

CONCURSO PÚBLICO PARA MÉDICO E MÉDICO PLANTONISTA - PREFEITURA DE SANTANA DE PARNAÍBA, SP.

EDITAL N.º 05/2026.

PROVA OBJETIVA.

ESPECIALIDADE: MÉDICO GINECOLOGISTA/OBSTETRA.

Leia atentamente as INSTRUÇÕES:

1. Não será permitido ao candidato realizar as provas usando óculos escuros, (exceto para correção visual, ou fotofobia, desde que informe no ato da inscrição), ou portando aparelhos eletrônicos, (mesmo desligados), celular, qualquer tipo de relógio, chaves, carteira, bolsa, acessórios que cubram o rosto, a cabeça, ou parte desta.
2. Será eliminado deste Concurso Público, o candidato que fizer uso do celular e/ou aparelho eletrônico, no local onde está ocorrendo o mesmo; o candidato cujo celular e/ou aparelho(s) eletrônico(s), mesmo desligado(s), emitir(em) qualquer som, durante a realização das provas. No decorrer de todo o tempo em que permanecer no local, onde ocorre o Concurso Público, o candidato deverá manter o celular desligado, sendo permitido ativá-lo, somente após ultrapassar o portão de saída do prédio.
3. **Sob pena de ser eliminado deste Concurso Público**, o candidato poderá manter em cima da sua carteira apenas lápis, borracha, caneta, um documento de identificação, lanche, (exceto líquido). **Outros pertences**, antes do início das provas, o candidato deverá acomodá-los **embaixo de sua cadeira**, sob sua guarda e responsabilidade.
4. Confira se sua prova tem **30 questões**, cada qual com **04 alternativas**.
5. Verifique seus dados no cartão-resposta, (nome, número de inscrição e o cargo para o qual se inscreveu), **ASSINE** o mesmo.
6. Preencha toda a área do cartão-resposta correspondente à alternativa de sua escolha, com caneta esferográfica, (tinta azul, ou preta), sem ultrapassar as bordas. As marcações duplas, rasuradas, ou marcadas diferentemente, do modelo estabelecido no cartão-resposta, serão anuladas.
7. Observe as orientações apresentadas no cartão-resposta. O mesmo não será substituído, salvo se contiver erro de impressão.
8. Aguarde a autorização do fiscal para abrir o caderno de provas. Ao receber a ordem, confira-o com muita atenção. Nenhuma reclamação sobre o total de questões, ou falha de impressão, será aceita depois de iniciada a prova. Caberá apenas ao candidato a interpretação das questões, o fiscal não poderá fazer nenhuma interferência.
9. A Prova Objetiva terá duração máxima de **3h, (três horas)**, incluso o tempo destinado ao preenchimento do cartão-resposta.
10. O candidato poderá retirar-se do local da prova somente **1h, (uma hora)**, após seu início, levando o caderno de prova.
11. Ao terminar sua prova, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o cartão-resposta preenchido, assinado e retirar-se do recinto, onde está ocorrendo a mesma, não lhe sendo mais permitido o uso do banheiro e bebedouro.
12. Os **3, (três)**, candidatos que terminarem a prova por último, deverão permanecer na sala, só poderão sair juntos, após o fechamento do envelope, contendo os cartões-respostas dos candidatos presentes e ausentes, assinarem no referido envelope, atestando que este foi devidamente lacrado.

BOA PROVA!

POLÍTICAS DE SAÚDE.

1. Uma mulher de 58 anos, com hipertensão e diabetes, procura uma Unidade Básica de Saúde por perda de peso, tosse persistente e sudorese noturna há 3 semanas. O médico considera tuberculose pulmonar, neoplasia pulmonar e infecção bacteriana como diagnósticos diferenciais. Sobre a atuação do SUS nesse caso, assinale a alternativa correta.

- a) A universalidade determina que pacientes com maior risco epidemiológico tenham prioridade absoluta, independentemente, da gravidade clínica apresentada.
- b) A universalidade restringe o acesso aos serviços especializados aos pacientes, previamente, acompanhados pela Atenção Primária.
- c) A equidade estabelece que todos os pacientes devem receber exatamente os mesmos recursos diagnósticos e terapêuticos, independentemente de suas necessidades.
- d) A integralidade permite articular ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento, considerando-se as necessidades individuais da paciente e os diferentes níveis de atenção.

2. Uma equipe de Saúde da Família identifica aumento de internações por descompensação de insuficiência cardíaca em seu território. Ao analisar os prontuários, percebe baixa adesão ao tratamento, dificuldade de acesso aos medicamentos e ausência de acompanhamento após as altas hospitalares. A equipe decide reorganizar seu processo de trabalho.

Qual conduta melhor caracteriza a lógica da Estratégia Saúde da Família?

- a) Realizar campanhas educativas gerais sobre insuficiência cardíaca, sem necessidade de estratificação de risco, pois ações coletivas devem ser priorizadas pela Estratégia Saúde da Família.
- b) Priorizar consultas individuais para os pacientes com maior número de internações, mantendo o encaminhamento para a atenção especializada como principal estratégia de redução das hospitalizações.
- c) Utilizar dados do território para identificar vulnerabilidades, organizar busca ativa e acompanhamento longitudinal dos pacientes, articulando o cuidado com outros pontos da rede de atenção.
- d) Concentrar as ações nos pacientes já cadastrados pela equipe, pois a adesão territorial limita o atendimento de pessoas pertencentes a outras áreas.

