

**Questão 1** **Cirúrgico** **Obstetrícia**

Uma mulher com 38 anos de idade comparece ao pronto atendimento com dor em baixo ventre de forte intensidade há algumas horas. A paciente refere que vinha sentindo um leve incômodo em baixo ventre, mas há algumas horas sente dor de forte intensidade em abdome, mais localizada em baixo ventre. Não tem fatores de melhora e piora ao caminhar. Refere náuseas e um episódio de vômito. Nega febre. Como antecedentes já teve uma doença inflamatória pélvica há alguns anos, tratada com antibióticos. Está casada há 10 anos, não utiliza método anticoncepcional hormonal e não usa preservativo em todas as relações. Tem dois filhos que nasceram de parto normal. Nega patologias clínicas. A data da última menstruação foi há aproximadamente 7 semanas. Ao exame, apresenta regular estado geral, lúcida e contactuante, afebril, descorada (++)/++++, com pressão arterial de 100 x 55 mmHg e pulso de 110 batimentos por minuto. Exame cardiopulmonar sem anormalidades. Abdome distendido, doloroso, descompressão brusca presente em fossa ilíaca direita. Ruídos hidro aéreos presentes, mas diminuídos. Exame especular sem sangramento, presença de discreta leucorreia fluida sem sinais de vulvovaginite. Toque vaginal com muita dor, dificultando o exame, mas o útero está de tamanho, forma e consistência normal; sente muita dor à palpação de fundo de saco.

Considerando o quadro clínico apresentado, assinale a opção que apresenta, respectivamente, a principal hipótese diagnóstica e a conduta correta a ser realizada.

- ☐ A Apendicite aguda; cirurgia.
- ☐ B Gestação ectópica rota; cirurgia.
- ☐ C Doença inflamatória pélvica; antibioticoterapia parenteral.
- ☐ D Aborto ou ameaça de aborto; internação para observação.

4000176604

**Questão 2** **Sangramento primeira metade**

Com o diagnóstico precoce da gestação ectópica, a utilização do tratamento medicamentoso com metotrexato é uma opção cada vez mais empregada na condução desses casos. Entre os indicadores de sucesso dessa terapia, aquele que isoladamente se apresenta como o melhor é o(a):

- ☐ A nível inicial de  $\beta$ -hCG
- ☐ B tamanho da massa anexial
- ☐ C ausência de líquido livre na pelve
- ☐ D ausência de atividade cardíaca embrionária

Essa questão possui comentário do professor no site [4000171009](#)**Questão 3** **Quadro clínico** **Intercorrências obstétricas** **obstetrícia patológica** **Sangramento primeira metade**

Uma mulher de 25 anos de idade foi ao ginecologista, relatando dor no baixo ventre desde ontem. Tem atraso menstrual e sua idade gestacional é de seis semanas. Ao exame físico, ela se mostra em bom estado geral, consciente, orientada, eupneica, hidratada e descorada 2+/4+. Seu abdome é doloroso no terço inferior, onde há defesa à palpação. Foi realizada uma ultrassonografia, que mostrou moderada quantidade de líquido livre na cavidade e uma imagem sugestiva de saco gestacional no anexo do lado direito. Os exames laboratoriais apontaram anemia e beta-hCG positivo.

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

- A abortamento em curso
- B cisto hemorrágico de ovário
- C ameaça de abortamento
- D gestação ectópica rota
- E apendicite aguda na gestante

Essa questão possui comentário do professor no site [4000170573](#)

#### Questão 4 Sangramento primeira metade

P.M.S., G2P1, 11 semanas pela data da última menstruação (DUM), vem trazer ecografia em consulta na Unidade Básica de Saúde com o seguinte laudo: ""útero gravídico contendo saco gestacional regular em seu interior. Visualizado embrião com CCN de 9mm, sem evidência de atividade cardíaca."" De acordo com o caso acima, assinalar a alternativa CORRETA:

- A Gestação inicial, tranquilizar a paciente.
- B Gestação inicial, repetir exame ecográfico em duas semanas.
- C Gestação interrompida, realizar antibioticoterapia e esvaziamento imediato.
- D Gestação interrompida, encaminhar paciente para esvaziamento uterino.

4000169563

#### Questão 5 Sangramento primeira metade

A doença trofoblástica gestacional (DTG) pode ser definida como uma anomalia proliferativa que acomete as células que compõem o tecido trofoblástico placentário. No Brasil estima-se que ocorra 1 caso a cada 200 a 400 gestações. São manifestações clínicas da DTG, exceto:

- A Presença de cistos teca-luteínicos pela hiperestimulação ovariana.
- B Sinais de pré eclampsia antes da 20ª semana de gestação.
- C Náuseas e vômitos.
- D Útero pequeno para a idade gestacional.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000168909](#)

#### Questão 6 Sangramento primeira metade

O principal fator de risco associado à gravidez ectópica é:

- A Etnia caucasiana;
- B Adenomiose;
- C Idade maior que 25 anos;
- D Sexarca tardia;
- E Doença inflamatória pélvica.

