

ÁREAS DE ATUAÇÕES
Medicina Fetal



Universidade de São Paulo



vencerás pela
educação



● **PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 03/2025** ●

Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo A09**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **1 hora**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente apenas a partir das 14 h. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVEST a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste processo seletivo.
6. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
7. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **20** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
8. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

TABELA DE ABREVIACÕES E VALORES DE REFERÊNCIA

<u>LISTA DE ABREVIACÕES</u>	<u>VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)</u>
AA – Ar ambiente	Sangue (bioquímica e hormônios):
AU – Altura Uterina	Albumina = 3,5 a 5,2 g/dL
AAS – Ácido Acetilsalicílico	Bilirrubina total = 0,2 a 1,1 mg/dL
BCF – Batimentos Cardíacos Fetais	Bilirrubina direta = 0,0 a 0,3 mg/dL
BEG – Bom Estado Geral	Bilirrubina indireta = 0,2 a 1,1 mg/dL
bpm – Batimentos por Minuto	Cálcio iônico = 1,1 a 1,4 mmol/L
Ca ²⁺ – Cálcio	Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL
Cl ⁻ – Cloro	Relação albuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina
Cr – Creatinina	Desidrogenase láctica = menor que 225 UI/L
DUM – Data da Última Menstruação	Ferritina: homens = 26 a 446 µg/mL
ECG – Eletrocardiograma	mulheres = 15 a 149 µg/mL
FA – Fosfatase Alcalina	Ferro sérico: homens = 65 a 175 µg/dL
FC – Frequência Cardíaca	mulheres = 50 a 170 µg/dL
FR – Frequência Respiratória	Fósforo = 2,5 a 4,5 mg/dL
FSH – Hormônio Folículo Estimulante	Globulina = 1,7 a 3,5 g/dL
GGT – Gamaglutamiltransferase	LDL = desejável de 100 a 129 mg/dL
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica	HDL = desejável maior que 40 mg/dL
HCO ₃ ⁻ – Bicarbonato	Triglicérides = desejável de 100 a 129 mg/dL
Hb – Hemoglobina	Glicemia em jejum = 75 a 99 mg/dL
Ht – Hematócrito	Magnésio = 1,6 a 2,6 mg/dL
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio	Potássio = 3,5 a 5,1 mEq/L
IC _{95%} – Intervalo de Confiança de 95%	Proteína total = 6,5 a 8,1 g/dL
IMC – Índice de Massa Corpórea	PSA = menor que 4 ng/mL
irpm – Incursões Respiratórias por Minuto	Sódio = 136 a 145 mEq/L
IST – Infecção Sexualmente Transmissível	TSH (de 20 a 60 anos) = 0,45 a 4,5 mUI/mL
K ⁺ – Potássio	T4 Livre = 0,9 a 1,8 ng/dL
LH – Hormônio Luteinizante	PTH = 10 a 65 pg/mL
mEq – Miliequivalente	Testosterona livre: homens = 131 a 640 pmol/L
Mg ²⁺ – Magnésio	mulheres = 2,4 a 37,0 pmol/L
mmHg – Milímetros de Mercúrio	Estradiol: fase folicular = 1,2 a 23,3 ng/dL
MMII – Membros Inferiores	pico ovulatório = 4,1 a 39,8 ng/dL
MMSS – Membros Superiores	fase lútea = 2,2 a 34,1 ng/dL
MV – Murmúrios Vesiculares	menopausa = até 5,5 ng/dL
Na ⁺ – Sódio	LH: fase folicular = até 12 UI/L
PA – Pressão Arterial	pico ovulatório = 15 a 100 UI/L
pCO ₂ – Pressão Parcial de Gás Carbônico	fase lútea = até 15 UI/L
PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva	menopausa = acima de 15 UI/L
PEP – Profilaxia Pós-Exposição	FSH: fase folicular = até 12 UI/L
PrEP – Profilaxia Pré-Exposição	pico ovulatório = 12 a 25 UI/L
pO ₂ – Pressão Parcial de Oxigênio	fase lútea = até 12 UI/L
POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i>	menopausa = acima de 30 UI/L
PS – Pronto-Socorro	Prolactina = até 29 µg/L (não gestante)
PSA – Antígeno Prostático Específico	Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL
REG – Regular Estado Geral	Amilase = 28 a 100 UI/L
RN – Recém-nascido	Lipase = inferior a 60 UI/L
SpO ₂ – Saturação Percutânea de Oxigênio	Ureia = 10 a 50 mg/dL
TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato	GGT: homens: 12 a 73 UI/L
Aminotransferase	mulheres = 8 a 41 UI/L
TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina	Fosfatase alcalina: homens = 40 a 129 UI/L
Aminotransferase	mulheres = 35 a 104 UI/L
TSH – Hormônio Tireo-Estimulante	Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes)
UI – Unidades Internacionais	até 10 ng/mL (fumantes)
Ur – Ureia	Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm
UBS – Unidade Básica de Saúde	Vitamina D = > 20 ng/mL
USG – Ultrassonografia	Sangue (hemograma e coagulograma):
UTI – Unidade de Terapia Intensiva	Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL
<u>VALORES DE REFERÊNCIA PARA GASOMETRIA ARTERIAL</u>	
pH = 7,35 a 7,45	Hemoglobina glicada = 4,3 a 6,1%
pO ₂ = 80 a 100 mmHg	Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 32 a 36 g/dL
pCO ₂ = 35 a 45 mmHg	Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg
Base Excess (BE) = -2 a 2	Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL
HCO ₃ ⁻ = 22 a 28 mEq/L	Amplitude de distribuição dos glóbulos vermelhos (RDW) = 11 a 14%
SpO ₂ > 95%	Leucócitos = 3.400 a 8.300/mm ³
<u>VALORES DE REFERÊNCIA DE Hb PARA CRIANÇAS</u>	
Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL	Neutrófilos = 1.500 a 5.000/mm ³
2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL	Eosinófilos = 20 a 420/mm ³
6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL	Basófilos = 10 a 80/mm ³
2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL	Linfócitos = 1.000 a 3.000/mm ³
6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL	Monócitos = 220 a 730/mm ³
	Segmentados = 1.500 a 5.000/mm ³
	Bastonetes = até 829/mm ³
	Plaquetas = 150.000 a 340.000/mm ³
	Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100%
	Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R = até 1,2
	Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos

01

Gestante, 26 anos de idade, G2A1, com antecedente de rim único, sem outras doenças relevantes, inicia pré-natal com idade gestacional de 8 semanas. Ela relata abortamento de 6 semanas há 1 ano, sendo submetida à curetagem uterina. Na ocasião, o obstetra que prestou assistência suspeitou de útero bicorno. Em relação ao rastreio do comprimento do colo uterino pela ultrassonografia transvaginal, é correto afirmar:

- (A) Deve seguir o protocolo de rastreio universal, com medida durante o ultrassom morfológico de segundo trimestre.
- (B) Deve ser realizado a cada uma ou duas semanas, a partir da idade gestacional de 16 semanas, até 24 semanas.
- (C) Deve ser realizado de maneira seriada, iniciando-se durante a ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre.
- (D) Como não há antecedente de parto prematuro, não há necessidade de submeter a paciente ao rastreio universal.

02

Gestante, 35 anos de idade, primigesta, sem doenças de base, realizou ultrassonografia morfológica de segundo trimestre com idade gestacional de 22 semanas. O desenvolvimento fetal estava adequado e, à avaliação transvaginal, o colo uterino media 20 mm. Foi prescrita progesterona por via vaginal, 200 mg à noite, e a gestante foi orientada a cessar atividades físicas extenuantes e retornar para reavaliação em 1 semana. Na reavaliação, a medida do colo uterino era de 5 mm, sendo também observado afunilamento. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para este caso.

- (A) Aumento da dose de progesterona para 200 mg 12/12 h e repouso relativo em casa.
- (B) Aumento da dose de progesterona para 200 mg 12/12 h e repouso absoluto em casa.
- (C) Manutenção da progesterona 200 mg/dia e realização de cerclagem do colo uterino.
- (D) Manutenção da progesterona 200 mg/dia e introdução de pessário de Arabin.

03

Mulher, 35 anos de idade, comparece em consulta de pré-natal com 6 semanas de gestação com exame de ultrassonografia confirmando a idade gestacional, embrião vivo. Refere que é cardiopata, tem válvula mitral mecânica e faz uso de varfarina. Assinale a alternativa que apresenta a conduta correta.