3. Uma mulher de 52 anos, assintomática, apresenta história familiar de câncer colorretal em um irmão diagnosticado aos 48 anos. Após avaliação individualizada de risco, a equipe orienta a realização periódica de colonoscopia, antes da idade habitualmente indicada para a população geral.

Essa intervenção corresponde à:

- a) Prevenção primária, por reduzir a probabilidade de desenvolvimento futuro de câncer colorretal.
- b) Prevenção secundária, por buscar identificar precocemente uma doença em fase inicial, antes do surgimento de manifestações clínicas.
- c) Prevenção quaternária, por evitar complicações relacionadas ao diagnóstico tardio de neoplasias.
- d) Prevenção terciária, por reduzir a mortalidade associada ao câncer colorretal em indivíduos de maior risco.

4. Um município de pequeno porte apresenta dificuldade para ofertar determinados procedimentos ambulatoriais especializados à sua população. Em discussão regional, os gestores definem que parte desses serviços será disponibilizada em um município de referência, mantendo-se a responsabilidade local pelas ações de atenção básica e pelo acompanhamento dos usuários.

Considerando-se a NOAS-SUS 01/02, essa organização está relacionada, principalmente, ao

princípio de:

- a) Municipalização integral da assistência, pela qual cada município deve assegurar diretamente todos os serviços necessários à sua população, independentemente, de sua capacidade instalada.
- b) Regionalização da assistência, com organização de redes hierarquizadas e estabelecimento de referências intermunicipais para garantir acesso aos diferentes níveis de atenção.
- c) Autonomia municipal plena, segundo a qual a definição dos fluxos assistenciais deve ocorrer, exclusivamente, dentro dos limites territoriais de cada município.
- d) Descentralização administrativa, que determina a transferência da totalidade dos serviços especializados para os municípios de maior porte.

5. Em determinado município, a equipe de saúde identifica aumento de casos de diarreia em diferentes bairros. A análise demonstra concentração dos casos em áreas com abastecimento irregular de água. A gestão decide integrar informações epidemiológicas, ações de saneamento, educação em saúde e acompanhamento da ocorrência dos casos. Essa abordagem representa uma característica central do modelo de Vigilância em Saúde por quê?

- a) Concentra a atuação sobre doenças transmissíveis mediante identificação dos casos e adoção de medidas específicas após a confirmação diagnóstica.
- b) Prioriza a assistência individual aos indivíduos sintomáticos, utilizando os atendimentos realizados nos serviços de saúde como principal fonte para organização das ações.
- c) Fundamenta-se na oferta programada de consultas e procedimentos segundo a demanda espontânea identificada nos estabelecimentos assistenciais.
- d) Articula diferentes ações e setores a partir da análise do território e dos determinantes do processo saúde-doença, buscando intervir sobre riscos, danos e condições de vida.

CLÍNICA MÉDICA - COMUM A TODOS OS CARGOS.

6. Um homem de 58 anos, com hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e fração de ejeção reduzida, é internado por descompensação volêmica. Faz uso de Furosemida, Espironolactona e Carvedilol. Após 4 dias de tratamento, apresenta palpitações e episódio de pré-síncope. Ao exame, está consciente, PA 104/68 mmHg e FC 54 bpm. O ECG demonstra ritmo sinusal, ondas T de baixa amplitude, discreto infradesnívelamento difuso do segmento ST e ondas U proeminentes nas derivações precordiais, com aparente prolongamento do intervalo QT. Exames laboratoriais: $K^+ = 2,3 \text{ mEq/L}$, $Mg^{2+} = 1,4 \text{ mg/dL}$, $Na^+ = 137 \text{ mEq/L}$ e creatinina = $1,4 \text{ mg/dL}$. O paciente não apresenta diarreia ou vômitos. Tendo em vista o conjunto clínico-eletrocardiográfico, qual das alternativas melhor explica o achado do ECG e o risco arritmico desse paciente?

- a) A hipocalcemia, potencializada pela hipomagnesemia, promove alterações da repolarização com ondas U proeminentes e pode produzir aparente prolongamento do QT; nesse contexto, há risco aumentado de extrassístoles ventriculares, taquicardia ventricular e torsades de pointes.
- b) O aparente prolongamento do QT, praticamente, exclui distúrbio relacionado ao potássio, devendo-se considerar como hipótese principal síndrome do QT longo congênito, precipitada pelo uso de betabloqueador.
- c) A hipocalcemia produz, predominantemente, atraso da condução intraventricular, justificando o infradesnívelamento do ST e o prolongamento verdadeiro do QT, sendo a bradicardia o principal marcador de risco de fibrilação ventricular.
- d) A presença de ondas U proeminentes associada à bradicardia é mais característica de hipercalemia moderada, enquanto o valor reduzido do potássio representa, provavelmente, uma alteração laboratorial sem relação causal com o ECG.

7. Homem, 69 anos, previamente independente, é levado pela esposa por apresentar, há aproximadamente 2 anos, dificuldade progressiva para administrar as próprias finanças, esquecer compromissos e repetir perguntas. Nos últimos 8 meses, passou a apresentar episódios nos quais permanece aparentemente “desligado”, alternando momentos de maior lucidez com períodos de importante desatenção. A esposa relata ainda alucinações visuais bem formadas, nas quais o paciente descreve pessoas e animais dentro de casa, além de sonhos muito vívidos nos quais ele grita e movimentava intensamente os braços e as pernas. Ao exame neurológico, apresenta bradicinesia e rigidez, sem tremor de repouso significativo. Não há história de acidente vascular cerebral prévio, déficits neurológicos focais ou início abrupto dos sintomas. A ressonância magnética evidencia apenas alterações involutivas discretas.