4000168665

#### Questão 7 Atendimento à vítima de violência sexual

Mulher, 31a, procura o serviço por estar gestante e deseja interrupção da gravidez. Refere ter companheiro e fazer uso de preservativo em suas relações sexuais. Refere que a gestação é fruto de um estupro ocorrido há 9 semanas. Na época, ficou muito traumatizada e não fez boletim de ocorrência, não contou para ninguém sobre o ocorrido e nem procurou atendimento médico. ALÉM DAS PROFILAXIAS INDICADAS, A ORIENTAÇÃO PARA A MULHER NESSE CASO É:

- A Seguir a gestação com apoio psicológico, pois não tem direito ao aborto legal.
- B Registrar queixa na Delegacia de Defesa da Mulher para ter direito ao aborto legal.
- C Obter a anuência do companheiro para ter direito ao aborto legal.
- D Explicar que tem direito ao aborto legal mediante seu próprio relato.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000167398](#)

#### Questão 8 Sangramento primeira metade

Mulher, 22a, G1P0, idade gestacional de 10 semanas procurou o Pronto Atendimento com dor em baixo ventre e sangramento. Exame físico: hidratada, FR=14 irpm, PA= 88x56 mmHg, FC= 112 bpm, descorada +/-, T=36,4°C. Exame especular: sangramento ativo com coágulos; toque vaginal: colo cérvix para 1 polpa digital com útero aumentado para 8 semanas. A CONDUTA É:

- A Progesterona.
- B Ultrassonografia.
- C Misoprostol.
- D Curetagem.

4000167391

#### Questão 9 Seguimento pós molar

O diagnóstico de neoplasia trofoblástica gestacional é feito quando, após esvaziamento uterino por mola hidatiforme, ocorre

- A elevação aguda do bhCG no 10º mês, após estar negativo desde o 6º mês.
- B bhCG detectável após 4 meses (dois valores).
- C elevação aguda do bhCG no primeiro mês.
- D bhCG em títulos maiores que 1.000 mUI/mL na primeira semana.
- E manutenção de bhCG por três semanas consecutivas (quatro valores).

Essa questão possui comentário do professor no site [4000167163](#)

#### Questão 10 Sangramento primeira metade

A gravidez ectópica é considerada hoje uma questão de saúde pública, devido à sua crescente incidência e significativa morbidade e mortalidade. O aumento da incidência pode ser explicado pelo aumento da frequência dos fatores de risco e a melhora dos métodos diagnósticos. O diagnóstico precoce e a conduta apropriada podem prevenir resultados adversos graves e potencialmente melhorar a fertilidade subsequente.

Analise as seguintes afirmativas sobre a gravidez ectópica e assinale com V as verdadeiras e com F as falsas.

- ( ) Cirurgias para uma gravidez tubária prévia, para restauração da fertilidade ou para esterilização, são fatores de risco para gravidez ectópica.
- ( ) Cerca de 95% das gravidezes ectópicas são implantadas nos vários segmentos da tuba uterina.
- ( ) Uma gravidez ectópica deve ser suspeitada quando a ultrassonografia transvaginal não mostrar uma gestação, no sítio habitual de implantação, com um nível sérico de beta-hCG de 1500 UI/L ou superior.
- ( ) A tríade dor abdominal, atraso menstrual e sangramento genital é indispensável para o diagnóstico.

Assinale a sequência correta.

- A V F F V
- B F V V F
- C F F F V
- D V V V F

4000166616

#### Questão 11 Sangramento primeira metade

A implantação do blastocisto em qualquer outro lugar além do endométrio é considerada gravidez ectópica. Sobre essa ocorrência, assinale a alternativa correta.

- A O avanço do tratamento conservador da gravidez tubária paradoxalmente aumenta o risco de uma nova gravidez na tuba que foi mantida.
- B O sangramento vaginal profuso é o sintoma mais frequente da gravidez tubária.
- C O nível discriminatório de  $\beta$  hCG de 500 associado à imagem de massa anexial tem se mostrado a melhor forma de realizar o diagnóstico precoce.
- D O uso de metotrexato no tratamento clínico é muito eficaz na dosagem de uma ampola de 50 mg, devendo ser feito o acompanhamento apenas bimestral após a alta hospitalar.

