

PLANTÃO SES-PE

FRANCILBERTO SOUZA

 GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA





PERFIL DA PROVA

SES-PE

Padrão bem definido de cobrança

Obstetrícia → Situação clínicas para
pergunta clínica ou conceitual

Preferência por temas da patologia
obstétrica e da medicina fetal

Ginecologia → Situação clínica →
Pergunta conceitual

Preferência pela Endocrinologia
ginecológica, fisiopatologia e
temas específicos
(POPQ, Estadiamento, CM)



PERFIL DA PROVA

SES-PE

TEMAS MAIS PREVALENTES

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS / VIOLÊNCIA SEXUAL	24	9,02%	DOENÇAS BENIGNAS E NEOPLASIAS DE MAMA	8	3,01%
DOENÇAS HIPERTENSIVAS NA GRAVIDEZ	19	7,14%	CICLO MENSTRUAL	8	3,01%
SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL E NEOPLASIAS DE ENDOMÉTRIO	17	6,39%	DISTOPIAS GENITAIS E POP-Q	7	2,63%
PRÉ-NATAL	16	6,02%	DIABETES MELLITUS (DM) NA GRAVIDEZ	6	2,26%
ANTICONCEPÇÃO	14	5,26%	RPMO (RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES)	6	2,26%
SANGRAMENTOS NA 1ª METADE DA GESTAÇÃO	14	5,26%	INCONTINÊNCIA URINÁRIA	5	1,88%
NEOPLASIAS DE COLO DE ÚTERO E LESÕES PRECURSORAS	14	5,26%	ENDOMETRIOSE	5	1,88%
DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ	12	4,51%	TRABALHO DE PARTO PREMATURO	4	1,50%
AMENORREIAS, EMBRIOLOGIA E DISTÚRBIOS DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL	11	4,14%	HEMORRAGIA PÓS-PARTO	4	1,50%
SOP (SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS)	11	4,14%	PARTO – TRAJETO	4	1,50%
PARTO - ASSISTÊNCIA AO PARTO	10	3,76%	GEMELARIDADE	4	1,50%
CLIMATÉRIO	9	3,38%	SANGRAMENTOS NA 2ª METADE DA GESTAÇÃO	4	1,50%
SOFRIMENTO FETAL	9	3,38%	DHPN (DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL)	4	1,50%



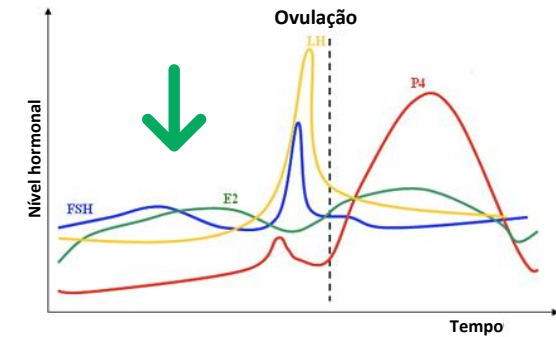
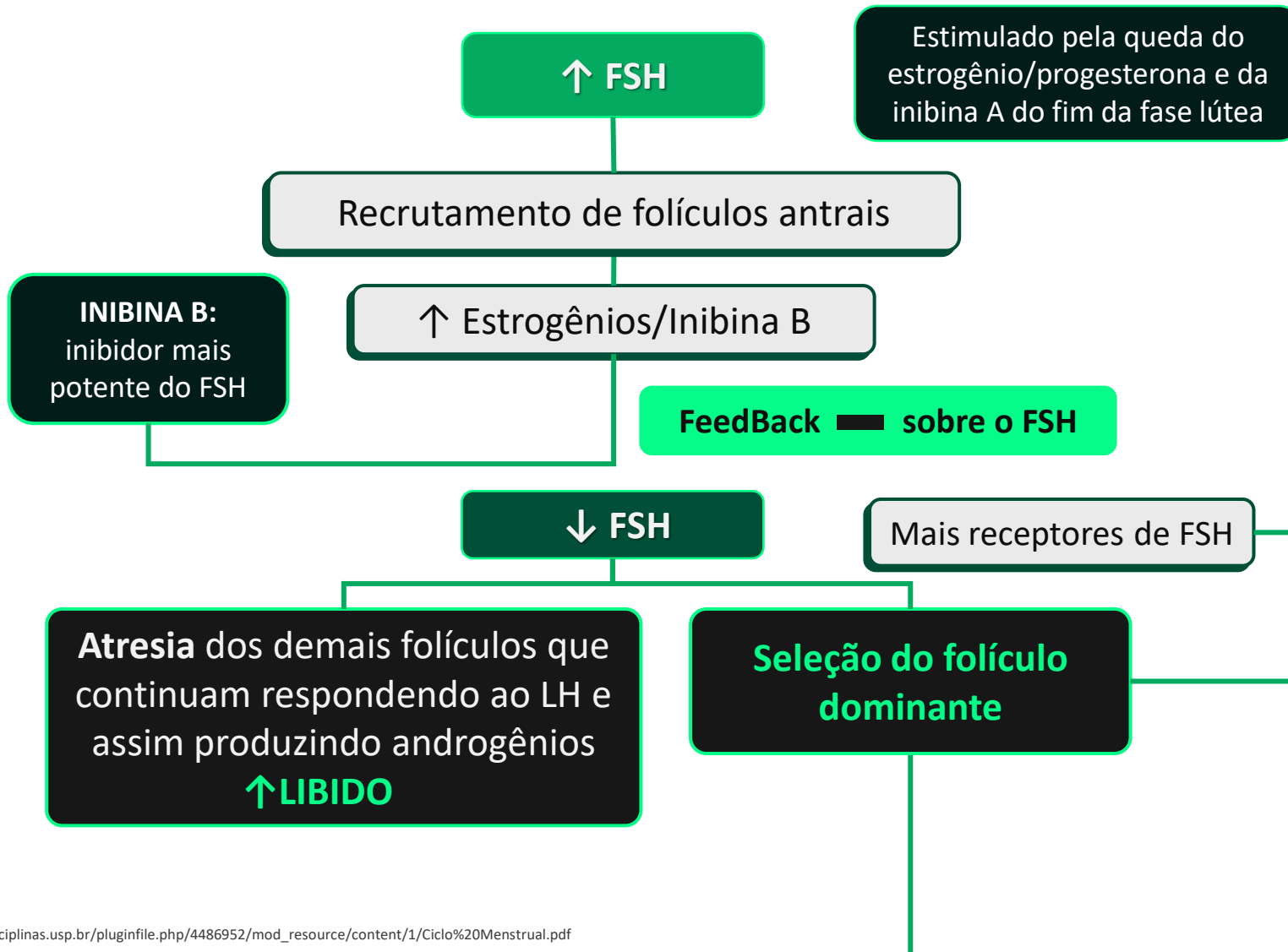
CICLO MENSTRUAL



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Ciclo ovário/fase folicular





Evento único (pré-ovulatório) no ciclo menstrual

FOLÍCULO DOMINANTE

Receptores de LH na GRANULOSA
(Luteinização da granulosa) (LH)

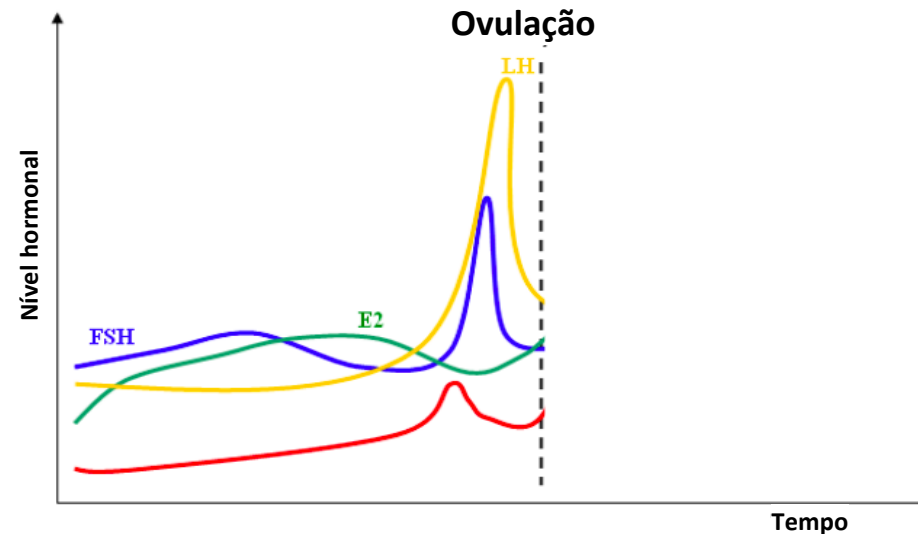
Estrogênio > 200 pcg por + 50h

FEEDBACK + DO ESTROGÊNIO
SOBRE O LH/FSH

PICO DE LH

OVULAÇÃO

PROGESTERONA



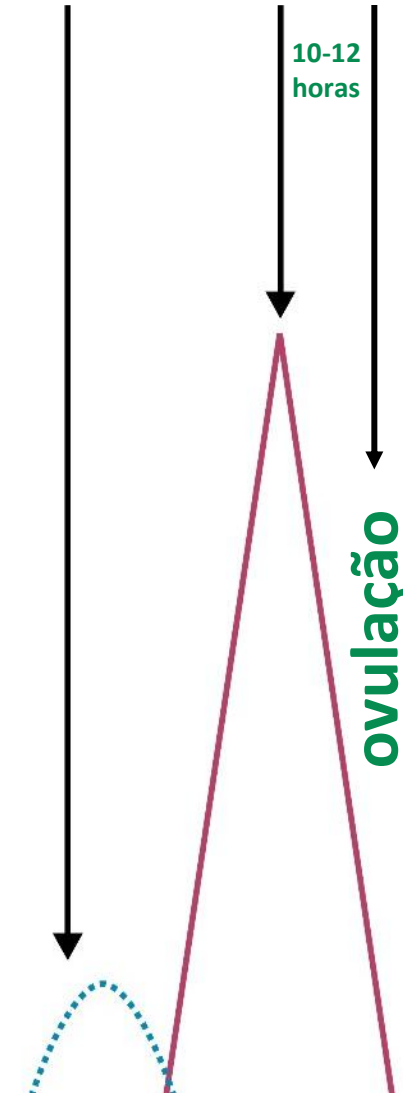


Ovulação

- 24-36h após o pico de estrogênio
- 10-12h do pico de LH

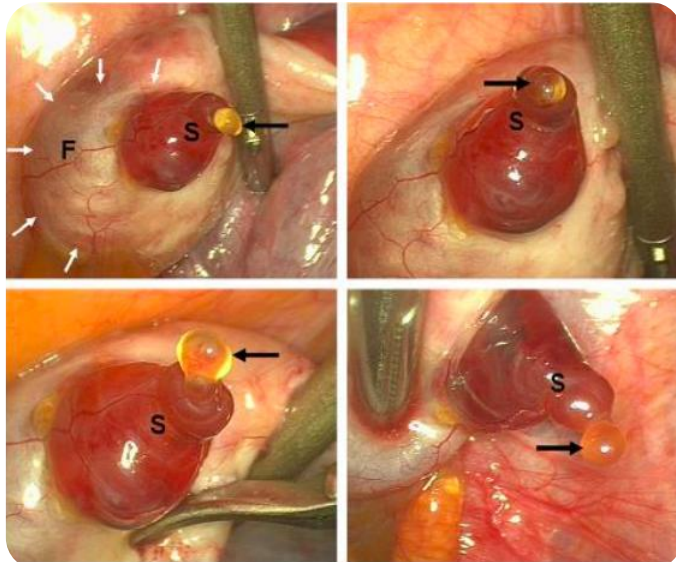
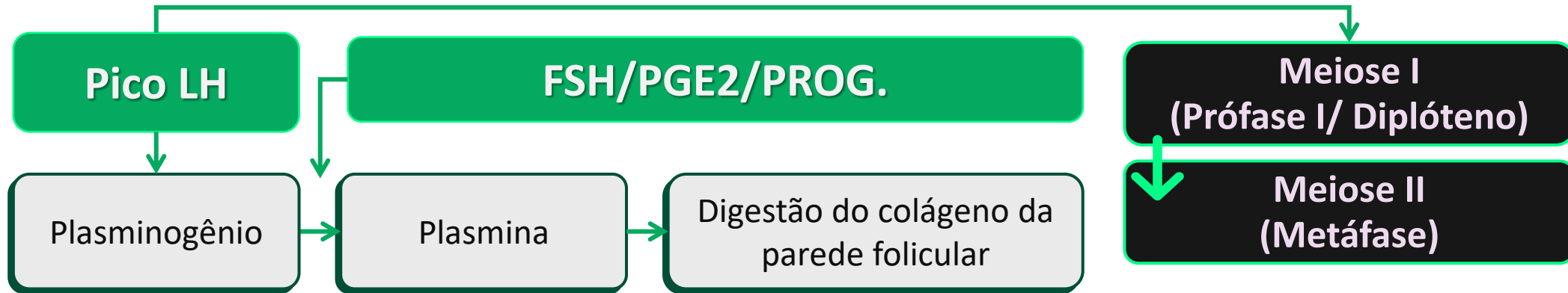