Com base na apresentação clínica, qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Demência frontotemporal, variante comportamental.
- b) Doença de Alzheimer.
- c) Demência vascular.
- d) Demência com corpos de Lewy.

8. Mulher de 74 anos, hipertensa e independente para as atividades diárias, é internada para correção eletiva de fratura de colo de fêmur. Na avaliação pré-operatória, encontra-se afebril, hemodinamicamente estável e sem queixas urinárias. Nega disúria, urgência, polaciúria, dor suprapúbica ou lombar. O exame de urina revela leucocitúria e bacteriúria. A urocultura, coletada, posteriormente, apresenta crescimento de Escherichia coli em concentração significativa. A equipe solicita avaliação para definir a necessidade de antibioticoterapia antes da cirurgia. Sobre esse caso, assinale a conduta mais adequada.

- a) Adiar, obrigatoriamente, a cirurgia até que a urocultura se torne negativa, pois a bacteriúria assintomática aumenta, substancialmente, o risco de infecção da prótese ortopédica.
- b) Não tratar a bacteriúria com antimicrobianos, pois a paciente não apresenta sintomas urinários e será submetida a uma cirurgia ortopédica que não envolve manipulação do trato urinário.
- c) Iniciar antimicrobiano empírico para cistite, pois a leucocitúria na ausência de sintomas urinários é suficiente para estabelecer o diagnóstico de infecção urinária.
- d) Iniciar antimicrobiano direcionado à Escherichia coli, pois a presença de bacteriúria significativa associada à leucocitúria em uma paciente idosa indica infecção urinária e aumenta o risco de complicações pós-operatórias.

9. Homem de 64 anos, com hipertensão arterial e doença renal crônica estágio 3, procura atendimento por dor intensa e edema no joelho direito, iniciados, subitamente, durante a madrugada. Relata que, aproximadamente há 2 anos, apresentou episódio semelhante no primeiro pododáctilo direito, com resolução espontânea após alguns dias. Faz uso de Hidroclorotiazida há 8 anos. Ao exame, apresenta joelho intensamente edemaciado, quente e eritematoso, com importante limitação da mobilidade. Temperatura axilar de 36,8 °C, sem alterações do estado geral. A artrocentese demonstra líquido sinovial inflamatório, com predomínio de neutrófilos. Na microscopia sob luz polarizada, são identificados cristais intracelulares alongados, que apresentam birrefringência negativa. Considerando-se o quadro clínico, os achados da análise do líquido sinovial e as opções terapêuticas disponíveis, assinale a alternativa correta.

- a) O diagnóstico mais provável é artrite séptica; a intensidade do processo inflamatório articular justifica tratamento antimicrobiano empírico e investigação complementar para identificação do agente etiológico.
- b) O diagnóstico mais provável é artrite por deposição de urato monossódico; para o episódio agudo, deve-se escolher tratamento anti-inflamatório levando em consideração a função renal, após o controle da crise avaliar a indicação de terapia para redução sustentada da concentração sérica de ácido úrico.

- c) O diagnóstico mais provável é artrite reumatoide; após o controle da manifestação articular, deve-se iniciar tratamento modificador da doença para prevenir novas manifestações articulares.
- d) O diagnóstico mais provável é artrite por deposição de pirofosfato de cálcio; para o episódio agudo, deve-se instituir tratamento anti-inflamatório e, após a resolução da crise, investigar condições associadas à deposição desses cristais.

10. Homem de 67 anos, com hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, apresenta insuficiência cardíaca com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 28%. Após tratamento da congestão, encontra-se em classe funcional II, sem dispneia em repouso, sem edema e com pressão arterial de 112/70 mmHg. Frequência cardíaca de 68 bpm, em ritmo sinusal. Exames laboratoriais mostram creatinina de 1,4 mg/dL, taxa de filtração glomerular estimada de 48 mL/min/1,73 m² e potássio de 4,6 mEq/L.

Atualmente, utiliza Enalapril e Carvedilol em doses baixas. Não apresenta hipotensão sintomática, hipercalemia ou outras contraindicações relevantes ao tratamento farmacológico. Tendo em conta as terapias capazes de modificar o prognóstico na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, qual é a estratégia mais adequada?

- a) Manter o tratamento atual e acrescentar Digoxina como principal medida para redução da mortalidade, deixando os demais medicamentos para uma etapa posterior, caso persistam sintomas.
- b) Manter o betabloqueador, introduzir um antagonista do receptor mineralocorticoide e um inibidor do cotransportador de sódio-glicose tipo 2 e, quando possível, substituir o inibidor da enzima conversora da angiotensina por Sacubitril/Valsartana, com monitorização da função renal, pressão arterial e potássio.
- c) Priorizar a elevação do Enalapril até a dose máxima tolerada antes da introdução das demais terapias, pois a otimização de uma classe deve ser concluída antes do início de outra.
- d) Suspender o Carvedilol e manter apenas o Enalapril associado ao diurético de alça, pois a utilização simultânea de múltiplas classes capazes de reduzir a pressão arterial aumenta o risco de descompensação.