- (A) Ajustar a varfarina para a dose mínima necessária para obter o efeito terapêutico desejado, de acordo com o coagulograma.
- (B) Suspender a varfarina, iniciar AAS 100 mg/dia e uso de meias elásticas até 13 semanas, então retomar o uso de varfarina.
- (C) Suspender a varfarina e iniciar a heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica (2 mg/kg/dia, divididos em duas doses).
- (D) Suspender a varfarina e iniciar a heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica (1 mg/kg/dia, dose única diária).

Texto para as questões de 04 a 06

Mulher, 30 anos de idade, branca, casada. Diagnóstico de diabetes melito gestacional no teste de tolerância à glicose oral com ingestão de 75 g. O controle de glicemia está com 5% de valores alterados. Ela comparece ao pronto-socorro de obstetrícia com queixa de dores tipo cólica de forte intensidade no baixo ventre. Idade gestacional calculada pela DUM: 31 semanas. Ao exame físico, apresenta AU de 30 cm, BCF presente, 2 contrações dolorosas em 10 minutos. Toque: colo médio, medianizado, pérvio para 3,0 cm. Apresentação cefálica e bolsa íntegra com líquido claro. Cardiotocografia: feto ativo com 2 contrações registradas. Perfil biofísico fetal de 10.

04

Qual a conduta imediata?

- (A) Internação, tocólise, corticoide para maturação pulmonar fetal e iniciar insulina na dose de 0,3 UI/kg de peso atual.
- (B) Internação, tocólise, corticoide para maturação pulmonar fetal e iniciar insulina na dose de 5 UI/kg de peso atual.
- (C) Internação, tocólise, corticoide para maturação pulmonar fetal e iniciar administração de sulfato de magnésio.
- (D) Internação, reavaliação em 1 hora e, se progressão da dilatação do colo uterino, conduzir o trabalho de parto.

05

A paciente ficou internada e o trabalho de parto foi inibido. Como deve ser realizado o controle glicêmico?

- (A) Avaliação da glicemia de jejum e glicemia capilar a cada 4 horas.
- (B) Avaliação da glicemia capilar de jejum e pós-prandial (almoço).
- (C) Avaliação da glicemia capilar de jejum, pós-almoço e pós-jantar.
- (D) Avaliação da glicemia capilar de jejum, pré e pós-prandial e de madrugada.

06

A paciente ficou internada por 2 dias e, após a tocólise, evoluiu com rotura prematura das membranas ovulares e trabalho de parto. Toque: colo uterino com dilatação de 7 cm e apresentação cefálica. Cardiotocografia com aceleração transitória. Assinale a alternativa que apresenta a conduta correta.

