



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

EDITAL Nº 03/2021
DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)

MISSÃO

Ser um referencial público em saúde, prestando assistência de excelência, gerando conhecimento, formando e agregando pessoas de alta qualificação.

PS 17 - MÉDICO I
(Ginecologia e Obstetrícia)

MATÉRIA	QUESTÕES	PONTUAÇÃO
Conhecimentos Específicos	01 a 25	0,40 cada

ATENÇÃO: transcreva no espaço apropriado da sua FOLHA DE RESPOSTAS, com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

Deus ajuda a quem cedo madruga.



FAURGS
Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM A PRÉVIA AUTORIZAÇÃO DA FAURGS E DO HCPA.

Nome do Candidato: _____

Inscrição nº: _____

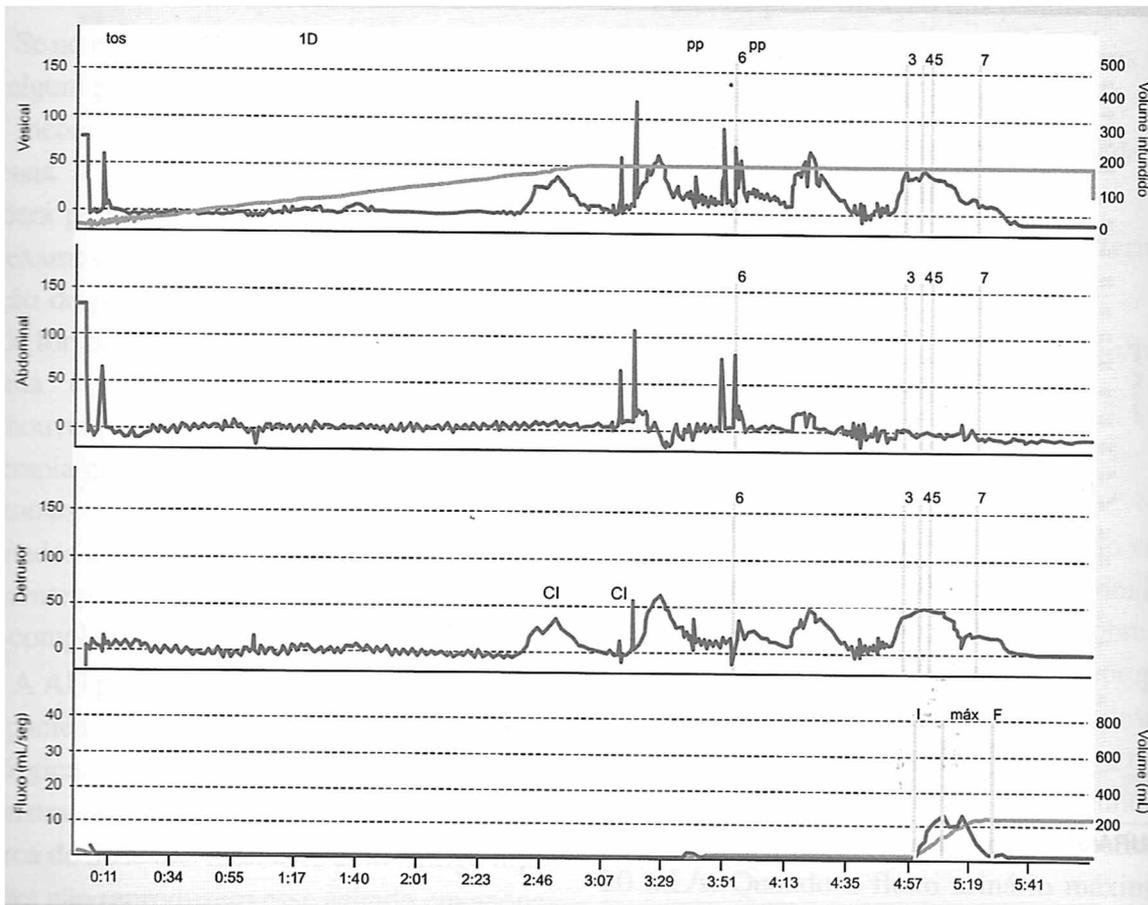
- 1 Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES corresponde ao Processo Seletivo para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 2 Esta PROVA consta de **25** (vinte e cinco) questões objetivas.
- 3 Caso o CADERNO DE QUESTÕES esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 4 Para cada questão objetiva, existe apenas **uma** (1) alternativa correta, a qual deverá ser assinalada na FOLHA DE RESPOSTAS.
- 5 Os candidatos que comparecerem para realizar a prova **não deverão portar** armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *paggers*, *notebooks*, **telefones celulares**, *pen drives* ou quaisquer aparelhos eletrônicos similares, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos auriculares, próteses auditivas, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto, exceto em situações previamente autorizadas pela Comissão do Concurso e/ou em situações determinadas em lei (como o caso presente do uso obrigatório de máscara, em virtude da pandemia do Coronavírus). **Os relógios de pulso serão permitidos, desde que permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.** (conforme subitem 7.10 do Edital de Abertura)
- 6 **É de inteira responsabilidade do candidato comparecer ao local de prova munido de caneta esferográfica, preferencialmente de tinta azul, de escrita grossa, para a adequada realização de sua Prova Escrita. Não será permitido o uso de lápis, marca-textos, régua, lapiseiras/grafites e/ou borrachas durante a realização da prova.** (conforme subitem 7.15.2 do Edital de Abertura)
- 7 Não será permitida nenhuma espécie de consulta em livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem o uso de instrumentos de cálculo ou outros instrumentos eletrônicos, exceto nos casos em que forem pré-estabelecidos no item 13 do Edital. (conforme subitem 7.15.3 do Edital de Abertura)
- 8 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número **26** serão desconsideradas.
- 9 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 10 A duração da prova é de **duas horas e trinta minutos (2h30min)**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 11 **O candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora (1h) após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita, o candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora e meia (1h30min) após o início. O candidato não poderá anotar/copiar o gabarito de suas respostas de prova.**
- 12 **Após concluir a prova e se retirar da sala, o candidato somente poderá se utilizar de sanitários nas dependências do local de prova se for autorizado pela Coordenação do Prédio e se estiver acompanhado de um fiscal.** (conforme subitem 7.15.6 do Edital de Abertura)
- 13 Ao concluir a Prova Escrita, o candidato deverá devolver ao fiscal da sala a Folha de Respostas (Folha Óptica). Se assim não proceder, será excluído do Processo Seletivo. (conforme subitem 7.15.8 do Edital de Abertura)
- 14 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.



