilateral há cerca de 4 meses. Relata que a dor é do tipo peso e aumento de sensibilidade nas mamas, com piora evidente nos dias que antecedem a menstruação e melhora espontânea após o início do sangramento. Não observa nódulos ou secreção mamilar. Nega febre, trauma local ou uso de medicamentos hormonais. Ao exame físico, as mamas apresentam simetria, sem nódulos palpáveis, sem sinais inflamatórios ou alterações cutâneas.

Nesse caso, o diagnóstico clínico mais provável é

- A) mastite infecciosa bilateral com apresentação subclínica.
- B) cisto de mama com aumento de volume na fase lútea.
- C) abscesso mamário com quadro inflamatório atenuado.
- D) adenose esclerosante com dor bilateral e difusa.
- E) mastalgia cíclica associada à variação hormonal do ciclo.

#### COMENTÁRIOS:

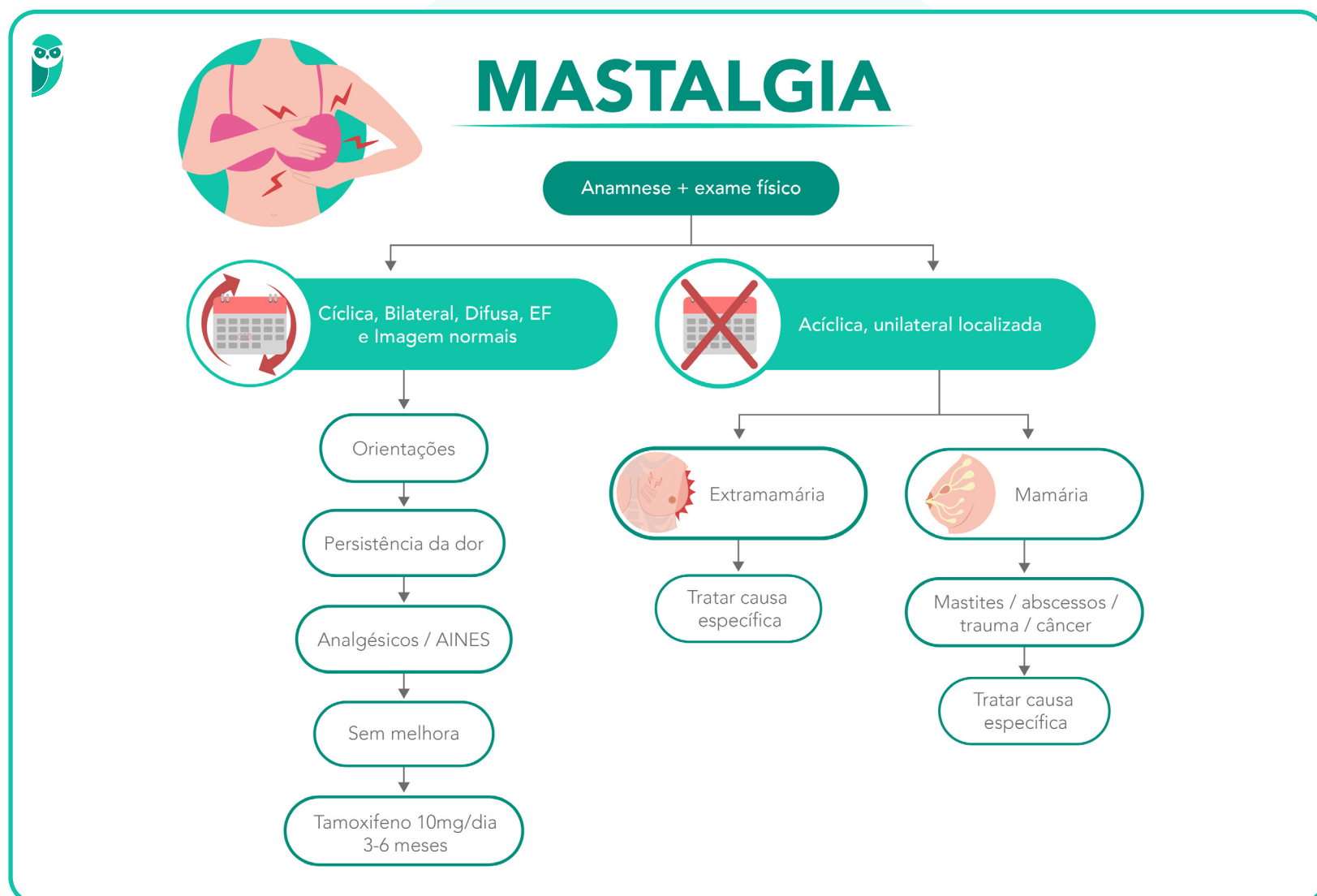
Esta paciente apresenta um quadro de mastalgia cíclica devido à alteração fibrocística benigna das mamas.

A alteração funcional benigna das mamas, ou doença fibrocística benigna da mama é caracterizada por sintomas de dor ou nódulos que se manifestam no final do ciclo menstrual e melhoram após a menstruação. Sua fisiopatologia está ligada às variações do estrógeno e da progesterona durante o ciclo menstrual.

O estrógeno e a progesterona estimulam a proliferação glandular na 2ª fase do ciclo menstrual, causando espessamento (nodular) e dor perto do período menstrual. Com a diminuição dos níveis hormonais após a menstruação, ocorre a regressão da proliferação e melhora dos sintomas.

As mulheres costumam referir dor bilateral, geralmente nos quadrantes superolaterais das mamas e, ao exame clínico, pode haver um espessamento, que regride após a menstruação.

Como dissemos, essa alteração funcional das mamas é benigna e até mesmo fisiológica. A primeira conduta a ser tomada é orientar e tranquilizar a paciente, afastando o medo do câncer. A maioria das pacientes costuma “melhorar” após esta orientação.



Agora, vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A**, porque a paciente não apresenta mastite, já que não tem quadro com sinais flogísticos.

**Incorreta a alternativa B**, porque os cistos mamários costumam se manifestar com mastalgia acíclica.

**Incorreta a alternativa C**, porque a paciente não apresenta quadro de mastite complicada com área de flutuação, sugestiva de abscesso mamário.

**Incorreta a alternativa D**, porque a adenose esclerosante costuma ser uma lesão assintomática.

**Correta a alternativa E**: a paciente apresenta quadro de mastalgia cíclica, característica de alteração funcional benigna das mamas.

**GABARITO: E**

**67.** Mulher de 51 anos, G2P2, comparece ao ambulatório de ginecologia com queixa de ondas de calor intensas, insônia e irritabilidade há 8 meses. Refere menopausa há 1 ano. Nega história de câncer pessoal ou familiar, trombose, hipertensão e tabagismo. Está com IMC de 24 kg/m<sup>2</sup>, pressão arterial de 110/70 mmHg, exames laboratoriais e de imagem recentes sem alterações. Deseja iniciar tratamento para melhora dos sintomas vasomotores, pois afirma que sua qualidade de vida tem sido comprometida.

A conduta mais apropriada para essa paciente é

- A) prescrever antidepressivo tricíclico como primeira escolha para alívio dos sintomas.
- B) indicar fitoterapia e acupuntura como opções de primeira linha para tratamento inicial.
- C) iniciar terapia hormonal com estrogênio e progesterona por ser a mais eficaz no controle de sintomas vasomotores.
- D) descartar uso hormonal devido à idade acima de 50 anos da paciente.
- E) recomendar apenas mudanças comportamentais e observar a evolução clínica.

## COMENTÁRIOS:

A terapia hormonal é objeto de estudos e discussões há muitos anos, envolvendo uma série de hormônios, vias de administração e esquemas terapêuticos. Os riscos e benefícios diferem em relação à idade das mulheres e ao tempo de menopausa.

As indicações atuais para o uso de TH são o tratamento de **sintomas vasomotores que impactem na qualidade de vida** e da **atrofia vulvovaginal (uso tópico)**, além da **prevenção e do tratamento da osteoporose** em casos individualizados. O uso deve ser feito na chamada **janela de oportunidade**, isto é, em pacientes **até 60 anos de idade e com menos de 10 anos de menopausa**.

