



## PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 01/2024

## Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo F9**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **2 horas**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorridas **1 hora** de prova. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
6. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **40** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
7. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

**Declaração**

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

---

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar esta capa será considerado(a) ausente da prova.

TABELA DE ABREVIÇÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA

LISTA DE ABREVIÇÕES	ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)	
<p>AA – Ar ambiente                      AU – Altura Uterina                      AAS – Ácido Acetilsalicílico                      BCF – Batimentos Cardíacos Fetais                      BEG – Bom Estado Geral                      bpm – Batimentos por Minuto                      BRNF – Bulhas Rítmicas Normofonéticas                      Cr – Creatinina                      DU – Dinâmica Uterina                      DUM – Data da Última Menstruação                      FA – Fosfatase Alcalina                      FC – Frequência Cardíaca                      FR – Frequência Respiratória                      GGT - Gamaglutamiltransferase                      Hb – Hemoglobina                      Ht – Hematócrito                      HPMA – História Progressiva da Moléstia Atual                      IC<sub>95%</sub> – Intervalo de Confiança de 95%                      IMC – Índice de Massa Corpórea                      ipm – Incursões por Minuto                      IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal                      IST – Infecção Sexualmente Transmissível                      mmHg – Milímetros de Mercúrio                      MMII – Membros Inferiores                      MV – Murmúrios Vesiculares                      P – Pulso                      PA – Pressão Arterial                      pCO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de CO<sub>2</sub>                      PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva                      pO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de O<sub>2</sub>                      POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i>                      PS – Pronto-Socorro                      PSA – Antígeno Prostático Específico                      REG – Regular Estado Geral                      RHZE – R (rifampicina), H (isoniazida),                      Z (pirazinamida) e E (etambutol)                      RN – Recém-nascido                      Sat. – Saturação                      Temp. – Temperatura axilar                      TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato                      Aminotransferase                      TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina                      Aminotransferase                      TPO – Tireoperoxidase                      TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH                      TSH – Hormônio tireo-estimulante                      TTGO – Teste de Tolerância a Glicose Oral                      U – Ureia                      UBS – Unidade Básica de Saúde                      USG – Ultrassonografia                      UTI – Unidade de Terapia Intensiva                      VHS – Velocidade de Hemossedimentação</p>	<p><b>Sangue (bioquímica e hormônios):</b>                      Albumina = 3,5 a 5,5 g/dL                      Bilirrubina Total = 0,3 a 1,0 mg/dL                      Bilirrubina Direta = 0,1 a 0,3 mg/dL                      Bilirrubina Indireta = 0,2 a 0,7 mg/dL                      Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/L                      Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL                      Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina                      Desidrogenase Láctica = menor que 240 U/L                      Ferritina: homens = 22 a 322 ng/mL                      mulheres = 10 a 291 ng/mL                      Ferro sérico: homens = 70 a 180 µg/dL                      mulheres = 60 a 180 µg/dL                      Fósforo = 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L                      Globulinas = 2,0 a 3,5 g/dL                      LDL (maior ou igual a 20 anos) = desejável de 100 a 129 mg/dL                      HDL (maior de 20 anos) = desejável maior que 40 mg/dL                      Triglicérides (maior de 20 anos) = desejável menor que 150 mg/dL                      Glicemia em jejum = 70 a 99 mg/dL                      Lactato = 5 a 15 mg/dL                      Magnésio = 1,8 a 3 mg/dL                      Potássio = 3,5 a 5,0 mEq/L                      Proteína Total = 5,5 a 8,0 g/dL                      PSA = menor que 4 ng/mL                      Sódio = 135 a 145 mEq/L                      TSH = 0,51 a 4,3 mUI/mL                      Testosterona Livre = 2,4 a 32,0 pmol/L                      Estradiol = 1,2 a 23,3 ng/dL (fase folicular)                      Hormônio Luteinizante (LH) = até 12,0 UI/L (fase folicular)                      Hormônio Folículo Estimulante (FSH) = até 12,0 UI/L (fase folicular)                      Prolactina (PRL) = até 29 µg/L (não gestante)                      Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL                      Amilase = 28 a 100 U/L                      Lipase = inferior a 60 U/L                      Ureia = 10 a 50 mg/dL                      GGT: homens: 12 a 73 U/L                      mulheres = 8 a 41 U/L                      Fosfatase Alcalina: homens = 5,5 a 22,9 U/L                      mulheres pré-menopausa = 4,9 a 26,6 U/L                      mulheres pós-menopausa = 5,2 a 24,4 U/L                      Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes)                      até 10 ng/mL (fumantes)                      Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm</p>	
<p><b>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA                      PARA CRIANÇAS</b>                      Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL                      2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL                      6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL                      2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL                      6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL</p>	<p><b>Sangue (hemograma e coagulograma):</b>                      Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL                      Hemoglobina Glicada = 4,3 a 6,1%                      Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 31 a 36 g/dL                      Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg                      Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL                      Amplitude de Distribuição dos Glóbulos Vermelhos (RDW) = 10 a 16%                      Leucócitos = 5.000 a 10.000/mm<sup>3</sup>                      Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/mm<sup>3</sup>                      Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm<sup>3</sup>                      Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/mm<sup>3</sup>                      Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/mm<sup>3</sup>                      Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm<sup>3</sup> ou µL                      Reticulócitos = 0,5 a 2,0%                      Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100%                      Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R = até 1,2                      Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos</p>	
<p><b>Doppler de artéria:</b>                      Umbilical fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34                      semanas = 0,5 a 0,99                      Cerebral média fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34                      semanas = 1,35 a 2,43</p>	<p><b>Gasometria Arterial:</b>                      pH = 7,35 a 7,45                      pO<sub>2</sub> = 80 a 100 mmHg                      pCO<sub>2</sub> = 35 a 45 mmHg                      Base Excess (BE) = -2 a 2                      HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> = 22 a 28 mEq/L                      SpO<sub>2</sub> &gt; 95%</p>	<p><b>Líquor (punção lombar):</b>                      Células = até 4/mm<sup>3</sup>                      Lactato = até 20 mg/dL                      Proteína = até 40 mg/dL                      Líquido pleural ADA = até 40 U/L                      Líquido sinovial = leucócitos até 200 células/mL</p>