Liberação do
ovócito com o
*Cumulus
ophorus*





Ovulação





Fase lútea

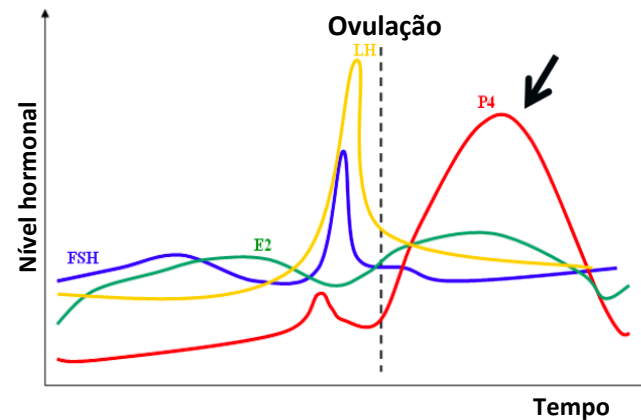
Folículo após a
liberação do ovócito



Progesterona ↑↑↑
Estrogênio
Androgênio
Inibina A



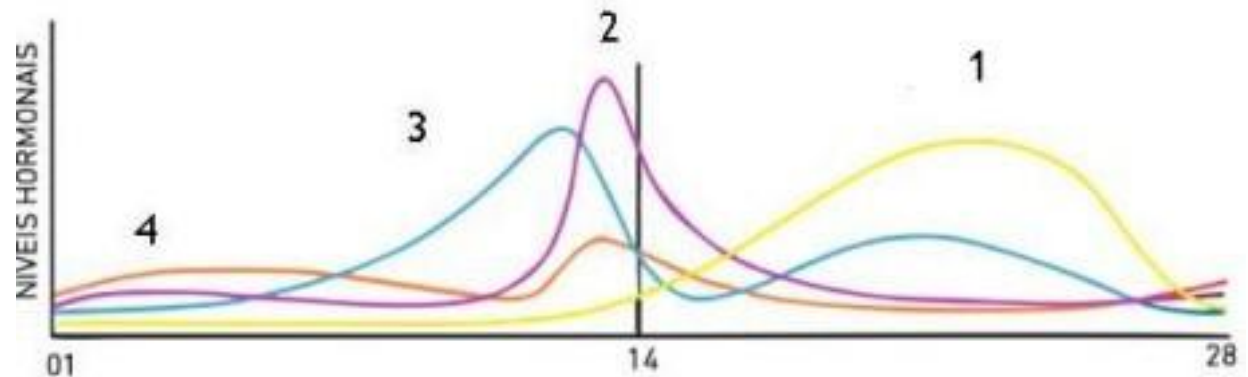
CORPO LÚTEO





(SES-PE 2024 ACESSO DIRETO) - Considere a imagem abaixo sobre a representação hormonal do ciclo menstrual: Em relação ao comportamento hormonal do ciclo menstrual, assinale a alternativa que identifica a correspondência adequada.

- a) Curva 1 - FSH.
- b) Curva 2 - Progesterona.
- c) Curva 1 - LH.
- d) Curva 3 - Estradiol.
- e) Curva 4 - Inibina A.





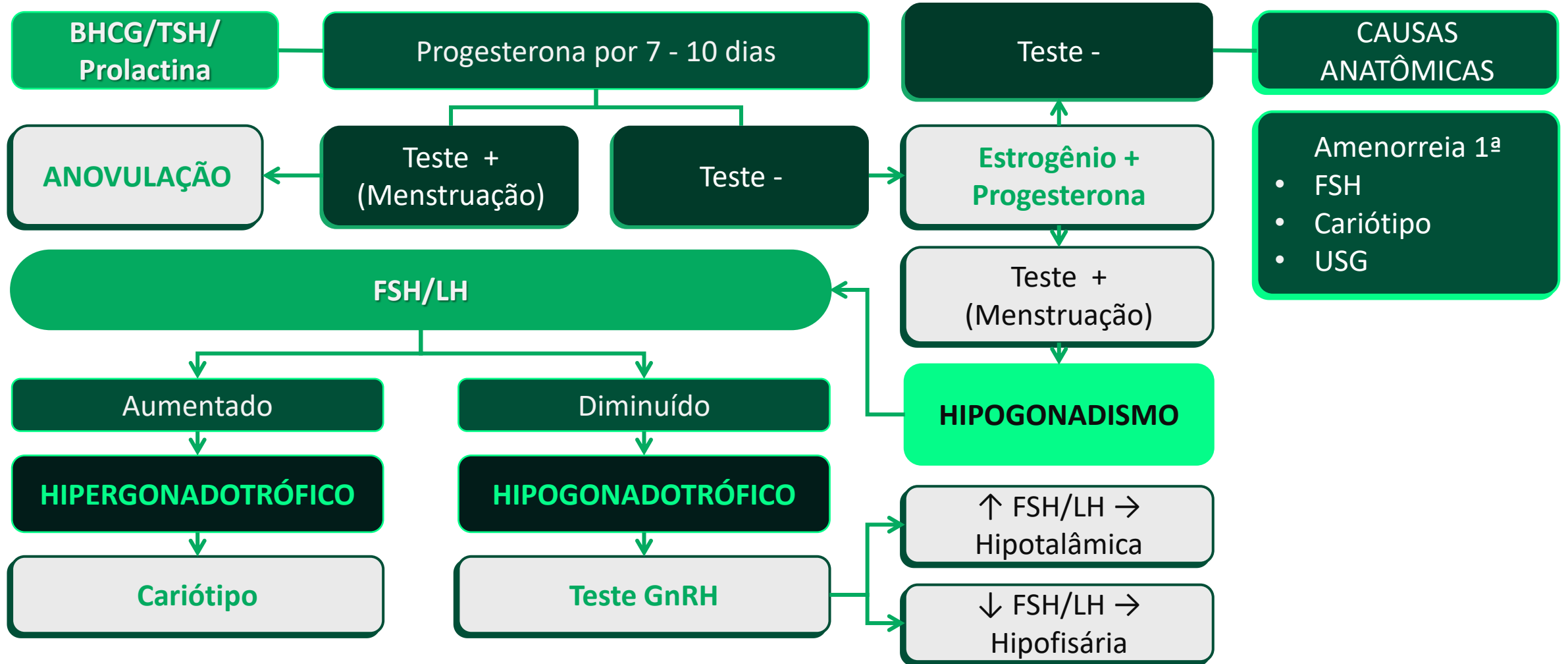
AMENORREIAS



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Resumo da investigação





Sd. Rokitansky X Sd. Morris

**Amenorreia primária + Ausência de útero
(Fenótipo feminino com vagina curta)**

CARIÓTIPO XX

Presença de pelos
Gônada (ovário) típico

Sd. Rokitansky

CARIÓTIPO XY

Ausência de pelos
Gônada (testículo) criptoquirdíco

Sd. Morris

**Infantilismo
genital + FSH ↑**



Disgenesias gonadais



**SwYer - XY
Turner – X0
XX**



(SES-PE 2026 ACESSO DIRETO) - Adolescente de 16 anos, G0P0, vai ao ambulatório de ginecologia com sua mãe por nunca ter menstruado. Nega atividade sexual. Chama atenção a ausência de características sexuais secundários. Genitália externa feminina. Exames: BHCG negativo, FSH elevado, TSH e T4 livre normais, prolactina normal. Estradiol e testosterona baixos. Cariótipo 46 XY, USG apresenta gônadas em fita. Considerando o quadro acima, qual o provável diagnóstico?

- a) Síndrome de Turner.
- b) Síndrome de Savage.
- c) Síndrome Hiperandrogênica.
- d) Síndrome de Swye.
- e) Síndrome de Rokitansky.

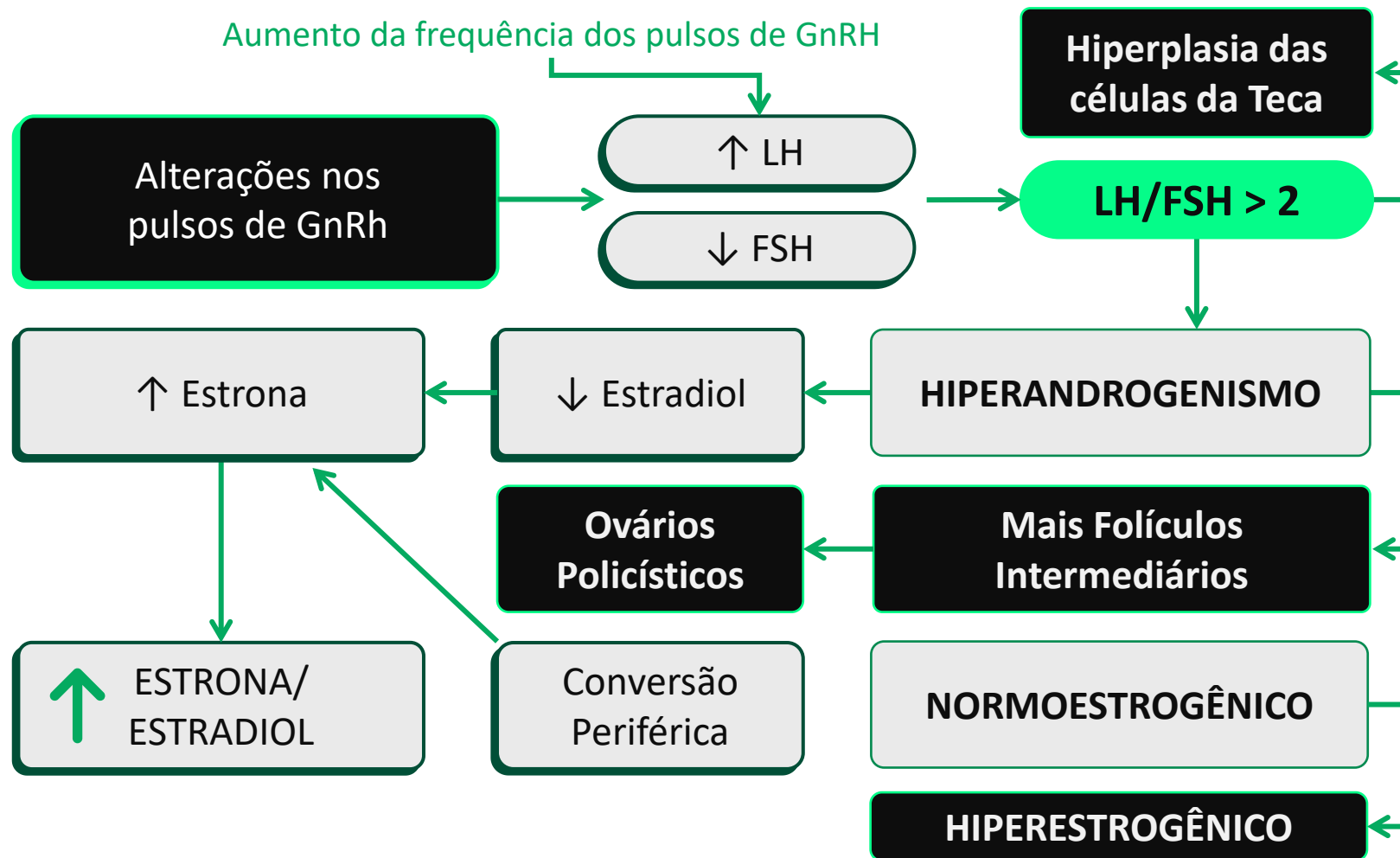


SÍNDROME OVARIANA METABÓLICA POLIENDÓCRINA (SOMP)