11. Um homem de 62 anos, com hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2, apresenta Taxa de Filtração Glomerular estimada, (TFGe), de 38 mL/min/1,73 m², mantida em duas avaliações realizadas com intervalo de 4 meses. A relação albumina/creatinina urinária é de 180 mg/g, também persistente nesse período. Considerando-se os critérios atuais para classificação da Doença Renal Crônica, (DRC), aponte a alternativa correta.

- a) O paciente apresenta DRC G4 A2, pois uma TFGe inferior a 60 mL/min/1,73 m² caracteriza doença renal crônica avançada.
- b) O paciente apresenta DRC G3a A2, pois valores de TFGe entre 30 e 59 mL/min/1,73 m² são classificados como G3a.
- c) O paciente apresenta DRC G3b A2, caracterizada por redução moderada a importante da TFGe e albuminúria moderadamente aumentada.
- d) O paciente apresenta DRC G2 A2, pois a classificação da DRC é determinada, principalmente, pela presença de albuminúria, independentemente da TFGe.

12. Um homem de 64 anos procura atendimento por cansaço progressivo, língua dolorosa e sensação de formigamento nos pés, com evolução de aproximadamente 7 meses. Refere que passou a apresentar dificuldade para caminhar em ambientes escuros e episódios de desequilíbrio. Nega perda de sangue, etilismo e uso de medicamentos. Ao exame, apresenta palidez cutaneomucosa, glossite e redução da sensibilidade vibratória nos membros inferiores. O hemograma mostra hemoglobina de 8,7 g/dL, hematócrito de 26%, VCM de 116 fL, leucócitos de 3.400/mm³ e plaquetas de 118.000/mm³. No esfregaço periférico, observam-se hemácias aumentadas de tamanho e neutrófilos com cinco ou mais segmentos. A contagem de reticulócitos está reduzida. Bilirrubina indireta e LDH estão elevadas. TSH, creatinina e provas

hepáticas são normais. Diante desse quadro, qual é a melhor abordagem diagnóstica?

- a) Solicitar apenas dosagem de folato, pois alterações hematológicas semelhantes são mais, frequentemente, provocadas pela deficiência dessa vitamina.
- b) Solicitar dosagem de vitamina B12 e folato, considerando, especialmente, a possibilidade de deficiência de vitamina B12 diante da associação entre alterações hematológicas e manifestações neurológicas.
- c) Solicitar ferritina e saturação de transferrina como investigação inicial, pois a deficiência de ferro é a principal causa nutricional de anemia.
- d) Solicitar, imediatamente, mielograma e biópsia de medula óssea, pois a presença simultânea de anemia, leucopenia e plaquetopenia indica doença primária da medula óssea.

13. Puérpera de 24 anos, no terceiro dia após parto vaginal, relata dor intensa nos mamilos durante as mamadas e refere que o recém-nascido permanece longos períodos ao seio, mas parece insatisfeito após algumas mamadas. Durante a observação de uma mamada, o bebê encontra-se voltado para a mãe, porém, mantém o pescoço discretamente rodado. A boca está parcialmente aberta, com pequena porção da aréola visível acima e abaixo dos lábios. O lábio inferior encontra-se evertido, mas o queixo não toca a mama. Durante a sucção, são observados movimentos rápidos e superficiais, com estalos ocasionais. Tendo em vista as recomendações para avaliação da técnica de amamentação, assinale a alternativa correta.

- a) A mamada deve ser interrompida e a pega refeita, buscando posicionar o bebê de frente para a mãe, com cabeça e tronco alinhados, corpo próximo ao materno, boca bem aberta e maior parte da aréola dentro da boca, especialmente sua porção inferior, permitindo que o queixo se aproxime da mama.
- b) A mãe deve oferecer, inicialmente, apenas o mamilo, aguardando que o bebê realize movimentos de sucção para, posteriormente, introduzir a aréola, pois a entrada precoce de grande quantidade de tecido mamário pode dificultar a sucção.
- c) A mãe deve manter a posição atual e realizar ordenha manual da mama antes de cada mamada, pois a dor inicial e a sucção superficial são esperadas durante os primeiros dias após o parto.
- d) A mãe deve comprimir a mama com os dedos formando um formato semelhante a um “C” próximo ao mamilo durante toda a mamada, pois essa manobra facilita a entrada do mamilo e da aréola na boca do bebê.

14. Uma menina de 2 anos e 6 meses é levada ao pronto-socorro por recusa em apoiar o membro inferior esquerdo. A responsável informa que a criança havia caído de um sofá, aproximadamente 24 horas antes e que, desde então, passou a mancar. Ao exame, observa-se equimose discreta em região lateral da coxa e dor à mobilização do membro. A radiografia evidencia fratura diafisária do fêmur esquerdo. Durante a avaliação, a criança permanece retraída e evita contato físico com a responsável. Ao revisar os registros anteriores, o médico identifica três atendimentos nos últimos 10 meses: no primeiro, por traumatismo craniano sem perda de consciência; no segundo, por fratura de rádio; no terceiro, por queimadura superficial no dorso da mão. As circunstâncias descritas pelos acompanhantes foram distintas em cada episódio. Não há história conhecida de doença óssea, alteração do desenvolvimento ou uso prolongado de medicamentos. Após estabilização clínica, a equipe discute a necessidade de investigação complementar e de medidas de proteção. Dentre as alternativas escolha a melhor conduta para o caso.