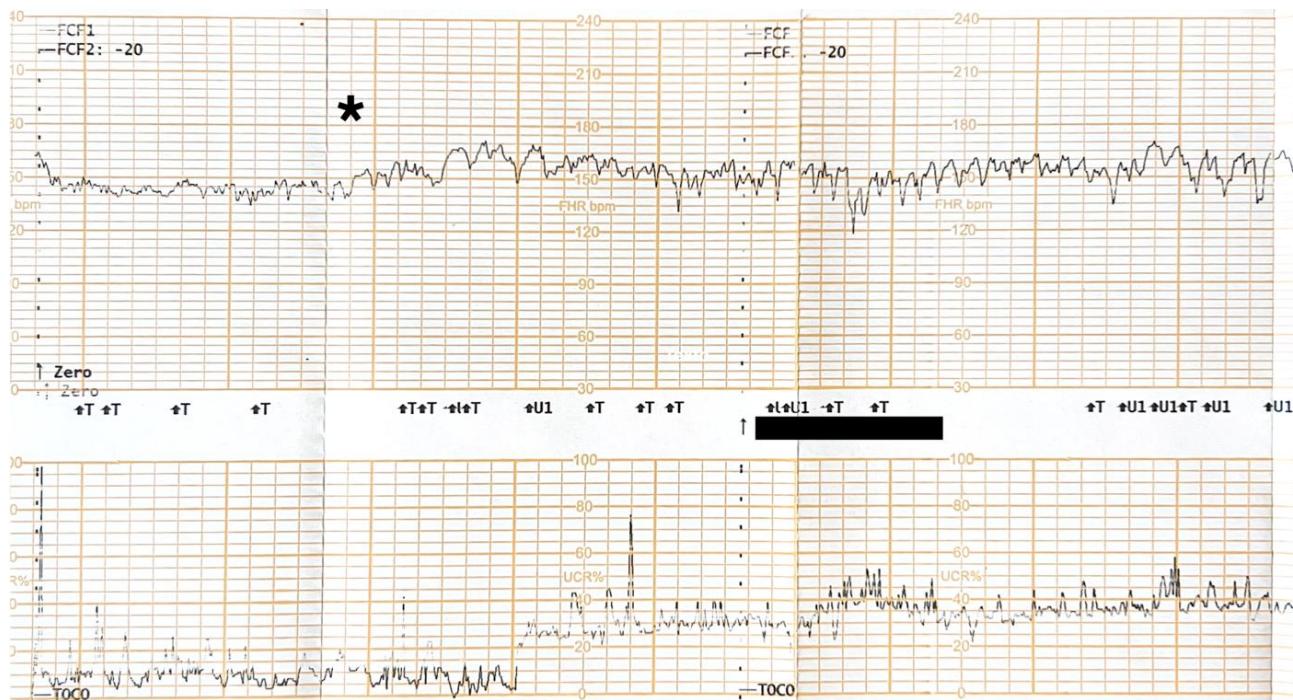
- (A) Sulfato de magnésio para neuroproteção fetal na dose de 4 g, endovenoso, cerca de 4 horas antes do nascimento.
- (B) Sulfato de magnésio para neuroproteção fetal na dose inicial de 4 g, endovenoso, mantendo 1 g/h até o nascimento.
- (C) Sulfato de magnésio para neuroproteção fetal na dose de 4 g, intramuscular, cerca de 4 horas antes do nascimento.
- (D) Sulfato de magnésio para neuroproteção fetal na dose de 8 g, por via endovenosa, no momento do nascimento.

Texto para as questões 07 e 08

Mulher, 35 anos de idade, primigesta, idade gestacional de 34 semanas e 5 dias, pela DUM. É portadora de diabetes melito tipo 1 desde os 10 anos de idade e hipertensão arterial crônica diagnosticada há 3 anos. No momento, está internada na enfermaria de obstetrícia de alto risco para controle clínico. Em uso de insulina humana recombinante (NPH), insulina regular (conforme tabela) e metildopa 750 mg/dia. Na evolução do dia de hoje, a gestante apresenta-se em bom estado geral, hidratada, corada, sem queixas, pressão arterial: 123×84 mmHg, sem edema de membros inferiores. A tabela a seguir mostra o perfil glicêmico (mg/dL) da última semana.

	Jejum	1h pós-café	Pré-almoço	1h pós-almoço	Pré-jantar	1h pós-jantar	3h	NPH diária (UI)	Regular diária (UI)
Dia 1	79	134	69	139	63	128	102	32	26
Dia 2	84	122	65	138	70	126	97	32	26
Dia 3	86	133	98	139	90	128	100	30	26
Dia 4	89	139	101	136	87	135	99	30	26
Dia 5	73	130	84	122	69	121	90	30	26
Dia 6	62	111	55	118	75	116	85	30	26
Dia 7	59	130	61	138	74	125	91	30	26

Ao ultrassom: idade gestacional de 34 semanas e 5 dias, pela DUM, feto único,cefálico, com batimentos cardíacos ritmicos e presença de movimentos respiratórios, placenta anterior grau I, índice de líquido amniótico 7,5 cm, maior bolsão vertical de 2,3 cm, peso fetal estimado 2.180 g (percentil 12 de Hadlock), Doppler da artéria umbilical com IP acima do percentil 97, diástole presente em todo o trajeto, Doppler da artéria cerebral média abaixo do percentil 3. A imagem a seguir apresenta o traçado cardiotocográfico obtido (o asterisco indica o estímulo sonoro realizado).



07

Classifique o traçado da cardiotocografia e indique a nota do perfil biofísico fetal.

- (A) ativo; 8.
- (B) hipoativo, reativo; 8.
- (C) hipoativo, reativo; 10.
- (D) hipoativo, hiporreativo; 10.



08

Considerando os dados clínicos apresentados, qual a hipótese diagnóstica e conduta recomendada, respectivamente?