Fisiopatogenia

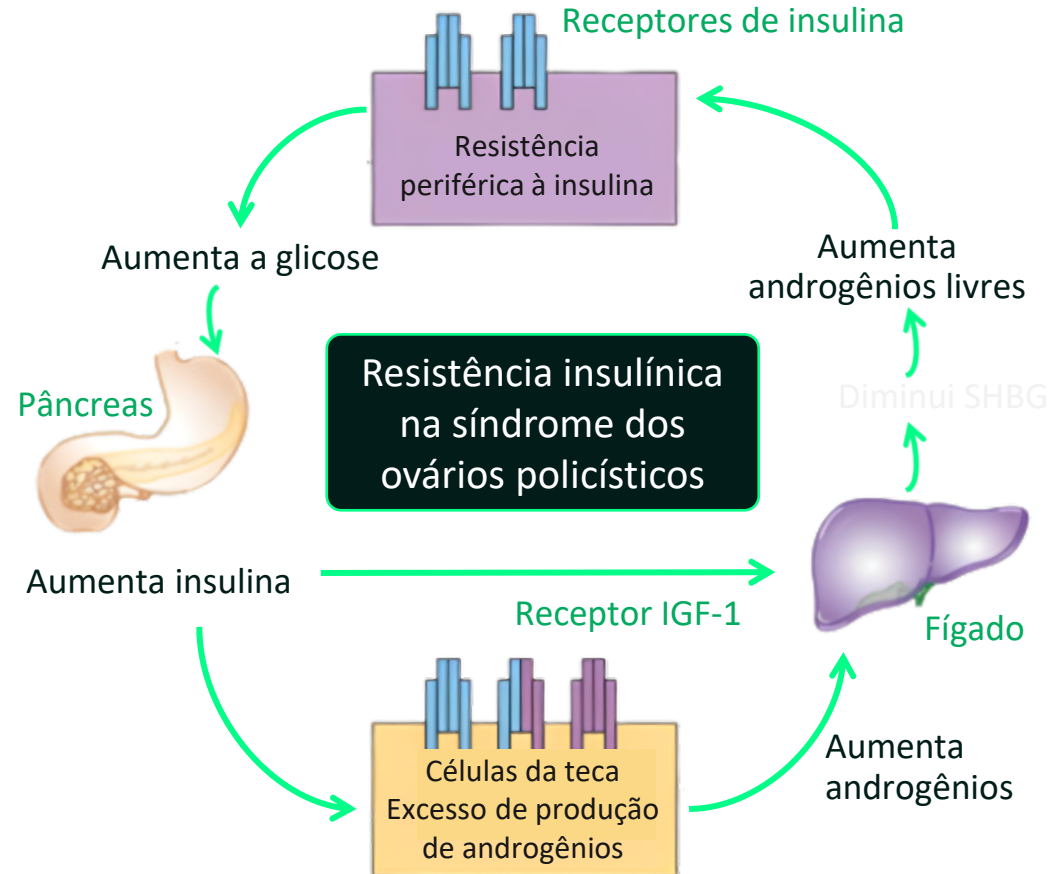




Fisiopatogenia

**Resistência
insulínica**

Hiperinsulinemia



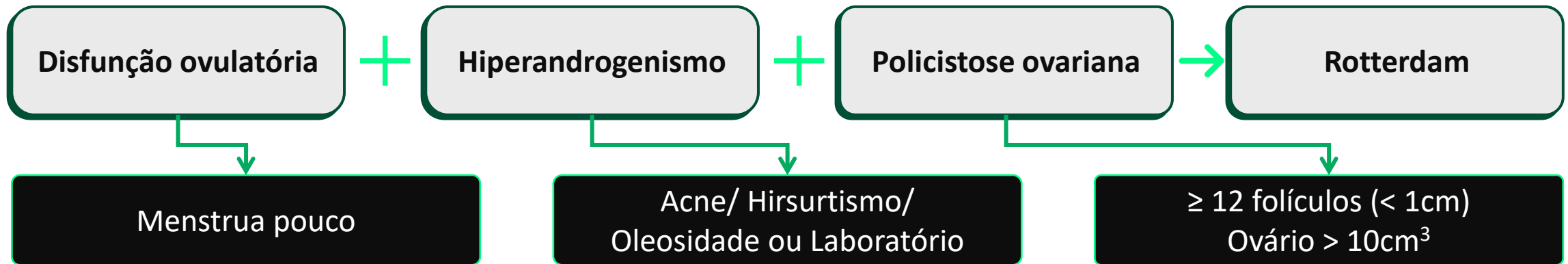
Hiperinsulinemia



Hiperandrogenismo



Resumão da SOMP



DIFERENCIAL

- HSC-Tardia → 17-OHP
- Hiperprolactinemia e Hipotireoidismo → Prl e TSH
- Tumores (virilização rápida) → Androstenediona (Ovário) e SDHEA (Adrenal)
- Cushing → Cortisol



TRATAMENTO

- MEV + AHC (E/↑SHBG; P/Protege)
- Metformina ou Inositol
- Antiandrogênicos
- Indução da ovulação (Letrozol: menos gemelaridade e SHO)



(SES-PE 2024.2 ACESSO DIRETO) - Mulher, 25 anos de idade, G0 P0, refere irregularidade menstrual e dificuldade de gestar; encontra-se, no momento, sem menstruar há quatro meses. Apresenta pelos grossos em região do queixo e entre as mamas; dificuldade de perder peso com dieta. O IMC foi de 35. O beta-HCG foi negativo. De acordo com o cenário acima, assinale a alternativa CORRETA.

- a) A fisiologia se baseia em defeito intrínseco das células da teca com hiperplasia dessas células.
- b) Segundo critérios de Rotterdam, ainda é necessário ecografia revelando 10 a 12 cistos ovarianos.
- c) A principal alteração bioquímica é a diminuição da insulina associada à diminuição do IGF1.
- d) A diminuição do SHBG leva a uma diminuição da testosterona e dos estrogênios livres.
- e) Diminuem a frequência e a amplitude dos pulsos de GnRH hipotalâmico.



SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL





MIOMATOSE

SUA ± cólicas

**Útero grande, irregular e
fibroelástico**

**Hipoecóico com sombra
acústica posterior**

ADENOMIOSE

SUA ± CÓLICAS

**Útero grande, GLOBOSO
e AMOLECIDO**

Vários achados!

PÓLIPOS

SUA?

Útero normal

**Hiperecóico
intracavitário**





(SES-PE 2026 ACESSO DIRETO) - Mulher de 43 anos, G3P3 (partos vaginais), LTB presente, encontra-se internada em UTI por descompensação hemodinâmica após episódio de sangramento genital intenso e prolongado. Informa que o quadro iniciou há um ano e se intensificou há três meses. Informa, também, que apresenta cólicas moderadas a intensas no período catamenial. O exame genital revela útero difusamente aumentado de volume (250 cm^3), consistência amolecida, superfície regular e mobilidade preservada. Traz consigo exame ecográfico que revela útero de volume aumentado com miométrio heterogêneo e lesões arredondadas, hipoecoicas em miométrio (maior de $2,0 \text{ cm}^3$), eco endometrial normal e outra imagem hipoecoica, subserosa de $5,0 \text{ cm}^3$. Assinale a alternativa que indica o provável diagnóstico.

- a) Mioma subseroso.
- b) Mioma intramural.
- c) Pólipo endometrial.
- d) Mioma submucoso.
- e) Adenomiose.



MASTOLOGIA

DOENÇAS BENIGNAS



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

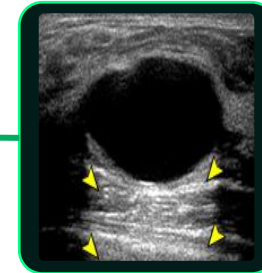


AFBM

• CISTOS

SIMPLES

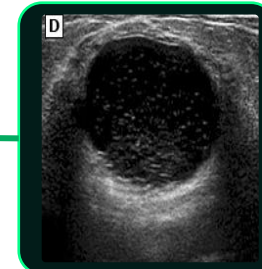
- **Circunscrito**
- **Anecoico** (sem ecos, componente sólido e Doppler)
- **Reforço acústico posterior**



BI-RADS 2

COMPLICADO

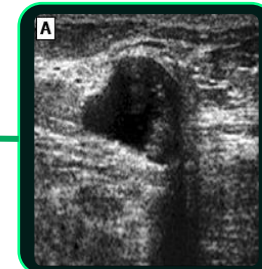
- Circunscrito
- **Ecos internos**
- Sem septo espesso, Doppler, componente sólido e paredes espessas