- a) Realizar exame físico direcionado, exclusivamente, ao membro acometido e documentar as lesões relacionadas ao episódio atual, evitando registrar informações referentes a atendimentos anteriores que não tenham sido, previamente, classificados como casos de violência.
- b) Manter a investigação de causas médicas de fragilidade óssea quando clinicamente indicada, mas, paralelamente, considerar a possibilidade de violência, realizar exame físico completo em busca de outras lesões, registrar objetivamente os achados, relatos obtidos e proceder à notificação compulsória

diante da suspeita, independentemente de confirmação definitiva da autoria ou do mecanismo.

c) Priorizar a investigação de doenças associadas à fragilidade óssea, antes de qualquer comunicação aos órgãos de proteção, uma vez que fraturas na primeira infância apresentam amplo diagnóstico diferencial e a notificação precoce pode resultar em intervenção familiar indevida.

d) Realizar a notificação apenas após confirmação de que a queda relatada não seria, biomecanicamente, suficiente para produzir a fratura, pois a discrepância entre o mecanismo informado e a lesão constitui o principal critério objetivo para caracterização de violência física.

15. Uma mulher de 42 anos apresenta, há aproximadamente 10 meses, episódios recorrentes de prurido, ardor e descamação nas mãos. As manifestações inicialmente eram discretas, mas passaram a ocorrer com maior frequência nos últimos meses. Refere piora durante os dias de trabalho e melhora parcial em períodos prolongados afastada de suas atividades habituais. Ao exame, observam-se áreas eritematosas e descamativas, com fissuras superficiais e algumas pequenas vesículas, predominando nas regiões laterais dos dedos e no dorso das mãos. Não há lesões semelhantes nos pés, couro cabeludo, cotovelos ou joelhos. A paciente relata também episódios ocasionais de eczema nas pálpebras, sem alterações sistêmicas. Usa regularmente sabonete líquido, creme hidratante e luvas durante o trabalho. Já utilizou corticosteroide tópico de média potência em períodos de piora, com melhora transitória e posterior recorrência. Baseado no quadro clínico, qual o melhor diagnóstico dentre as alternativas?

a) Considerar dermatite de contato como hipótese principal e realizar investigação dirigida dos possíveis agentes de exposição com teste de contato, quando houver suspeita de sensibilização relevante.

b) Considerar dermatofitose como hipótese principal e iniciar antifúngico sistêmico, mesmo sem acometimento dos pés ou evidência micológica, devido à recorrência após corticosteroide tópico.

c) Considerar dermatite atópica como hipótese principal e solicitar dosagem sérica de IgE total para confirmar o diagnóstico, antes de modificar o tratamento tópico.

d) Considerar psoríase palmoplantar como hipótese principal e realizar biópsia cutânea, pois a presença de vesículas e fissuras é característica dessa apresentação.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS.

16. A distocia de ombro é uma emergência obstétrica imprevisível e tempo-dependente que ocorre quando, após a saída do polo cefálico, o ombro fetal anterior, (ou mais raramente o posterior), fica impactado contra a sínfise púbica ou o promontório sacral da mãe, impedindo o nascimento do restante do corpo por tração suave habitual. Em relação ao manejo, prevenção e complicações da distócia de ombro, assinale a alternativa incorreta.

a) As complicações fetais incluem lesão do plexo braquial, fraturas de úmero e clavícula, encefalopatia hipóxico-isquêmica e óbito fetal.

b) As complicações maternas incluem hemorragia pós-parto, lacerações perineais de 4º grau, lesões do esfíncter anal obstétrico, separação sinfisária e neuropatia cutânea femoral lateral transitória.

c) É previsível e prevenível na maioria dos casos. Os fatores de risco incluem risco de macrosomia fetal, distocia de ombro prévio e diabetes materno.

d) A manobra de McRoberts deve ser a primeira tentativa, associada à pressão suprapúbica.

17. A neoplasia trofoblástica gestacional compreende um grupo heterogêneo de tumores malignos raros, derivados da proliferação anormal do tecido trofoblástico placentário. A maioria dos casos desenvolve-se após a proliferação benigna de uma gestação molar, mas a neoplasia trofoblástica gestacional também pode ocorrer após qualquer evento gestacional, incluindo

abortos, gestações ectópicas ou gestações a termo. O diagnóstico de neoplasia trofoblástica gestacional é firmado, através dos seguintes critérios, exceto:

- a) Por diagnóstico histológico de mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico do sítio placentário ou tumor trofoblástico epitelióide.
- b) Biópsias de lesões visíveis no trato genital inferior devem ser feitas afim de confirmação diagnóstica.
- c) Pela presença de doença metastática.
- d) O hCG após esvaziamento molar, (platô de hCG $\pm 10\%$ em 4 dosagens ao longo de 3 semanas; elevação $>10\%$ em 3 dosagens ao longo de 2 semanas; ou hCG detectável por mais de 6 meses após uma eliminação).

18. A disgenesia gonadal refere-se a um desenvolvimento anormal das gônadas, resultando em gônadas não funcionais ou disfuncionantes, (frequentemente descritas como “gônadas em fita”), que podem ocorrer em indivíduos com cariótipos 46,XX, 46,XY ou anomalias de cromossomos sexuais, (mais comumente 45,X/46,XY em mosaico). Em relação à disgenesia gonadal, assinale a alternativa incorreta.