4000166605

**Questão 12** Sangramento primeira metade

Paciente com BHCG positivo, apresentando sangramento vaginal e dor em baixo-ventre. Ao toque, o canal endocervical está fechado. Com base nesses dados, o diagnóstico deve ser:

- A ameaça de abortamento.
- B abortamento inevitável.
- C abortamento infectado.
- D gestação anembrionada.

4000166422

**Questão 13** Sangramento primeira metade

Primigesta, 10 semanas de gestação, refere sangramento vaginal. Relata náuseas e mamas aumentadas e doloridas há 5 semanas. Exame físico: bom estado geral, normotensa, útero amolecido e aumentado 2 vezes, colo impérvio, com sangramento em pequena quantidade. Ultrassonografia: concepto com comprimento cabeça-nádegas (CCN) compatível com a idade gestacional menstrual, vitalidade preservada, BCF 114 bpm, área de descolamento ovular com 2 cm. Qual é a conduta mais adequada?

- A Repouso relativo e uso de analgésicos se tiver cólica.
- B Progesterona intravaginal e analgésicos.
- C Antiespasmódicos intravenosos por 2 dias.
- D Terbutalina ou nifedipina via oral por 2 dias.

4000166260

**Questão 14** Sangramento primeira metade

Uma mulher, com atraso menstrual de oito semanas, deu entrada no pronto-socorro com dor abdominal de forte intensidade há duas horas. Ao exame, dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita, com descompressão brusca positiva. Sua frequência cardíaca era de 132 bpm e sua pressão arterial era de 80 x 40 mmHg, com pulso filiforme. O BHCG na urina era positivo. O ultrassom endovaginal mostrou cavidade uterina com eco endometrial de 14 mm, massa anexial heterogênea de 5,4 cm e grande quantidade de líquido livre na cavidade abdominal. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a conduta adequada.

- A curetagem uterina
- B laparoscopia
- C laparotomia exploradora
- D tratamento clínico com metotrexato intramuscular
- E tratamento clínico com metotrexato diretamente na massa anexial

4000166173

**Questão 15** Sangramento primeira metade

Mulher de 28 anos de idade, chega ao Pronto-Socorro com queixa de dor de forte intensidade em hipogástrio acompanhada de sangramento vaginal de pequena quantidade. Na anamnese relata um abortamento espontâneo há 18 meses. Refere data da última menstruação em 08/10/2021. Refere ser diabética tipo I há 15 anos. Ao exame clínico: descorada ++/4, PA 90 x 51 mmHg, FC 110 bpm, FR 23 rpm. Dor à palpação profunda com sinal de descompressão brusca presente em fossa ilíaca direita. No toque vaginal o colo do útero é posterior, levemente amolecido, impérvio e com dor à mobilização. Foram recebidos os seguintes resultados de exames: Hb 9,1g/dl, Ht 28,2%, leucócitos 12.83mil/mm<sup>3</sup>, plaquetas 175 mil/mm<sup>3</sup> e betaHCG 1820 mUI/ml. A imagem do ultrassom é apresentada.



Com base no quadro clínico e ultrassonográfico, qual é o diagnóstico?

- A Abortamento tubário.
- B Gravidez de sítio desconhecido.
- C Gravidez ectópica.
- D Gravidez incipiente.

Essa questão possui comentário do professor no site 4000165641

**Questão 16** Intercorrências obstétricas obstetrícia patológica Obstetrícia Sangramento primeira metade

K.M.B; 32 anos, GIV PII 2N AI, deu entrada no PSGO com TAX 38 °C, FC 110 bpm, dor uterina. Não sabia da gestação. Submetida a ultrassom obstétrico que evidenciou FUV (feto único vivo), apresentação cefálica, peso fetal 210 g, biometria compatível com 17 semanas, MBV: 5 cm, BCF: 140 bpm, placenta ant G0. Ao exame físico: Especular: saída de secreção purulenta e fétida pelo OE (orifício externo) do colo uterino. TV: colo 4 cm, médio, medianizado, bolsa íntegra. Indique a conduta adequada.

- A Antibioticoterapia VO, antitérmico, exames laboratoriais e retorno ao pré-natal.
- B Corticoterapia para maturação pulmonar fetal, antibioticoterapia EV, acessos venosos calibrosos e rotina infecciosa.
- C Corticoterapia, sulfato de mg para neuroproteção fetal, antibioticoterapia EV, acessos venosos calibrosos, rotina infecciosa e nifedipina 30 mg dose de ataque.
- D Antibioticoterapia de amplo espectro EV, hidratação vigorosa, antitérmico, rotina infecciosa, nifedipina VO, aguardar viabilidade fetal.
- E Antibioticoterapia e hidratação EV, acessos venosos calibrosos, rotina infecciosa, condução do trabalho de parto por inviabilidade fetal e priorização da saúde materna.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000165247](#)

### Questão 17 **Sangramento primeira metade**

A gravidez ectópica encontra-se associada a diversos fatores de risco. Assinale a alternativa correta relacionada com o aumento crescente desta patologia.

