

FOLHETO COLETÂNEA 6815

FOLHETO
COLETÂNEA
6815



BC
E08987

CURSO PÚBLICO 2002

Venha fazer parte da UFSM

UFSM
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 meconiado ++. Neste caso, a conduta é

- ☒ a) cesárea, pois trata-se de sofrimento fetal agudo, confirmado por alteração de FCF e mecônio 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. Multípara, 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* - *bacterioides fragilis* - *staphylococcus aureus* - *chlamydia trachomatis*.
- b) *E. coli* - *ureaplasma urealyticum* - *peptostreptococcus* - *mycoplasma hominis*.
- c) *E. coli* - *clostridium* - *streptococcus A e B* - *peptococcus sp.*
- d) *Peptococcus sp* - *peptostreptococcus sp* - *bacterioides 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: FOLHETO COLETANEA 68
cod barras: E08987
local: BC
inclusão: 8/10/2008
n controle: 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 alfametildopa 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 µ/L, 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.

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.

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

☒ A avaliação do volume do líquido amniótico pela US deve-se pautar por critérios subjetivos, quantitativos, ou por 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 frequência 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 oligoidramnio, 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.

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

a) Existe associação entre a eliminação de mecônio e a acidose fetal, demonstrada pela análise do sangue fetal ou dos vasos do cordão umbilical.

b) A intensidade de mecônio associa-se com resultados perinatais adversos, isto é, quanto maior a intensidade, pior o prognóstico perinatal.

c) Nos casos de mecônio franco, a toaleta agressiva das vias aéreas superiores do recém-nascido é preconizada para prevenir a síndrome da aspiração do mecônio, mesmo assim, as taxas de mortalidade neonatal permanecem altas na síndrome.

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

e) O mecônio 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 mecônio altera os resultados do teste, determinando, frequentemente, 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 frequência 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, torna-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 sadios 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 propedêutica 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 orangiofílicas 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 orangiofílicas > 50% no TAN.
- c) DUM em paciente eumenorréica, US entre 7 e 12 semanas, e células orangiofílicas > 70% no TAN.
- d) DUM em paciente eumenorréica, US entre 8 e 14 semanas e células orangiofílicas > 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 de 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.
- ☒ 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 oligodramnia indicam interrupção imediata, pois o risco de óbito intra-útero é iminente.

16. São indicações absolutas de cesárea:

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

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.

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.

19. Na polidramnia 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, tronobocitopenia, 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 multipara, 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 cardíacos fetais de 148 por minuto. Ao exame especular, 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, multipara, 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 dequitação foi retardada. Após a saída da placenta, ocorreu inversão uterina aguda. Qual a melhor conduta?

- a) Manobra de Crédé 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 Crédé.

24. Primípara, 18 anos, apresenta sangramento abundante após expulsão de recém-nascido normal, 3500 g, parto a fórceps. Após a dequitação, 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 cardíacos fetais 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 cruzeiros (+++), 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 mg/dL (normal: < 4,5 mg/dL), 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 hemolítico-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*

c) A prevalência da distócia é superior à da população em geral. *e*

☒ 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. *c*

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

a) Macrossomia fetal.

b) Malformações fetais.

☒ c) Hiperbilirrubinemia 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.
- ☒ 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 placentas 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 ≤ 5 g/dL.
- ☒ b) Peso $\geq 15\%$; hemoglobina ≥ 5 g/dL.
- c) Peso $\leq 15\%$; hemoglobina > 5 g/dL.
- d) Peso $> 15\%$; hemoglobina < 5 g/dL.
- e) Peso $\geq 15\%$; hemoglobina < 2 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 placentas totalmente separadas.
- ☒ d) monocoriônicos, com placenta única.
- e) monocoriônicos, mono ou diamnióticos.

37. Paciente multipara, 28 anos, eumenorrêica, 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 estática 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 interim, o trabalho de parto.
- e) Administrar ocitocina para apressar o parto, pois trata-se de apresentação pélvica em multipara.

38. Na situação transversa abandonada ou apresentação cônica 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 hidroeletrólítica.
- c) controle diário de diurese e peso.
- d) antieméticos.
- e) isolamento da paciente.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

CONCURSO PÚBLICO 2002

Venha fazer parte da UFSM

Medico/Obstetricia			
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