A tabela abaixo resume as contraindicações à TH, segundo a Sociedade Brasileira de Climatério (SOBRAC):

### Contraindicações (segundo a SOBRAC 2024)

- sangramento vaginal inexplicável
- doença hepática
- histórico de câncer sensível ao estrogênio (incluindo câncer de mama)
- doença coronariana (DC)
- acidente vascular cerebral (AVC)
- infarto do miocárdio (IAM)
- tromboembolismo venoso (TEV) prévio ou história pessoal ou alto risco de doença tromboembólica hereditária

**Incorreta a alternativa A**, pois antidepressivos tricíclicos não são empregados no tratamento de sintomas vasomotores.

**Incorreta a alternativa B**, pois os fitoterápicos não têm comprovação científica de eficácia.

**Correta a alternativa C**, conforme explicado na introdução.

**Incorreta a alternativa D**, pois a paciente está na janela de oportunidade.

**Incorreta a alternativa E**, pois o tratamento recomendado é com terapia hormonal.

**GABARITO: C**

**68.** Mulher de 34 anos, G3P3, relata menstruações intensas e prolongadas há mais de 1 ano, com uso de mais de 10 absorventes ao dia durante o fluxo. Queixa-se de fadiga, palpitações e queda de cabelo. Ao exame físico: palidez cutaneomucosa, PA: 110/70 mmHg, FC: 92 bpm. Hemoglobina: 9,8 g/dL; ferritina: 8 ng/mL. Ultrassonografia transvaginal sem alterações uterinas estruturais.

A conduta inicial mais adequada para essa paciente é

- A) solicitar histeroscopia diagnóstica para avaliar cavidade uterina.
- B) iniciar ferro oral e considerar contraceptivo hormonal combinado.
- C) encaminhar para histerectomia total eletiva.
- D) administrar ferro intravenoso e indicar transfusão sanguínea urgente.
- E) realizar biópsia endometrial com aspiração de Pipelle.

## COMENTÁRIOS:

Esta paciente apresenta um quadro de sangramento uterino anormal crônico (há mais de 6 meses). O exame físico e o hemograma mostram um quadro de anemia e o ultrassom não apresenta alterações, mostrando que se trata de causa não estrutural.

O tratamento das causas não estruturais de sangramento uterino anormal é geralmente clínico. Poucas causas não estruturais têm a opção de tratamento cirúrgico, tais como a malformação arteriovenosa uterina e a istmocele.

A disfunção ovulatória (anovulação) é a causa não estrutural mais frequente de SUA. A síndrome dos ovários policísticos é a doença endócrina mais frequente do menacme e tem como um dos seus critérios diagnósticos a anovulação crônica. Nesses casos, as pacientes apresentam ciclos de uma fase só (monofásicos), com ausência da fase secretora. Nesses ciclos, o endométrio sofre a exposição contínua do estrógeno, que produz um endométrio instável devido à falta de progesterona. Esse endométrio instável acaba “desmoronando” de forma irregular, levando à oligomenorreia ou amenorreia.

O tratamento intuitivo para esses casos é a administração de progesterona (que está faltando no ciclo). A prescrição de anticoncepcionais combinados também é eficaz porque um pouco de estrógeno também ajuda a evitar o sangramento de escape. Sendo assim, para esses casos, os anticoncepcionais combinados, os progestágenos isolados e o SIU de levonorgestrel são opções terapêuticas eficazes e diminuem o risco de hiperplasia endometrial ou câncer de endométrio, uma vez que a progesterona faz oposição ao efeito proliferativo do estrógeno sobre o endométrio.

Embora os anticoncepcionais combinados, os progestágenos isolados e o SIU de levonorgestrel apresentem eficácia semelhante para o tratamento da disfunção ovulatória, observamos que esses tratamentos apresentam eficácia diferente para o sangramento menstrual intenso.

O SIU de levonorgestrel é o mais eficaz para a redução do fluxo menstrual, com uma redução de até 100%. O tratamento cíclico com progestágeno oral vem em segundo lugar apresentando uma redução de cerca de 90%, enquanto os anticoncepcionais combinados mostram uma redução de aproximadamente 70%.

Em comparação, o uso de ácido tranexâmico e o de anti-inflamatórios reduz a perda de sangue menstrual em 45% e 30%, respectivamente.

Agora, vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A**, porque a paciente não apresenta alteração ao ultrassom sugestiva de pólipos ou miomatose, ou qualquer outra informação que justifique a necessidade de avaliação da cavidade uterina. Veja abaixo as indicações de histeroscopia nos casos de sangramento uterino anormal:

INDICAÇÕES DE AVALIAÇÃO ENDOMETRIAL NO SUA
<b>Idade &gt; 45 anos</b>
Espessamento endometrial
Mulheres com fatores de risco para câncer de endométrio
História de exposição estrogênica sem oposição da progesterona
Dúvida no diagnóstico
<b>Idade entre 35 e 45 anos</b>
Sem melhora com o tratamento medicamentoso
Suspeita de sangramento anovulatório
<b>Idade &lt; 35 anos</b>
Estimulação estrogênica prolongada

**Correta a alternativa B:** está indicado o tratamento da anemia com ferro oral e o uso de anticoncepcional hormonal combinado para reduzir o fluxo menstrual.

**Incorreta a alternativa C,** porque o enunciado não informa sobre o desejo gestacional da paciente.

**Incorreta a alternativa D,** porque a paciente não tem indicação de transfusão sanguínea, já que está hemodinamicamente estável, com Hb=9,8.

**Incorreta a alternativa E,** porque a paciente não tem indicação de biópsia do endométrio.

#### GABARITO: B

**69.** Mulher de 42 anos, G2P2, comparece ao consultório com queixa de sangramento uterino aumentado e dor pélvica cíclica progressiva nos últimos 10 meses. Refere prejuízo na qualidade de vida, mas nega desejo gestacional atual. Ao exame ginecológico, útero globoso e sensível à palpação.

Ultrassonografia transvaginal evidenciou útero aumentado, com zona juncional espessada, contornos irregulares da junção endométrio-miométrio, presença de cistos miometriais anecoicos medindo até 6 mm e padrão de heterogeneidade difusa do miométrio posterior.

Considerando o quadro clínico e os achados de imagem, a conduta inicial mais adequada é

- A) indicar miomectomia laparoscópica com biópsia dirigida do miométrio.
- B) iniciar antifibrinolítico apenas nos dias de sangramento intenso.
- C) realizar ablação endometrial por histeroscopia com ressectoscópio.
- D) aplicar terapia hormonal com sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG).
- E) indicar histerectomia total por via abdominal como tratamento definitivo.

#### COMENTÁRIOS:

Esta paciente apresenta um quadro de sangramento uterino aumentado e dor pélvica cíclica progressiva e esses são os sintomas da adenomiose. A zona juncional espessada, contornos irregulares da junção endométrio-miométrio, presença de cistos miometriais anecoicos e heterogeneidade difusa do miométrio posterior são achados ultrassonográficos compatíveis com a doença.

A adenomiose é definida como a invasão do tecido endometrial no miométrio. O diagnóstico definitivo da adenomiose é “classicamente” feito nos úteros provenientes de histerectomia, em que verificamos a presença de tecido endometrial entremeado no miométrio. A adenomiose se caracteriza histologicamente pela invasão benigna do endométrio no miométrio além de 2,5 mm de profundidade.

Aproximadamente um terço das mulheres com adenomiose são assintomáticas.

Os principais sintomas da adenomiose são o sangramento uterino anormal (hipermenorreia e menorragia) e a dismenorreia.

Outros possíveis sintomas são a dor pélvica crônica e a infertilidade, que podem estar presentes não somente pela adenomiose, mas devido a um quadro de endometriose associada.

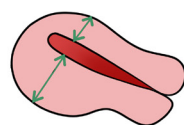
A adenomiose pode aumentar o volume do útero, podendo chegar a causar sintomas compressivos dos órgãos adjacentes (mas isso é bastante raro).

Em geral, os sintomas ocorrem entre os 40 e 50 anos de idade. Isso pode acontecer porque a fisiopatologia da adenomiose depende do estímulo cumulativo do estrogênio, mas também pode ser que aconteça simplesmente porque essa é a idade em que ocorre a maior porcentagem de histerectomias.