I – Adenomiose.

II - Procedimentos relacionados à reprodução assistida.

III - Anticoncepção de emergência com levonogestrel.

- A As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.
- B As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.
- C As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.
- D As afirmativas I, II e III são verdadeiras.
- E As afirmativas I, II e III são falsas.

4000165123

### Questão 18 **Sangramento primeira metade**

Paciente vem à emergência obstétrica referindo estar gestante – com exame de Beta HCG positivo. Relatou que apresentou sangramento vaginal e cólicas, ambos de leve intensidade. Baseada na data da última menstruação, a idade gestacional é de 8 semanas. Ao Exame físico: PA: 120x80mmHg, FC: 80bpm, Temperatura Axilar: 36,5°C, Mucosas coradas. Abdomen plano, flácido, sem visceromegalias. Toque vaginal: orifício externo pérvio a 1 polpa digital e orifício interno fechado.

Constatado o óbito embrionário, indique o método preferencial de abordagem a ser adotado.

- A Dilatação cervical e curetagem uterina.
- B Curetagem uterina.
- C Misoprostol e aspiração manual intrauterina.
- D Ocitocina endovenosa e aspiração manual intrauterina.



**Questão 19** Sangramento primeira metade

Paciente vem à emergência obstétrica referindo estar gestante – com exame de Beta HCG positivo. Relatou que apresentou sangramento vaginal e cólicas, ambos de leve intensidade. Baseada na data da última menstruação, a idade gestacional é de 8 semanas. Ao Exame físico: PA: 120x80mmHg, FC: 80bpm, Temperatura Axilar: 36,5°C, Mucosas coradas. Abdomen plano, flácido, sem visceromegalias. Toque vaginal: orifício externo pérvio a 1 polpa digital e orifício interno fechado.

O médico solicitou uma ultrassonografia, cujo resultado é apresentado uma semana após. Não voltou a apresentar cólicas ou sangramento. No laudo ultrassonográfico consta óbito embrionário. Indique os critérios ultrassonográficos que diagnosticarão o aborto retido precoce.

- ☐ A Saco gestacional com diâmetro médio  $\geq 25$ mm, porém sem vesícula vitelínica e sem embrião.
- ☐ B Embrião com comprimento crânio-nádegas  $\geq 2$  mm e sem atividade cardíaca.
- ☐ C Ausência de embrião com batimento cardíaco uma semana após exame, demonstrando saco gestacional vazio.
- ☐ D Ausência de embrião com batimento cardíaco 5 ou mais dias após exame, demonstrando o saco gestacional com vesícula vitelínica.

Essa questão possui comentário do professor no site 4000165034

**Questão 20** Sangramento primeira metade

Paciente vem à emergência obstétrica referindo estar gestante – com exame de Beta HCG positivo. Relatou que apresentou sangramento vaginal e cólicas, ambos de leve intensidade. Baseada na data da última menstruação, a idade gestacional é de 8 semanas. Ao Exame físico: PA: 120x80mmHg, FC: 80bpm, Temperatura Axilar: 36,5°C, Mucosas coradas. Abdomen plano, flácido, sem visceromegalias. Toque vaginal: orifício externo pérvio a 1 polpa digital e orifício interno fechado.

Indique o diagnóstico no momento do atendimento na emergência obstétrica.

- ☐ A Início de Trabalho de Abortamento.
- ☐ B Ameaça de abortamento.
- ☐ C Gravidez ectópica.
- ☐ D Abortamento retido.

Essa questão possui comentário do professor no site 4000165033

**Questão 21** Sangramento primeira metade

A mola hidatiforme completa e a parcial constituem patologias distintas, com características citogenéticas, histológicas e clínicas próprias. É uma característica própria da mola hidatiforme parcial:



- A o triploide ser o cariótipo mais comum
- B o feto ausente na patologia
- C âmnio e hemácias ausentes
- D vilosidades hidrópicas difusas