01. Paciente com 32 anos, nuligesta, apresenta nódulo de mama com cerca de 2 cm, palpável, endurecido, bem delimitado, em quadrante superoexterno, móvel, não dolorido, sugerindo um fibroadenoma. A mãe apresentou carcinoma de mama com 39 anos de idade e era portadora da mutação em *BRCA 1*. Na biópsia por orientação ecográfica, apresentou carcinoma ductal infiltrante. A classificação histológica mais provável será de carcinoma

- (A) tubular.
- (B) medular.
- (C) mucinoso.
- (D) papilífero.
- (E) de Paget.

02. Paciente de 65 anos, Gesta 2 Para 2, apresenta incontinência urinária mista com enurese noturna, sem ter realizado tratamentos anteriores. O exame pélvico apresenta POP-Q de Aa -1, Ba 0, C -3, Bp +2, Ap +2. O exame urodinâmico apresenta o seguinte resultado:



Frente a esse diagnóstico, qual tratamento, dentre os abaixo listados, deve ser indicado?

- (A) Clonidina.
- (B) Toxina botulínica.
- (C) Solifenacina.
- (D) Cirurgia de Sling.
- (E) Colpoperineoplastia.

03. Paciente de 55 anos, Gesta 1, Cesárea 1, refere incontinência urinária de urgência com perdas eventuais aos esforços. Urina poucas vezes durante o dia. IMC = 41 kg/m². O POP-Q apresenta Aa +1, Ba +2, C -2, Bp +2, Ap +1. O exame urodinâmico revela primeiro desejo miccional em 400 mL, forte desejo com 600 mL, capacidade cistométrica de 800 mL, pressão de perda sob esforço de 80 cm H₂O, contrações do detrusor ausentes. O diagnóstico mais provável para este caso é

- (A) hiperatividade detrusora.
- (B) insuficiência esfíncteriana.
- (C) incontinência urinária genuína.
- (D) hipoatividade detrusora.
- (E) incontinência funcional central.

