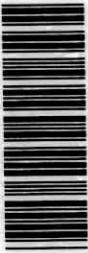


FOLHETO
COLETÂNEA
6815

FOLHETO COLETÂNEA 6815

CURSO PÚBLICO 2002

Venha fazer parte da UFSM



BC
E08987

U F S M
Biblioteca Central

Biblioteca Central
Coletânea UFSM

CARGO

MÉDICO/ OBSTETRÍCIA

E08987

PRÓ-REITORIA DE RECURSOS HUMANOS
PROGRAD **COPERVES**
UFSM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Médico/ Obstetrícia

01. Parturiente, gestação de termo, 6 cm de dilatação cervical, atividade uterina normal, FCF basal de 150 bpm, variabilidade de 6 bpm, desacelerações variáveis (DV) de 40 segundos de duração e 40 bpm de amplitude de queda e ausência de acelerações. Em um segmento de 20 minutos consecutivos, a cardiotocografia mostra 40% de DVs, em relação às contrações uterinas. Bolsa rota, líquido amniótico meconiano ++. Neste caso, a conduta é

- a) cesárea, pois trata-se de sofrimento fetal agudo, confirmado por alteração de FCF e meconio no líquido amniótico.
- b) acelerar o parto com ocitocina, decúbito lateral, e se persistirem as DVs ultimar o parto pela via mais rápida.
- c) decúbito lateral esquerdo, continuar monitorizando a FCF, se o líquido amniótico não evoluir para +++ e nem a FCF para padrões patológicos, aguardar parto vaginal.
- d) oxigênio à mãe, aguardar parto vaginal abreviando o segundo período com fórceps.
- e) colher sangue capilar fetal, se o pH estiver abaixo de 7,25 realizar cesárea, se pH acima de 7,25, continuar o manejo expectante do trabalho de parto.

02. Multipara, hipertensão arterial prévia, 30ª semana de gestação. Controle pré-natal, com última consulta há 2 semanas com TA normal e vitalidade fetal sem alterações. Na presente consulta: TA de 180/ 120 mmHg, US estimando peso fetal em 800 g, abaixo do percentil 10, centralização fetal, diástole zero, ILA de 6,7 cm. A melhor conduta é

- a) cesárea imediata.
- b) internação, equilibrar TA, propedêutica fetal diária. Interrupção da gestação se a cardiotocografia mostrar padrão terminal, computadorizada com STV menor que 4 ou dopplervelocimetria com diástole reversa.
- c) corticoterapia, avaliação da vitalidade fetal diária e cesárea, em 48 horas, se as condições fetais não se deteriorarem. Caso contrário, interrupção da gestação, independente do tempo de corticoterapia.
- d) internação, tratamento da hipertensão, corticoterapia e interrupção da gravidez quando a vitalidade fetal se comprometer.
- e) corticoterapia, manter a gestação até 32 semanas para ganho ponderal e cesárea a seguir.

03. Os principais agentes etiológicos envolvidos na etiopatogenia da infecção puerperal são:

- a) *E. coli* - *bacterioide fragilis* - *staphylococcus aureus* - *clamydia trachomatis*.
- b) *E. coli* - *ureaplasma urealyticum* - *peptostreptococcus* - *mycoplasma hominis*.
- c) *E. coli* - *clostridium* - *streptococcus A e B* - *peptococcus sp.*
- d) *Peptococcus sp* - *peptostreptococcus sp* - *bacterioide fragilis* - *clostridium*.
- e) *E. coli* - *streptococcus A* - *mycoplasma* - *staphylococcus aureus*.

04. Em relação à placenta prévia (PP), todas as afirmativas estão corretas, EXCETO

- a) A primeira hemorragia na PP aparece, em regra, após a 32ª semana, podendo ocorrer no 1º e no 2º trimestres.
- b) O diagnóstico de PP baseia-se na presença de hemorragia moderada, útero amolecido, feto vivo, apresentação alta é móvel.
- c) Medicamentos simpatomiméticos podem ser usados no tratamento da PP, mas apresentam alguns inconvenientes como taquicardia fetal e sangramento durante a cesárea.
- d) A anestesia de urgência da cesárea pode ser perigosa, em especial, se a gestante reúne condições desfavoráveis, como choque, anemia, refeição recente, feto prematuro, anêmico e hipóxico.
- e) Antecedentes de multiparidade (curetagens prévias e cesárea anterior) e características da hemorragia (espontânea, recidivante, indolor, e sangue vermelho vivo) são os principais elementos para o diagnóstico da PP.