BI-RADS 3

COMPLEXO

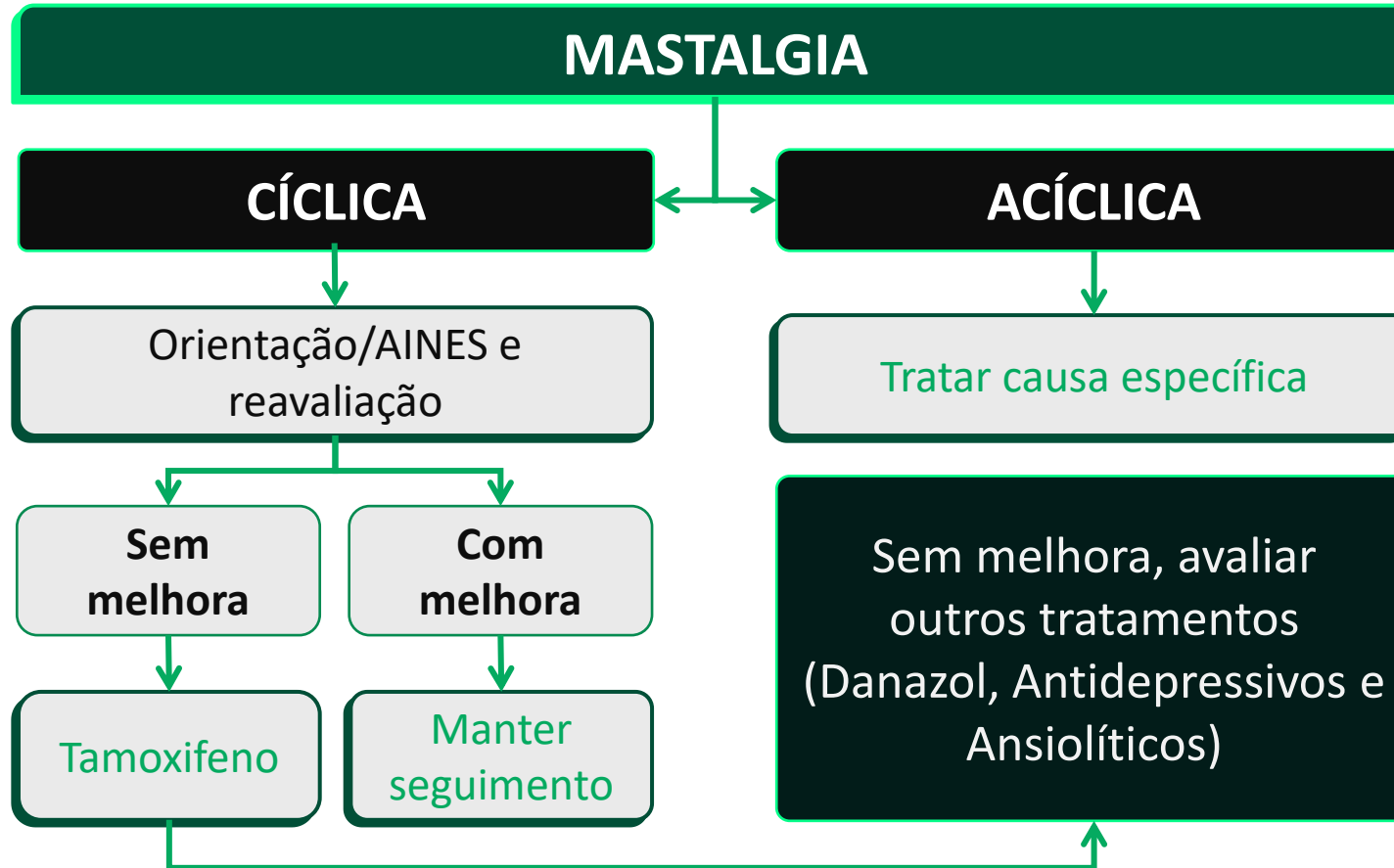
- **Paredes espessas**
- Componente cístico e **sólido**, **septos** > 0,5mm
- **Ausência** de reforço acústico posterior



BI-RADS 4/5



Mastalgia



ORIENTAÇÕES

- Sutiã esportivo
- Exercício físico
- ACO/TH – Suspensão ou redução da dose



Lesões fibroepiteliais

- **NÓDULOS**

FIBROADENOMA

Tumores benignos mais comuns da mama

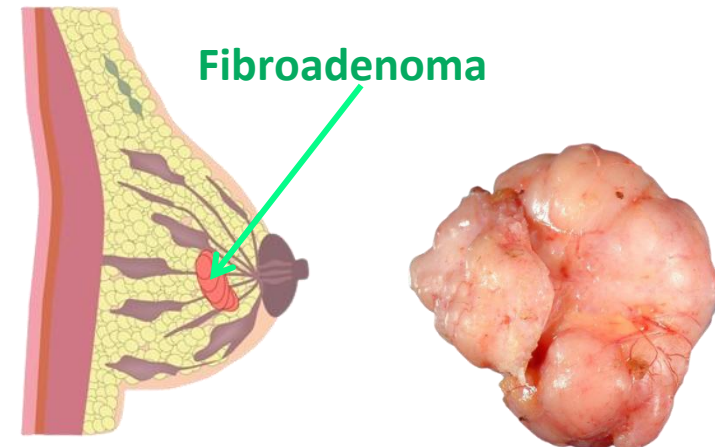
Não está associado a aumento do risco de câncer de mama

Mais comum de 20 a 35 anos

Resposta exacerbada aos estímulos hormonais

Estabiliza → Diâmetro 2 - 3cm

Deverá ser retirado em caso de crescimento ou > 3cm





Lesões fibroepiteliais

- TUMOR FILOIDES

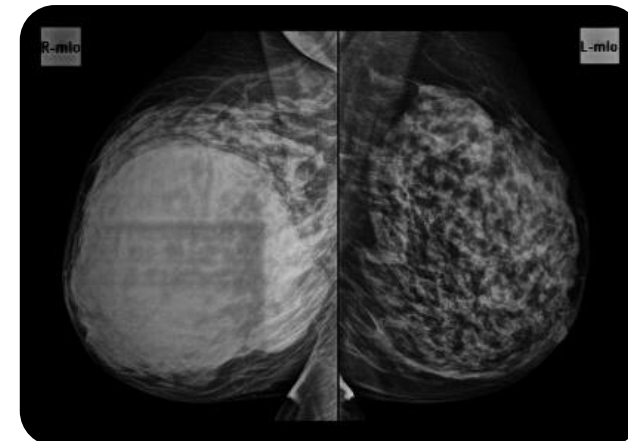
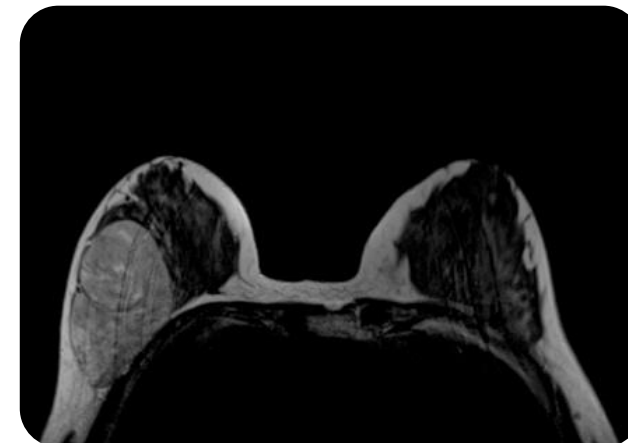
Raros

Nódulo estável que subitamente
aumenta de tamanho

Benignos X limítrofes X malignos

Histologia semelhante ao
fibroadenoma (FOLHAS)

Tratamento: excisão local ampla





Descarga papilar

Raramente está relacionada a câncer

4 - 10%

ESPONTÂNEA



PROVOCADA

MMG/USG
Excisão dos ductos
Se nódulo = CoreBx



Maior risco CA Mama

- Espontânea
- Unilateral
- Uniductal



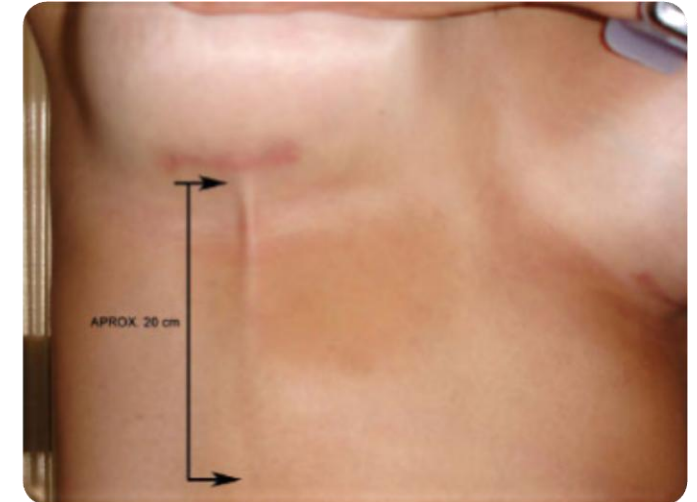
Outras patologias

ESTEATONECROSE

- Raro
- Massa semelhante ao carcinoma com retração de pele e/ou mamilo
- Dica: **TRAUMA MAMÁRIO**
- Cirurgia ou radiação
- Biópsia para descartar câncer

DOENÇA DE MONDOR

- **TROMBOFLEBITE SUPERFICIAL**
- Cordão palpável + eritema
- AINE e compressas





Outras patologias

ECTASIA DUCTAL

- Descarga papilar **PERIMENOPAUSA**
- Retração mamilar
- Benigno

LIPOMA

- Nódulo gorduroso
- Mole
- Benigno

HAMARTOMA

- Fibroadeno**LIPOMA**
- Nódulos macios e compressíveis
- Benigno



(SES-PE 2022 ACESSO DIRETO) - Mulher com 65 anos chega ao consultório de ginecologia com queixa de aumento da mama direita. Ao exame, foi evidenciada uma úlcera na mama direita com dilatação venosa importante. O histopatológico da biópsia revelou comprometimento de tecido epitelial e conjuntivo com cistos que apresentam projeções em forma de folhas no seu interior. O quadro acima é característico do seguinte tumor mamário:

- a) Fibroadenoma simples.
- b) Papiloma intraductal.
- c) Lipomas.
- d) Hamartomas
- e) Tumor Phyllodes.



ANTICONCEPÇÃO



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Pode tudo...

Obesidade (cuidado → bariátrica x VO),
Idade, Paridade, Outras drogas

Se eu não falei... PODE!

Enxaqueca

Combinado → COM AURA ou
SEM AURA, se ≥ 35 anos

NÃO PODE!

E os DIU?

Distorção anatômica ou Infecção
→ NÃO PODE!

Sangrou muito não
faça DIU com cobre

Hipertensão

Combinado (Qualquer PA)
Trimestral (se PA $\geq 160 \times 100$ mmHg)

NÃO PODE!



Tabagismo

Combinado →
≥ 35 anos

NÃO PODE!

Se injetável **MENSAL** + ≥ 35
anos < **15 cigarros/dia** (2)

PODE!

Se injetável **MENSAL** + ≥ 35
anos ≥ **15 cigarros/dia** (3)

Contraindicação
RELATIVA

Trombose

Combinado →
TVP/ IAM/ AVE/ Trombofilias

NÃO PODE!

Progesteronas
→ Evento agudo

NÃO PODE!

Injetável trimestral
→ IAM/AVE

NÃO PODE!



Anticonvulsivantes (e Rifampicina)





Pós-parto

COMBINADO

Amamentando < 6 meses
→ **NÃO PODE!**

Sem amamentar < 21 dias
→ **NÃO PODE!**

CDC 2024
> 42 dias → Pode combinado

O que pode?

- Todos os progestagênios desde o 1 dia pós-parto (2)
- DIU hormonal/Não-hormonal

48h a 4 semanas pós-parto (3)

CDC 2024

Qualquer momento pós-parto:

- Até 4 semanas (2)
- Após 4 semanas (1)



(SES-PE 2026 ACESSO DIRETO) - Casal procura o ambulatório de ginecologia para pedir opinião sobre os métodos contraceptivos. A mulher está no puerpério há um mês e ainda está amamentando. Qual das alternativas abaixo é uma contraindicação?

- a) Anel vaginal.
- b) Aleitamento-amenorreia.
- c) DIU de levonogestrol.
- d) Camisinha.
- e) Diafragma vaginal.