04. Gestante com 32 semanas, 20 anos, primigesta, pré-natal sem intercorrências, chega à emergência obstétrica com pressão arterial de 146/94 mmHg, cefaleia, sentindo-se com um mal-estar geral. O exame não apresenta contrações, e o colo uterino é fechado. AU de 28 cm, feto no percentil 20, com um bolsão de líquido amniótico de 2,5 cm. O exame de *Doppler* das artérias uterinas apresenta incisura protodiastólica, da artéria umbilical e da artéria cerebral média com fluxos normais. A RPC (relação proteinúria/creatininúria) estava em 0,9 mg/dL/mg/dL, e o *fUIPIERS*, em 0,9. Após duas horas de repouso, a pressão normalizou e a cefaleia passou sem medicamentos. A conduta, para este caso, deverá ser:

- (A) alta, observando a pressão arterial com revisão em uma semana.
- (B) internar, monitorar a pressão arterial e realizar exames.
- (C) internar, prescrevendo sulfato de magnésio e corticoide.
- (D) prescrever sulfato de magnésio, corticoide e induzir o parto em 48 horas.
- (E) prescrever sulfato de magnésio e indicar cesariana em seguida.

05. Secundigesta, 38 anos, inicia pré-natal trazendo ultrassom compatível com 13 semanas sem alterações. Na primeira gestação, realizou parto normal eutócico, com 39 semanas, sem intercorrências. Não há história materna de intercorrências na gestação. Na história, relata fratura de coluna há dois anos, quando apresentou tromboembolia venosa no pós-operatório, fazendo uso de heparina de baixo peso molecular por seis meses. Para a prevenção do tromboembolismo, a indicação é

- (A) AAS 100 mg.
- (B) heparina de baixo peso molecular.
- (C) heparina e AAS.
- (D) varfarina.
- (E) não realizar profilaxia.

06. Adolescente com 17 anos de idade procura atendimento em hospital referenciado para atendimento de vítimas de abuso sexual, acompanhada de sua mãe. Ela relata que, em determinada data, foi a uma festa em uma casa noturna com uma amiga. Durante a festa, ingeriu bebidas alcólicas e não lembra mais o que ocorreu. Lembra de ter recebido uma carona e ter sido deixada em uma lanchonete de atendimento 24 horas no início da manhã. De lá, foi para casa e não contou nada aos seus pais, pois havia mentido que ia dormir na casa de uma amiga. Após dois meses, percebeu que não havia menstruado. Realizou teste de gestação comprado na farmácia, com resultado positivo para gestação. Contou à mãe, e vieram buscar atendimento. Com base no caso clínico acima relatado, qual das alternativas abaixo está **INCORRETA**?

- (A) Devem ser feitos o acolhimento, anamnese e datação correta da idade gestacional por ultrassonografia transvaginal, sorologias para DST, tipagem sanguínea, atendimento multidisciplinar (psicólogo, serviço social e ginecologista), consentimentos informados e boletim de ocorrência e/ou autorização judicial e realização do aborto ético.
- (B) A presunção de violência sexual não é afastada se a menor aparentar ser maior de idade ou possa, no momento do consumo de bebidas alcólicas ou afins, ter consentido o ato sexual.
- (C) Devem ser feitos o acolhimento, anamnese com história detalhada com datação da idade gestacional por ultrassom transvaginal, sorologias para DST, tipagem sanguínea, atendimento multidisciplinar (ginecologista, psicólogo, serviço social), preenchimento de consentimentos e formulários de veracidade e realização de procedimento para esvaziamento manual intrauterino.
- (D) A história relatada pela adolescente deve ser recebida com presunção de veracidade, e o Serviço de Saúde referenciado deve realizar o atendimento e o procedimento, com base no convencimento da história relatada e confirmação da idade gestacional por ultrassom transvaginal compatível com a data do ocorrido.
- (E) A adolescente, mesmo sendo menor de idade e não desejosa da gravidez, deve ter seu direito de interrupção respeitado, embora a exigência do consentimento do representante legal também tenha que ser observada para realização do aborto humanitário e ético.