chamada:
cod barras:
local:
inclusão:
n controle:

FOLHETO COLETANEA 68
E08987
BC
8/10/2008
00036775

05. Em relação às síndromes hipertensivas da gravidez, todas as afirmativas são corretas, EXCETO

- Na pré-eclâmpsia leve e moderada, com feto prematuro, a corticoterapia pode ser utilizada; diferentemente da grave, onde é contra-indicada.
- b) Na hipertensão crônica, a droga de escolha é a alfa-metildopa V.O., podendo-se associar a nifedipina quando níveis maternos seguros de TA não são atingidos após doses máximas da primeira droga.
- c) Na síndrome HELLP são esperados: bilirrubinas acima de 1,2 mg/dL, LHD acima de 600 µL, plaquetas inferiores a 100.000 mm³ e presença de esquisócitos, no sangue periférico.
- d) A escolha de anti-hipertensivo de manutenção na pré-eclâmpsia deve obedecer critérios individuais relacionados com a melhor resposta terapêutica, cujo objetivo é manter a TA em níveis inferiores a 160/110 mmHg, e não "normalizá-los".
- e) A fisiopatologia da pré-eclâmpsia baseia-se, fundamentalmente, numa vasoconstrição generalizada que repercute para todos os órgãos e sistemas da grávida.

07. Com respeito à oligoidramnia, é ilícito considerar as seguintes afirmativas como corretas, EXCETO

- A avaliação do volume do líquido amniótico pela US deve pautar por critérios subjetivos, quantitativos, ou ambos, sendo que os primeiros independem das características do equipamento ou experiência do operador de US.
- b) A oligoidramnia acompanha-se com aumento significativo na freqüência de patologias perinatais, entre elas o CIUR, a hipoplasia pulmonar, sofrimento fetal crônico e dismorfismo facial.
- c) A suspeita clínica de oligoidramnia é gerada pelo mal-estar materno com os movimentos fetais, redução destes movimentos, sensibilidade uterina aumentada à palpação, e volume uterino menor que o esperado para a idade gestacional.
- d) A amnioinfusão como medida para melhorar a acurácia no diagnóstico de oligodrâmnio, pode causar rotura de membranas, superdistensão uterina, bradicardia fetal, corioamnionite e parto pré-termo.
- e) Os mecanismos determinantes da oligoidramnia dependem de fatores maternos, fetais e placentares.

06. Na rotura pré-termo de membranas amnióticas, a conduta expectante deve ser tomada mediante alguns critérios clínicos bem estabelecidos. Estes incluem:

- a) Gestação entre 26 e 34 semanas, ausência de evidências clínicas de infecção materna, trabalho de parto avançado e sofrimento fetal.
- b) Gestação entre 26 e 32 semanas, confirmação diagnóstica de rotura pré-termo de membranas, feto vivo, e temperatura materna inferior a 37,8°C.
- c) Gestação entre 22 e 32 semanas estabelecidas pelo US, ausência de sofrimento fetal e temperatura materna inferior a 37,8°C.
- Gestação entre 22 e 34 semanas, confirmação diagnóstica de rotura pré-termo de membranas, ausência de sinais clínicos de infecção materna e ausência de sofrimento fetal.
- e) Gestação inferior a 32 semanas, diagnóstico de certeza de rotura de membranas, ausência de infecção materna e sofrimento fetal.

08. Das afirmativas relacionadas, uma é INDISCUTÍVEL, em relação ao meconíio no líquido amniótico.

- a) Existe associação entre a eliminação de meconíio e a acidose fetal, demonstrada pela análise do sangue fetal ou dos vasos do cordão umbilical.
- b) A intensidade de meconíio associa-se com resultados perinatais adversos, isto é, quanto maior a intensidade, pior o prognóstico perinatal.
- c) Nos casos de meconíio franco, a toalete agressiva das vias aéreas superiores do recém-nascido é preconizada para prevenir a síndrome da aspiração do meconíio, mesmo assim, as taxas de mortalidade neonatal permanecem altas na síndrome.