## 01

Gestante, 30 anos de idade, primigesta, portadora de nefropatia lúpica, com trombose venosa profunda prévia em membro inferior direito. Comparece para consulta pré-natal e traz o seguinte exame de ultrassonografia: Idade gestacional de 20 semanas, peso fetal de 320 gramas, agenesia renal fetal bilateral e anidrâmnio. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Acolher, solicitar exames de sangue de rotina, retorno em 4 semanas e encaminhar para o pré-natal de alto risco.
- (B) Acolher, solicitar novo exame de ultrassonografia para confirmar o diagnóstico e retorno em 2 semanas.
- (C) Acolher, orientar, encaminhar a gestante para a psicologia e orientar a interrupção da gestação.
- (D) Acolher, orientar sobre os riscos da gestação e explicar sobre a possibilidade de solicitar via judicial a interrupção da gestação.

## 02

M.A.S, 38 anos de idade, G3P2, obesa, hipertensa crônica em uso de anlodipino 10 mg/dia, com bom controle pressórico, com idade gestacional de 34 semanas, refere prurido por todo o corpo que dificulta seu sono. Qual a principal hipótese diagnóstica e conduta?

- (A) Colecistopatia calculosa, hidroxizine.
- (B) Dermatite de contato, ácido ursodesoxicólico.
- (C) Colestase gravídica, ácido ursodesoxicólico.
- (D) Hepatite medicamentosa, hidroxizine e ácido ursodesoxicólico.

## 03

M.S, 25 anos de idade, está gestante de 22 semanas e questiona sobre as vacinas que deve receber na gravidez. Quais vacinas deve receber independente da sua situação vacinal atual?

- (A) Vacina DTPa e contra gripe.
- (B) Vacina contra Hepatite B e DTPa.
- (C) Vacina contra covid-19 e DTPa.
- (D) Vacina contra hepatite B e contra gripe.

## 04

Na consulta de pré-natal com 8 semanas de gestação na Unidade Básica de Saúde, o teste rápido para sífilis é realizado com resultado negativo. Qual a conduta?

- (A) Repetir teste treponêmico no início do terceiro trimestre e no momento do parto.
- (B) Realizar o teste não treponêmico, por exemplo, VDRL ou RPR.
- (C) Realizar o teste treponêmico em amostra de soro materno.
- (D) Repetir o teste treponêmico apenas em caso de suspeita clínica.

## 05

A infecção pelo citomegalovírus é uma das infecções congênitas mais frequentes. Sobre esta infecção na gestação, assinale a alternativa correta.

- (A) A primo-infecção na gestação é mais grave para o feto/recém-nascido quando ocorre no terceiro trimestre de gestação e as alterações no exame de ultrassonografia são precoces e progressivas.
- (B) A primo-infecção na gestação é mais grave para o feto/recém-nascido quando ocorre no segundo trimestre de gestação e as alterações no exame de ultrassonografia são tardias e progressivas.
- (C) A primo-infecção na gestação é mais grave para o feto/recém-nascido quando ocorre no primeiro trimestre de gestação e as alterações no exame de ultrassonografia são tardias e progressivas.
- (D) A primo-infecção na gestação é mais grave para o feto/recém-nascido quando ocorre no segundo trimestre de gestação e as alterações no exame de ultrassonografia são precoces e progressivas.

## 06

Gestante, 28 anos de idade, comparece à consulta do pré-natal com queixa de insônia, palpitações, fadiga, ansiedade e perda de peso. Na avaliação dos exames de pré-natal, observa-se que o valor do TSH está abaixo de 0,1  $\mu\text{UI/L}$  e do T4L está igual a 4,0 ng/dL (acima do valor de referência do laboratório). Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Hipertireoidismo clínico.
- (B) Tireotoxicose gravídica.
- (C) Hipotireoidismo subclínico.
- (D) Alterações fisiológicas da gestação.

## 07

Na gestação ocorrem diversas modificações no organismo da mulher. Quais alterações são observadas?

- (A) Aumento da resistência vascular periférica, do volume sistólico e do débito cardíaco.
- (B) Aumento da frequência cardíaca, do volume sistólico e do débito cardíaco.
- (C) Aumento da pressão arterial média, do volume sistólico e do débito cardíaco.
- (D) Aumento da frequência cardíaca, do volume sistólico e redução do débito cardíaco.

## TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 08 A 10

D.B., 32 anos de idade, G6P1A4, com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico e síndrome do anticorpo antifosfolípide. Já apresentou duas trombozes venosas em membros inferiores há 3 anos. Na 27ª semana de gestação, evoluiu com aumento dos níveis pressóricos e da proteinúria. No exame de ultrassonografia, o peso fetal está abaixo do percentil 3 na curva de Hadlock. No exame de vitalidade fetal, a cardiocardiografia apresentou *short term variation* de 8,2, movimentos respiratórios e corpóreos fetais presentes, índice de líquido amniótico 8 cm com maior bolsão vertical de 3 cm. A gestante faz uso de enoxaparina 60 mg, 2 vezes ao dia, anlodipino 10 mg/dia, AAS, sulfato ferroso, ácido fólico, carbonato de cálcio e vitamina D.

**08**

Em relação ao caso descrito, qual o diagnóstico e conduta?

- (A) Pré-eclâmpsia, restrição do crescimento fetal e internação para controle da vitalidade fetal diária.
- (B) Pré-eclâmpsia, restrição do crescimento fetal e vitalidade fetal semanal.
- (C) Atividade renal da doença, restrição do crescimento fetal e internação.
- (D) Atividade sistêmica do lúpus, restrição do crescimento fetal e resolução da gestação de acordo com o resultado da avaliação do ducto venoso.