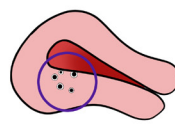
O toque bimanual em mulheres com adenomiose pode mostrar um útero móvel, aumentado de forma difusa, superfície lisa e consistência macia (“esponjoso”). Esse aumento não costuma ultrapassar o correspondente a 12 semanas de gestação, por isso é incomum a ocorrência de sintomas compressivos dos órgãos adjacentes. Ocorre devido à proliferação do endométrio juntamente com a hiperplasia e hipertrofia das células no miométrio. A palpação e mobilização do útero pode ser um pouco dolorosa.

O diagnóstico definitivo da adenomiose uterina é histológico, feito através do estudo anatomopatológico, após a ressecção de um adenomioma, ou do útero após a histerectomia. Entretanto, podemos fazer o diagnóstico presumido da doença a partir da clínica e dos exames de imagem. Os exames de imagem mais utilizados são a ultrassonografia e a RNM, sendo o melhor a ressonância magnética.

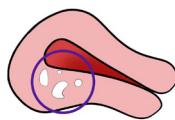
### CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS ULTRASSONOGRÁFICOS DA ADENOMIOSE



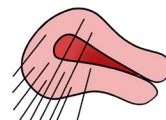
A - Espessura miometrial assimétrica



B - Cistos miometriais



C - Ilhas hiperecoicas



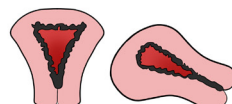
D - Sombreamento em forma de leque



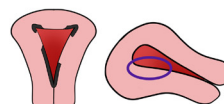
E - Linhas e botões subendometriais ecogênicos



F - Vascularização atravessando a lesão



G - Zona juncional irregular



H - Zona juncional interrompida

A presença de 2 ou mais critérios é altamente sugestiva de Adenomiose.



Para as mulheres sem prole constituída, o tratamento hormonal pode ser eficaz no sangramento uterino anormal e na dismenorreia. Mas esses medicamentos impedem a gravidez, podendo ser utilizados somente até o momento em que a paciente deseje engravidar. O SIU de levonorgestrel é a primeira escolha de tratamento clínico para a adenomiose.

A histerectomia é o tratamento definitivo para a adenomiose. Como a doença está confinada ao corpo do útero, os ovários podem ser conservados.

Agora, vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A**, porque a paciente não apresenta miomatose uterina, e sim adenomiose.

**Incorreta a alternativa B**, porque, apesar de o antifibrinolítico ser uma opção de tratamento para o quadro de sangramento uterino anormal, não é a principal escolha para o tratamento da adenomiose.

**Incorreta a alternativa C**, porque a ablação endometrial não costuma ser uma boa opção de tratamento para a adenomiose, já que melhora o quadro de sangramento, mas não costuma aliviar a queixa de dor pélvica.

**Correta a alternativa D**: a primeira escolha de tratamento medicamentoso para a adenomiose é o SIU de levonorgestrel.

**Incorreta a alternativa E**, porque a conduta inicial mais adequada é o tratamento clínico medicamentoso.

#### GABARITO: D

**70.** Mulher de 29 anos, G0P0, procura atendimento por dor crônica na região vulvar com início há cerca de 6 meses. Relata sensação de ardência e queimação na entrada vaginal, piorando com uso de roupas justas, longos períodos sentada e durante o contato sexual. Nega corrimentos, infecções prévias recentes ou uso de medicamentos locais. Já utilizou antifúngicos e antibióticos sem melhora.

Ao exame físico, não há lesões aparentes em vulva ou vagina, mas há dor referida à pressão leve com cotonete no vestíbulo vulvar posterior. Os exames laboratoriais e culturas estão normais. Refere impacto significativo em sua vida sexual e emocional.

Nesse caso, a conduta inicial mais adequada é

- A) iniciar terapia antifúngica tópica por 14 dias.
- B) encaminhar para biópsia vulvar imediata.
- C) fisioterapia pélvica e iniciar antidepressivo tricíclico de baixa dose.
- D) prescrever corticoide sistêmico por 30 dias.
- E) afastar-se da atividade sexual até remissão espontânea da dor.

#### COMENTÁRIOS:

A vulvodínea caracteriza-se por **dor crônica ou desconforto envolvendo a vulva por mais de três meses, em que não é possível encontrar uma etiologia clara, causada pelo ato sexual ou toque direto.**

A fisiopatologia parece estar associada a uma **sensibilização periférica e central**, levando a uma **dor neuropática**. O tratamento necessita de uma abordagem multidisciplinar, envolvendo ginecologistas, psicoterapeutas e fisioterapeutas. Ele pode ser realizado com a **injeção de anestésicos locais ou com o uso de medicações que encerram esse ciclo de sensibilização dolorosa, como antidepressivos tricíclicos.**

**Incorreta a alternativa A**, pois a paciente não tem clínica compatível com vulvovaginite.

**Incorreta a alternativa B**, pois não há lesão para ser biopsiada.

Correta a alternativa C, pois o quadro é compatível com vulvodínea.

Incorreta a alternativa D, pois não há indicação do uso de corticoide.

Incorreta a alternativa E, pois não haverá remissão sem tratamento.

**GABARITO: C**

**71.** Paciente de 26 anos, nuligesta, comparece para investigação de infertilidade primária. Relata ciclos regulares, sem dismenorrea significativa. Nega comorbidades. Exame físico sem alterações. A histerossalpingografia revelou cavidade endometrial com contornos regulares, mas com falha de enchimento linear no terço superior, trompas visualizadas com Cotté positivo. Solicitada ressonância magnética pélvica, que evidenciou útero único com reentrância endometrial medindo 18 mm e ângulo de 60° e sem duplicidade de colo ou vagina.

Assinale a opção que apresenta a malformação uterina mais provável e a conduta adequada.

- A) Útero bicornio – indicar correção cirúrgica por laparotomia.
- B) Útero didelfo – encaminhar para metroplastia abdominal.
- C) Útero unicornio – iniciar estimulação ovariana com clomifeno.
- D) Útero arqueado – acompanhar clinicamente sem intervenção.
- E) Útero septado – realizar histeroscopia com ressecção do septo.

---

## COMENTÁRIOS:

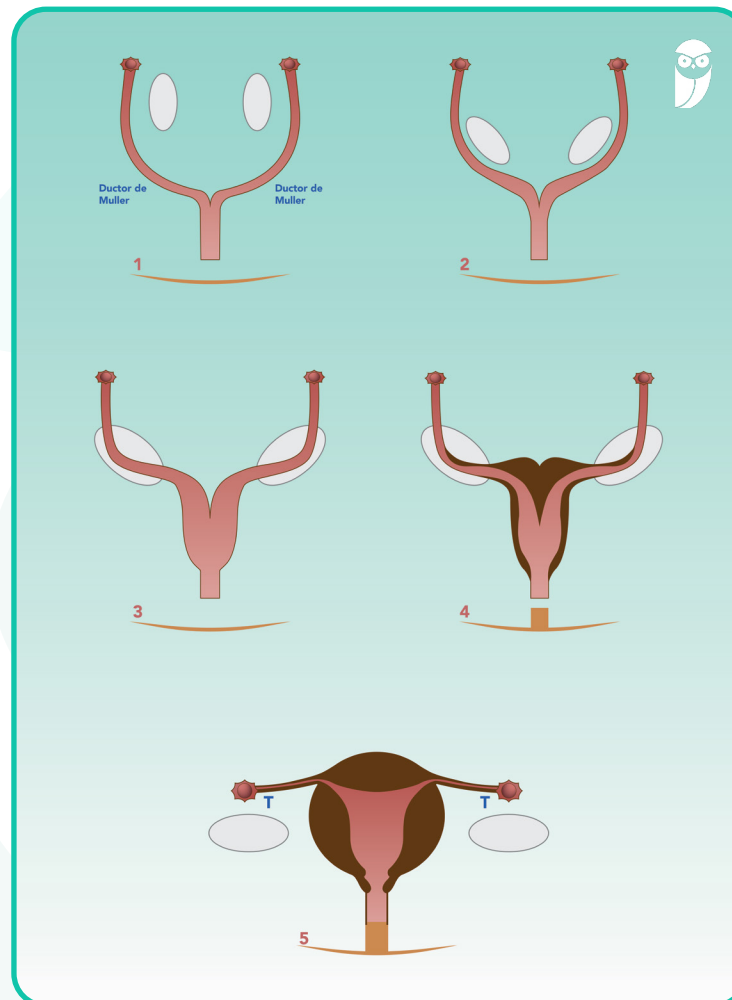
---

Existem dois tipos de ductos genitais embrionários em ambos os sexos: os **mesonéfricos (ductos de Wolff)** e os **paramesonéfricos (ductos de Müller)**. No sexo feminino, os ductos que se desenvolvem são os de Müller, devido à ausência de produção do **hormônio antimülleriano**. No sexo feminino, não há participação dos esteroides sexuais no desenvolvimento dos ductos.