O meconíio, no parto, associa-se com baixos Índices de Apgar, acidose fetal e padrões de FCF anormais, quando comparado com líquido claro.

- e) O meconíio no líquido amniótico, durante o parto, não é sinal de sofrimento fetal, embora em grande quantidade indique necessidade de intervenção imediata.

09. Em relação ao teste de Clements para a avaliação de maturidade fetal, assinale a afirmativa INCORRETA.

- A ocorrência da síndrome do desconforto respiratório grave, do recém-nascido, é rara quando um resultado positivo no 2º tubo é encontrado.
- b) A contaminação do líquido amniótico com sangue ou meconíio altera os resultados do teste, determinando, freqüentemente, falsos-positivos.
- c) O teste, quando realizado com 3 tubos, é dividido em três categorias: negativo (bolhas no 1º tubo), intermediário (espuma estável nos 2 primeiros tubos) e positivo (espuma estável no 3º tubo).
- d) O teste de Clements é o mais rápido, mais barato e mais simples entre todas as técnicas destinadas a estudar o surfactante pulmonar fetal.
- e) Os tubos para realização do teste, após realização das diluições sucessivas, devem ser agitados pelo menos por 1 minuto, sendo a leitura realizada em 15 minutos.

10. Sobre a freqüência cardíaca fetal (FCF) todas as afirmativas estão corretas, EXCETO

- Os mecanismos que regulam a variabilidade da FCF estão, funcionalmente ativados, em torno da 16ª semana, e seus efeitos podem ser vistos claramente a partir da 20ª semana.
- b) A partir da 22ª - 24ª semanas a avaliação da variabilidade de FCF pode ser realizada, pois à medida que evolui a gravidez, toma-se importante sua interpretação.
- c) Os dois mecanismos primários que modulam a FCF, a partir do nódulo sinoatrial, iniciando os impulsos para os átrios e ventrículos, são: de regulação simpática e de estimulação parassimpática.
- d) A interpretação da resposta cardíaca fetal, em conceitos saudáveis ou comprometidos, é influenciada pela maturação do SNC fetal.
- e) A presença de acelerações da FCF é indicativo de feto com boa saúde intra-útero.

11. A propedéutica de fetação de alto-risco, em caso de gestação prolongada inclui:

- a) Data da última menstruação (DUM) em paciente eumenorréica antes da gravidez, US realizada entre 7 e 14 semanas e células orangofílicas do líquido amniótico em quantidade > 60% no teste do azul de Nilo (TAN).
- b) DUM em paciente eumenorréica antes da gravidez, US realizada entre 7 e 14 semanas e células orangofílicas > 50% no TAN.
- c) DUM em paciente eumenorréica, US entre 7 e 12 semanas, e células orangofílicas > 70% no TAN.
- d) DUM em paciente eumenorréica, US entre 8 e 14 semanas e células orangofílicas > 75% no TAN.
- DUM em paciente eumenorréica antes da gravidez, US entre 7 e 14 semanas, grumos no líquido amniótico verificado pela amniocentese.

12. Paciente com 42 semanas de gestação, colo desfavorável, sem intercorrências clínicas, o seguimento mais adequado é

- a) cardiotocografia de repouso e avaliação do líquido amniótico (perfil biofísico simplificado - PBS), se PBS normal, repetir exame a cada 48 - 72 horas + avaliação do colo, se PBS normal até a 43ª semana e o colo ainda desfavorável, induzir o parto.
- b) se PBS normal, programar cesárea para, no máximo, 48 horas, se PBS anormal, cesárea imediata.
- c) se PBS normal, repetir exame a cada 48 - 72 horas, mais avaliação do colo, se PBS normal até a 43ª semana e persistir o colo desfavorável, cesárea.
- d) cesárea.

induzir o parto.

13. O intervalo de nascimento entre o 1º e o 2º gemelar é considerado ótimo quando estiver entre

- a) 5 e 20 minutos.
- b) 10 e 30 minutos.
- c) 5 e 15 minutos.
- d) 10 e 20 minutos.
- e) 20 e 40 minutos.