**09**

Qual a nota do perfil biofísico fetal considerando o caso apresentado?

- (A) 4
- (B) 6
- (C) 8
- (D) 10

**10**

Na avaliação da vitalidade fetal, após dois dias, o índice de líquido amniótico era 2,2 cm. A paciente recebeu enoxaparina às 22h da noite anterior, dose de 60 mg e não recebeu a dose da manhã, que seria aplicada após os exames de ultrassonografia e cardiocardiografia. Assinale a alternativa que apresenta a conduta correta.

- (A) Indicar a resolução e realizar cesariana imediatamente.
- (B) Avaliar a vitalidade fetal diariamente e ainda não indicar a resolução da gestação.
- (C) Avaliar a vitalidade fetal diariamente e indicar resolução se o IPV do ducto venoso estiver acima de 1,0.
- (D) Indicar resolução e aguardar 24 horas para procedimento cirúrgico, se na cardiocardiografia permanecer com padrão tranquilizador.

**11**

Paciente está na fase ativa do trabalho de parto. O obstetra realiza o toque vaginal e descreve: colo pérvio para 10 cm, apresentação cefálica no plano zero de De Lee e variedade de apresentação occípito-direita anterior. No momento da rotação para ultimar o parto, qual o movimento do polo cefálico?

- (A) Sentido horário, 45°.
- (B) Sentido anti-horário, 90°.
- (C) Sentido horário, 90°.
- (D) Sentido anti-horário, 45°.

**12**

Gestante, 35 anos de idade, secundigesta, um filho vivo de 3 anos de idade, saudável, nascido de parto normal espontâneo, com 40 semanas e 3 dias, sem intercorrências, pesando 3.814 g. A gestante não apresenta doenças associadas e não apresentou intercorrências na gestação atual, com adequado desenvolvimento fetal. A idade gestacional menstrual é de 41 semanas, confirmada por ultrassonografia na 7ª semana de gestação. Comparece à consulta de pré-natal na UBS, sem queixas e sem alterações ao exame físico, apresenta ultrassonografia obstétrica realizada na semana anterior com peso estimado fetal de 3.619 g, vitalidade fetal normal. Ao exame obstétrico: dinâmica uterina ausente, colo grosso, posterior e pérvio para 2 cm. Qual o diagnóstico e conduta recomendada?

- (A) Pós-termo e amnioscopia.
- (B) Termo tardio e cardiocardiografia.
- (C) Termo tardio e amnioscopia.
- (D) Pós-termo e cardiocardiografia.

**13**

T.P.A., 25 anos de idade, sem doenças de base, retorna para consulta ambulatorial 15 dias após aspiração manual intrauterina por quadro de abortamento incompleto de primeiro trimestre. A paciente refere sangramento vaginal leve. O exame histopatológico do aborto mostrou vilos coriônicos com degeneração hidrópica, compatível com doença trofoblástica gestacional. A imuno-histoquímica foi positiva para o marcador p57kip2. A paciente foi orientada a retornar semanalmente para dosagem de HCG sérico. Qual o risco de desenvolvimento de neoplasia e o tempo mínimo de anticoncepção após a negatificação do HCG sérico?

- (A) 5% e 1 mês.
- (B) 5% e 6 meses.
- (C) 20% e 1 mês.
- (D) 20% e 6 meses.

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 14 A 16

Y.C.B., 23 anos de idade, primigesta, comparece à primeira consulta de pré-natal na Unidade Básica de Saúde, com idade gestacional menstrual de 13 semanas, confirmada por ultrassonografia precoce. A gestante tem antecedente de tetralogia de Fallot corrigida na infância, sem outros antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Nesse momento encontra-se assintomática. Ao exame físico, apresentou bom estado geral, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, IMC de 25,6 kg/m<sup>2</sup>, FC de 70 bpm, PA de 110x60 mmHg, Sat. O<sub>2</sub> de 96, exame obstétrico normal. O eletrocardiograma mostra ritmo sinusal. Apresenta ultrassonografia morfológica do primeiro trimestre realizada na semana anterior mostrando gestação tópica e única, feto com desenvolvimento adequado.

**14**

A gestante evoluiu bem durante todo o pré-natal, sem intercorrências, exames de rastreo normais e desenvolvimento fetal adequado. Comparece à consulta de pré-natal com 36 semanas. Nesse momento, nega dispneia aos esforços. O exame físico não mostra alterações relevantes e ao exame de toque vaginal, o colo está grosso, posterior e impérvio. O ecocardiograma materno realizado no terceiro trimestre não mostra sinais de disfunção miocárdica e a ultrassonografia obstétrica com 35 semanas mostra feto único em apresentação cefálica, crescimento no percentil 50 de Hadlock, índice de líquido amniótico normal. Qual a alternativa correta em relação à indicação e via de parto?

- (A) parto programado com 37 semanas, por cesariana.
- (B) parto programado com 40 semanas, por cesariana.
- (C) indução do parto com 37 semanas, via de parto obstétrica.
- (D) indução do parto com 40 semanas, via de parto obstétrica.

**15**

Em relação ao risco materno durante o ciclo gravídico-puerperal, qual a classificação dessa paciente de acordo com a Organização Mundial de Saúde?

- (A) Classe I.
- (B) Classe II.
- (C) Classe III.
- (D) Classe IV.