4000164970

### Questão 22 Definição Abortamento Obstetrícia

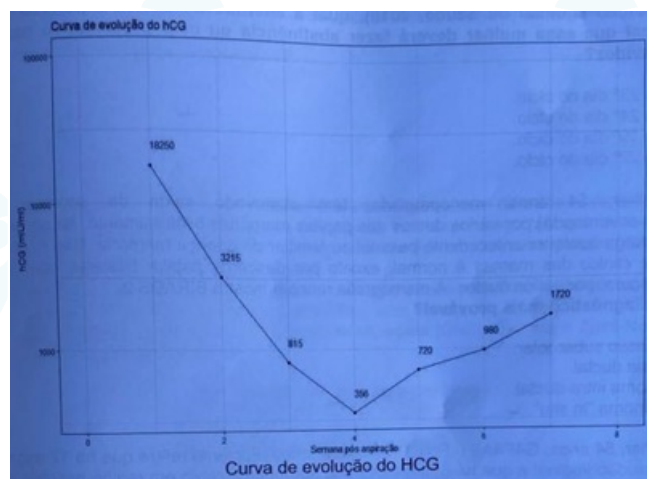
Paciente de 30 anos de idade submeteu-se a aspiração manual intrauterina por suspeita de abortamento retido. O material é enviado para exame anatomopatológico (AP) e cariótipo. Após 5 dias, recebe os seguintes laudos: presença de vilosidades coriônicas e tecido trofoblástico com áreas necróticas; cariótipo 47 XXY. A dosagem de BhCG após uma semana tem valor de 5 mU/mL. Neste caso, após análise dos exames, o diagnóstico final é

- A mola hidatiforme parcial.
- B mola hidatiforme completa.
- C abortamento.
- D neoplasia trofoblástica gestacional.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000164420](https://www.4000164420.com.br)

### Questão 23 Sangramento primeira metade

Mulher, 21 anos, G1POA1, submetida a vácuo-aspiração com diagnóstico histopatológico de mola hidatiforme completa. Recebeu implante de etonogestrel logo após a aspiração. O exame ginecológico não evidencia alterações. A curva de evolução do hCG está apresentada na imagem abaixo.



Qual a melhor conduta?

- A Iniciar metotrexato.
- B Refazer a vácuo aspiração.
- C Indicar histerectomia.
- D Manter a observação clínica.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000164278](#)

#### Questão 24 **Gestação ectópica**

Mulher de 30 anos, nuligesta, comparece ao setor de emergência do hospital com quadro de atraso menstrual de dois meses, dor abdominal difusa, tontura e sangramento vaginal discreto. Ao exame, nota-se palidez cutâneo-mucosa, sudorese, PA: 90 x 50 mmHg, FC: 140bpm, abdome doloroso à descompressão brusca, principalmente em fossa ilíaca direita. Toque vaginal com abaulamento e dor em fundo de saco posterior. Realizou ultrassonografia pélvica transvaginal não visualiza imagem de saco gestacional intrauterino e vê imagem anexial sugestiva de prenhez ectópica íntegra < 4 cm. Dosagem de  $\beta$ -hCG = 2.500 UI/L. Hemoglobina=7,0mg/dL e Hematócrito= 25%. Assinale a assertiva correta quanto à conduta mais adequada deste caso.

- A Laparoscopia ginecológica de urgência.
- B Metotrexate 50 mg / m<sup>2</sup> intramuscular dose única.
- C Dosagens seriadas de  $\beta$ -hCG sérico quantitativo e manter paciente internada.
- D Metotrexate 1,0mg/Kg intramuscular (dia 1) + Ácido folínico 0,1mg/Kg via oral (dia 2).

Essa questão possui comentário do professor no site [4000163726](#)

#### Questão 25 **Seguimento pós molar** **Intercorrências obstétricas** **obstetrícia patológica** **Diagnóstico**

Paciente de 22 anos, G1P0A1, comparece ao seu plantão em emergência obstétrica referindo sangramento transvaginal persistente desde curetagem uterina realizada há 45 dias por abortamento espontâneo. Ao exame, você percebe colo amolecido com orifício interno entreaberto. Ela traz exames realizados hoje: beta-hCG quantitativo de 12.000 mIU/ml e ultrassom transvaginal mostrando útero de 150cm<sup>3</sup>, endométrio de 4mm, imagem heterogênea de limites indefinidos em parede miometrial anterior, apresentando fluxo vascular de baixa resistência ao doppler. Sua principal hipótese diagnóstica e conduta são:

- A Mola hidatiforme parcial. Realizar aspiração manual intrauterina.
- B Neoplasia trofoblástica gestacional (NTG). Realizar histerectomia.
- C Mola hidatiforme completa. Realizar aspiração manual intrauterina.
- D Neoplasia trofoblástica gestacional (NTG). Encaminhar para quimioterapia.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000163721](#)

#### Questão 26 **Abortamento inevitável** **Conduta espectante** **Obstetrícia**

Paciente, 19 anos, G2P0A1, beta HCG positivo, idade gestacional pela data da última menstruação: 18 semanas e 5 dias. Paciente comparece à consulta obstétrica com dor tipo cólica e pequeno sangramento via vaginal. Ao exame especular: colo uterino aberto e observa-se protrusão de saco gestacional. Realiza ultrassonografia transvaginal no serviço, com presença de atividade cardíaca fetal. O quadro descrito revela um caso de:

- A aborto inevitável e deve-se adotar conduta expectante, orientação de repouso.
- B aborto retido e a paciente pode ser submetida à aspiração manual intrauterina (AMIU).
- C ameaça de aborto, devendo a paciente manter-se em repouso.
- D borto completo e a paciente pode ter a alta.
- E trabalho de parto prematuro, indica-se o uso de tocolítico.