07. Paciente do sexo feminino, com 24 anos de idade, foi encaminhada pelo Posto de Saúde para atendimento em Emergência Ginecológica por apresentar episódio de lipotímia e sangramento vaginal no momento da consulta. HCG urinário, teste rápido, positivo para gravidez realizado pela enfermeira. Já no atendimento hospitalar, relata sangramento vaginal há três dias com piora do fluxo, tonturas e cólicas intensas desde a última noite. Traz ecografia transvaginal realizada há 30 dias com presença de saco gestacional com 24mm e ausência de embrião. Ao exame observam-se sinais vitais: Tax 37,2° C, PA 90/60 mmHg, FC 100 bpm. Especular: sangramento vaginal ativo com coágulos. Toque vaginal: útero discretamente aumentado, orifício do colo uterino permeável. Exames laboratoriais: Ht 30%, Hb 7,8 g/dL, Leucócitos 13100 bast 0% seg 62%, sorologias negativas e tipagem sanguínea A+. Ecografia transvaginal: presença de conteúdo amorfo e heterogêneo em cavidade uterina, endométrio com espessura de 1,5 cm. No caso clínico relatado acima, qual o provável diagnóstico médico e a conduta mais adequada a ser tomada?

- (A) Abortamento completo – controle ecográfico em 7-10 dias.
- (B) Sangramento vaginal de primeiro trimestre – HCG sanguíneo e ecografia transvaginal de controle.
- (C) Realizar diagnóstico diferencial de abortamento e gravidez ectópica – HCG sanguíneo em 48 horas e ecografia transvaginal de controle.
- (D) Abortamento – esvaziamento manual intrauterino.
- (E) Aborto incompleto séptico – antibiótico endovenoso e esvaziamento manual intrauterino.

08. LPS, 25 anos, em consulta ginecológica, refere secreção vaginal e aumento de volume, descrita como “uma bola” na região inguinal direita há alguns dias. Ao exame físico: abdômen sem alterações. Na região inguinal direita, palpa-se aumento de volume de aproximadamente 2,5 cm, sem sinais flogísticos. Especular: leve hiperemia vulvar. Toque vaginal: colo do útero sem dor à mobilização, anexos não dolorosos. Qual a patologia mais provável deste paciente?

- (A) Herpes vulvar.
- (B) Sífilis.
- (C) Linfogranuloma venéreo.
- (D) Cancro mole.
- (E) Donovanose.

09. Paciente, 28 anos, em atendimento em Emergência Ginecológica, relata que iniciou com dor em baixo ventre há três dias, localizando-se com maior intensidade na fossa ilíaca direita, temperatura axilar 37,8° C e sangramento vaginal intermitente em pequena quantidade. Demais dados da história clínica: desconforto ao urinar, uso de anticoncepcional hormonal injetável, Gesta 2 Para 2.

Ao exame físico: abdômen doloroso em região hipogástrica e fossas ilíacas, ausência de distensão abdominal e sem irritação peritoneal. Especular: secreção vaginal sanguinolenta. Toque vaginal: dor à mobilização do colo do útero, anexos dolorosos. Qual o diagnóstico mais provável, exames laboratoriais iniciais e conduta mais adequada no primeiro atendimento a esta paciente?

- (A) Doença inflamatória pélvica. Solicitar: hemograma, ecografia transvaginal, proteína C reativa. Tratar com doxiciclina 100 mg, de 12/12h, por 14 dias e metronidazol 400 mg, 12/12h, por 7-10 dias.
- (B) Doença inflamatória pélvica. Solicitar: HCG urinário, hemograma, ecografia transvaginal. Tratar com antibiótico endovenoso e realizar videolaparoscopia para diagnóstico diferencial de apendicite aguda.
- (C) Aborto retido. Solicitar: HCG sanguíneo, hemograma, ecografia transvaginal. Tratar com Misoprostol e programar esvaziamento manual intrauterino (AMIU).
- (D) Doença inflamatória pélvica. Solicitar: HCG urinário. Tratar com ceftriaxona 500 mg IM em dose única e doxiciclina 100 mg, 12/12h, por 14 dias.
- (E) Aborto retido infectado. Solicitar ecografia transvaginal. Tratar com antibiótico endovenoso (ampicilina-sulbactam 3 g EV) e esvaziamento manual intrauterino (AMIU).