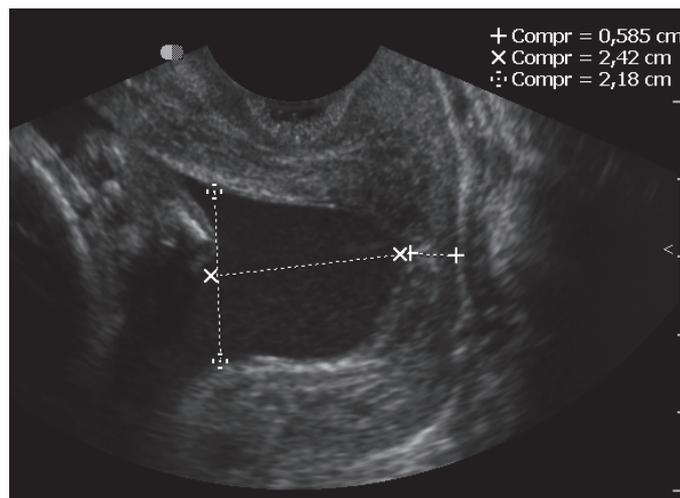
**16**

Assinale a alternativa que apresenta as intervenções apropriadas para o caso descrito durante o pré-natal.

- (A) Pré-natal em assistência secundária, ecocardiograma fetal e vigilância de anemia.
- (B) Pré-natal em assistência primária, ecocardiograma fetal e vigilância de anemia.
- (C) Pré-natal em assistência secundária, enoxaparina profilática e ecocardiograma fetal.
- (D) Pré-natal em assistência primária, enoxaparina profilática e ecocardiograma fetal.

**17**

M.P.M., 33 anos de idade, secundigesta, sem doenças de base, é avaliada com idade gestacional de 18 semanas após exame de ultrassonografia obstétrica. A gestante refere que na gestação anterior há 1 ano teve um abortamento com 4 meses de gestação. Naquela ocasião, apresentou sangramento leve e fortes dores em baixo ventre em casa e ao chegar ao serviço de urgência houve a eliminação do feto, sendo posteriormente submetida à curetagem uterina. A ultrassonografia obstétrica mostrou desenvolvimento fetal adequado e na avaliação do colo uterino pela via transvaginal, foi observada a imagem a seguir:



Em relação ao caso apresentado, qual a conduta?

- (A) Iniciar progesterona via vaginal e realizar cerclagem terapêutica.
- (B) Iniciar progesterona via vaginal e reavaliar o colo em 1 semana.
- (C) Realizar cerclagem terapêutica caso o colo uterino esteja dilatado.
- (D) Iniciar progesterona e posicionar pessário vaginal de Arabin.

**18**

Paciente, 25 anos de idade, hígida, com antecedente de gestação de feto com anencefalia, em uso de anticoncepcional oral combinado, procura o serviço de ginecologia para aconselhamento pré-gestacional. Qual a orientação para prevenção da espinha bífida na próxima gestação?

- (A) Ácido fólico 5 mg/dia, iniciando 30 dias antes de descontinuar a anticoncepção.
- (B) Ácido fólico 0,4 mg/dia, iniciando logo que descontinuar a anticoncepção.
- (C) Ácido fólico 5 mg/dia, iniciando logo que descontinuar a anticoncepção.
- (D) Ácido fólico 0,4 mg/dia, iniciando 30 dias antes de descontinuar a anticoncepção.

## TEXTO PARA AS QUESTÕES 19 E 20

Primigesta, 28 anos de idade, pré-natal de risco habitual, sem intercorrências, realiza ultrassonografia obstétrica de rotina com 32 semanas que mostrou peso estimado fetal de 1.490 g (próximo ao percentil 3 de Hadlock), índice de pulsatilidade da artéria umbilical igual a 1,04 (abaixo do percentil 95) e da artéria cerebral média igual a 2,35 (acima do percentil 5), sem outras alterações.

**19**

Em relação ao seguimento dessa gestante, qual a conduta?

- (A) Provas de vitalidade fetal semanais, ultrassom obstétrico semanal, meta de parto com 40 semanas.
- (B) Provas de vitalidade fetal semanais, ultrassom obstétrico quinzenal, meta de parto com 37 semanas.
- (C) Provas de vitalidade fetal semanais, ultrassom obstétrico quinzenal, meta de parto com 40 semanas.
- (D) Provas de vitalidade fetal semanais, ultrassom obstétrico semanal, meta de parto com 37 semanas.

**20**

Na semana seguinte, foi realizado o perfil biofísico fetal: cardiocardiografia com padrão ativo, movimentos respiratórios presentes e índice de líquido amniótico de 4,5 cm (PBF=8). Qual a conduta nesse momento?

- (A) Corticoterapia para maturação pulmonar e parto em seguida.
- (B) Sulfato de magnésio para neuroproteção e parto imediato.
- (C) Corticoterapia e parto com 34 semanas, com administração de sulfato de magnésio.
- (D) Corticoterapia, Doppler do ducto venoso e parto se IPV > 1,5.

**21**

Gestante, 30 anos de idade, G2P1, sem antecedentes relevantes, comparece ao serviço de urgência com idade gestacional de 15 semanas e 2 dias, com queixa de sangramento vaginal. Ao exame físico, foi observada pequena quantidade de coágulos no fundo de saco familiar, sem outras alterações. Ao ultrassom, foi observado feto com sinais de vitalidade e desenvolvimento adequado para a idade gestacional. No cartão de pré-natal, os exames de rastreio mostram Rh negativo com teste de Coombs positivo e identificação de anticorpo anti-C em título 1/4. Qual a conduta correta neste caso?

- (A) Não administrar imunoglobulina, pois já ocorreu a aloimunização materna.
- (B) Não administrar imunoglobulina devido ao baixo risco de DHP do anticorpo.
- (C) Administrar imunoglobulina anti-Rh caso o marido tenha teste de Coombs positivo.
- (D) Administrar imunoglobulina anti-Rh e titulação de anticorpos mensalmente.

**22**

Gestante, 25 anos de idade, secundigesta com um parto normal anterior, idade gestacional de 12 semanas e 4 dias, retorna à consulta de pré-natal trazendo os exames de rotina solicitados. Nega queixas ou sintomas. Ao exame físico, apresentou pressão arterial de 124x84 mmHg, frequência cardíaca de 86 bpm, BCF +, peso de 56 kg, sem edema.