A imagem abaixo resume todo esse processo.

A porção cranial desses ductos dará origem às tubas uterinas, e a porção caudal irá fundir-se na linha média (3) e dará origem ao **útero e ao terço superior da vagina**; a parte da extremidade cranial do ducto de Müller que não contribuiu para o desenvolvimento da tuba uterina pode persistir como um apêndice vesicular, chamado de hidátide de Morgagni. Com cerca de 20 semanas de vida embrionária, o septo formado pela fusão dos ductos no polo superior do útero é reabsorvido, formando uma cavidade uterina única (4).

O ducto genital desenvolvido se fundirá ao seio urogenital, formando o canal vaginal completo (5).



Durante esse processo de fusão e reabsorção, algumas falhas podem ocorrer, levando às chamadas **malformações uterinas ou müllerianas**; no quadro abaixo, resumimos essas alterações que aparecem nas provas de Residência.

### Malformações mullerianas

As malformações uterinas ou *müllerianas* são as anormalidades causadas por fusão embriológica defeituosa ou falha na recanalização dos ductos de Müller na formação da cavidade uterina normal.

As malformações uterinas mais comuns são a agenesia, os defeitos de fusão lateral e os defeitos de fusão vertical.

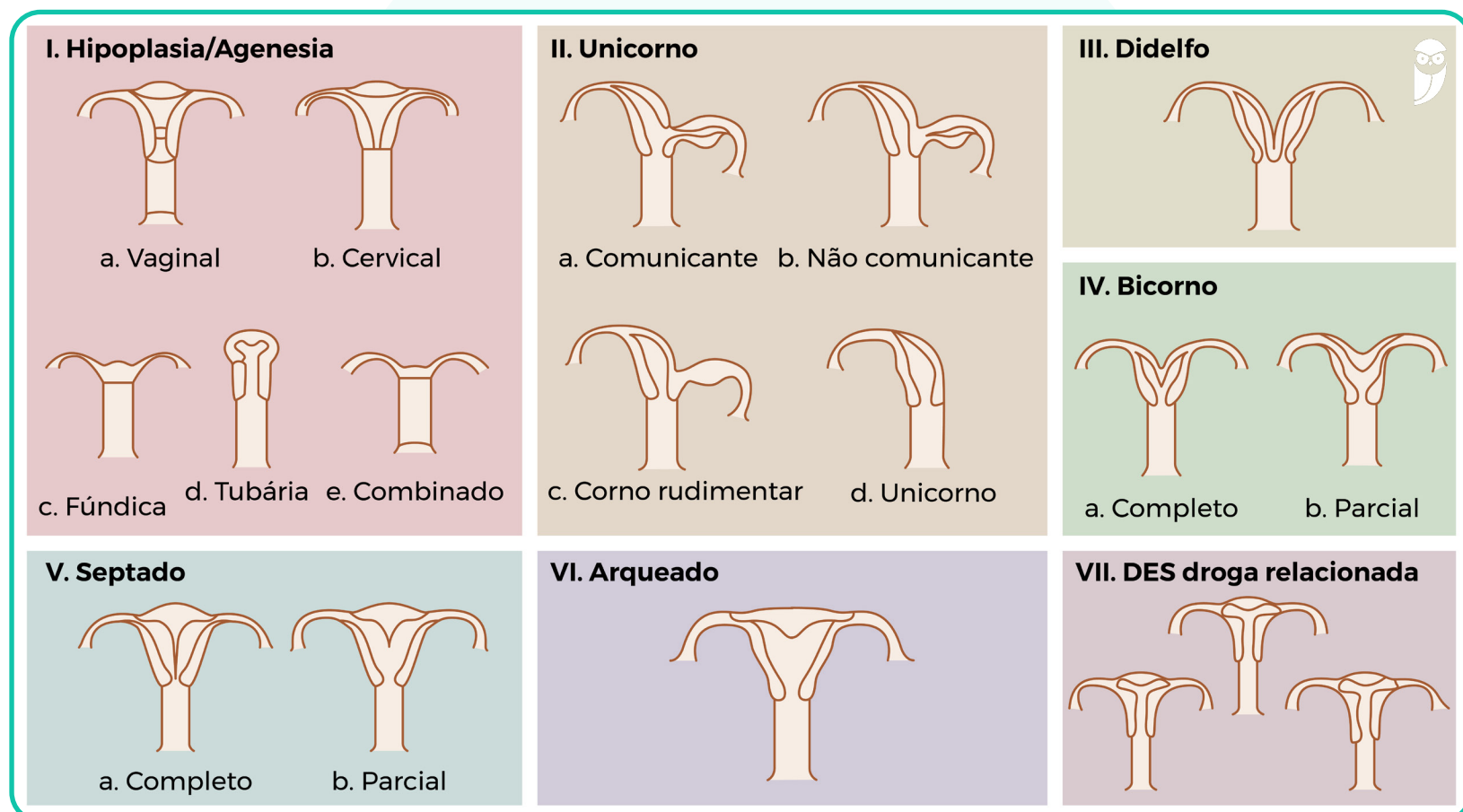
**Agenesia:** é a presença de cornos rudimentares ou de nenhuma estrutura uterina. A associação com agenesia de terço superior de vagina é a síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser.

**Defeitos de fusão lateral:** são o tipo mais comum, resultado de falha na formação de um ducto, na fusão desses ductos ou na reabsorção do septo entre eles. Entre esses defeitos, temos:

- **útero septado (parcial ou completo)** – não há regressão do septo medial dos ductos paramesonéfricos após a fusão. É a malformação uterina mais comum.
- **útero arqueado** – discreta convexidade do fundo uterino ou pequeno septo na linha média com um fundo normal.
- **útero unicorno** – resulta da falha de desenvolvimento de um dos ductos paramesonéfricos, podendo ou não apresentar um corno rudimentar.
- **útero bicorno** – apresenta duas cavidades endometriais que se comunicam e um colo uterino por fusão incompleta dos ductos.
- **útero didelfo** – presença de dois cornos uterinos separados, cada um com uma cavidade uterina e com um colo uterino por uma falha na fusão dos ductos.

**Defeitos de fusão vertical:** são resultado da falha de fusão distal dos ductos *müllerianos* com o seio urogenital ou de defeitos na recanalização vaginal, resultando na formação de septos vaginais. Vale lembrar que os septos vaginais associados à amenorreia são os transversos.

A ilustração abaixo demonstra as principais malformações *müllerianas* existentes:



O achado de **reentrância endometrial de 18 mm e ângulo de 60°** na ressonância magnética, com útero único e sem duplicidade cervical ou vaginal, é compatível com **útero septado** segundo os critérios morfométricos atuais (CUME e ASRM 2021).

De acordo com o *Tratado de Ginecologia FEBRASGO 2025*, considera-se:

- **Útero septado:** indentação  $\geq 10$  mm e ângulo  $< 90^\circ$ ; contorno externo convexo ou plano.
- **Útero arqueado:** indentação  $< 10$  mm e ângulo  $> 90^\circ$ . O exame da paciente, portanto, enquadra-se como **útero septado** (indentação 18 mm, ângulo  $60^\circ$ ).

**Incorreta a alternativa A**, pois o útero bicorno teria duas cavidades uterinas.

**Incorreta a alternativa B**, pois o útero didelfo teria duas cavidades uterinas e dois colos.

**Incorreta a alternativa C**, pois um útero unicorno teria um tamanho reduzido.

**Incorreta a alternativa D**, pois o útero arqueado teria um ângulo superior a 90 graus

**Correta a alternativa E**, conforme explicado na introdução. Além disso, o útero septado é o único que causa infertilidade e deve ser ressecado nesse caso.