10. Paciente, 40 anos, procura atendimento ginecológico em Emergência trazendo uma ecografia transvaginal com ausência de embrião na cavidade uterina, cistos de ovários com aspecto teca-luteínicos maiores que 6 cm e HCG com valor de 240.000 mUI. Refere três episódios de sangramento vaginal na última semana. Baseado nos dados da história e da ecografia, a hipótese diagnóstica foi de mola hidatiforme. Levando em conta esse contexto, assinale a alternativa correta.

- (A) A paciente com tipagem sanguínea A Rh negativo não necessita realizar Imunoglobina antiRh após o procedimento, pois existe ausência de embrião na mola completa.
- (B) A quimioprofilaxia com Actinomicina D está indicada no caso clínico acima, para reduzir o risco de neoplasia trofoblástica.
- (C) O uso de anticoncepcional oral combinado não está indicado para anticoncepção após o esvaziamento intrauterino, por aumentar o risco de recidiva de doença trofoblástica.
- (D) O sangramento vaginal intermitente, hiperêmese gravídica e hipertensão arterial devem estar presentes nos casos de mola hidatiforme completa.
- (E) Na paciente acima, se prole completa, a indicação é histerectomia, pois esta elimina qualquer possibilidade de invasão local e doença metastática.

11. Paciente, 22 anos, consulta na emergência com as seguintes queixas: refere sete semanas de gestação pela DUM, perda sanguínea vaginal em borra de café há 4h. Nega relações sexuais recentes. Não usa ACO há um ano. G2 P0 A1. Ao exame físico: BEG, PA 80/50 mmHg. FC 108 bpm, Tax 37,1º C. Mucosas hipocoradas. Toque vaginal: colo fechado, útero pequeno doloroso à mobilização, sem massas anexiais palpáveis. HCG sanguíneo: 2300 mUI. Ecografia transvaginal: útero AVF 8,1x6,3x4,1 cm, endométrio com 1,3 cm de espessura, ausência de gestação intrauterina, anexos não individualizados, presença de pequena quantidade de líquido livre em fundo de saco vaginal.

Qual a hipótese diagnóstica e a conduta mais adequada para este caso?

- (A) Gestação ectópica – repetir bHCG em 48 h.
- (B) Aborto completo – alta hospitalar.
- (C) Gestação ectópica – videolaparoscopia.
- (D) Gestação ectópica – tratamento conservador com metotrexate.
- (E) Aborto retido – AMIU.

12. Primigesta, 28 anos, IG 32 semanas, TS O+, pré-natal risco habitual, chega à emergência obstétrica referindo perda de líquido vaginal há três horas. Nega contrações e sangramento vaginal. Sem rastreamento para estreptococo do grupo B no pré-natal. Ao exame físico: PA 110x60 mmHg, FC 85 bpm, Tax 36,7º C, dinâmica uterina ausente, BCF 145 bpm, movimentação fetal presente, exame especular evidenciando presença de líquido amniótico claro fluindo pelo OCE. Ecografia na chegada com ILA 3,6 cm e perfil biofísico fetal 6/8 (ausência de bolsão), apresentação cefálica. Qual a conduta imediata mais adequada para este caso?

- (A) Pesquisa de estreptococos do grupo B, toque vaginal para avaliação da dilatação, hemograma, uso de corticoide, profilaxia com antimicrobiano, internação para conduta conservadora.
- (B) Profilaxia de estreptococo do grupo B, internação para indução do trabalho de parto.
- (C) Profilaxia de estreptococo do grupo B, uso de corticoide, internação para indução do trabalho de parto após completo curso de corticoide.
- (D) Pesquisa de estreptococos do grupo B, hemograma, uso de corticoide, profilaxia com antimicrobiano, internação para conduta conservadora.
- (E) Profilaxia de estreptococo do grupo B, internação para interrupção da gestação por cesariana.