4000152024

**Questão 27** Abortamento inevitável Conduta Curetagem uterina CTG

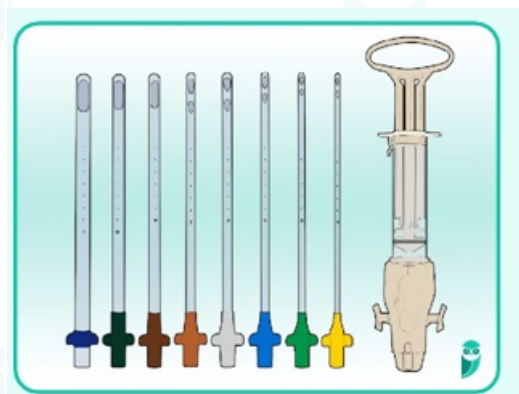
Paciente D.R.P., 35 anos, secundigesta, primípara (parto vaginal há 2 anos), idade gestacional de 13 semanas, com queixa de dor em baixo ventre, sangramento vaginal há 3 dias e intenso há 3 horas. Ao exame: REG, descorada +2/+4, afebril, pulso: 108 bpm. Exame especular: saída de moderada quantidade de sangue pelo orifício externo do colo uterino, toque colo pérvio. Foi solicitado um hemograma, que revelou o seguinte resultado: Hb: 9,2 g/dL; Ht: 30,4%; plaquetas: 230.000/mm<sup>3</sup> e leucócitos de 8.260/mm<sup>3</sup>. Na ultrassonografia de urgência foi visualizado placenta anterior, feto único, intra-útero, compatível com 13 semanas e batimento cardíaco fetal ausente. Qual seria a hipótese diagnóstica e a conduta mais adequada?

- A Abortamento completo. Internação, analgesia com opioide, aguardar expulsão espontânea
- B Abortamento em curso. Aguardar evolução espontânea via domiciliar, hidratação e retorno para reavaliação em 15 dias.
- C Abortamento em curso. Internação, estabilização da paciente, analgesia com opioide se necessário, indução com misoprostol e, após expulsão do embrião, avaliar curetagem uterina, se restos placentários.
- D Aborto retido. Realizar internação para controle e estabilidade hemodinâmica e indicar a curetagem uterina.
- E Aborto infectado. Realizar internação, antibioticoterapia e curetagem uterina.

4000151943

**Questão 28** Obstetrícia Aspiração manual intra uterina AMIU

Sobre o material apresentado na figura, assinale a alternativa incorreta.



- A É utilizado para esvaziamento uterino nos casos de abortamento em que se identifica eco endometrial de 12 mm.
- B É uma alternativa à realização da curetagem uterina no primeiro trimestre da gestação.
- C Não é útil nos casos em que é necessário realizar o esvaziamento uterino puerperal.
- D É indicado no tratamento de mola hidatiforme.
- E Está associado à redução do risco de perfuração uterina em relação à curetagem uterina.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000147768](#)

#### Questão 29 Ameaça de abortamento

Paciente, 20 anos, primigesta, idade gestacional com 8 semanas, vem ao pronto-atendimento queixando-se de sangramento vaginal de pequena quantidade com início há 1 dia. O exame físico evidencia sangue em fundo de saco e toque vaginal com colo impérvio. Ultrassom mostra embrião único, vivo e hematoma pós-descolamento de cerca de 20% do saco gestacional. A conduta diante do caso clínico é

- A conduta expectante.
- B repouso domiciliar absoluto.
- C progesterona via vaginal.
- D curetagem uterina.
- E internação hospitalar e repouso.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000147042](#)

#### Questão 30 Etiologia do abortamento habitual Obstetrícia

Na abordagem multifatorial da paciente com perdas fetais ou abortamentos recorrentes, o médico obstetra deve atentar para vários fatores. Assinale a CORRETA.