- (A) Insuficiência placentária; vigilância de vitalidade fetal.
- (B) Sofrimento fetal agudo; resolução imediata da gestação.
- (C) Oligoamnio; ajuste de insulinoterapia para correção da hipoglicemia.
- (D) Pré-eclâmpsia superajuntada; pesquisa de proteinúria.

09

Mulher, 25 anos de idade, primigesta, sem doenças de base. Inicia pré-natal de risco habitual com idade gestacional de 10 semanas. Nos exames de rastreamento, apresentou sorologia reagente para HTLV-1/2. Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada.

- (A) Solicitar teste confirmatório por *western blot*.
- (B) Indicar a supressão da lactação após o parto.
- (C) Iniciar terapia anti-retroviral imediatamente.
- (D) Indicar a necessidade de parto por cesariana.

12

Com relação às condutas a serem tomadas para o quadro apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) Internação hospitalar; solicitar exames laboratoriais (hemograma completo, creatinina sérica, TGO/AST, TGP/ALT, DHL, bilirrubinas – total e frações, proteinúria de 24h); aumento da dose de metildopa para 1,5 g/dia; resolução da gestação com 37 semanas, desde que não haja novos comemorativos no quadro.
- (B) Internação hospitalar; solicitar exames laboratoriais (uréia sérica, creatinina sérica, sódio, potássio, cálcio iônico, ácido úrico sérico, exame de urina tipo I); aumentar dose de metildopa para 1,5 g/dia; resolução da gestação com 37 semanas, desde que não haja novos comemorativos no quadro.
- (C) Retorno ambulatorial em 1 semana; solicitar exames laboratoriais (ureia sérica, creatinina sérica, sódio, potássio, cálcio iônico, ácido úrico sérico, exame de urina tipo I); introduzir anlodipino 5 mg/dia; resolução da gestação com 37 semanas, desde que não haja novos comemorativos no quadro.
- (D) Retorno ambulatorial em 1 semana; solicitar exames laboratoriais (hemograma completo, creatinina sérica, TGO/AST, TGP/ALT, DHL, bilirrubinas – total e frações, proteinúria de 24h); aumentar dose de metildopa para 1,5 g/dia; resolução da gestação com 34 semanas, desde que não haja novos comemorativos no quadro.

10

Com base no caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) O diagnóstico de pré-eclâmpsia superajuntada poderá ser confirmado caso haja demonstração da relação proteína/creatinina na urina $\leq 0,3$.
- (B) O ganho de peso apresentado pela paciente entre as duas consultas não justifica a realização de exames para pré-eclâmpsia.
- (C) Deve-se considerar a hipótese diagnóstica de pré-eclâmpsia superajuntada, pois há descontrole pressórico e edema patológico.
- (D) Deve-se, inicialmente, descartar a hipótese de descontrole da doença de base aumentando a dose da medicação anti-hipertensiva.

11

Ao ser realizada a ultrassonografia obstétrica da paciente, observou-se: feto único, vivo, em apresentação cefálica com dorso à esquerda, placenta anterior, grau I, peso fetal estimado no percentil 7 de Hadlock, circunferência abdominal no percentil 5 de Hadlock, índice de líquido amniótico de 9 cm, maior bolsão vertical de 3,5 cm, Doppler de artéria umbilical com IP no percentil 30, Doppler de artéria cerebral média com IP no percentil 54, Doppler de artérias uterinas com IP médio no percentil 97. Considerando as informações do texto e os novos dados fornecidos, assinale a alternativa correta.

- (A) Considerando o IP das artérias uterinas maternas, recomenda-se a resolução da gestação com 34 semanas.
- (B) O resultado é inesperado, só a restrição de crescimento tardia está associada à condição materna suspeita.
- (C) A Dopplervelocimetria fetal de rotina não produz resultados que possam modificar a conduta obstétrica.
- (D) A restrição de crescimento fetal precoce apresenta forte associação com a condição materna suspeita.