13. Paciente, 19 anos, secundigesta, IG 22 semanas, com diagnóstico de gestação gemelar monocoriônica e diamniótica, chega para realização de exame ecográfico de rotina no seu pré-natal. Durante o exame, é evidenciado maior bolsão vertical de 10 cm em um dos fetos e maior bolsão vertical de 1 cm no outro, não sendo visualizada a bexiga nesse último. Qual o diagnóstico mais provável e o tratamento mais eficaz para este caso?

- (A) Síndrome de transfusão fetofetal – manejo conservador.
- (B) Anemia-policitemia gemelar – transfusão intrauterina.
- (C) Síndrome de transfusão fetofetal – ablação com laser.
- (D) Sequência com perfusão arterial gemelar reversa – coagulação ou ligadura do cordão umbilical.
- (E) Anemia-policitemia gemelar – manejo conservador.

14. Paciente, 30 anos, G2C1 (cesárea há quatro anos por apresentação pélvica), IG 40 semanas, IMC 36 Kg/m², com diagnóstico de diabetes gestacional controlada com dieta, sem outras intercorrências no pré-natal, interna para indução do trabalho de parto com ocitocina endovenosa. Evolui para parto vaginal com episiotomia após 10 horas de indução, com nascimento de feto masculino, pesando 3595 g, Apgar 8/9. Após a dequitação, paciente evolui com sangramento aumentado, mal-estar e sudorese. Aferidos os sinais vitais: PA 90/50 mmHg, FC 110 bpm, Tax 36,3° C. Faz parte do manejo dessa paciente:

- (A) ácido tranexâmico 1 g, podendo ser repetido a cada 30 minutos até cinco doses.
- (B) ocitocina 40-60 UI em 1000 mL de solução salina fisiológica, a 16 mL/min.
- (C) metilergometrina 0,2 mg intramuscular, não devendo ser repetida em intervalo inferior a três horas.
- (D) misoprostol 400 µg sublingual associado a 1000 µg via retal.
- (E) reposição de cristaloides a 70 mL/h, na primeira hora.

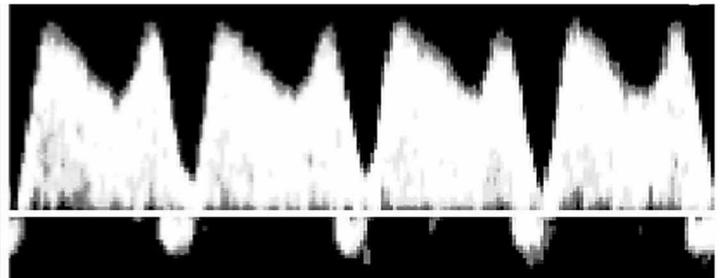
15. Puérpera, 36 horas após cesariana por desproporção cefalopélvica, apresenta pico febril de 39°C, associado a tremores e dor em baixo ventre. Internada com recém-nascido em alojamento conjunto, sem intercorrências em relação ao aleitamento. Ao exame, refere dor à mobilização do colo uterino durante o toque vaginal e hemograma com 19.000 leucócitos sem desvio à esquerda. Qual a conduta mais adequada para este caso?

- (A) Ampicilina associada a gentamicina e ecografia transvaginal.
- (B) Clindamicina associada a gentamicina e ampicilina.
- (C) Clindamicina associada a ampicilina.
- (D) Ampicilina associada a gentamicina.
- (E) Ampicilina associada a gentamicina e curetagem uterina.