**GABARITO: E**

**72.** Mulher de 26 anos, nuligesta, sexualmente ativa, comparece para exame ginecológico de rotina. Refere ciclos menstruais regulares, sem queixas geniturinárias.

Ao exame especular, observa-se pequena lesão esbranquiçada, translúcida, elevada, medindo cerca de 4 mm, em região do colo uterino, sem sinais de inflamação, sangramento ou lesões acetobranças. Colpocitologia e teste de HPV realizados há 8 meses foram normais.

A conduta mais apropriada diante desse achado é

- A) realizar biópsia excisional.
- B) registrar o achado e manter seguimento de rotina.
- C) encaminhar para colposcopia e biópsia dirigida.
- D) realizar cauterização química com ácido tricloroacético.
- E) iniciar antibioticoterapia de amplo espectro.

## COMENTÁRIOS:

Essa é uma questão pegadinha. A chave para respondê-la é você observar que a nossa paciente é HPV NEGATIVO! Esse teste tem alto valor preditivo negativo, portanto indica que, em 5 anos, não teremos lesão de alto grau ou câncer de colo uterino. Logo, pelo que o exame ginecológico descrito traz, não são achados HPV induzidos. E o que é essa lesão esbranquiçada e translúcida?

Um cisto de Naboth! Achado normal do epitélio metaplásico do colo uterino!

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A:** não precisamos biopsiar achados normais.

**Correta a alternativa B:** como é apenas um achado normal, o registro deve ser feito e não precisa de nenhum tratamento adicional.

**Incorreta a alternativa C:** em HPV negativo não há necessidade de colposcopia.

**Incorreta a alternativa D:** nenhum procedimento deve ser feito em achado normal.

**Incorreta a alternativa E:** Não há sinais de cervicite para indicar antibioticoterapia.

## GABARITO: B

**73.** Paciente de 24 anos, G0P0, previamente hígida, procura atendimento com dor pélvica em baixo ventre há 5 dias, de intensidade progressiva, associada a corrimento vaginal purulento e febre não aferida. Refere também dispareunia e disúria.

Ao exame físico: dor à palpação hipogástrica e à mobilização uterina, toque vaginal com dor à palpação de anexos. Sinais vitais: temperatura axilar de 38,3 °C, frequência cardíaca de 114 bpm e pressão arterial de 90/60 mmHg. Laboratório com leucocitose e PCR elevada. Ultrassonografia transvaginal evidencia imagem cística complexa em anexo direito, com conteúdo espesso e septações finas, medindo 5,5 cm.

A conduta inicial mais adequada é

- A) acompanhamento ambulatorial com antibioticoterapia oral e controle com US seriada.
- B) realização de drenagem cirúrgica imediata do abscesso anexial por laparoscopia.
- C) início de anticoncepcional hormonal combinado para redução do processo inflamatório.

- D) internação hospitalar e início de antibioticoterapia endovenosa para DIP complicada.
- E) indicação de histerossalpingografia para melhor avaliação do conteúdo tubário.

## COMENTÁRIOS:

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

A laparoscopia pode ser empregada como ferramenta diagnóstica, tendo um papel importante nos casos em que o acometimento já alcançou as tubas uterinas, apresentando um valor preditivo positivo entre 65% e 90%. Porém, a videolaparoscopia não tem papel no diagnóstico quando a infecção ainda está restrita ao endométrio. O diagnóstico da DIP é considerado clínico, apresentando sensibilidade de 87%, e especificidade de 50%.

Devido à heterogeneidade de sintomas e a fim de evitar que haja perda de diagnósticos foram desenvolvidos **critérios diagnósticos bem definidos** para a doença inflamatória pélvica que se encontram no quadro abaixo:

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE DIP		
MAIORES	MENORES	ELABORADOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dor abdominal ou infraumbilical.</li> <li>Dor à palpação anexial.</li> <li>Dor à mobilização do colo uterino.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temperatura axilar maior que 38,3º C.</li> <li>Conteúdo cervical ou vaginal anormal.</li> <li>Massa pélvica.</li> <li>Leucocitose em sangue periférico.</li> <li>Proteína C-reativa ou velocidade de hemossedimentação aumentadas.</li> <li>Mais de cinco leucócitos por campo de imersão em secreção de endocérvice.</li> <li>Comprovação laboratorial de infecção por clamídia, gonococo ou micoplasma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evidência histopatológica de endometrite.</li> <li>Presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem (USG pélvica ou ressonância magnética).</li> <li>Videolaparoscopia com evidências de DIP.</li> </ul>
DIAGNÓSTICO: TRÊS CRITÉRIOS MAIORES + UM CRITÉRIO MENOR OU UM CRITÉRIO ELABORADO ISOLADAMENTE		

Uma dúvida importante que se impõe na prática clínica e nas questões da prova de Residência é a decisão de como realizar o tratamento da paciente com DIP e se deve ser feito em regime **ambulatorial** ou **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

Intolerância a antibióticos orais ou dificuldade para seguimento ambulatorial

Gravidez

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

**Incorreta a alternativa A**, pois a presença de abscesso indica internação.

**Incorreta a alternativa B**, pois, apenas se não houver melhora clínica, é que devemos indicar cirurgia.

**Incorreta a alternativa C**, pois trata-se de um processo infeccioso que deve ser tratado com antibioticoterapia.

**Correta a alternativa D**, conforme explicado na introdução, a paciente tem um abscesso.

**Incorreta a alternativa E**, pois a histerossalpingografia não é empregada na avaliação de urgência de DIP.

#### GABARITO: D

**74.** Adolescente de 17 anos, nuligesta, comparece à consulta por ausência de menarca. Relata desenvolvimento mamário iniciado aos 12 anos (M2), mas sem progressão.

Ao exame físico: mamas em M3, presença de pelos púbicos e axilares em P4, genitália normal. IMC: 21 kg/m<sup>2</sup>. Exames laboratoriais: FSH 48 mUI/mL, LH 32 mUI/mL, estradiol 12 pg/mL. Cariótipo: 46,XX.

Nesse caso, a hipótese diagnóstica mais provável é

- A) hiperplasia adrenal congênita de forma não clássica.
- B) síndrome de resistência aos andrógenos.
- C) insuficiência ovariana primária.
- D) síndrome de Rokitansky.
- E) síndrome de Kallmann.

#### COMENTÁRIOS:

Temos uma paciente de 17 anos que ainda não teve a menarca. Relembre os critérios de investigação de amenorreia primária: 13 anos, na ausência de caracteres sexuais secundários e 15 anos, mesmo na presença deles.

Houve desenvolvimento de mamas (M2), mas a paciente já tem 17 anos, por isso deve ser investigada. Nos exames complementares, temos dosagem de FSH elevada, o que fala a favor de falência ovariana. Em geral, as falências ovarianas cursam com amenorreia primária SEM caracteres sexuais secundários, mas pode acontecer do eixo HHO (hipotálamo-hipófise-ovariano) funcionar, iniciar o desenvolvimento puberal e, depois, devido à perda acelerada dos folículos, não produzir mais hormônios e não haver menarca.

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A:** hiperplasia adrenal congênita de forma não clássica cursaria com amenorreia secundária, com o quadro clínico bastante semelhante à síndrome dos ovários policísticos.

**Incorreta a alternativa B:** na síndrome de resistência aos andrógenos, também chamada de Síndrome de Morris, o cariótipo seria 46XY. Teríamos amenorreia primária devido ausência de útero, trompas e 2/3 superiores da vagina, por defeito no receptor de androgênios.

**Correta a alternativa C:** insuficiência ovariana primária está de acordo com o que vimos acima.

**Incorreta a alternativa D:** na síndrome de Rokitansky, teríamos amenorreia primária devido à ausência de útero, trompas e 2/3 superiores da vagina por causa de falha no desenvolvimento dos ductos de Muller. A dosagem de gonadotrofinas estaria normal.

**Incorreta a alternativa E:** na síndrome de Kallmann, teríamos amenorreia primária sem desenvolvimento sexual secundário e a dosagem de gonadotrofinas estaria reduzida.