13

Mulher, 28 anos de idade, primigesta. Refere que tem diagnóstico de anemia falciforme (HbSS) desde a infância com várias crises dolorosas prévias e em acompanhamento com hematologista. Iniciou pré-natal com 10 semanas. O nível basal de hemoglobina era 9 g/dL, demais exames de rotina normais, seguindo sem intercorrências desde então. Realizou ultrassom morfológico de primeiro e de segundo trimestres mostrando desenvolvimento fetal adequado. Com idade gestacional de 24 semanas, comparece ao pronto-socorro de obstetrícia com queixa de tosse seca, dor torácica em pontada no hemitórax esquerdo, dispneia no repouso e febre há 1 dia. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, icterícia escleral leve, em desconforto respiratório moderado. Ausculta: murmúrio vesicular diminuído na base esquerda, crepitações em bases. Sinais vitais com FC de 112 bpm, PA de 100×65 mmHg, FR de 30 irpm, SpO₂ de 90% em ar ambiente e temperatura axilar de 38,7 °C. Exame obstétrico sem alterações. Radiografia mostrando infiltrado alveolar em base pulmonar esquerda, sem derrame pleural evidente. Assinale a alternativa que apresenta a principal hipótese diagnóstica e conduta imediata, respectivamente.

- (A) Síndrome torácica aguda; hidratação, analgesia, antibioticoterapia e oxigenoterapia.
- (B) Pneumonia; hemograma, antibioticoterapia e instalação de máscara de oxigênio.
- (C) Infarto agudo do miocárdio; solicitar enzimas hepáticas e eletrocardiograma.
- (D) Embolia pulmonar; anticoagulação e angiotomografia de tórax.

14

Mulher, 38 anos de idade, casada, parda, secundigesta com 1 parto vaginal há 7 anos, idade gestacional de 36 semanas e 5 dias. É hipertensa crônica em uso de metildopa 2 gramas ao dia. Nos exames de rotina do pré-natal, recebeu o diagnóstico de sorologia para HIV-1/2 positiva. Na avaliação com 34 semanas, recebeu o resultado de carga viral de 40 cópias/mL e contagem de CD4 de 476 células/mm³. Fez uso de TARV durante toda a gestação. À ultrassonografia obstétrica, realizada na semana anterior, o peso estimado fetal estava no percentil 5, líquido amniótico normal e dopplervelocimetria da artéria umbilical com aumento de resistência e cerebral média dentro da normalidade. A paciente comparece ao pronto-socorro de obstetrícia com queixa de dor em baixo ventre, presença de 2 contrações uterinas de moderada intensidade em 10 min, colo médio, posterior, pérvio para 5 cm. Realizada cardiotografia, com feto ativo. Qual a conduta correta para o parto e o puerpério?

- (A) Condução do trabalho de parto e suspensão da lactação.
- (B) Condução do trabalho de parto e amamentação permitida.
- (C) Realizar parto por cesariana de urgência e suspensão da lactação.
- (D) Parto por cesariana de urgência e amamentação permitida.

15

Mulher, 40 anos de idade, primigesta, casada, inicia o pré-natal e no exame clínico das mamas, palpa-se nódulo no quadrante superior lateral da mama esquerda de cerca de 3 cm. A idade gestacional é de 10 semanas. No exame de ultrassonografia obstétrica, feto único e vivo. Assinale a alternativa que indica a conduta inicial correta.

- (A) Seguimento de pré-natal de rotina e avaliação após o parto.
- (B) Realizar biópsia por agulha fina (PAAF) guiada por ultrassom.
- (C) Realizar ressonância magnética e biópsia por agulha grossa.
- (D) Ultrassom das mamas e mamografia com proteção abdominal.

16

Mulher, 42 anos de idade, G3P2, com 2 filhos de 18 e 14 anos de idade, de um relacionamento anterior, e atualmente, com 8 semanas de gestação. A paciente tem desejo de realizar o teste não invasivo de rastreamento de aneuploidias, o NIPT, que uma amiga sua fez, devido ao risco aumentado pela idade materna. Assinale a alternativa que apresenta a conduta correta.

- (A) Solicitar o NIPT a partir 10 semanas de gestação, antes da realização da ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre.
- (B) Solicitar o teste após a ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre, caso o risco para aneuploidias esteja aumentado.
- (C) Solicitar o teste após a ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre, caso a medida da translucência nucal seja $\geq 3,5$ mm.
- (D) Caso a ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre esteja normal, aguardar até 16 semanas para realizar amniocentese.