- Exames laboratoriais:
- Tipagem sanguínea: O +
- Hemograma: sem alterações
- TSH: 1,6 UI/mL
- T4 total: normal
- Sorologias: negativas
- Imune a toxoplasmose
- Glicemia de jejum: 96 mg/dL
- Urina tipo 1: normal
- Urocultura: negativa

Qual a conduta neste momento?

- (A) Orientar dieta hipocalórica e solicitar nova glicemia de jejum confirmatória em 4 semanas.
- (B) Solicitar teste de tolerância à glicose oral imediatamente e retorno com resultado.
- (C) Orientar dieta e realização de teste de tolerância à glicose oral com 24 a 28 semanas.
- (D) Orientar dieta e retorno em 2 semanas com medidas de automonitorização glicêmica.

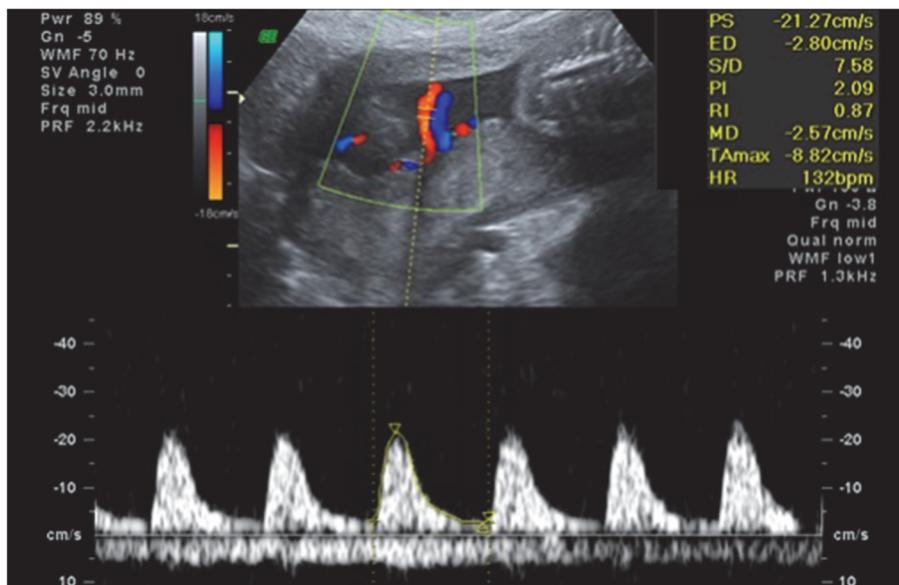
**23**

C.E.M., 41 anos de idade, G5P2A2 (2 cesarianas, a última há 7 anos e 2 curetagens uterinas), IG = 24 4/7 semanas. Comparece ao serviço de urgência com queixa de sangramento vaginal em pequena quantidade. Nega dores em baixo ventre. Sem outras queixas. Nega comorbidades. Estava em acompanhamento pré-natal de baixo risco. Paciente trouxe ultrassonografia morfológica realizada há 10 dias que mostrou feto único com bom desenvolvimento, líquido amniótico normal, placenta anterior distando 1,2 cm do orifício interno do colo uterino (avaliação por via transvaginal). Ao exame físico, apresentou-se BEG, corada, hidratada, pulso 78 de bpm, PA de 100x70 mmHg, altura uterina de 28 cm, dinâmica uterina ausente, tônus normal, batimentos cardíacos fetais rítmicos. Ao exame especular, observou-se o colo do útero aparentemente fechado com saída de pequena quantidade de sangue vivo pelo orifício externo do colo. Qual a hipótese diagnóstica e conduta?

- (A) Placenta de inserção baixa, reavaliar com 32 semanas.
- (B) Placenta de inserção baixa, parto por cesariana.
- (C) Placenta previa, parto por cesariana.
- (D) Placenta previa, reavaliar com 32 semanas.

**24**

Paciente primigesta com 33 semanas e 5 dias, 30 anos de idade, obesa, diabética há 7 anos, em uso de insulina NPH e regular. Realizou ultrassonografia sendo diagnosticada restrição de crescimento fetal com percentil menor do que 3. Na avaliação da vitalidade fetal, foi evidenciada a situação a seguir:



Em relação ao caso apresentado, qual diagnóstico pode ser inferido pela Dopplervelocimetria?

- (A) Sofrimento fetal agudo.
- (B) Centralização da circulação.
- (C) Insuficiência placentária.
- (D) Vasodilatação cerebral.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 25 E 26

Paciente de 19 anos de idade, secundigesta com um aborto anterior, idade gestacional de 29 semanas e 2 dias. É portadora de diabetes melito tipo 1 desde os 8 anos de idade. Comparece à consulta de pré-natal sem queixas. Ao exame, apresentou bom estado geral, hidratada, corada. Pressão arterial de 123x84 mmHg, altura uterina de 33 cm, tônus uterino normal e dinâmica uterina ausente, boa movimentação fetal. Batimentos cardíacos fetais de 136 bpm. MMII: sem edema. Ao exame de ultrassom: feto único, cefálico, placenta anterior grau I, índice de líquido amniótico 26 cm, peso fetal estimado 1.613 g (percentil 90 de Hadlock), circunferência abdominal fetal no percentil 92 de Hadlock.

A paciente apresentou o seguinte controle glicêmico, referente à semana anterior:

Dia	Jejum	1h Pós-café	Pré- almoço	1h Pós-almoço	Pré-jantar	1h Pós-jantar	3h
Segunda	101	133	100	144	90	167	103
Terça	103	139	94	136	87	180	99
Quarta	98	130	113	138	89	158	104
Quinta	104	142	105	130	91	143	105
Sex	99	133	97	129	96	172	107
Sábado	100	139	99	130	95	200	111
Domingo	110	147	98	130	95	191	114

No momento está em uso de insulina humana recombinante (NPH) nas doses de 8U (café da manhã) – 6U (almoço) – 6U (às 22h) - e insulina regular nas doses de 2U (café da manhã) – 4U (almoço) – 8U (jantar).