- a) Disgenesia gonadal pura ocorre quando indivíduos 46,XY com genitália externa feminina, gônadas em fita e complicações müllerianas, (útero e trompas presentes), decorrente de falha na diferenciação testicular apesar do cariótipo masculino.
- b) A apresentação clínica é amenorreia primária com desenvolvimento puberal incompleto, (nos casos de disgenesia pura), genitália ambígua ou fenótipo masculino/feminino variável, (na forma mista), baixa estatura e outros estigmas somáticos.
- c) Na síndrome de Swyer, (46,XY), a ressonância magnética pélvica é obrigatória ao diagnóstico para localizar as gônadas em fita e indicar sua remoção.
- d) A presença de material do cromossomo Y em gônadas disgenéticas confere risco aumentado de gonadoblastoma/tumores de células germinativas, (até 25% em mulheres com cromossomo Y) .

19. Endometriose é definida pela presença de tecido endometrial funcional fora da cavidade uterina, Afeta 6-10% das mulheres em idade reprodutiva, com espectro clínico e biológico muito mais amplo do que uma simples doença pélvica localizada. Assinale a alternativa correta acerca de endometriose.

- a) Exame físico e imagem normal excluem o diagnóstico de endometriose.
- b) Biomarcadores séricos, urinários ou endometriais são recomendados para diagnóstico de endometriose.
- c) A ablação é superior à excisão para lesões endometrióticas peritoneais.
- d) A laparoscopia diagnóstica é reservada para casos de dúvida diagnóstica persistente ou indicação cirúrgica concomitante.

20. A Doença de Paget Vulvar é um adenocarcinoma in situ raro, de crescimento lento, que afeta, predominantemente, a epiderme e os anexos da pele vulvar. Trata-se de uma neoplasia intraepitelial que acomete, principalmente, mulheres na pós-menopausa. Assinale a alternativa incorreta a respeito de Doença de Paget Vulvar.

- a) A imunohistoquímica, (ex.: CK7, CEA, MUC2/MUC5AC), é fundamental para confirmar o diagnóstico e diferenciar a forma primária da secundária.
- b) Recomenda-se acompanhamento por exame clínico anual nos primeiros 3 anos, após o tratamento com exame cutâneo completo do sítio afetado, avaliação linfonodal regional, tratamento de condições dermatológicas concomitantes que possam mascarar recidiva e orientação ao paciente para autoexame.
- c) A forma primária representa a grande maioria dos casos. Origina-se das células-tronco apócrinas da epiderme vulvar ou dos anexos cutâneos, permanecendo confinada ao epitélio.
- d) O tratamento padrão é a excisão cirúrgica ampla, individualizada conforme localização e extensão

tumoral, buscando margens livres para reduzir a recidiva local.

21. As hemorragias da gestação na segunda metade da gravidez têm causas obstétricas emergenciais principais que devem ser sistematicamente excluídas: placenta prévia, descolamento prematuro de placenta e vasa prévia — além da ruptura uterina em contexto de trabalho de parto/cesárea anterior. Assinale a alternativa correta em relação as estas condições obstétricas.

- a) Os principais fatores de risco para a vasa prévia são inserção velamentosa do cordão, placenta baixa/prévia de segundo trimestre, reprodução assistida, placenta bilobada ou sucenturiada e gestação múltipla.
- b) É comumente diagnosticada em ultrassonografia de rotina antes de 20 semanas, mas resolve espontaneamente em quase 40% dos casos até o termo.
- c) A apresentação clássica do descolamento prematuro de placenta é sangramento vaginal associado à dor abdominopélvica/lombar e hipertonia uterina. A gravidade do descolamento prematuro de placenta se correlaciona diretamente com o volume de sangue visualizado.
- d) A vasa prévia é uma condição comum e potencialmente catastrófica, em que vasos fetais desprotegidos, (sem cordão ou tecido placentário), atravessam as membranas sobre o colo, com risco de ruptura e exsanguinação fetal quando as membranas se rompem.

22. A gestação gemelar ocorre quando dois ou mais fetos se desenvolvem simultaneamente no útero. Do ponto de vista obstétrico e perinatal, é considerada uma gestação de alto risco devido às alterações fisiológicas maternas amplificadas e às complicações fetais específicas. Marque a afirmativa correta em relação à gemelaridade.

- a) Na ultrassonografia, o "sinal do lambda" indica monocorionicidade, enquanto o "sinal do T", (membrana fina perpendicular à placenta), indica dicorionicidade.
- b) A determinação da corionicidade deve ser feita idealmente até 16 semanas por ultrassonografia.
- c) A vigilância ultrassonográfica seriada para síndrome de transfusão feto-fetal em gestações monocoriônicas deve iniciar por volta de 16 semanas, não 12 semanas, ser repetida a cada 2 semanas até o parto.
- d) O diagnóstico ultrassonográfico de síndrome de transfusão feto-fetal exige oligoâmnio, (maior bolsão <2 cm) em um saco e polidrâmnio, (maior bolsão >8 cm) no outro, estadiada pelo Sistema de Quintero.

23. O puerpério é o período que se inicia após a dequitação placentária e se estende por até 6 semanas, durante o qual ocorrem o retorno progressivo do organismo materno ao estado pré-gravídico e à involução uterina, com risco elevado de complicações graves — quase metade das mortes maternas ocorre nesse período. Assinale a alternativa incorreta acerca do puerpério.