17

Mulher, 42 anos de idade, G3P2, realizou ultrassom morfológico de primeiro trimestre com 12 semanas, sendo observado comprimento craniocaudal compatível com a idade gestacional calculada pela DUM, medida translucência nucal 3,5 mm, com presença de regurgitação tricúspide, e sem outras alterações. Na sequência, foi realizado o NIPT, com resultado de alto risco para trissomia do cromossomo 18. Comparece à consulta com idade gestacional de 13 semanas. Ela questiona se o resultado do NIPT é definitivo e ela deve se preparar para uma gestação difícil e ter uma criança com tempo limitado de vida. Assinale a alternativa que apresenta a conduta correta.

- (A) Acolher, explicar que o NIPT é um teste diagnóstico, mas a seria melhor realizar a amniocentese com 16 semanas de gestação.
- (B) Acolher, explicar que o NIPT é um teste de rastreamento e orientar sobre a biópsia de vilo corial na idade gestacional atual.
- (C) Acolher, explicar que o NIPT é um teste diagnóstico e que ela precisa se preparar para o nascimento e procurar orientação multidisciplinar.
- (D) Acolher, explicar que o NIPT é um teste de rastreamento e orientar sobre a amniocentese na idade gestacional atual.

18

Mulher, 42 anos de idade, advogada, G5P2A2, com antecedente de 2 partos normais a termo de um relacionamento anterior, sem intercorrências durante a gestação e partos. Com o atual marido, apresentou 2 abortamentos de primeiro trimestre, há cerca de 1 ano, sem causa aparente. Refere quadro depressivo há 15 anos, após a separação do primeiro marido, com tratamento medicamentoso. Na atual gestação, apresentou alteração no ultrassom morfológico de primeiro trimestre, sendo submetida a biópsia de vilo corial e diagnosticada trissomia do cromossomo 21. Comparece à consulta de pré-natal de rotina com 20 semanas, referindo tristeza, perda de ânimo, com dificuldade para realizar as tarefas domésticas e do trabalho. Refere, também, perda de apetite e dificuldade para acordar. Está ansiosa para realizar o ultrassom morfológico de segundo trimestre, devido à possibilidade de malformações cardíacas fetais, sente-se culpada pela alteração fetal. Assinale a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica e a conduta adequada para o caso, respectivamente.

- (A) Depressão maior; iniciar tratamento com sertralina.
- (B) Transtorno de ansiedade; indicar psicoterapia.
- (C) Quadro depressivo reacional; indicar psicoterapia.
- (D) Transtorno de ansiedade; prescrever benzodiazepínico.

19

Mulher, 32 anos de idade, solteira, tabagista, comparece a primeira consulta de pré-natal. No exame clínico, é realizada a coleta de material para a colpocitologia oncocítica e solicitação dos exames de rotina do pré-natal. Na segunda consulta do pré-natal, os resultados estão disponíveis. Resultado da Colpocitologia Oncótica (CCO): lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL); sorologias: AgHBs positivo, AgHBe negativo. Qual a conduta neste caso?

- (A) Pré-natal de risco habitual, cessar tabagismo e repetir a CCO em 1 mês.
- (B) Encaminhar para pré-natal de alto risco e CCO 30 dias após o parto.
- (C) Encaminhar para pré-natal de alto risco e CCO 90 dias após o parto.
- (D) Encaminhar para pré-natal de alto risco e realização de colposcopia.

20

Mulher, 21 anos de idade, parda, primigesta, pré-natal de risco habitual, sem intercorrências, idade gestacional de 37 semanas e 1 dia. Comparece no pronto-socorro de obstetrícia no final da manhã, com queixa de perda de líquido há 2 horas. A paciente nega ter realizado “teste do cotonete” e refere quadro de urticária e dispneia na infância, ao receber penicilina, necessitando atendimento médico. Ao exame obstétrico, foi observada saída de líquido amniótico claro em grande quantidade pela vagina, colo grosso, posterior, dilatação de 1 cm, apresentação cefálica, ausência de contrações uterinas. Cardiotocografia com padrão ativo. Foi indicado o preparo de colo com misoprostol e posterior indução do trabalho de parto com ocitocina, o qual se inicia no final da tarde do dia seguinte. Qual a recomendação para profilaxia da sepse neonatal por estreptococo do grupo B?

- (A) Profilaxia com ampicilina.
- (B) Profilaxia com vancomicina.
- (C) Profilaxia com azitromicina.
- (D) A profilaxia está contraindicada.