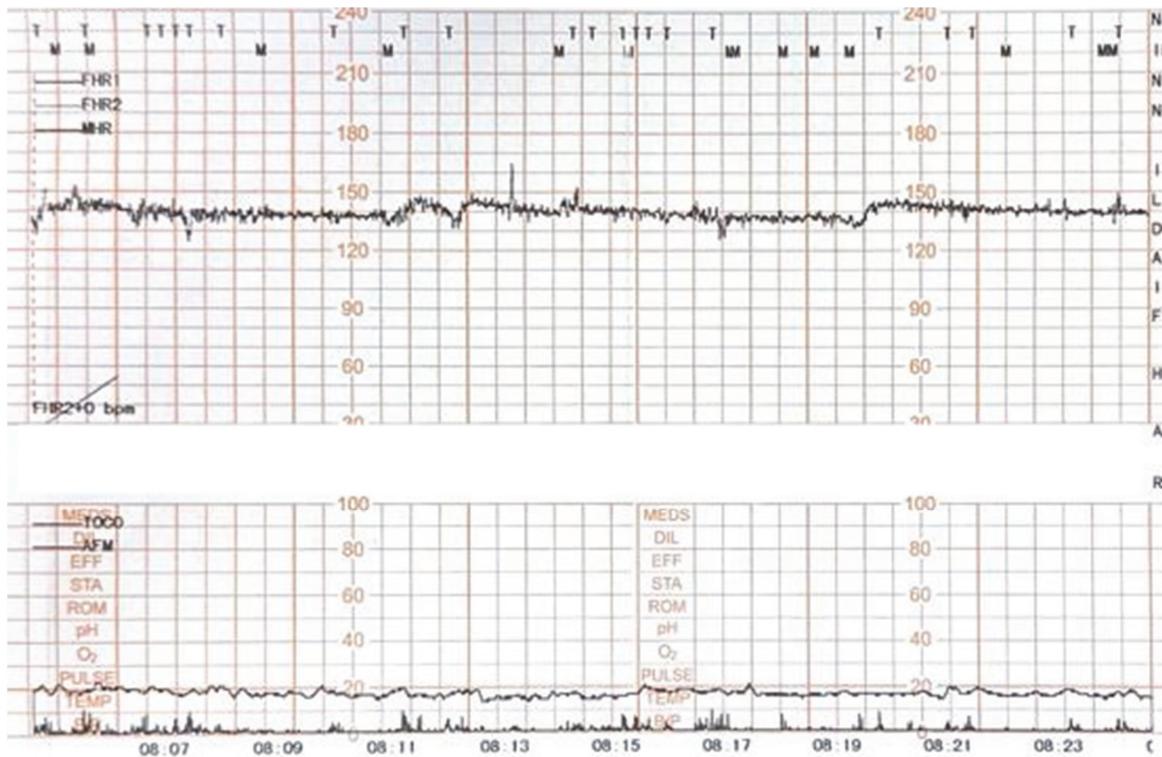
**25**

Qual ajuste de medicação deve ser feito visando melhorar o controle glicêmico dessa gestante?

- (A) Deve aumentar a NPH do café da manhã e aumentar a regular do almoço e jantar.
- (B) Deve aumentar a NPH do café da manhã e das 22h e aumentar a regular do jantar.
- (C) Deve aumentar a NPH do café e reduzir a do almoço; aumentar a regular do jantar.
- (D) Deve aumentar a NPH do almoço e das 22h; aumentar a insulina regular do jantar.

## 26

A gestante procura o pronto-socorro na semana seguinte com náuseas, dor abdominal, pressão arterial de 92x45 mmHg, frequência cardíaca de 128 bpm, glicemia de 289 mg/dL e cetonúria positiva. Realizada cardiocotografia a seguir:



Em relação ao caso descrito, qual a conduta imediata?

- (A) Jejum, coletar gasometria arterial e eletrólitos, hidratação intravenosa em 60 minutos.
- (B) Parto por cesariana de urgência por quadro de cetoacidose diabética e sofrimento fetal.
- (C) Manter em jejum, iniciar insulinoterapia em bomba e manter monitorização fetal contínua.
- (D) Internação para maturação pulmonar fetal, ajuste de dose de insulina e indução do parto.

## 27

Gestante com antecedente de 2 perdas gestacionais de segundo trimestre comparece ao serviço de urgência com queixa de perda de líquido em grande quantidade pela vagina. Na gestação atual, foi realizada cerclagem do colo uterino com 13 semanas sem intercorrências durante o seguimento pré-natal. A idade gestacional é de 34 semanas e 1 dia. Ao exame especular, foi observada grande quantidade de líquido no fundo de saco posterior, orifício externo do colo fechado e 2 pontos de cerclagem corretamente posicionados. Após 2 horas de observação, paciente não apresentava contrações. Na urgência, hemograma, proteína C reativa, urina I e cardiocotografia eram normais. Qual a conduta correta?

- (A) Urocultura, antibioticoterapia e retirada dos pontos com 36 semanas.
- (B) Urocultura, antibioticoterapia e retirada imediata dos pontos de cerclagem.
- (C) Urocultura, antibioticoterapia e retirada dos pontos após corticoterapia.
- (D) Antibioticoterapia, reavaliação diária e retirada dos pontos caso infecção.

## 28

Primigesta, 24 anos de idade, 12 semanas de idade gestacional, comparece à primeira consulta de pré-natal. Refere trombose da veia tibial posterior esquerda há 2 anos. Na ocasião, estava em uso de anticoncepcional oral combinado. Nega antecedente familiar de tromboembolismo venoso. Sem outras intercorrências clínicas. US morfológico de primeiro trimestre normal. Exame obstétrico normal, peso 92 kg, estatura 1,69 m. Qual a conduta quanto à prevenção de TEV no ciclo gravídico-puerperal?