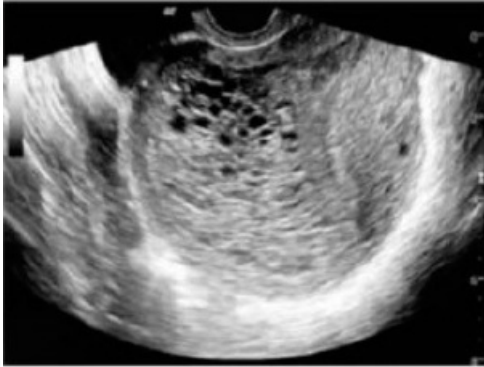
- A A Síndrome Antifosfolípide é clinicamente definida por trombozes recorrentes, arteriais ou venosas, perdas fetais de repetição e; laboratorialmente pela presença de anticorpos antifosfolípidos (aPL, a saber: anticardiolipina (aCL, anti-beta2 glicoproteína1 (B2GP1 e o Lúpus Anticoagulante (LAC).
- B O tratamento de pacientes com síndrome antifosfolípide e antecedentes de abortamentos precoces ou perdas fetais tardias, e em nova gestação, pode ser realizado com aspirina em baixas doses e dicumarínicos.
- C Todas as mulheres portadoras de hipotireoidismo, especialmente aquelas com pretensão de engravidar, devem ser estimuladas a obter um bom controle da sua doença antes da concepção. O tratamento de escolha deve iniciar com metimazol ou tapazol.
- D A incompetência istmo-cervical caracteriza-se por abortamentos recorrentes até 12 semanas de gestação e deve ser tratada com procedimento cirúrgico eletivo (cerclagem do colo uterino ou pessário cervical.
- E As infecções feto-placentárias são causas raras de perdas fetais, tendo o seu custo não justificável na propedêutica investigativa.

4000146947

#### Questão 31 Intercorrências obstétricas obstetrícia patológica Doença trofoblástica gestacional Obstetrícia

B.M.V., 20 anos, deu entrada no PSGO com quadro de sangramento vaginal, náuseas e vômitos, emagrecimento e cefaleia

occipital. Apresentou beta HCG qualitativo positivo. Ao EF: volume abdominal aumentado, PA 170 x 110 mmHg, FC: 90 bpm e obnubilação de consciência. A ultrassonografia pélvica achou o ilustrado na figura a seguir. Diante da suspeita referida, indique a primeira conduta para a paciente do caso clínico, a melhor técnica cirúrgica para a resolução do caso e a orientação correta para o seguimento da doença, respectivamente.



(Figura 1 – USG transvaginal)

- A Prescrever soro fisiológico; histerectomia; iniciar o segmento pós-molar após o resultado do AP.
- B Prescrever antieméticos; administração de misoprostol; repetir o USG 7 dias após, para avaliar a existência de restos molares.
- C Prescrever metildopa; curetagem; realizar o acompanhamento com dosagens mensais de beta HCG, para detectar a presença de NTG.
- D Prescrever sulfato de magnésio; AMIU; realizar a contracepção hormonal rigorosa e acompanhar o beta HCG semanal.
- E Prescrever hidralazina; administração de dinoprostona; repetir USG 3 dias após, para avaliar a existência de restos molares.

4000146351

**Questão 32** Definição Abortamento Intercorrências obstétricas obstetrícia patológica

A.C.O., 30 anos, primigesta, veio à primeira consulta de pré-natal com teste de farmácia positivo e ansiosa para ver a gestação à ultrassonografia. Porém, relata início de dor pélvica e sangramento vaginal há 1 dia. O critério ultrassonográfico que permite concluir que se trata de um abortamento é:

- A VV (vesícula vitelínica > 5 mm sem embrião).
- B SG (saco gestacional > 10 mm de diâmetro sem embrião).
- C SG > 7 mm sem VV.
- D embrião > 7 mm sem batimentos cardíacos.
- E embrião > 3 mm sem VV.

4000146349

**Questão 33** Tratamento Obstetrícia

J.G.A., nulípara, com diagnóstico de gravidez ectópica íntegra a E, com embrião vivo, apresenta como antecedente de salpingectomia D por gestação ectópica há 4 anos e salpingostomia a E por gestação tubárea há 8 meses. Assinale a alternativa que apresenta a conduta correta nesse caso.