14. Dentre as estratégias de saúde para reduzir a hipóxia perinatal, cita-se a análise rotineira do estado ácido-base do sangue do cordão umbilical e justifica-se pelas seguintes afirmativas, EXCETO

- a) Contribui para o desenvolvimento do senso de prevalência e significado da hipóxia perinatal, nas equipes de assistência ao parto, e documenta a inexistência de hipóxia em 98% dos casos.
- b) Os fetos submetidos à hipóxia intraparto são passíveis de reconhecimento precoce, o que permite a instauração de ações de saúde pertinentes no momento adequado.
- O método de coleta de sangue é fácil, de custo baixo e apresenta limitações de ordem técnica consideradas desprezíveis, se for levado em conta seu uso na população geral de recém-nascidos.
- d) Permite ao neonatólogo antever, com alguma segurança, a probabilidade de possíveis doenças do RN e, com isso, tomar medidas antecipadamente.
- e) Quando o pH for < 7,00 consegue predizer a paralisia cerebral em mais de 90% dos casos, o que permite antecipar medidas precoces de atenção a esses RN.

15. Secundigesta, 30 semanas de gestação, controle pré-natal, hipertensão moderada, com os seguintes exames: US com peso fetal adequado para a IG (US precoce), ILA de 6,8 cm, perfil hemodinâmico fetal de 1,21, diástole zero, CTG computadorizada não reativa e Short - Term Variation (STV) de 6,4 ms. A conduta é:

- a) Internação e corticoterapia que deve ser interrompida em 48 horas.
 - b) Internação, corticoterapia, monitoramento fetal a cada 48 horas pelo PBF e dopplermetria dos vasos fetais; cardiotocografia a cada 24-48 horas. Interrupção da gestação se as condições fetais se deteriorarem.
 - c) Internação e retirada fetal em 48 horas.
 - d) Cesárea quando ocorrer diástole reversa ou STV < 4 ms.
- ☒ Diástole zero, CTG computadorizada não-reativa e oligodramnìa indicam interrupção imediata, pois o risco de óbito intra-útero é iminente.

16. São indicações absolutas de cesárea:

- a) Desproporção feto-pélvica por víncio pélvico, cirurgia de fistula vesicovaginal, mais de 1 cesárea prévia, eclâmpsia intraparto, DDP.
 - b) DPP, sofrimento fetal agudo, gemelar com fetos prematuros, pélvica em primigesta.
 - c) Desproporção feto-pélvica por víncio pélvico, DPP com feto vivo e viável, amniorraxe prematura complicada por infecção, placenta prévia central, eclâmpsia.
 - d) Desproporção feto-pélvica por víncio pélvico, DPP com feto vivo e viável, placenta prévia central, condiloma acuminado gigante, amniorraxe prematura complicada por infecção intra-uterina.
- ☒ Sofrimento fetal agudo, DPP e placenta prévia central.

18. Desaceleração prolongada da FCF é a que apresenta uma duração

- a) entre 90 segundos e 10 minutos.
 - b) entre 120 segundos e 10 minutos.
 - c) entre 180 segundos e 10 minutos.
 - d) entre 60 segundos e 5 minutos.
- ☒ entre 120 segundos e 5 minutos.

17. A incidência de cesárea nas cefálicas defletidas é, significativamente, maior do que nas fletidas. Em um dos tipos de defletidas, esta incidência é ainda maior:

- ☒ Primeiro grau.
- b) Terceiro grau.
 - c) Segundo grau.
 - d) Segundo grau com assinclitismo posterior.
 - e) Segundo grau com assinclitismo anterior.

19. Na polidramnìa as seguintes repercussões maternas se associam mais freqüentemente:

- ☒ Prolapso de cordão, DHEG, parto pré-termo, hemorragia pós-parto.
- b) Doença hemolítica, DPP, tocotraumatismo, prematuridade.
- c) Sobredistensão uterina, tronubocitopenia, parto prolongado, infecções.
- d) DHEG, dificuldade respiratória, parto pré-termo, disfunção uterina no parto, DPP.
- e) Prematuridade, irritabilidade uterina, DPQ, DHEG, HAS.

20. A principal causa de hemorragia e choque, durante e após a dequitação, é

- a) inversão uterina aguda.
 - b) retenção de membranas e cotilédones.
 - c) alteração da coagulação.
 - d) placenta prévia.
- ☒ atonia uterina pós-parto.