- a) A hemorragia pós-parto primária quando ocorre nas primeiras 24h, (perda >500 mL no parto vaginal ou >1000 mL na cesárea, ou associada a sinais de hipovolemia), sendo a lacerações do trato genital a causa mais comum.
- b) Condições relacionadas à hipertensão também se concentram na primeira semana pós-parto, exigindo monitorização contínua da pressão arterial, sobretudo em pacientes com doença hipertensiva da gestação, que apresentam risco aumentado de hipertensão grave, (pressão arterial sistólica ≥ 160 ou pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg) nesse período.
- c) No puerpério imediato, (6–12h após o parto), ocorrem alterações hemodinâmicas marcantes: aumento do débito cardíaco e do volume sistólico em mais de 50%, principalmente, por autotransfusão de sangue do útero contraído e alívio da compressão da veia cava inferior, com retorno da frequência cardíaca e do débito cardíaco a valores pré-parto já na primeira hora.
- d) O estado pró-trombótico da gestação é exacerbado por lesão tecidual periparto, infecção, cesárea e hemorragia pós-parto, tornando as primeiras 6 semanas, (podendo persistir até 12 semanas), o período de maior risco tanto para eventos tromboembólicos quanto para acidente vascular hemorrágico.

24. A Síndrome dos Ovários Policísticos é a endocrinopatia mais frequente em mulheres em idade fértil, afetando cerca de 6% a 15% dessa população. Trata-se de um distúrbio metabólico e reprodutivo heterogêneo. A gênese da síndrome dos ovários policísticos envolve uma interação complexa entre disfunção neuroendócrina, esteroidogênese ovariana alterada e distúrbios metabólicos. Identifique a alternativa correta em relação à Síndrome dos Ovários Policísticos.

- a) Em adolescentes com menos de 3 anos pós-menarca, a presença de acne isolada e contagem folicular ovariana elevada ao ultrassom transvaginal é suficiente para fechar o diagnóstico de Síndrome dos Ovários Policísticos e iniciar o tratamento de primeira linha.
- b) Mesmo na presença de anovulação e ciclos irregulares e hiperandrogenismo clínico, a realização de ultrassonografia transvaginal e a dosagem de hormônio antimülleriano são insdispensáveis para confirmar o diagnóstico e estadiar a gravidade da doença.
- c) O hormônio antimülleriano sérico elevado pode ser usado como alternativa ao ultrassom para caracterizar a morfologia ovariana policística em adultas.
- d) Os contraceptivos orais combinados contendo etinilestradiol em doses de 35 a 50 mcg associados à ciproterona são formalmente recomendados como primeira linha em relação às doses de 20 mcg, devido à superioridade comprovada no controle do hirsutismo e menor risco tromboembólico.

25. Os métodos diagnósticos em Ginecologia são fundamentais para o rastreio, prevenção, investigação de sintomas anômalos e conduta terapêutica nas afecções da mulher. O avanço tecnológico permitiu uma evolução que vai desde a avaliação clínica inicial até propedêuticas de alta precisão anatômica, funcional e molecular, permitindo diagnósticos precoces e abordagens minimamente invasivas. Assinale a alternativa correta acerca dos métodos diagnósticos.

- a) A biópsia endometrial cega realizada por aspiração, (ex: Canula de Pipelle), é o método padrão-ouro e de alta acurácia para o diagnóstico de pólipos endometriais e lesões focais.
- b) A histeroscopia permite visualização direta e biópsia dirigida, sendo o método mais sensível e específico para diagnóstico de câncer endometrial, além de histerectomia, com taxa de sucesso diagnóstico de 96,6%.
- c) A ultrassonografia transvaginal apresenta boa acurácia tanto para miomas quanto para diferenciação de adenomiose, (sensibilidade e especificidade >90% para miomas), sendo o exame de imagem inicial recomendado. A ressonância magnética não é obrigatória como exame inicial; é reservada para casos de dúvida diagnóstica ou pré-operatório, sendo igual ou superior à ultrassonografia transvaginal na avaliação de adenomiose, mas não substitui a ultrassonografia transvaginal como primeira linha.
- d) A ultrassonografia transvaginal apresenta excelente acurácia diagnóstica para miomas intramurais, mas é um método inadequado e de baixa precisão para a diferenciação com a adenomiose, exigindo a ressonância magnética como exame inicial obrigatório.

26. A mamogênese e a lactogênese representam os processos biológicos de preparação anatômica e ativação funcional das glândulas mamárias para a nutrição neonatal. O ciclo fisiológico é dividido em etapas sob controle estrito de esteroides sexuais e hormônios peptídicos. Assinale a alternativa incorreta acerca da lactogênese e mamogênese.

- a) A lactogênese III, embora não tenha sido mencionada anteriormente, refere-se à manutenção da produção láctea já estabelecida, regulada principalmente por mecanismo autócrino, (esvaziamento mamário frequente e efetivo, com o "fator inibidor da lactação" presente no leite), associado à prolactina, sendo essa fase dependente primariamente da demanda, (sucção/esvaziamento), não mais das mudanças hormonais sistêmicas do parto.
- b) A lactogênese II é a transição para a produção copiosa de leite, desencadeada pela queda abrupta de progesterona, (e estrogênio), após a dequitação placentária, na presença de níveis mantidos de prolactina.

c) A lactogênese I corresponde ao início da capacidade secretora da glândula mamária, ocorrendo por volta da metade da gestação, (aproximadamente 16–22 semanas), quando o epitélio alveolar mamário se diferencia sob influência hormonal, (progesterona, prolactina, lactogênio placentário) e passa a sintetizar componentes do colostro.

d) Durante a mamogênese, a progesterona é o principal hormônio responsável pelo crescimento dos ductos lactíferos, enquanto o estrogênio atua, isoladamente, na diferenciação alveolobular e início da excreção láctea abundante.