16. Primigesta, 23 anos, IG 33 semanas, sem comorbidades e com adequado acompanhamento pré-natal, sem alergias, chega à emergência obstétrica referindo contrações uterinas regulares iniciadas há aproximadamente quatro horas. Nega perda de líquido e sangramento vaginal e refere boa movimentação fetal. Ao exame físico da chegada, há sinais vitais dentro da normalidade, dinâmica uterina de três contrações em 10 minutos, BCF 145 bpm e toque vaginal evidenciando colo médio, 80% apagado e dilatação de 4 cm. Quanto ao manejo dessa paciente, podemos afirmar que:

- (A) deve-se iniciar a inibição do trabalho de parto com a associação de dois tocolíticos, visto o risco iminente de nascimento prematuro.
- (B) a dose total de 24 mg de betametasona para acelerar a maturidade pulmonar fetal está indicada.
- (C) o uso de atosibano deve ser a primeira escolha, por ter se mostrado mais eficaz que a nifedipina.
- (D) deve ser iniciado o uso de sulfato de magnésio IV e mantido até o nascimento.
- (E) não está indicada profilaxia para estreptococo do grupo B com antibiótico.

17. Paciente, 30 anos, G2P1, IG 28 semanas, é internada na enfermaria obstétrica com diagnóstico de restrição de crescimento fetal. Entre os exames para avaliação, foi realizada ecografia obstétrica com *Doppler* que evidenciou feto único, cefálico, líquido amniótico em quantidade reduzida, peso fetal estimado de 890 g (P2), artérias umbilicais com fluxo diastólico retrógrado (diástole reversa) e *Doppler* venoso conforme figura abaixo.



A conduta mais adequada para este caso é

- (A) avaliação semanal.
- (B) avaliação duas vezes na semana.
- (C) avaliação a cada 1-2 dias.
- (D) interrupção da gestação por indução do trabalho de parto.
- (E) interrupção da gestação por cesariana.

18. Paciente de 37 anos vem à consulta e informa início de novo relacionamento, sem uso de contracepção. Diz já ter feito uso de pílula anticoncepcional no passado, com boa adaptação. Menarca 12 anos, ciclos regulares G 2 P 1 Ab 1. Usa citalopram 10 mg/dia. Pratica atividade física três vezes por semana, fuma 10 cigarros/dia, ingere álcool duas vezes por semana. Ao exame: PA 115/75 mmHg, IMC 25 Kg/m²; exame ginecológico sem particularidades. Qual a melhor conduta para este caso?

- (A) Anticoncepcional oral combinado com etinilestradiol 15 mcg + levonorgestrel.
- (B) Anticoncepcional combinado por via vaginal.
- (C) Anticoncepcional combinado por via transdérmica.
- (D) Anticoncepcional oral com estradiol + acetato de nomegestrol.
- (E) Anticoncepcional combinado por via injetável.

19. Paciente, 36 anos, relata ocorrência de sangramento aumentado nos últimos dois anos, desde a LT. Tem apresentado coágulos, cólicas e duração de 10 dias do sangramento. Nuligesta. É hipertensa, obesa e tem DM tipo I. Consultou um médico que indicou histerectomia, mas deseja uma segunda opinião, pois não deseja realizar cirurgia. Traz hemograma, mamografia e citopatológico cervical com ASCUS, e ultrassom com a imagem abaixo.



Qual a conduta mais adequada para este caso?

- (A) Repetir a citologia em seis meses e histeroscopia cirúrgica.
- (B) Repetir a citologia em 12 meses e histeroscopia diagnóstica.
- (C) Repetir a citologia em seis meses e anticoncepcional combinado por via transdérmica.
- (D) Repetir a citologia em seis meses e DIU com levonorgestrel.
- (E) Repetir a citologia em 12 meses e desogestrel via oral.

20. Paciente, 18 anos, refere que nunca menstruou. Traz os seguintes resultados de exames: FSH de 42 UI/L, estradiol de 21 pg/dL e LH de 47 UI/L. Qual o exame complementar a ser solicitado?

- (A) Prolactina sérica.
- (B) Teste do LHRH.
- (C) Cariótipo sanguíneo.
- (D) Biópsia endometrial.
- (E) Progesterona sérica.