21. Gestante, com 32 semanas, chega ao centro obstétrico queixando-se de sangramento vaginal iniciado há poucas horas. É multípara, tem 35 anos e o pré-natal evoluiu normalmente. Apresenta níveis tensionais de 120/ 80 mmHg, mucosas úmidas e coradas, pulso de 76 batimentos por minuto, altura uterina compatível com a idade gestacional, ausência de contrações uterinas e batimentos cardíofetais de 148 por minuto. Ao exame espectral, verifica-se sangramento escasso proveniente da cavidade uterina e colo sem modificações plásticas. A primeira hipótese diagnóstica e conduta imediata são, respectivamente,

- a) rotura uterina - cesárea imediata.
- b) descolamento prematuro da placenta - internação e repouso.
- c) descolamento prematuro da placenta - interrupção da gestação por cesariana.
- d) placenta prévia - internação e repouso.
- e) placenta prévia - interrupção da gravidez por cesariana.

22. Paciente estável sob o aspecto hemodinâmico apresenta dor abdominal, atraso menstrual, beta - hCG 2000 mUI/ml e a ecografia pélvica transvaginal não demonstrando saco gestacional intra-uterino. Qual a melhor conduta?

- a) Repouso absoluto no leito e aguardar a evolução.
- b) Culdocentese.
- c) Videolaparoscopia.
- d) Nova ecografia em 48 horas.
- e) Laparotomia exploradora.

23. Gestante com 40 semanas, 35 anos, multípara, GESTA 5 PARA 4, partos vaginais e pesos fetais que variaram de 3400 g a 3600 g. O pré-natal da última gestação transcorreu normalmente. A paciente chegou ao centro obstétrico em trabalho de parto adiantado, onde deu à luz um recém-nascido do sexo masculino que pesou 3800 g e, Apgar 8 e 10. A dequitiação foi retardada. Após a saída da placenta, ocorreu inversão uterina aguda. Qual a melhor conduta?

- a) Manobra de Credé invertida, em seu malogro, a manobra de taxe.
- b) Manobra de taxe, falhando esta, histerectomia abdominal.
- c) Manobra de taxe, não havendo êxito, recorrer à histerectomia vaginal.
- d) Manobra de taxe, em seu malogro, procedimento de Huntington, após refeita a paciente do choque.
- e) Manobra de taxe, não havendo êxito, deve-se praticar a manobra de Credé.

24. Primípara, 18 anos, apresenta sangramento abundante após expulsão de recém-nascido normal, 3500 g, parto a fórceps. Após a dequitiação, a hemorragia continua. Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Restos ovulares.
- b) Coagulopatia.
- c) Acretização placentária.
- d) Lacerações do trajeto.
- e) Retenção de membranas.

25. Puérpera, 30 anos, GESTA 3 PARA 3, partos vaginais. O último parto ocorreu há 8 dias, sem intercorrências e o pré-natal foi normal. A paciente chega ao pronto-socorro e o diagnóstico é de endometrite puerperal. Quais os comemorativos patológicos encontrados ao exame físico?

- a) Útero doloroso, amolecido e hiperinvoluído.
- b) Útero doloroso, amolecido e hipoinvoluído.
- c) Útero doloroso, endurecido e hipoinvoluído.
- d) Útero doloroso, amolecido e atônico.
- e) Útero indolor, endurecido e hiperinvoluído.

26. A mastite puerperal surge em torno da terceira semana pós-parto, atingindo 3 a 5% das lactantes, sendo 50% primíparas. Dos agentes etiológicos listados, apenas um (01) NÃO participa habitualmente dessa patologia. Assinale-o.

- a) *Escherichia coli*.
- b) *Neisseria gonorrhoeae*.
- c) *Bacteroides fragilis*.
- d) *Staphylococcus aureus*.
- e) *Staphylococcus epidermidis*.