ÚLCERAS GENITAIS



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Resumão das úlceras genitais

Patologia	Clínica	Adenopatia	Agente	Tratamento	Parcerias
Herpes genital	Pleomorfismo Múltiplas e dolorosas	Dolorosa	HSV 1 ou 2	Aciclovir 7-10 dias	Não tratar (crônico)
Cancro mole (Cancroide)	Múltiplas, dolorosas, sujas	Dolorosa Fistulização por orifício único	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Azitromicina 1g dose única	Tratar (IST)
Cancro duro (Protossifiloma ou Sífilis primária)	Única, indolor, limpa	Indolor	<i>Treponema pallidum</i>	PB 2,4M UI dose única	Tratar (IST)
Linfogranuloma venéreo	Fases Úlcera indolor Adenopatia Estiomênio	Dolorosa Fistulização em “bico de regador”	<i>Chlamydia trachomatis</i> L1, L2 e L3	Doxiciclina 200mg ou Azitromicina 1g por 21 dias	Tratar (IST)
Donovanose (Granuloma inguinal)	Úlcerovegetante, granulada e sangrante; “em espelho”	Pseudobubão	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Doxiciclina 200mg ou Azitromicina 1g por 21 dias	Não tratar (crônico)



(SES-PE 2026 ACESSO DIRETO) - Mulher de 27 anos chega ao ambulatório de ginecologia com “caroço” na região inguinal direita que inchou e ficou inflamado e avermelhado. Revela ainda o aparecimento de secreção purulenta por vários furos no referido “caroço” e depois virou uma úlcera única e unilateral. Assinale a alternativa que indica o provável diagnóstico.

- a) Protossinfiloma.
- b) Cancro mole.
- c) Linfogranuloma venéreo.
- d) Úlcera mista de Rolle.
- e) Tumor de Buschke-Lowenstein.



RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Rastreio

RASTREIO E POPULAÇÃO-ALVO

MÉTODO: DNA-HPV
dos 25 – 64 anos
(com atividade sexual
atual ou prévia)

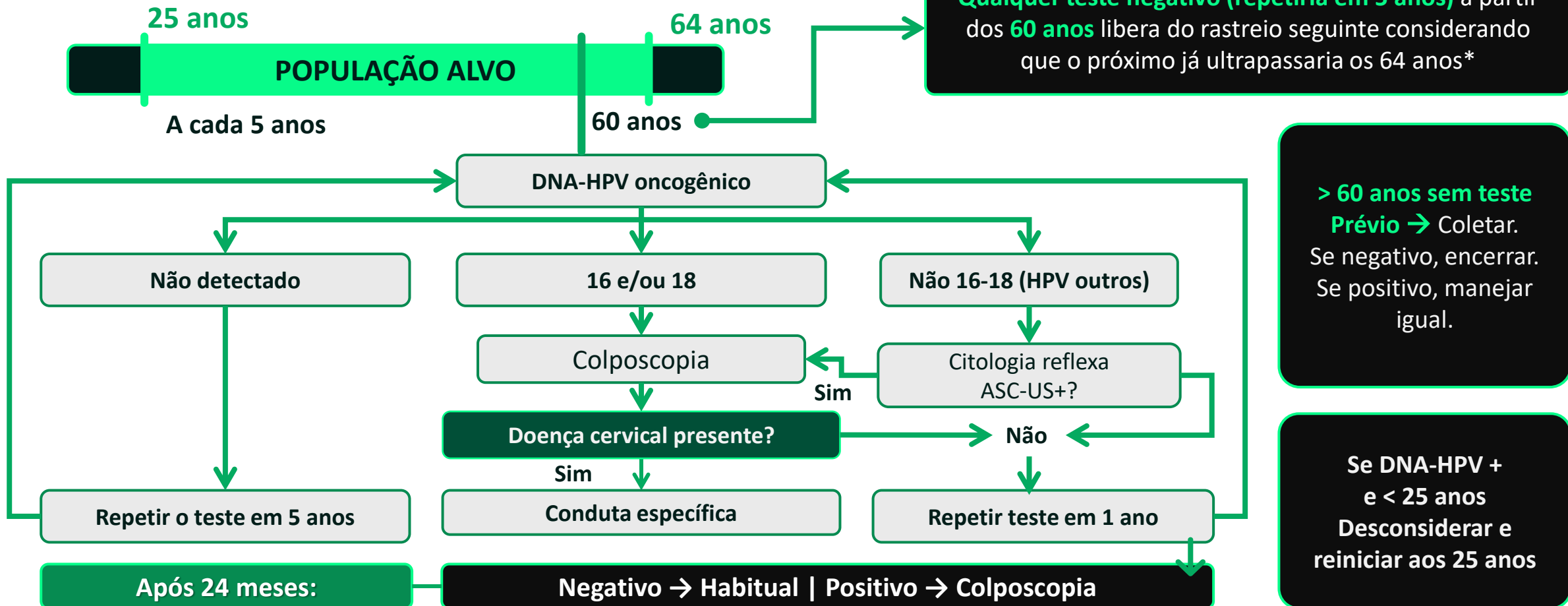
**HPV oncogênico –
Genotipagem parcial ou Estendida**
AR: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45,
51, 52, 56, 58 e 59, 68*, 66**

Independente do status vacinal



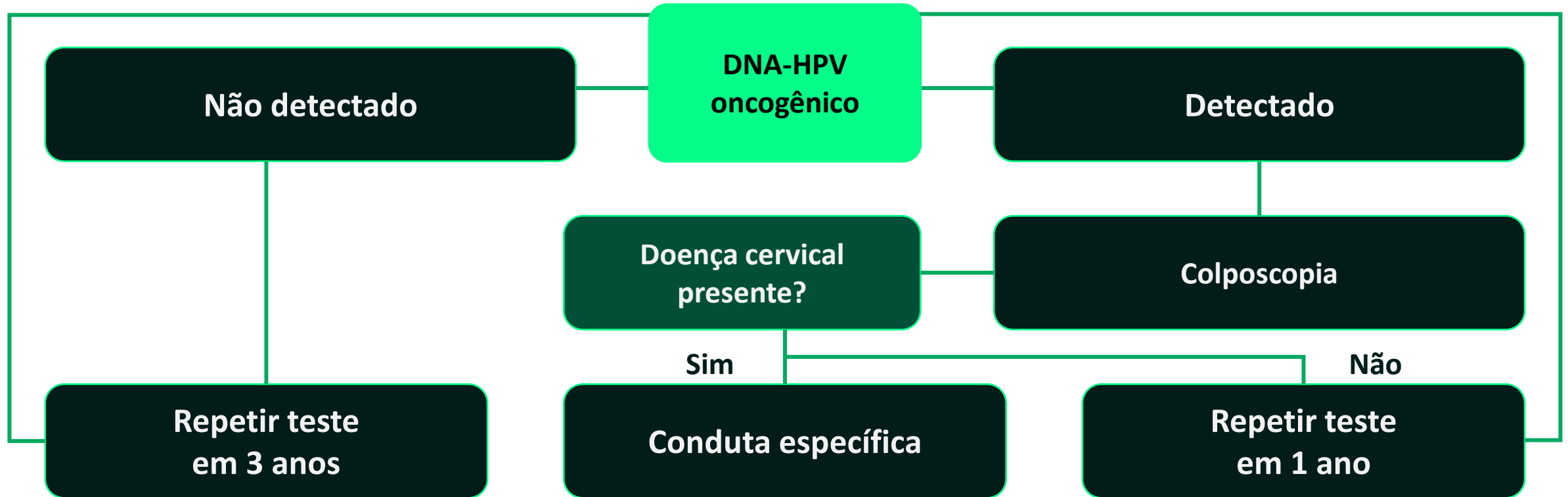
Nova diretriz do MS

• PUBLICADA EM 18/08/2025





Imunossuprimidos



Iniciar após o início da atividade sexual e não suspender



Rastreio



- Gestante é igual, pode coletar para regularizar
- Não é o momento ideal, pode aguardar o puerpério



- HT por doença benigna → Excluídas
- HT por doença precursora/ maligna → + 25 anos ou indefinidamente



Homens-trans: Mesmas Indicações



(PUC-PR 2026 ACESSO DIRETO) - O câncer do colo uterino, em algumas regiões do país, ocupa o segundo lugar em incidência e, em 2023, ocorreram 7.209 óbitos por câncer de colo do útero no Brasil, representando uma taxa de mortalidade de 4,79/100 mil mulheres. Frente a esta situação, o país aprovou, em julho de 2025, as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV Oncogênico. Nas recomendações dessas Diretrizes, mulheres com risco padrão que possuem o Teste oncogênico para os subtipos 16 e 18 positivo deverão seguir qual indicação frente a esse resultado?

- a) Colposcopia.
- b) Repetir Teste DNA-HPV Oncogênico em 3 anos.
- c) Expectante.
- d) Repetir Teste DNA-HPV Oncogênico em 5 anos.
- e) Coleta de Citopatológico.



ESTADIAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Estadiamento

I – Só colo (A micro e B macro)

IA1 < 3mm

IA2 - $\geq 3\text{mm}$ e < 5mm

IB1 $\geq 5\text{mm}$ e < 2cm

IB2 $\geq 2\text{cm}$ e < 4cm

IB3 $\geq 4\text{cm}$

II – Sai do colo

v**A**gina (até 2/3 superiores)

“**B**”aramétrios (parte deles)

III – Pior que o II

v**A**gina (até 1/3 inferior)

“**B**”aramétrios (completo – parede pélvica ou
Hidronefrose/DRC)

C (linfonodos)

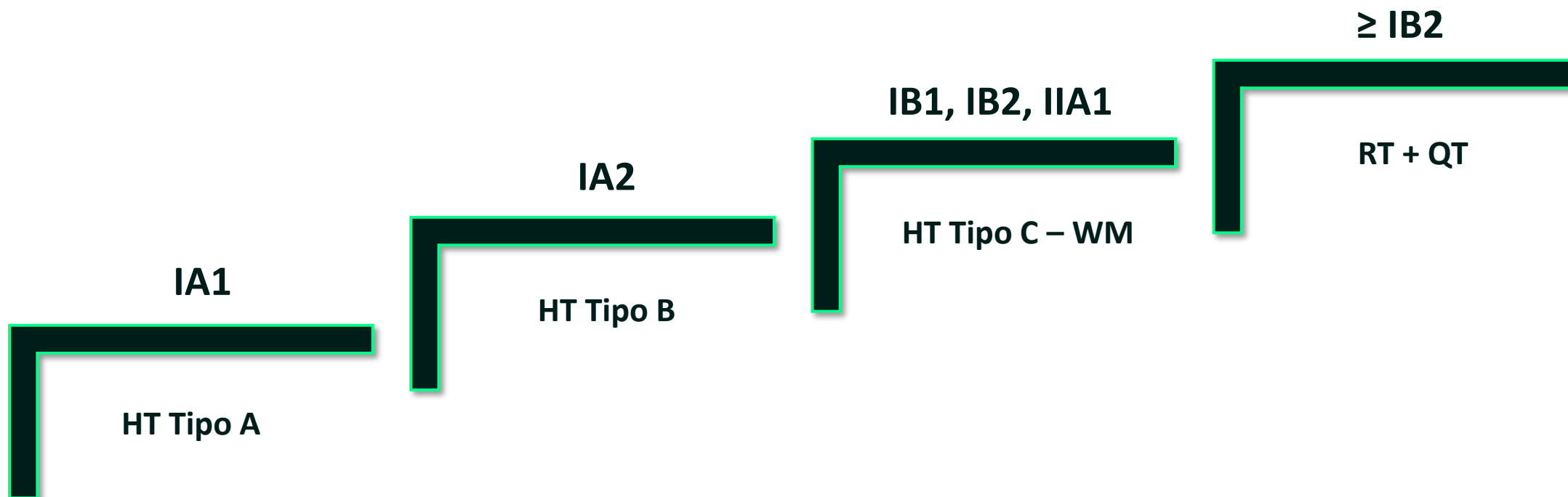
IV = Metástases

A – Perto do útero (bexiga e/ou reto)

B – À distância



Tratamento





(SES-PE 2025 ACESSO DIRETO) - Paciente 29 anos realizou uma conização cujo resultado da peça cirúrgica evidenciou carcinoma escamoso de colo uterino com 9 mm de profundidade e 7 mm de extensão. Qual seria o estadiamento correspondente e o tratamento adequado?