**GABARITO: C**

**75.** Paciente de 67 anos, G3P3, apresenta sangramento uterino anormal na pós-menopausa. A biópsia endometrial revelou adenocarcinoma endometriode grau 2. Realizada histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral e linfadenectomia pélvica. O anatomopatológico demonstrou tumor infiltrando mais de 50% do miométrio, sem acometimento cervical, trompas, ovários ou linfonodos. Ausência de invasão linfovascular.

Com base nos achados clínico-patológicos, o estadiamento FIGO de 2023 mais adequado para esse caso é

- A) Estágio IA – invasão menor que 50% do miométrio.
- B) Estágio IB – invasão maior que 50% do miométrio, sem extensão extrauterina.
- C) Estágio II – acometimento estromal cervical.
- D) Estágio IIIA – invasão serosa uterina ou anexial.
- E) Estágio IIIC1 – metástase para linfonodos pélvicos.

---

## COMENTÁRIOS:

---

Esta é uma questão sobre o estadiamento do câncer de endométrio. Veja abaixo:

**ESTADIAMENTO DO CÂNCER DE ENDOMÉTRIO - FIGO 2023**


ESTÁDIO	DESCRIÇÃO
<b>ESTÁDIO I</b>	Confinado ao corpo uterino e ao ovário
<b>IA</b>	Doença limitada ao endométrio OU tipo histológico não agressivo, ou seja, endometriose de baixo grau, com invasão de menos da metade do miométrio sem invasão angiolinfática (IAL) ou IAL focal OU doença de bom prognóstico
IA1	Tipo histológico não agressivo limitado a um pólipó endometrial OU confinado ao endométrio
IA2	Tipos histológicos não agressivos comprometendo menos da metade do miométrio sem IAL ou IAL focal
IA3	Carcinomas endometrioides de baixo grau limitados ao útero e ovário
<b>IB</b>	Tipos histológicos não agressivos com invasão de metade ou mais do miométrio, sem IAL ou com IAL focal
<b>IC</b>	Tipos histológicos agressivos limitados a um pólipó ou confinados ao endométrio
<b>ESTÁDIO II</b>	Invasão do estroma cervical com extensão extrauterina OU com IAL substancial OU tipos histológicos agressivos com invasão miometrial
<b>IIA</b>	Invasão do estroma cervical de tipos histológicos não agressivos
<b>IIB</b>	IAL substancial de tipos histológicos não agressivos
<b>IIC</b>	Tipos histológicos agressivos com qualquer envolvimento miometrial
<b>ESTÁDIO III</b>	Disseminação local e/ou regional do tumor de qualquer subtipo histológico
<b>IIIA</b>	Invasão da serosa uterina, anexos ou ambos por extensão direta ou metástase
IIIA1	Disseminação para o ovário ou trompa de Falópio (exceto quando preencher os critérios do estágio IA3)
IIIA2	Envolvimento da subserosa uterina ou disseminação através da serosa uterina
<b>IIIB</b>	Metástase ou disseminação direta para a vagina e/ou para o paramétrio ou peritônio pélvico
IIIB1	Metástase ou disseminação direta para a vagina e/ou paramétrio
IIIB2	Metástase para o peritônio pélvico
<b>IIIC</b>	Metástase para linfonodos pélvicos ou para-aórticos ou ambos
IIIC1	Metástase para linfonodos pélvicos IIIC1i Micrometástase IIIC1ii Macrometástase
IIIC2	Metástase para linfonodos para-aórticos até os vasos renais, com ou sem metástase para linfonodos pélvicos IIIC2i Micrometástase IIIC2ii Macrometástase
<b>ESTÁDIO IV</b>	Disseminação para mucosa vesical e/ou mucosa intestinal e/ou metástase à distância
<b>IVA</b>	Invasão da mucosa vesical e/ou mucosa intestinal/intestinal
<b>IVB</b>	Metástase peritoneal abdominal além da pelve
<b>IVC</b>	Metástase distante, incluindo metástase para quaisquer linfonodos extra ou intra-abdominais acima dos vasos renais, pulmões, fígado, cérebro ou osso

**Classificação Molecular**

Quando possível, a adição do subtipo molecular aos critérios de estadiamento permite uma melhor previsão do prognóstico em um esquema de estadiamento/prognóstico.

- Mutação POLE patogênica (POLEmut) = Bom prognóstico
- Deficiência de reparo incompatível (MMRd)/instabilidade de microssatélites e nenhum perfil molecular específico (NSMP) = Prognóstico intermediário
- p53 anormal (p53abn) = Prognóstico ruim

Quando a classificação molecular é conhecida:

- No câncer de endométrio inicial, a presença de mutações POLE patogênicas ou de anormalidades de p53 agora modifica o estágio FIGO. Para tumores de estágio I e II com base em achados cirúrgicos/anatômicos e histológicos, um carcinoma endometrial POLEmut, confinado ao corpo uterino ou com extensão cervical, independentemente do grau de LVS1 ou tipo histológico, agora é classificado como estágio IAmpOLEmut, enquanto um p53abn carcinoma endometrial confinado ao corpo uterino com qualquer invasão miometrial, com ou sem invasão cervical e independentemente do grau de LVS1, é classificado como Estágio IICmp53abn.
- O estágio avançado do câncer de endométrio com base em características cirúrgicas e/ou clínico-patológicas não é alterado após caracterização molecular adicional. Assim, tumores de estágio III e IV, para os quais a classificação molecular revela p53abn, devem ser registrados como estágio IIImp53abn ou estágio IVmp53abn, respectivamente, para fins de coleta de dados.

Essa paciente tem um adenocarcinoma endometriode grau 2. O anatomopatológico demonstrou tumor infiltrando mais de 50% do miométrio, sem acometimento cervical, trompas, ovários ou linfonodos. Ausência de invasão linfovascular. Sendo assim, trata-se de estágio IB.

Vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A**, porque a paciente tem um tumor infiltrando mais de 50% do miométrio.

**Correta a alternativa B**: trata-se de câncer de endométrio estágio IB.

**Incorreta a alternativa C**, porque a paciente não tem acometimento do estroma cervical pelo tumor.

**Incorreta a alternativa D**, porque não há invasão da serosa uterina ou anexial.

**Incorreta a alternativa E**, porque não há comprometimento linfonodal.

**GABARITO: B**

**76.** Mulher de 39 anos, G3P3, procura atendimento por amenorreia secundária há 3 anos e fadiga progressiva. Relata que, após o último parto, apresentou hemorragia puerperal grave com necessidade de transfusão sanguínea. Desde então, não voltou a menstruar, não apresentou lactação e vem notando ressecamento vaginal e queda de cabelos. Ao exame: PA 94/62 mmHg, FC 96 bpm, pele seca, genitália externa atrófica, mamas hipotróficas. IMC: 23 kg/m<sup>2</sup>.

Exames laboratoriais:

- TSH: 0,1 µUI/mL;
- T4 livre: 0,4 ng/dL;
- FSH: 2,1 mUI/mL;
- LH: 1,9 mUI/mL;
- Cortisol matinal: 4,1 µg/dL;
- Prolactina: 2,1 ng/mL.

O diagnóstico mais provável diante desse quadro clínico e laboratorial é

- A) hipotireoidismo primário.
- B) insuficiência ovariana primária.
- C) síndrome de Asherman.
- D) síndrome de Sheehan.
- E) tumor hipofisário não secretor.

**COMENTÁRIOS:**

Nossa paciente tem um quadro de amenorreia pós-parto persistindo por muitos anos. O que chama atenção nesse caso é que, no parto, houve sangramento excessivo e a paciente não conseguiu amamentar, falando a favor de necrose hipofisária secundária ao sangramento excessivo, quadro clássico de Síndrome de Sheehan. Quando isso ocorre, a paciente perde a produção de todos os hormônios hipofisários, evoluindo com pele fria, ganho de peso, fadiga crônica, agalactia e amenorreia.

O laboratório que a questão traz confirma tal quadro, já que todos os hormônios hipofisários estão reduzidos.

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A:** o hipotireoidismo é secundário à necrose hipofisária.

**Incorreta a alternativa B:** na insuficiência ovariana primária, os níveis de FSH estariam elevados, não reduzidos

**Incorreta a alternativa C:** síndrome de Asherman é causa de amenorreia secundária devido à formação de sinéquias uterinas após processo inflamatório/procedimentos intrauterinos. No caso da questão, as dosagens hormonais estão normais.