27. Paciente com 20 anos, primigesta, com 35 semanas de gestação, chega ao centro obstétrico por contrações uterinas (2 em 10 minutos), sem sangramento ativo. Ao exame físico, observa-se pressão arterial de 150/ 95 mmHg, batimentos cardíofetais de 134 por minuto e altura uterina de 32 cm. Ao toque vaginal, percebe-se colo uterino baixo, curto, fino, centrado, 100% apagado, amolecido e pérvio para 2 cm. Os dados laboratoriais indicam: exame qualitativo de urina com proteína de 3 cruzes (+++), proteinúria em amostra de 110 mg, creatinúria em amostra de 80 mg, relação proteinúria/creatinúria de amostra de 1,375 (normal: < 0,5), plaquetas de 80.000 (normal: >100.000), ácido úrico de 7,5 µg/mL (normal: < 4,5 mg/mL), DHL de 800 U/L (normal: < 600 U/L), TGO de 90 U/L (normal: < 70 U/L), bilirrubina total de 1,8 mg/dL (normal: < 1,2 mg/dL) e fibrinogênio de 250 mg/ dL (normal: >150 mg/ dL). Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Fígado gorduroso.
- b) Síndrome HELLP.
- c) Púrpura trombocitopênica trombótica.
- d) Síndrome hémolítico-urêmica.
- e) Hepatite.

28. Gestante com 30 anos, tercigesta, com 35 semanas de gravidez, chega ao pronto-socorro em início de trabalho de parto, colo uterino favorável e com diagnóstico de síndrome HELLP. Não realizou pré-natal e o feto está vivo com 144 batimentos cardíacos por minuto. Qual a conduta mais adequada?

- a) Interromper a gestação.
- b) Solicitar provas de função hepática.
- c) Solicitar avaliação hematológica.
- d) Tratar o trabalho de parto prematuro.
- e) Administrar corticóide, aguardar 24 horas e após interromper a gestação.

29. Em relação ao diabetes gestacional, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) É mais prevalente em mulheres com idade superior a 30 anos.
- b) O principal fator para a hipoglicemia neonatal são as hiperglicemias maternas.
- c) A prevalência da distocia é superior à da população em geral.
- d) A glicemia de jejum > 105 mg/dL detecta poucos casos, porém evidencia os mais graves.
- e) 15 a 30% do diabetes diagnosticado na gestação, quando se utilizam testes diagnósticos como os de anticorpos contra ilhota e contra insulina, são diabetes do tipo 2.

30. Das condições relacionadas, qual delas NÃO tem a freqüência aumentada em decorrência do diabetes melito gestacional?

- a) Macrossomia fetal.
- b) Malformações fetais.
- c) Hiperbilirrubinomia neonatal.
- d) Prenhez múltipla.
- e) Polidrâmnio.

31. Primigesta, no primeiro trimestre de gestação, traz exames solicitados em sua primeira consulta de pré-natal. A tipagem sanguínea é Rh negativo e o grupo sanguíneo é O. Refere ser o marido Rh positivo. Neste caso, deve-se solicitar

- a) Teste de Coombs indireto e, se negativo, repeti-lo na 36ª semana de gestação.
- b) Teste de Coombs indireto e repeti-lo a cada 4 semanas, a partir de 24ª semana de gestação.
- c) Teste de Coombs direto e, se negativo, repeti-lo no 2º e 3º trimestres de gestação.
- d) Teste de Coombs direto e repeti-lo somente se for positivo.
- e) Teste de Coombs direto e indireto, mensalmente, até o parto, a partir do 2º trimestre de gestação.

32. Puérpera, com fator Rh negativo, apresenta teste de Coombs indireto positivo. O recém-nascido tem fator Rh positivo. Qual a conduta a ser adotada?

- a) Administrar imunoglobulina anti - Rh.
- b) Solicitar o teste de Coombs indireto do recém-nascido.
- c) Titular o Coombs indireto da mãe.
- d) Titular o Coombs direto do recém-nascido.
- e) Orientar a paciente sobre futuras gestações.

33. Em relação à gestação múltipla, assinale a afirmação correta.

- a) Gêmeos do mesmo sexo atestam que a gestação é monozigótica.
- b) Gêmeos do mesmo sexo confirmam a gestação dizigótica.
- c) A prematuridade e o crescimento fetal intra-uterino restrito são mais freqüentes nas gestações gemelares e tanto mais graves quanto maior o número de fetos.
- d) A síndrome de transfusão feto-fetal ocorre com maior freqüência em gestações dicoriônicas.
- e) A gestação gemelar de maior risco é a dicoriônica.