- a) Estadiamento IB1 - Histerectomia simples, paciente não mais deseja engravidar.
- b) Estadiamento IA2 - Histerectomia simples com linfadenectomia pélvica.
- c) Estadiamento IB1 - Cirurgia de Wertheim-Meigs.
- d) Estadiamento IB2 - Cirurgia de Wertheim-Meigs.
- e) Estadiamento IB2 - Quimioterapia e radioterapia.



POP-Q



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



(SES-PE 2024 ACESSO DIRETO) - Paciente de 60 anos de idade procura ambulatório de ginecologia com queixa de "bola" na vagina aos esforços. Durante o exame, foi realizado o POP-Q que demonstrou o seguinte cenário: De acordo com o POP-Q da paciente em questão, qual o diagnostico mais provável?

- a) Prolapso de parede anterior (E I).
- b) Incontinência urinária de esforço.
- c) Prolapso de parede posterior (E II).
- d) Prolapso apical (E I).
- e) Hipertrofia de colo uterino.

-3	-3	-2
5	4	10
-3	-3	-8





IDADE GESTACIONAL



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Idade gestacional

• QUAL UTILIZAR?

CCN (11s até 13s6d)
→ erro de 5 a 7 dias

A partir de 14s → Múltiplos
parâmetros (DBP, CC, CA, CF)

CF – melhor parâmetro
isolado após 28s

Quando usar a
IG pela US:

- Não sabe a DUM
- Diferença para o CCN > 5-7 dias (11s até 13s6d)
- Diferença para a biometria > 7-14 dias (Até 27s6d)
- Diferença para a biometria > 21 dias (A partir de 28s)

APROXIMAÇÃO PRÁTICA

1º T – erra
~ 1 semana

2º T – erra
~ 2 semanas

3º T – erra
~ 3 semanas



(SES-PE 2026 ACESSO DIRETO) - Gestante 20 anos, primigesta e nulípara, veio para nova consulta pré-natal, no dia 11 de janeiro de 2026, referindo que está no 5º mês de gestação e assintomática. Fez várias ultrassonografias e refere ainda que tinha ciclos regulares e sabia o momento da sua ovulação todos os meses. Abaixo seguem os dados informados pela paciente e as ultrassonografias anteriores com suas idades gestacionais na época do exame: Primeiro dia da última menstruação: 16 de agosto de 2025; Último dia da última menstruação: 19 de agosto de 2025; Data da última ovulação: 30 de agosto de 2025; Data da 1ª ultrassonografia: 27 de setembro de 2025 (calculada pelo diâmetro médio do saco gestacional - 4 semanas); Data da 2ª ultrassonografia: 31 de outubro de 2025 (IG: calculada pela média do diâmetro biparietal, circunferência abdominal e comprimento do fêmur - 11 semanas); Data da 3ª ultrassonografia: 20 de novembro de 2025 (IG: calculada pelo comprimento céfalo-nádegas - 13 semanas e 6 dias); Data da 4ª ultrassonografia: 06 de dezembro de 2025 (IG: 17 semanas). Diante desses dados, qual a idade gestacional CORRETA para acompanhamento da gravidez no dia da consulta de pré-natal?

- a) 19 semanas e 1 dia.
- b) 21 semanas e 1 dias.
- c) 20 semanas e 5 dias.
- d) 21 semanas e 2 dia.
- e) 22 semanas e 1 dia.



IMUNIZAÇÕES NA GESTAÇÃO



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Imunizações

HEPATITE B

- Toda gestante não vacinada
- Em qualquer IG
- 3 doses, completar esquemas

INFLUENZA

- Campanha anual
- Em qualquer IG
- Dose única

dT/dTpA

- Toda gestante não vacinada
- Reforço em 5 anos
- 3 doses, completar esquemas
- dTpA sempre (≥ 20 sem)

COVID

- Anual
- Em qualquer IG
- Dose única

VSR

- A cada gestação
- ≥ 28 semanas
- Dose única





(SES-PE 2023 ACESSO DIRETO) - Gestante G1P0A0 (8 semanas) com histórico vacinal desconhecido, chega à Unidade Básica de Saúde para acompanhamento. De acordo com o calendário nacional de vacinação da gestante, assinale a alternativa INCORRETA para o caso.

- a) Deve receber três doses da vacina hepatite B com intervalos entre doses recomendados (0, 1 e 6 meses), independentemente da idade gestacional.
- b) Caso perdesse a oportunidade de se vacinar durante o período gestacional, administrar uma dose da vacina dupla adulto (dT) no puerpério (até 45 dias).
- c) A 3ª dose da vacina hepatite B pode ser administrada com intervalo de 4 meses após a 1ª dose.
- d) Se fosse multípara, deveria ser aplicada uma dose reforço da vacina (dTpa) a cada gestação a partir da 20ª semana.
- e) Deve receber duas doses da vacina dupla adulto (dT) respeitando o intervalo entre as doses, e uma dose da (dTpa) a partir da 20ª semana de gestação.



ABORTAMENTO



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Tipos e condutas





(SES-PE 2024.2 ACESSO DIRETO) - Paciente 22 anos, tercigesta (partos normais) e na 8ª semana de gravidez, refere dor tipo cólica em baixo ventre e sangramento genital em pequena intensidade. Ao exame: toque vaginal fechado com sangramento discreto em dedo de luva e útero aumentado de volume compatível com a idade gestacional. Assinale a alternativa que representa a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta inicial diante o quadro clínico:

- a) Ameaça de abortamento - Solicitar ultrassonografia e iniciar progesterona.
- b) Ameaça de abortamento - Solicitar ultrassonografia, iniciar analgésicos e antiespasmódicos e recomendar abstinência sexual e repouso relativos.
- c) Ameaça de abortamento - Solicitar ultrassonografia, iniciar analgésicos, antiespasmódicos e progesterona e recomendar abstinência sexual e repouso relativos.
- d) Abortamento completo - Solicitar ultrassonografia, iniciar analgésicos, antiespasmódicos.
- e) Abortamento completo - Expectante.



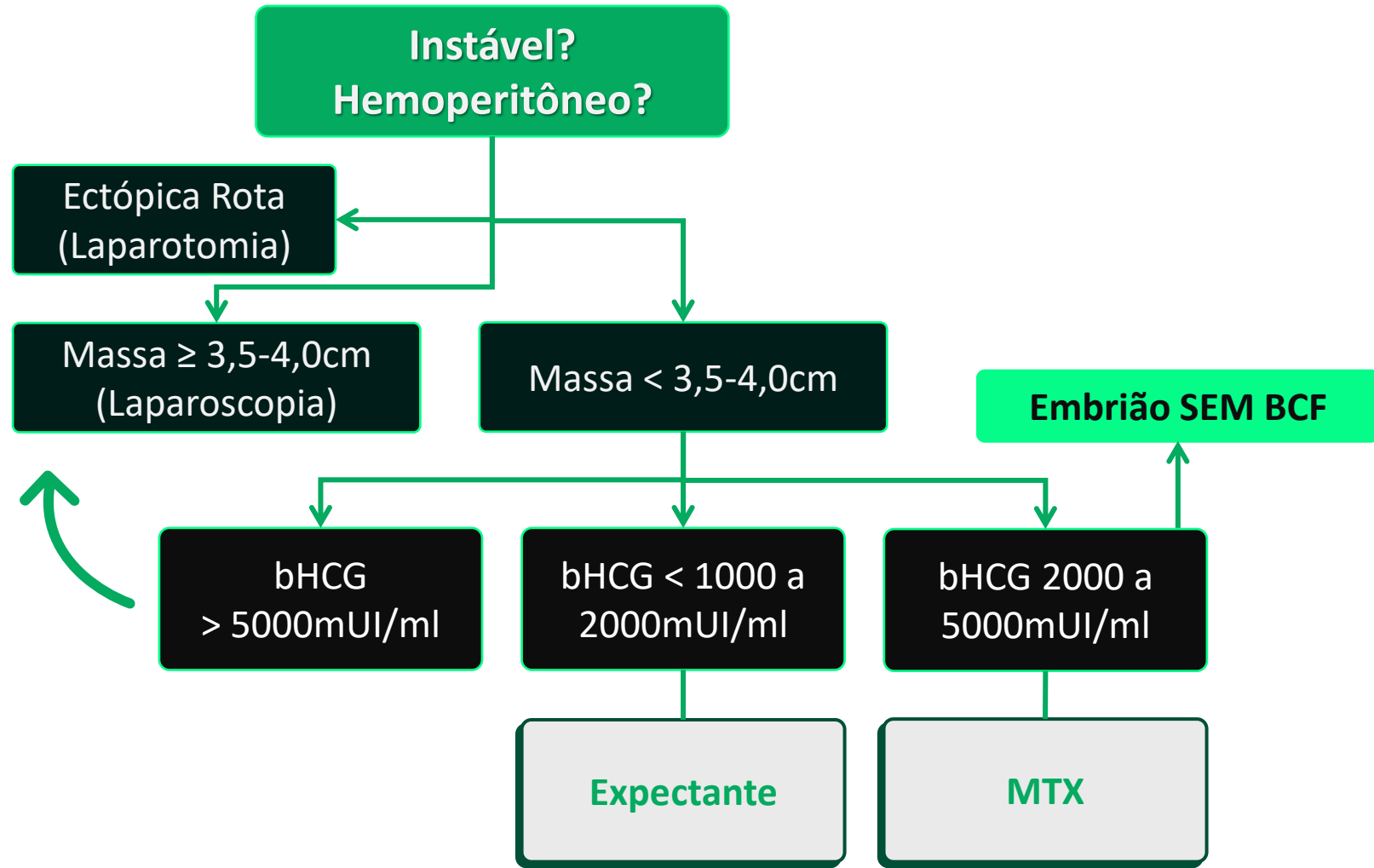
GESTACÃO ECTÓPICA



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Gestação ectópica - Manejo





(SES-PE 2022.2 ACESSO DIRETO) - Mulher de 35 anos de idade chega à emergência, com queixas de fortes dores em região hipogástrica, mais intensa em fossa ilíaca direita, há cerca de duas horas. Hemodinamicamente estável. Informa que as dores são progressivas e só atenuam com analgésicos habituais. Durante o exame ginecológico, são observadas dores moderadas ao toque combinado que pioram com a avaliação da região anexial e do fundo de saco de Douglas. O exame ultrassonográfico revelou imagem anexial com halo hiperecogênico periférico, tendo o maior diâmetro cerca de dois centímetros. O BHCG foi de 5.000UI/mL. A paciente deseja engravidar. De acordo com esse cenário, qual das alternativas abaixo poderia ser oferecida como conduta inicial?

- a) Uso do Metotrexato.
- b) Conduta conservadora.
- c) Laparoscopia.
- d) Laparotomia.
- e) Ressonância magnética.