**Correta a alternativa D** síndrome de Sheehan está de acordo com o que vimos acima

**Incorreta a alternativa E:** a questão não traz exames de imagem nem clínica para se pensar em tumor (cefaleia, alterações visuais)

#### GABARITO: D

**77.** Mulher de 66 anos, G5P5, sexualmente ativa, procura avaliação ginecológica por sensação de peso vaginal, exteriorização de abaulamento ao esforço e incontinência urinária aos esforços. Ao exame ginecológico com manobra de Valsalva, observam-se os seguintes parâmetros do sistema POP-Q: Aa em +2, Ba em +3, ponto C em +2, D em +1, Ap em -1, Bp em 0, e comprimento vaginal total (TVL) de 8 cm. Genitália externa sem atrofia significativa.

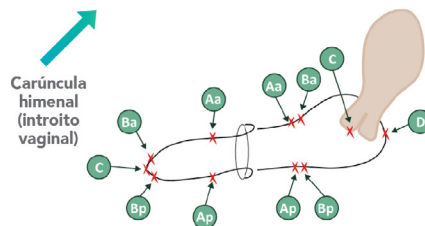
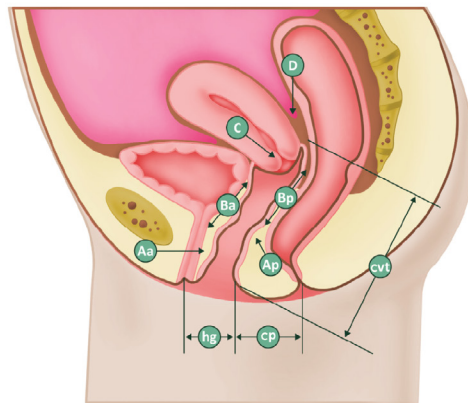
Com base no exame físico, assinale a classificação mais compatível com os achados descritos.

- A) Cistocele e prolapso uterino estágio III; retocele estágio II.
- B) Cistocele e prolapso uterino estágio II; retocele estágio I.
- C) Cistocele, prolapso uterino e retocele, todos em estágio II.
- D) Cistocele estágio II, prolapso uterino estágio III; retocele estágio I.
- E) Cistocele e retocele estágio III; prolapso uterino estágio II.

#### COMENTÁRIOS:

Existem diversas classificações utilizadas para avaliar os POPs, porém o POP-Q (*pelvic organ prolapse quantification*) é a mais aceita pelas sociedades científicas e a mais cobrada nas provas. Sabemos que a avaliação das grades do POP-Q é amplamente cobrada nas provas e é uma das maiores dificuldades dos alunos. Tentaremos, neste tópico, simplificar essa avaliação para que você acerte todas as questões sobre o tema.

A avaliação do POP-Q tem como base a fixação de pontos de referência na vagina (conforme imagem abaixo). Independentemente do ponto, sua distância é medida em centímetros, em relação à carúncula himenal, que é o introito da vagina (ponto zero). Os pontos internos da vagina são negativos e os pontos externos são positivos. Os valores aferidos pelo POP-Q são descritos através de uma grade, como a representada na imagem abaixo. Em algumas provas, os nomes dos pontos não são dados e você tem que decorar a organização dessa grade.



-3	-3	-8
Aa	Ba	C
2	3	10
HG	CP	CVT
Ap	Bp	D
-3	-3	-10

Após a avaliação dos pontos dos prolapso, conforme explicado acima, deve ser realizada a classificação em estágios. A classificação do POP-Q segue a recomendação da tabela abaixo:

Distopia genital – classificação – POP-Q	
Categoria	Definição
<b>Estágio 0</b>	Sem prolapso (para o ponto D, somente consideramos prolapso se a diferença entre D e o valor negativo de CVT for maior que 2 cm). Por exemplo, se o CVT for de 10 cm e o ponto D estiver em -8 cm, consideramos fisiológico, porque a diferença é de 2 cm.
<b>Estágio 1</b>	Ba, Bp, C ou D estão a menos de -1 cm do hímen.
<b>Estágio 2</b>	Ba, Bp, C ou D estão, no mínimo, em -1 cm, mas não mais que + 1 cm do hímen.
<b>Estágio 3</b>	Ba, Bp, C ou D estão a mais que + 1 cm, mas menos que a diferença (CVT - 2 cm). Você deve pegar o valor do CVT e subtrair 2 cm. Por exemplo, se o valor for 10 cm, você deve subtrair 2 cm, chegando a 8 cm. Se o prolapso estiver antes de +8 cm, é considerado estágio III.
<b>Estágio 4</b>	Eversão total do órgão prolapso. Ba, Bp, C ou D ficam, no mínimo, em (CVT - 2 cm). Você deve pegar o valor do CVT e subtrair 2 cm. Por exemplo, se o valor for 10 cm, você deve subtrair 2 cm, chegando a 8 cm. Se o prolapso estiver além de +8 cm, é considerado estágio IV.

Nesse caso, temos Ba em +3, ponto C em +2, D em +1 e Bp em 0 → CVT - 2 = 6

parede anterior: estágio 3 (+1 → +6)

parede posterior estágio 2 (-1 → +1)

parede apical: estágio 3 (+1 → +6)

**Portanto, a alternativa correta é a letra A.**

**GABARITO: A**

**78.** Mulher de 28 anos, previamente hígida, procura atendimento por lesão indolor em vulva, percebida há aproximadamente 10 dias. Refere relação sexual desprotegida com parceiro eventual há cerca de três semanas. Nega corrimento, febre ou prurido.

Ao exame ginecológico, observa-se úlcera única de aproximadamente 1,5 cm em pequeno lábio esquerdo, de bordas endurecidas, base limpa e fundo avermelhado. Linfonodos inguinais bilaterais aumentados, firmes, indolores e não aderidos. Refere ausência de dor local.

O diagnóstico mais provável e a conduta terapêutica inicial recomendada são

- A) cancro mole – iniciar azitromicina 1 g VO dose única.
- B) sífilis primária – iniciar penicilina benzatina 2,4 milhões UI IM em dose única.
- C) herpes genital – iniciar aciclovir 400 mg 3x/dia por 7 dias.
- D) donovanose – solicitar biópsia e iniciar doxiciclina 100 mg 12/12 h por 3 semanas.
- E) linfogranuloma venéreo – realizar drenagem de bubão e iniciar doxiciclina 21 dias.

## COMENTÁRIOS:

Observe que temos paciente jovem com queixa de úlcera genital. Em pacientes no menacme, sempre pensamos que a úlcera genital pode ter causa sexualmente transmissível.

Vamos analisar as características da lesão: única, bordos endurecidos e fundo limpo com linfadenomegalia não dolorosa. Esse achado é bem característico de sífilis primária ou cancro duro.

Vamos analisar as alternativas:

**Incorreta a alternativa A:** cancro mole é caracterizado por úlceras múltiplas, dolorosas, de bordos irregulares e fundo sujo

**Correta a alternativa B:** como vimos, a lesão tem características de cancro duro. A sífilis primária, secundária e latente recente (menos de 1 ano de evolução) deve ser tratada com uma única dose de penicilina benzatina 2,4 milhões de UI.

**Incorreta a alternativa C:** herpes genital apresentaria múltiplas vesículas dolorosas com conteúdo citrino

**Incorreta a alternativa D:** donovanose caracteriza-se por lesão crônica, indolor, de fundo granulomatoso

**Incorreta a alternativa E:** a lesão primária do linfogranuloma é, em geral, única e indolor, mas o bubão caracteriza-se pela fase secundária e é doloroso

## GABARITO: B

**79.** Mulher de 55 anos, G4P4, com história de sangramento vaginal irregular e dor pélvica há 4 meses.

Ao exame especular, lesão exofítica visível no colo uterino com sangramento ao toque. Toque vaginal revela extensão da lesão para o terço inferior da vagina e fixação à parede pélvica esquerda. Urografia excretora evidencia hidronefrose à esquerda. Tomografia computadorizada sem sinais de metástases à distância. Biópsia confirma carcinoma epidermoide invasivo.

Com base nas informações clínicas e no estadiamento FIGO 2018, a classificação mais adequada é o

- A) Estádio IB2.
- B) Estádio IIA2.
- C) Estádio IIIA.
- D) Estádio IIIB.
- E) Estádio IVA.