- A Salpingectomia.
- B Salpingostomia.
- C Tratamento medicamentoso com metotrexate.
- D Controle ultrassonográfico em 7 dias.
- E Controle com beta HCG quantitativo em 24/48 horas.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000146346](#)

**Questão 34** Diagnóstico Obstetrícia Diagnóstico diferencial

Mulher de 34 anos, parda, refere que há mais ou menos duas semanas vem sentindo um desconforto abdominal em hipogástrio, associado a episódios de náuseas, havendo melhora com uso de antiespasmódico. Há cerca de 4 horas, porém, relata que obteve piora súbita dessa mesma dor enquanto limpava a casa. Refere que a dor era mais localizada no quadrante inferior direito, havendo piora com a movimentação corporal. Apresentou um episódio de lipotimia e dois de vômitos nesse mesmo intervalo de tempo e, agora, a dor localiza-se em todo abdome. Não sabe referir quando menstruou. Exame físico: regular estado geral, fácies de dor, mucosas hipocrômicas (++/4+), pressão arterial: 80 x 60 mmHg; FC: 126 bpm; FR: 28 ipm; Temp.: 36,5°C; abdome rígido, doloroso à palpação difusa, principalmente à descompressão brusca. Durante o toque vaginal, presença de dor à mobilização do colo uterino, além de abaulamento e dor no fundo de saco de Douglas (Sinal de Proust). Exames de laboratório:  $\beta$  HCG positivo. Qual o provável diagnóstico etiológico para o caso?

- A Gravidez ectópica rota.
- B Cisto ovariano folicular hemorrágico.
- C Rotura uterina por DIU.
- D Apendicite aguda.
- E Descolamento prematuro de placenta.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000146307](#)

**Questão 35** Obstetrícia Gestação ectópica

Mulher de 26 anos procura maternidade com história de 6 semanas de atraso menstrual, dor pélvica e sangramento vaginal. Tem beta-HcG qualitativo positivo. Relata laparotomia exploradora há cerca de 1 ano por gestação ectópica. Tem passado de endometriose. Assinale a alternativa INCORRETA acerca desta provável patologia obstétrica:

- A Ausência de embrião vivo associado a níveis baixos de beta-HCG (menor que 5.000 mUI/mL é um dos critérios para uso de Metotrexato.
- B O tratamento é sempre cirúrgico, podendo ser feito com via laparoscópica se houver estabilidade clínica materna.
- C A ultrassonografia para confirmação diagnóstica deve ser realizada preferencialmente via transvaginal.
- D São fatores de risco: cirurgia tubária prévia (esterilização feminina, reanastomose tubária e doença inflamatória pélvica.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000146202](#)

**Questão 36** Causas Obstetrícia



Mulher comparece na emergência relatando sangramento vaginal de moderada intensidade associado a cólicas. Refere atraso menstrual de 10 semanas. Não tem ultrassonografia. Ao exame físico: bom estado geral, hidratada, eupneica; PA: 100/60mmHg, abdome flácido, levemente doloroso em região suprapúbica, fundo de útero não palpável. Toque Vaginal: colo uterino fechado, sangramento discreto. Qual a hipótese diagnóstica MENOS PROVÁVEL para o caso acima?

- A Ameaça de abortamento.
- B Abortamento completo.
- C Gravidez ectópica.
- D Abortamento inevitável.

4000146197

**Questão 37** Tratamento Obstetrícia

Paciente G2A1 (ectópica anterior, com realização de metotrexate), comparece em consulta no pronto atendimento, com queixa de sangramento há 4 dias, sem outros sintomas. Realizou dosagem de beta HCG há 2 dias = 1200 mUI/mL, com ultrassonografia sem evidência de gestação. Repetiu exames após 48 horas: beta HCG = 1600 mUI/mL e ultrassonografia com imagem paraovariana à direita, heterogênea, com fluxo ao estudo Doppler. Cavidade endometrial vazia. Sem líquido livre em pelve. Qual a conduta apropriada para o caso?

- A Videolaparoscopia
- B Laparotomia exploradora
- C Novo beta HCG em 48 horas
- D Ressonância magnética de pelve

Essa questão possui comentário do professor no site [4000146013](#)

**Questão 38** Diagnóstico Obstetrícia Gestação ectópica

Mulher de 25 anos dá entrada no pronto-socorro com queixa de dor em baixo ventre e sangramento vaginal. Não faz uso de anticoncepção e sua menstruação está atrasada há 5 semanas. Apresenta  $\beta$ -hcg de 1700 mUI/mL e ultrassonografia transvaginal que evidencia endométrio espessado, medindo 11 mm, ausência de saco gestacional intraútero e imagem compatível com corpo lúteo em anexo direito. Qual o provável diagnóstico nesse momento e conduta adequada?

- A Gravidez ectópica – Videolaparoscopia.
- B Gravidez ectópica – Metotrexato intramuscular.
- C Gravidez incipiente – repetir ultrassonografia transvaginal em 10 dias.
- D Gravidez incipiente – repetir  $\beta$ -hcg em 7 dias.
- E Gravidez ectópica ou incipiente – repetir  $\beta$ -hcg e ultrassonografia transvaginal em 48 horas.

Essa questão possui comentário do professor no site [4000145761](#)



### Respostas:

[illegible]