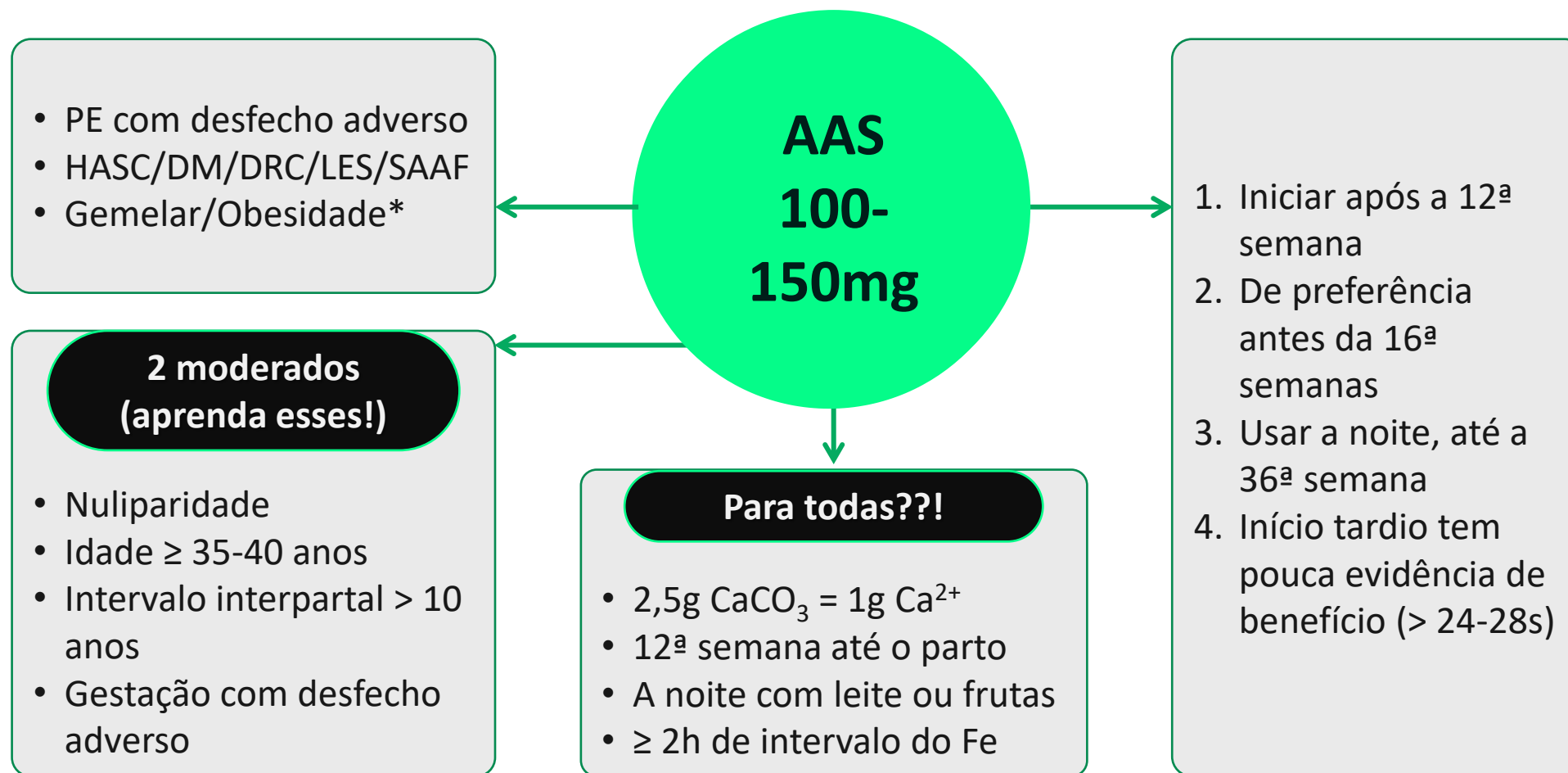
PROFILAXIA DA PRÉ-ECLÂMPsia



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Resumo infalível!





(SES-PE 2023 ACESSO DIRETO) - Em qual das alternativas abaixo NÃO se encontra indicado iniciar medidas medicamentosas para prevenção da pré-eclâmpsia/eclâmpsia?

- a) Diabetes Mellitus clínico.
- b) Diabetes Mellitus gestacional.
- c) Pré-eclâmpsia em gestação anterior.
- d) Gestante de 41 anos e nulípara.
- e) Índice de massa corpórea de 31 kg/m^2 .



HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Diagnóstico

Hipertensão na gravidez

≥ 20 semanas de IG

Proteinúria
presente

PE

Proteinúria **ausente**

HAS gestacional

< 20 semanas de IG

Proteinúria
presente

HASC com nefropatia
prévia?

Proteinúria **ausente**

HAS crônica

PE superposta

Critérios de gravidade

(PA ≥ 160 e/ou 110mmHg, sinais de iminência,
sd. HELLP, eclâmpsia ou lesão de órgão-alvo)

PE ou PE superposta com sinais de gravidade



Tratamento

• NÃO FARMACOLÓGICA

1

Dieta habitual (Restrição de sódio só na HASC)

2

Atividade física moderada

3

Exames laboratoriais → HMG, Plaquetas, DHL, BT, creatinina, AST, proteinúria

4

Acompanhamento: Hospitalar → formas graves | **Ambulatorial**
→ as demais (risco habitual só HASG, sem complicações)

ANTI-HIPERTENSIVOS SE:

- PA $\geq$ 150 e/ou 100mmHg
- PA $\geq$ 140 e/ou 90 persistente
- Sintomas



Hipotensores

Ambulatoriais (outras opções)

- Clonidina
- Hidralazina
- Betabloqueadores (metoprolol, pindolol, carvedilol, propranolol)
- HCTZ
- Furosemida (EAP, função renal comprometida)

Ambulatoriais (+ usados)

Metildopa, BCC (nifedipino, anlodipino)

Emergência/UTI

Hidralazina (EV), Nifedipino (VO), Nitroprussiato de sódio (UTI)

Contraindicados

IECA, BRA, Atenolol, Alisquireno (Inibidor direto da renina)



(SES-PE 2022 ACESSO DIRETO) - Paciente, 15 anos, primípara e na 26ª semana de gravidez. Foi para a 4ª consulta pré-natal de rotina, assintomática, na Unidade Básica de Saúde (UBS). Nega hipertensão, diabetes, cardiopatias e outras doenças. Ao exame geral, nada digno de nota. Ao exame obstétrico: dinâmica uterina, ausente; feto em situação transversa, apresentação cônica e alto e móvel; batimentos fetais de 136 bpm; altura de fundo uterino de 23 cm; e pressão arterial 130 x 90 mmHg (confirmada por duas vezes e após repouso em decúbito lateral esquerdo). Índice de massa corpórea 26,4 kg/m². Proteinúria de fita +++/4+. Qual a conduta CORRETA inicial?

- a) Orientar dieta com restrição de sal, programar retorno com intervalos frequentes, encaminhar para o pré-natal de alto risco e solicitar exames laboratoriais complementares.
- b) Orientar dieta com restrição de sal, prescrever anti-hipertensivo (metildopa 750 mg/dia), programar retorno com intervalos frequentes, encaminhar para o pré-natal de alto risco e solicitar exames laboratoriais complementares.
- c) Programar retorno com intervalos frequentes, encaminhar ao pré-natal de alto risco e solicitar exames laboratoriais complementares.
- d) Programar retorno com intervalos frequentes, continuar o acompanhamento pré-natal na UBS e solicitar exames laboratoriais complementares.
- e) Encaminhar para internamento em unidade terciária.



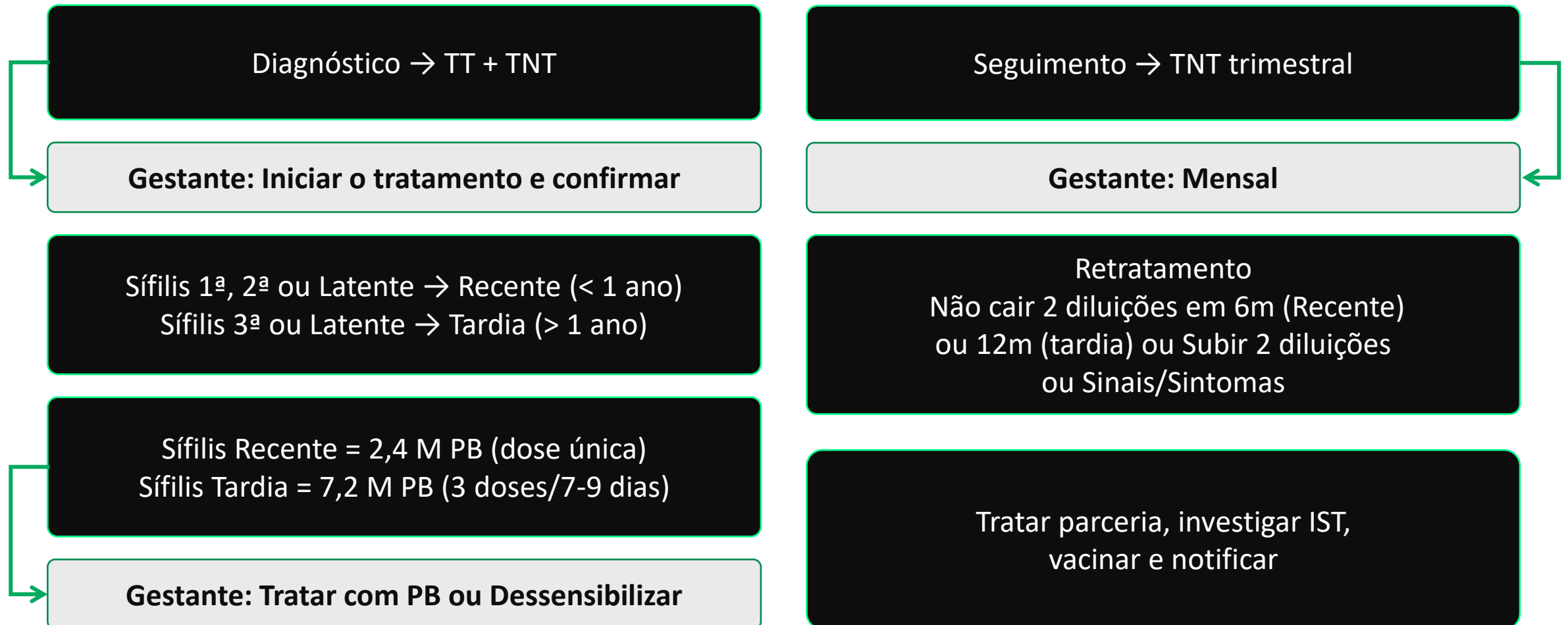
SÍFILIS



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Resumo da sífilis





(SES-PE 2023 ACESSO DIRETO) - Paciente 18 anos de idade, na 11ª semana de gestação, veio para sua 1ª consulta de pré-natal. Na anamnese, referiu uma ferida ulcerada única, indolor e sem ardor ou secreções purulentas em lábio vaginal direito há aproximadamente 8 meses, a qual regrediu espontaneamente sem tratamento. Nessa consulta trouxe exames pré-concepcionais, que chamaram a atenção pelo VDRL de 1/16. Qual a conduta adequada que o pré-natalista deve fazer?

- a) Penicilina benzatina - 2.400.000 UI - 2 doses.
- b) Penicilina benzatina - 2.400.000 UI - 1 dose.
- c) Penicilina benzatina - 2.400.000 UI - 3 doses.
- d) Penicilina benzatina - 2.400.000 UI - 4 doses.
- e) Não administrar penicilina pelo risco de teratogenicidade. Adiar o tratamento para o 2º trimestre.