## COMENTÁRIOS:

Questão bastante conceitual de estadiamento do câncer de colo uterino. Vamos relembrar o estadiamento:

Estadiamento do câncer de colo de útero	
Estádio	Descrição
<b>I</b>	Tumor restrito ao colo do útero
<b>IA</b>	Microscópico, com invasão de até 5mm
<b>IA1</b>	Invasão < 3mm
<b>IA2</b>	Invasão entre 3-5mm
<b>IB</b>	Profundidade de invasão $\geq 5$ mm (maior que estágio IA) com lesão restrita ao colo
<b>IB1</b>	Tumor < 2cm
<b>IB2</b>	Tumor entre 2-4cm
<b>IB3</b>	Tumor $\geq 4$ cm
<b>II</b>	Invade além do útero sem atingir 1/3 inferior da vagina ou parede pélvica
<b>IIA</b>	Invade 2/3 superiores da vagina
<b>IIA1</b>	< 4cm
<b>IIA2</b>	$\geq 4$ cm
<b>IIB</b>	Invasão parametrial sem atingir parede pélvica

Estadiamento do câncer de colo de útero	
Estádio	Descrição
<b>III</b>	Tumor atinge 1/3 inferior da vagina, ou parede pélvica, ou hidronefrose, ou linfonodos
<b>IIIA</b>	1/3 inferior da vagina
<b>IIIB</b>	Parede pélvica/hidronefrose/rim não funcionante
<b>IIIC</b>	Linfonodos pélvicos ou para-aórticos
<b>IIIC1</b>	Linfonodos pélvicos
<b>IIIC2</b>	Linfonodos para-aórticos
<b>IV</b>	Invasão além da pelve, ou bexiga, ou reto
<b>IVA</b>	Metástases em órgãos pélvicos adjacentes
<b>IVB</b>	Metástases em órgãos a distância

Como o tumor chega até a parede pélvica e causa hidronefrose, temos estadiamento IIIB.

Correta alternativa D

GABARITO: D

**80.** Mulher de 68 anos comparece ao consultório por prurido vulvar crônico, de longa data, associado à ardência e sensação de queimação. Refere falha terapêutica com antifúngicos tópicos.

Ao exame físico, observa-se lesão única em grande lábio direito, de bordas irregulares, superfície eritematosa com áreas esbranquiçadas, descamativas e discretamente infiltradas, medindo cerca de 2,5 cm, sem ulceração. Realizada biópsia com diagnóstico histopatológico de lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), sem sinais de invasão. A colpocitologia e a colposcopia foram normais.

A conduta inicial mais adequada para essa paciente é

- A) indicar exérese cirúrgica da lesão com margens livres.
- B) prescrever corticosteroide tópico e reavaliar em 30 dias.
- C) iniciar terapia com imiquimode tópico 5% por 16 semanas.
- D) acompanhar clinicamente e repetir biópsia em 6 meses.
- E) indicar vulvectomia radical com esvaziamento inguinal profilático.

## COMENTÁRIOS:

Observe que nossa paciente é idosa e tem prurido vulvar crônico. Muitas vezes, como é o caso, pacientes assim são tratadas como candidíase, sem resolução.

O que podemos observar na descrição do exame físico?

Presença de lesão única, com áreas de hiperqueratose, bordas irregulares e descamação, sugestiva de neoplasia. A biópsia indicou ser uma alteração pré-neoplásica e HPV induzida (HSIL vulvar). Nesses casos, o tratamento pode ser mais conservador pois a chance de progressão para câncer é de apenas 10%. Entretanto, nossa paciente é bem idosa, tem lesão ÚNICA e com características bastante sugestivas de câncer, portanto o melhor tratamento é excisão com margens.

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

**Correta a alternativa A:** indicar exérese cirúrgica da lesão com margens livres está de acordo com o que vimos acima.

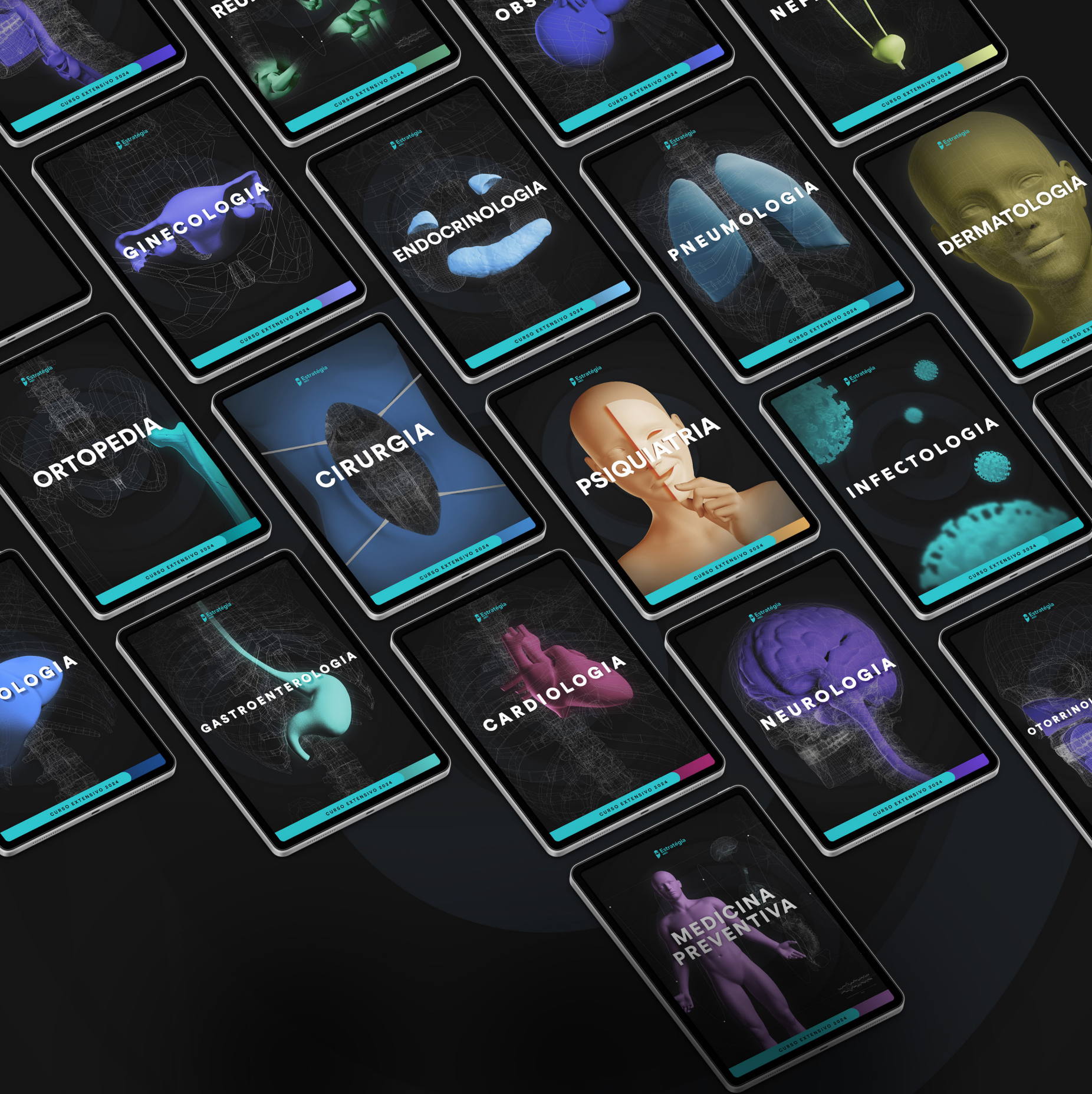
**Incorreta a alternativa B:** prescrever corticosteroide tópico e reavaliar em 30 dias é o tratamento para líquen escleroso.

**Incorreta a alternativa C:** iniciar terapia com imiquimode tópico 5% por 16 semanas é o melhor tratamento para lesões múltiplas vulvares.

**Incorreta a alternativa D:** existe chance de progressão para câncer, portanto há necessidade de tratamento

**Incorreta a alternativa E:** indicar vulvectomia radical com esvaziamento inguinal profilático é o tratamento para câncer de vulva

GABARITO: A



[med.estrategia.com](https://med.estrategia.com)