- (A) Enoxaparina 60 mg/dia durante o pré-natal e por 6 semanas no pós-parto.
- (B) Enoxaparina 40 mg/dia durante o pré-natal e por 6 semanas no pós-parto.
- (C) Enoxaparina 40 mg/dia apenas por 6 semanas no pós-parto.
- (D) Enoxaparina 60 mg/dia apenas por 6 semanas no pós-parto.

## TEXTO PARA AS QUESTÕES 29 E 30

E.A.A., 37 anos de idade, secundigesta com 1 parto normal anterior, idade gestacional de 37 semanas e 2 dias, com diagnóstico de hipertensão arterial crônica, em uso de metildopa 1,5 g/dia. Segundo o cartão de pré-natal, a dose da medicação inicial era de 750 mg/dia, sendo ajustada por 2 vezes nas últimas 3 semanas. A gestante comparece ao serviço de urgência com queixa de vômitos e cefaleia de forte intensidade. Ao exame físico, apresentou PA de 160x110 mmHg, edema de membros inferiores 2+/4+, altura uterina de 31 cm, tônus uterino normal, batimentos cardíacos fetais rítmicos com frequência de 148 bpm.

**29**

Em relação ao caso apresentado, qual a hipótese diagnóstica e conduta inicial?

- (A) Iminência de eclâmpsia, hidralazina seriada até normalização da PA.
- (B) Crise hipertensiva, hidralazina seriada até normalização da PA.
- (C) Crise hipertensiva, dose de ataque de sulfato de magnésio.
- (D) Iminência de eclâmpsia, dose de ataque de sulfato de magnésio.

**30**

Qual o momento e a via de parto mais adequada para o caso descrito?

- (A) Após estabilização clínica, via de parto obstétrica.
- (B) Após estabilização clínica, parto por cesariana.
- (C) Imediatamente, resolução da gestação por cesariana.
- (D) Aguardar até 40 semanas, parto por via obstétrica.

**31**

I.A.S., 24 anos de idade, comparece à primeira consulta de pré-natal na UBS com idade gestacional de 10 semanas confirmada por ultrassonografia obstétrica transvaginal. A gestante refere ter epilepsia desde a infância caracterizada por crises generalizadas, no momento em uso de fenobarbital. A última crise ocorreu há 6 meses após episódio de privação de sono. Qual a conduta inicial em relação à medicação anti-epiléptica?

- (A) Suspender o fenobarbital e iniciar carbamazepina na sequência.
- (B) Manter o fenobarbital apesar do risco de teratogênese.
- (C) Iniciar lamotrigina, descontinuando gradualmente o fenobarbital.
- (D) Iniciar valproato, descontinuando gradualmente o fenobarbital.

## TEXTO PARA AS QUESTÕES 32 E 33

Gestante, 42 anos de idade, primigesta. Antecedentes: hipertensão arterial sistêmica (diagnosticada há 5 anos), obesidade (IMC pré-gestacional: 38 kg/m<sup>2</sup>). Medicações em uso: anlodipino 5 mg/dia (bom controle pressórico). O exame morfológico de 1º trimestre realizado com 12 semanas e 5 dias demonstrou:

- Comprimento Crânio-nádegas (CCN) de 60 mm, compatível com 12 semanas e 3 dias;
- Frequência Cardíaca Fetal (FCF) de 160 bpm;
- Translucência Nucal (TN) de 2,2 mm;
- Artérias uterinas com IP médio de 2,5 (1,60 múltiplos da mediana para a idade gestacional);
- Morfologia fetal sem alterações para a idade gestacional.

O perfil bioquímico de 1º trimestre, coletado 5 dias antes, mostrou:

- Fração livre do beta-hCG: 80,0 UI/L (2,7 múltiplos da mediana);
- Proteína A Plasmática Associada à Gravidez (PAPP-A): 0,57 UI/L (0,5 múltiplos da mediana).

**32**

Em relação ao risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia, é correto afirmar:

- (A) Não se observam fatores de alto risco para pré-eclâmpsia, a gestante deve continuar seguimento de rotina.
- (B) Existem fatores de alto risco para pré-eclâmpsia, devendo-se iniciar ácido acetilsalicílico para a prevenção.
- (C) Embora haja fatores de alto risco para pré-eclâmpsia, o bom controle pressórico é suficiente para a prevenção.
- (D) Existem fatores de alto risco para pré-eclâmpsia, porém não há medidas farmacológicas eficazes para prevenção.

**33**

Sobre o risco de aneuploidias, é correto afirmar:

- (A) A ausência de malformações fetais diminui sensivelmente o risco da trissomia do cromossomo 21.
- (B) Os marcadores bioquímicos são relevantes apenas para a avaliação de risco de pré-eclâmpsia.
- (C) A elevação dos níveis da fração livre do beta-hCG é típica das trissomias dos cromossomos 18 e 13.
- (D) O padrão dos marcadores bioquímicos de 1º trimestre é típico da trissomia do cromossomo 21.

**34**

Paciente, 22 anos de idade, casada, secundigesta com uma cesárea anterior, com 39 semanas e 3 dias, comparece no hospital acompanhada de sua irmã para realização de cesárea eletiva por apresentação pélvica. O pré-natal foi feito na UBS. Paciente refere que deseja fazer laqueadura tubárea. Ao consultar o cartão de pré-natal, nota-se que a manifestação do desejo de laqueadura foi anotada na consulta de 23 semanas. Não há assinatura do marido consentindo com o procedimento. Como proceder no momento do parto?

- (A) Realizar a laqueadura, pois paciente atende aos critérios para o procedimento.
- (B) Não realizar a laqueadura, pois paciente tem menos de 25 anos e somente 1 filho.
- (C) Não realizar a laqueadura, pois não há documentação do consentimento do marido.
- (D) Convocar o marido para obter o consentimento e então realizar a laqueadura.