34. Na gestação múltipla, as placenta dicoriônicas

- ✗ podem ser fundidas ou separadas.
- b) sempre formam uma massa placentária.
- c) podem ser monoamnióticas.
- d) sempre são separadas.
- e) apresentam-se sempre calcificadas.

35. Na síndrome de transfusão gemelar, um padrão reconhecido como a extremidade leve ou crônica de um espectro de intensidade são as diferenças de peso ao nascimento e de hemoglobina. Das afirmativas relacionadas, quais são as consideradas diagnósticas?

- a) Peso $\leq 15\%$; hemoglobina $\leq 5 \text{ g/dL}$.
- ✗ Peso $\geq 15\%$; hemoglobina $\geq 5 \text{ g/dL}$.
- c) Peso $< 15\%$; hemoglobina $> 5 \text{ g/dL}$.
- d) Peso $> 15\%$; hemoglobina $< 5 \text{ g/dL}$.
- e) Peso $\geq 15\%$; hemoglobina $< 2 \text{ g/dL}$.

36. A síndrome de transfusão feto-fetal exige apenas que os gêmeos sejam

- a) dicoriônicos, diamnióticos.
- b) dicoriônicos, monoamnióticos.
- c) monocoriônicos, com 2 placenta totalmente separadas.
- ✗ d) monocoriônicos, com placenta única.
- e) monocoriônicos, mono ou diamnióticos.

37. Paciente multipara, 28 anos, eumenorréica, hígida, sem intercorrências, GESTA 3 PARA 2, partos vaginais anteriores, cujos recém-nascidos pesaram, respectivamente, 3700 g e 3620 g, chega ao centro obstétrico em início de trabalho de parto. Realizou ultra-sonografia há 3 dias, que descreveu feto único, situação longitudinal, apresentação pélvica incompleta, modo de nádegas, cabeça fetal flexionada, amenorréia e idade gestacional de 36 semanas, peso fetal estimado em 3100 g. Os exames físico e obstétrico confirmam a estética fetal, bem como uma pelve materna adequada. Os batimentos cardíacos fetais estão em torno de 140 por minuto e a pressão arterial materna é de 120/80 mmHg. O toque vaginal demonstra colo uterino baixo, curto, amolecido, centrado, fino, com 3 cm de dilatação. Qual a melhor conduta?

- a) Operação cesariana imediata.
- b) Inibir o trabalho de parto.
- ✗ c) Parto vaginal.
- d) Fazer corticóide e operar após 12 horas, inibindo, nesse intervalo, o trabalho de parto.
- e) Administrar oxitocina para apressar o parto, pois trata-se de apresentação pélvica em multipara.

38. Na situação transversa abandonada ou apresentação côrnica negligenciada, qual a complicação mais rara?

- a) Descolamento prematuro da placenta.
- b) Inércia secundária.
- ✗ c) Infecção intraparto.
- d) Síndrome de Bandl.
- e) Rotura uterina.

39. Primigesta, 17 anos, é internada com o diagnóstico de hiperêmese gravídica. Em relação a diagnósticos concomitantes são feitas várias hipóteses. Assinale a alternativa INCORRETA.

- a) Gestação normal e hiperêmese gravídica.
b) Gravidez ectópica íntegra.
c) Gravidez múltipla.
d) Mola hidatiforme.
e) Gravidez associada a distúrbio neurológico.

40. Todas as alternativas apresentam medidas utilizadas no tratamento rotineiro da hiperêmese gravídica, à EXCEÇÃO de

- a) transfusão de sangue e plasma.
b) reposição hidroeletrolítica.
c) controle diário de diurese e peso.
d) antieméticos.
e) isolamento da paciente.

a) antieméticos.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

CONCURSO PÚBLICO 2002

Venha fazer parte da UFSM

Médico/Obstetrícia			
01	C	21	D
02	C	22	C
03	D	23	D
04	E	24	D
05	A	25	B
06	D	26	A
07	A	27	B
08	C	28	A
09	E	29	E
10	A	30	D
11	B	31	B
12	A	32	E
13	C	33	C
14	E	34	A
15	B	35	B
16	D	36	E
17	C	37	C
18	B	38	A
19	D	39	B
20	E	40	A