27. As síndromes hipertensivas da gestação figuram como a principal causa de mortalidade materna no Brasil e uma das maiores causas de morbimortalidade perinatal no mundo. Seu impacto extravasa o evento agudo da gestação, gerando repercussões maternas e fetais de curto, médio e longo prazo. Assinale a alternativa correta em relação às síndromes hipertensivas gestacionais.

a) Hipertensão gestacional é definida como pressão arterial sistólica maior que 140 mmHg ou diastólica maior que 90 mmHg em duas ocasiões com pelo menos 6 horas de intervalo, após 20 semanas de gestação, em mulher previamente normotensa, na ausência de proteinúria ou outras características graves.

b) É considerada grave quando a pressão arterial sistólica atinge valor maior que 160 mmHg ou a diastólica maior que 120 mmHg.

c) O sulfato de magnésio, na pré-eclâmpsia com características graves, é iniciado com dose de ataque de 4–6 g seguida de manutenção de 1–2 g/h, com monitorização de reflexos, diurese e função respiratória para sinais precoces de toxicidade.

d) A hipertensão grave aguda persistente por 30 minutos exige tratamento anti-hipertensivo em 30–60 minutos, com labetalol intravenosa, hidralazina intravenosa ou nifedipino intravenoso de liberação imediata como primeira linha.

28. A gestação prolongada é aquela que atinge ou ultrapassa 42 semanas completas de gestação, contados a partir de uma datação precisa no primeiro trimestre. Assinale a alternativa correta acerca de gestação prolongada.

a) O oligoidrâmnio é mais frequente nessas gestações e associa-se a anormalidades da frequência cardíaca fetal, compressão de cordão, líquido meconial, pH de artéria umbilical >7 e Apgar mais baixos.

b) Os fatores de risco identificados incluem nuliparidade, gestação pós-termo prévia, feto do sexo feminino e obesidade materna.

c) A indução do trabalho de parto após 42 semanas e até 42 semanas e 6 dias é recomendada em todas as pacientes, dada a evidência de aumento da morbimortalidade perinatal.

d) As gestações prolongadas associam-se a maior risco de convulsões neonatais, síndrome de aspiração meconial e Apgar de 5 minutos <4.

29. A Medicina Fetal é uma subespecialidade da Ginecologia e Obstetrícia dedicada à avaliação da saúde, do desenvolvimento anatômico e da genética do feto, tratando-o como um paciente individualizado. Essa área integra propedêutica armada de alta precisão, (ultrassonografia de alta resolução, procedimentos invasivos e exames genéticos moleculares), ao rastreamento e tratamento de patologias fetais in utero. No contexto da medicina fetal, assinale a alternativa correta.

a) Um pico de velocidade sistólica na artéria cerebral média maior que 1,0 múltiplos da mediana é preditivo de anemia fetal moderada a grave.

b) Alguns dos critérios de exclusão para cirurgia fetal de meningomielocoele são: Diabetes pré-gestacional não insulino-dependente e insulino-dependente, sorologia materna positiva para HIV, anomalia uterina e índice de massa corporal materno maior que 30.

c) A Ecocardiografia Fetal dedicada é indicada quando há suspeita de Cardiopatia Congênita na

triagem obstétrica, sendo geralmente realizada entre 26-28 semanas; em gestantes de alto risco para Cardiopatia Congênita, pode ser antecipada para o final do primeiro trimestre.

d) O tratamento padrão-ouro da Síndrome de Transfusão Feto-Fetal é a Fotocoagulação a Laser Fetoscópica das anastomoses placentárias.

30. A infertilidade é definida pela incapacidade de conceber após 12 meses de relações sexuais frequentes e sem uso de métodos contraceptivos em mulheres com menos de 35 anos, ou após 6 meses em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. A investigação do fator feminino, obrigatoriamente, inclui a avaliação da reserva ovariana, que reflete o quantitativo restante de folículos primordiais nos ovários e auxilia no prognóstico reprodutivo e no planejamento de protocolos de estimulação ovariana controlada. Assinale a alternativa incorreta sobre a reserva ovariana.

a) O hormônio antimülleriano deve ser interpretado com cautela em usuárias recentes de contraceptivos hormonais, (redução transitória até 2 meses após suspensão), em mulheres com menos de 25 anos, (pico fisiológico nessa faixa), em mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos, (elevação acentuada).

b) Avaliação de reserva ovariana é indicada em mulheres com risco aumentado de ter essa reserva diminuída, como idade >35 anos, história familiar de menopausa precoce, cirurgia ovariana prévia e quimioterapia/radioterapia pélvica.

c) A inibina B e o teste de desafio ao citrato de clomifeno não são recomendados como ferramentas de avaliação de reserva ovariana.

d) Limiares de reserva ovariana adequada são contagem de folículos antrais de pelo menos 10, hormônio antimülleriano maior que 2 ng/mL, FSH menor que 8 UI/L e estradiol menor que 60 pg/mL

RASCUNHO.