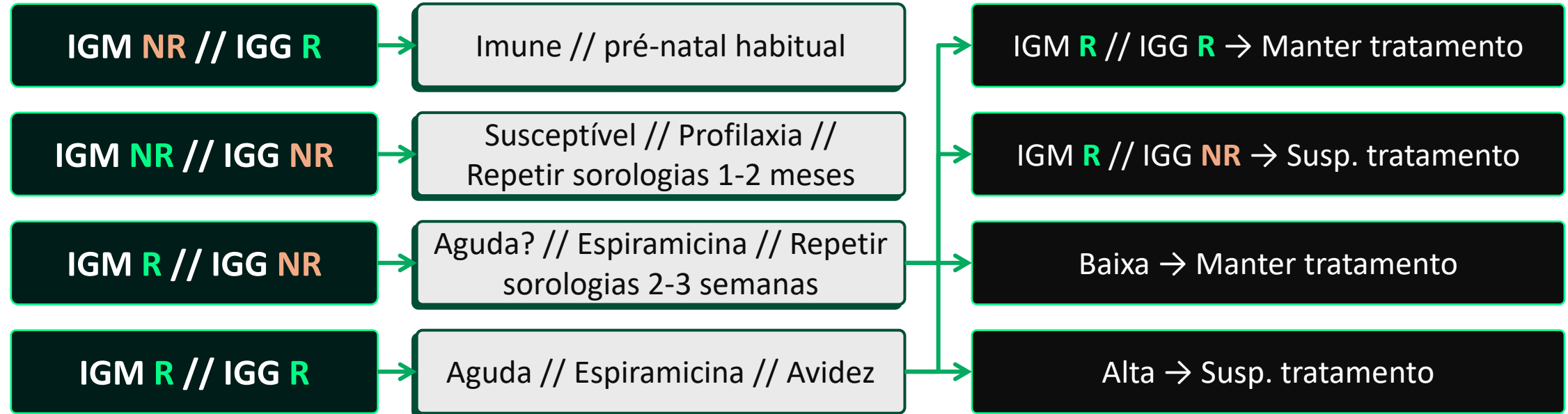
TOXOPLASMOSE



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Toxoplasmose



O que eu preciso saber do tratamento?

- < 16 semanas = Espiramicina // ≥ 16 semanas = SPAF
- Após a Amniocentese (18s) e US → **Negativa**: Volta Espiramicina // **Positiva**: Mantém SPAF
- Diagnóstico tardio (~30s) = SPAF



(SES-PE 2024.2 ACESSO DIRETO) - Paciente 22 anos, secundigesta e na 7ª semana de gravidez. No momento assintomática e vem trazendo os exames de rotina com sorologia para toxoplasmose, IgM positivo e IgG negativo. Assinale a conduta adequada recomenda pelo ministério da saúde do Brasil.

- a) Espiramicina 3g/dia (1g 8/8h).
- b) Teste de avidéz imediatamente.
- c) Espiramicina 3g/dia, pirimetamina 50mg/dia, sulfadiazina 3g/dia e ácido folínico 30 a 60 mg/semana.
- d) Pirimetamina 50mg/dia, sulfadiazina 3g/dia e ácido folínico 30 a 60 mg/semana.
- e) Expectante e repetir sorologia com 2 a 3 semanas.



RESTRIÇÃO DO CRESCIMENTO FETAL



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Definição

Pequeno para a idade gestacional

PFE entre p3 e < p10 com **TODO** o doppler normal

Restrição de crescimento fetal intrauterino

PFE < p3 OU entre p3 e < p10 com **DOPPLER ALTERADO**

Critério diagnóstico – RCIU (Delphi)

Critério diagnóstico – RCIU (Delphi)		
	RCIU Precoce	RCIU Tardia
Idade Gestacional	< 32 Semanas	> 32 Semanas
Critérios Maiores	Pelo menos 1 parâmetro maior isolado CA < p3 PFE < p3 Artéria Umbilical Diástole Zero	CA < p3 PFE < p3
Critérios Menores	Pelo menos 2 parâmetros menores combinados PFE ou CA < p10 Combinados com IP uterina > p95 e/ou IP umb > p95	PFE ou CA < p10 RCP < p5 ou Art Umb > p95 Queda PFE > 2 quartis

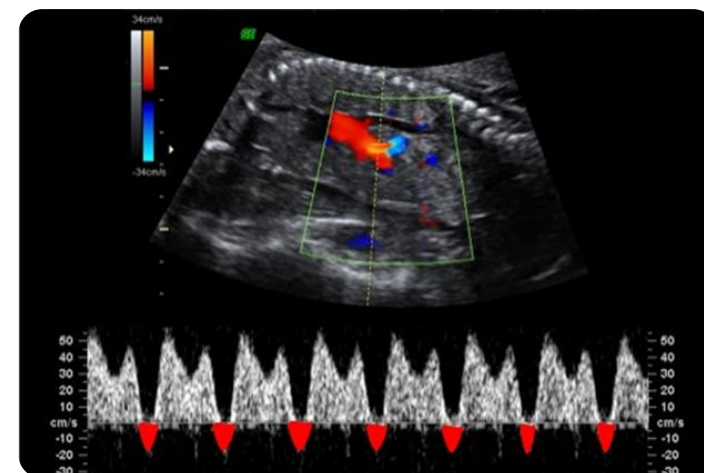
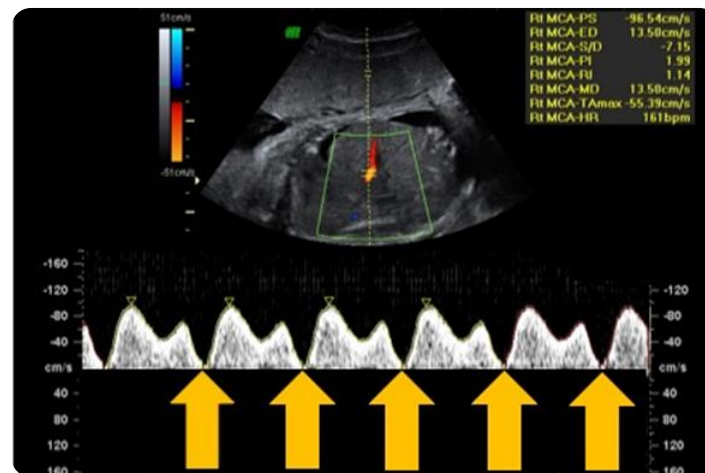
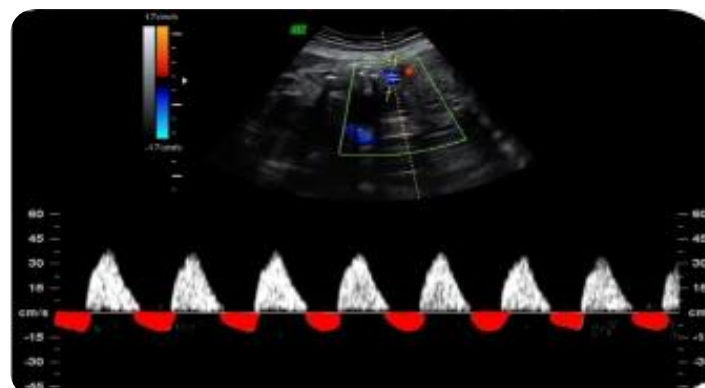
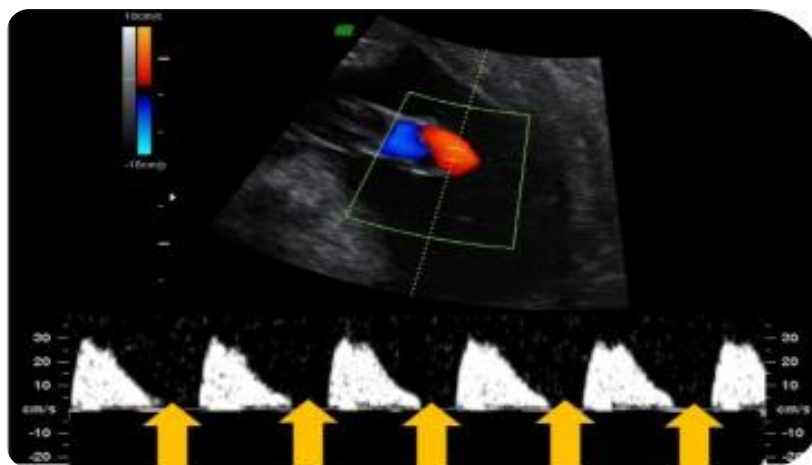


Manejo

		/2	3, 3, 4, 4
ESTÁGIO	ALTERAÇÃO	VIGILÂNCIA	INTERRUPÇÃO
PIG	DOPPLER NORMAL	2/2 SEM	40s / BAIXA
I	PFE < p3, IP > p95, ACM < p5, CENTRALIZAÇÃO NÃO PODE TER: AUMB 0/REV OU DV ALTERADO	1/1 SEM	37s / BAIXA
II	AUMB ZERO	2X/SEM	34s / ALTA
III	AUMB REVERSA / DV: ONDA A AUSENTE	1X/DIA	30s / ALTA
IV	DV: ONDA A REVERSA	12/12H	26s / ALTA



Manejo





(SES-PE 2026 ACESSO DIRETO) - Paciente 30 anos, primípara, com acompanhamento pré-natal de baixo risco bem realizado e sem intercorrências. Vem para acompanhamento pré-natal na 35ª semana de gravidez, quando é percebida uma AFU de 30 cm. Foi submetida a uma ultrassonografia que evidenciou uma circunferência abdominal entre o percentil 3 e 10, o índice de pulsatilidade da artéria cerebral média fetal no percentil 3 e da artéria umbilical no percentil 80. Qual a conduta a ser adotada?

- a) Indução do trabalho de parto.
- b) Cesariana.
- c) Expectante, com reavaliação da dopplervelocimetria, cardiotocografia, perfil biofísico fetal e crescimento fetal.
- d) Expectante, com reavaliação apenas com a dopplervelocimetria e crescimento fetal.
- e) Expectante, sem necessidade de dopplervelocimetria, mas acompanhando o crescimento fetal até a 40ª semana de gestação.



PREVENÇÃO DA PREMATURIDADE



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Para não confundir...

**PREMATURIDADE
PRÉVIA**

ou

Colo curto ($\leq 25\text{mm}$)

PROGESTERONA NATURAL MICRONIZADA 200MG VIA VAGINAL

**PREMATURIDADE
PRÉVIA**

+

Colo curto ($\leq 25\text{mm}$)

CERCLAGEM

Risco habitual

- 20-24 semanas
- Medida única

Alto risco

- 14-24 semanas
- Medidas seriadas (2 semanas)



(SES-PE 2026 ACESSO DIRETO) - Paciente 33 anos, tercigesta, secundípara (partos prematuros), 33ª semana de gravidez. Chegou à emergência obstétrica referindo dor em baixo ventre. Referiu sobre os partos anteriores: o 1º prematuro, não sabe o motivo, mas informa que chegou ao hospital com 5 cm de dilatação, por via vaginal, e o recém-nascido apresentou desconforto respiratório; e o 2º parto foi de uma gestação gemelar, os bebês de mesma placenta entraram em sofrimento, sendo preciso realizar uma cesariana e ambos também apresentaram desconforto respiratório, um chegou a ficar no tubo por três dias, e o outro apenas com uma “máscara”. Peso ao nascer: 2.020g (1ª gestação) e 1.750g/2.530g (2ª gestação). Ao exame geral, nada digno de nota. Ao exame obstétrico: dinâmica uterina ausente; altura de fundo uterino de 25cm; pressão arterial de 160 x 110 mmHg; toque vaginal, com colo fechado, longo e posterior e feto alto e móvel. Avaliando apenas os antecedentes obstétricos descritos, assinale a alternativa que melhor representa uma medida preventiva precoce que poderia ter sido realizada.

- a) Progesterona no início do 2º trimestre.
- b) Cálcio no meio do primeiro trimestre.
- c) Ácido acetil salicílico a partir da 16ª semana de gravidez.
- d) Ultrassonografia transvaginal no terceiro trimestre de gravidez.
- e) Sulfato de magnésio.



Gabarito

1	D	11	B
2	D	12	B
3	A	13	B
4	E	14	A
5	E	15	B
6	A	16	C
7	C	17	B
8	A	18	A
9	C	19	C
10	E	20	A