21. Paciente, 67 anos, vem à consulta de revisão. Refere ter feito uso de TH, interrompido há vários anos. Nega fogachos. Nega fraturas prévias ou história familiar de fraturas. Ingere cerca de um litro de leite ao dia e expõe-se regularmente ao sol, sem uso de protetor solar (membros inferiores e superiores). Realiza pilates duas vezes por semana e faz esteira outras duas vezes. Uso crônico de pantoprazol há quatro anos. Ao exame físico: PA 125/80 mmHg, IMC 24 Kg/m², mamas, abdômen e especular sem alterações. Traz exames recentes: mamografia normal e densitometria óssea com escore T na coluna = -3,1; escore T no colo = -2,3 e escore T do fêmur total = -2,9. Qual a indicação mais adequada para este caso?

- (A) TH sistêmica.
- (B) Raloxifeno.
- (C) Teriparatida.
- (D) Ácido zoledrônico.
- (E) Alendronato.

22. Paciente, 25 anos, menarca aos 10 anos, nuligesta, relata ciclos menstruais irregulares longos (chega a fazer períodos de amenorreias) e hirsutismo desde a adolescência. A avaliação laboratorial evidencia prolactina, cortisol urinário e TSH normais, 17-OH-progesterona elevada. IMC = 34 Kg/m². O provável diagnóstico para este caso é

- (A) anovulação crônica hipotalâmica.
- (B) síndrome dos ovários policísticos.
- (C) síndrome de Cushing.
- (D) hiperplasia adrenal na forma tardia.
- (E) hipertecose ovariana.

23. Gestante, 35 anos, G3 A1 P1 (RN de 5 kg há sete anos). Apresenta diabetes gestacional com bom controle em terapia nutricional. Interna por trabalho de parto pré-termo de gestação gemelar dicoriônica/diamniótica de 34 semanas + 3 dias. US obstétrica mostra G1 com peso fetal estimado (PFE) no percentil 70 e G2 com PFE no percentil 5, ambos cefálicos e com bolsão de líquido amniótico ≥ 2 cm e eco-Doppler normal. Ao exame, apresenta sinais vitais estáveis, dinâmica uterina de 2/10 min, toque vaginal sem evolução há 2h: cefálico em -2 de DeLee, dilatação cervical de 7 cm com membranas íntegras. CTG contínua categoria 1. A conduta imediata mais adequada nesse momento é

- (A) realizar cesariana.
- (B) administrar ocitocina.
- (C) observar evolução em 2 horas.
- (D) fazer hidratação IV rápida e aplicar betametasona IM.
- (E) realizar amniotomia.

24. Paciente, 38 anos, G2 C1 há oito anos, por condição fetal não tranquilizadora, tem diagnóstico de HAS pré-gestacional e suspendeu uso de anti-hipertensivo na gestação. Vem para consulta de rotina pré-natal com 37 semanas + 2 dias. Gestação bem datada, paciente sem outras morbidades. US obstétrica há quatro semanas mostrava peso fetal estimado no percentil 30 para idade gestacional e líquido normal. Pré-natal sem intercorrências até então. PA: 136/84 mmHg; FC: 100 bpm; AU: 36 cm; BCF:128 bpm. Colo conservado ao toque vaginal. A conduta nesse momento é:

- (A) CTG e perfil biofísico fetal.
- (B) cesariana.
- (C) indução do parto.
- (D) US obstétrica com Doppler.
- (E) retorno pré-natal em uma semana.

25. Um estudo de coorte mostra risco relativo (RR) de 1,8 (95% IC 1,4-2,2) para consumo de álcool e câncer de mama, e outro estudo de coorte mostra RR de 1,8 (95% IC 0,6- 13,5) para tabagismo e câncer de mama. Levando em conta esses dados, considere as afirmações abaixo.

- I - Ambas as associações são provavelmente devidas ao acaso.
- II - Álcool pode causar câncer de mama.
- III- O estudo sobre tabagismo, provavelmente, envolve população menor que o estudo sobre álcool.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e III.
- (E) Apenas II e III.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL Nº 03/2021 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 17

MÉDICO I (Ginecologia e Obstetrícia)

01.	B	11.	C	21.	D
02.	C	12.	D	22.	D
03.	D	13.	C	23.	B
04.	B	14.	B	24.	E
05.	E	15.	B	25.	C
06.	A	16.	B		
07.	D	17.	E		
08.	B	18.	ANULADA		
09.	D	19.	D		
10.	ANULADA	20.	C		