**35**

C.M.P., 33 anos de idade, primigesta, sem comorbidades, inicia pré-natal com 11 semanas na Unidade Básica de Saúde. Apresenta ultrassonografia obstétrica que mostra gestação gemelar de 10 semanas e 2 dias, boa vitalidade de ambos os fetos e sinal do lambda presente. Quais são as condutas específicas para esse tipo de gestação durante o pré-natal?

- (A) Consultas quinzenais até 34 semanas, ultrassom quinzenal no terceiro trimestre e meta de parto com 36 semanas.
- (B) Consultas mensais até 34 semanas, ultrassom mensal no terceiro trimestre e meta de parto com 38 semanas.
- (C) Consultas mensais até 34 semanas, ultrassom quinzenal no terceiro trimestre e meta de parto com 38 semanas.
- (D) Consultas quinzenais até 34 semanas, ultrassom mensal no terceiro trimestre e meta de parto com 36 semanas.

**36**

Gestante, 40 anos de idade, hígida, primigesta, com idade gestacional de 16 semanas e 3 dias, sem intercorrências até o momento, retorna para consulta de pré-natal. Ela realizou ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre com 12 semanas e 3 dias que mostrou feto único e vivo, com medida da translucência nucal (TN) de 2,5 mm (percentil 81), sem outras alterações estruturais. O risco pré-teste de trissomia do cromossomo 21 para essa gestante era de 1 em 78 e corrigido pela TN passou a ser 1 em 38. O casal retorna para aconselhamento. Qual a alternativa correta em relação ao aconselhamento do casal?

- (A) O teste não invasivo negativo (NIPT) praticamente exclui a necessidade de procedimento invasivo.
- (B) Há indicação de biópsia de vilos coriais para cariótipo devido ao risco aumentado de trissomias.
- (C) O procedimento invasivo é associado a risco de perda fetal maior do que o risco de trissomias.
- (D) Apesar do aumento discreto, o risco de trissomia ainda é baixo, de aproximadamente 2,5%.

**TEXTO PARA AS QUESTÕES 37 E 38**

R.M., 39 anos de idade, G3A2, comparece à primeira consulta de pré-natal com idade gestacional menstrual de 8 semanas. Ela tem antecedente de 2 abortamentos espontâneos, como segue:

- 1ª gestação há 2 anos: abortamento com 8 semanas, ultrassom mostrando embrião tópico de 10 mm, sem batimentos cardíacos, tratamento expectante, sem necessidade de curetagem.
- 2ª gestação há 1 ano: abortamento com 6 semanas, ultrassom mostrando saco gestacional tópico de 14 mm, sem embrião, tratamento expectante, sem necessidade de curetagem.

A gestante é portadora do fator V Leiden em forma heterozigota diagnosticado há 6 anos após a irmã apresentar trombose não provocada em membro inferior. Não há outros antecedentes pessoais ou familiares relevantes. A gestante está assintomática e ao exame físico, apresentou PA de 110x70 mmHg, peso de 81 kg, estatura de 1,65 m, exame obstétrico normal. Foi realizado ultrassom obstétrico transvaginal no dia anterior, o qual mostrou gestação tópica e evolutiva compatível com 8 semanas e 4 dias. Os resultados dos exames de rastreio pré-natal são normais.

**37**

Em relação ao caso apresentado, qual a conduta nesse momento?

- (A) Enoxaparina 40 mg/dia durante o pré-natal e puerpério.
- (B) Enoxaparina 60 mg/dia apenas durante o puerpério.
- (C) Enoxaparina 60 mg/dia durante o pré-natal e puerpério.
- (D) Enoxaparina 40 mg/dia apenas durante o puerpério.

**38**

Após 2 semanas, a gestante comparece ao serviço de emergência com sangramento vaginal profuso, colo pérvio para 1 cm. Ao realizar exame de ultrassom, foi observada ausência de saco gestacional e indicada aspiração manual intrauterina. Quais investigações são indicadas no seguimento dessa paciente a partir desse momento?

- (A) Cariótipo do aborto, hemoglobina glicada, histeroscopia.
- (B) Cariótipo do casal, anticardiolipina, hormônio anti-mulleriano.
- (C) Anticardiolipina, antifosfatidil serina, anticoagulante lúpico.
- (D) Cariótipo do casal, histeroscopia, dosagem de progesterona.

## TEXTO PARA AS QUESTÕES 39 E 40

Gestante, 34 anos de idade, tercigesta com 2 cesarianas anteriores, sem doenças de base ou intercorrências durante a gestação atual. As gestações anteriores evoluíram sem intercorrências, ambas com parto a termo de recém-nascido com peso adequado. Comparece para exame morfológico de 2º trimestre com 22 semanas de idade gestacional. Observam-se os achados a seguir: Feto único vivo em apresentação cefálica com dorso à direita, FCF de 145 bpm, peso fetal estimado no percentil 45 de Hadlock, placenta anterior grau 0, maior bolsão vertical de líquido amniótico: 3,6 cm, ausência de alterações estruturais fetais, Doppler da artéria umbilical com IP no percentil 40, Doppler das artérias uterinas com incisura protodiastólica à direita e IP médio no percentil 60, comprimento do colo uterino: 29 mm, distância entre margem inferior da placenta e orifício interno do colo: 12 mm.

**39**

Assinale a alternativa que contenha um diagnóstico correto pela ultrassonografia realizada.

- (A) Colo uterino curto.
- (B) Líquido amniótico reduzido.
- (C) Placenta de inserção baixa.
- (D) Alta resistência nas artérias uterinas.

**40**

Com base nos achados do exame descrito, assinale a alternativa que contenha uma recomendação correta.

- (A) Realizar ultrassonografia transvaginal no terceiro trimestre.
- (B) Iniciar uso de ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg ao dia.
- (C) Prescrever progesterona natural 200 mg via vaginal ao dia.
- (D) Teste do fenol para pesquisa de rotura de membranas ovulares.

