

FICHA DE EXPECTATIVA DE RESPOSTA DA PROVA ESCRITA

CONCURSO	
Edital:	059/2023 (16/05/2023)
Carreira:	PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
Unidade Acadêmica:	CCS - DEPARTAMENTO DE TOCO-GINECOLOGIA
Área de Conhecimento:	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO PARA TODAS AS QUESTÕES DISCURSIVAS
Clareza e propriedade no uso da linguagem
Coerência e coesão textual
Domínio dos conteúdos, evidenciando a compreensão dos temas objeto da prova
Domínio e precisão no uso de conceitos
Coerência no desenvolvimento das ideias e capacidade argumentativa

Questão 1: Valor (0,00 a 2,00)

M.G.M., 18 anos, primigesta, com 32 semanas de idade gestacional, apresentando diagnóstico de síndrome hipertensiva durante o acompanhamento pré-natal, em uso de Metildopa 750 mg/dia, é admitida no pronto-socorro obstétrico com crise hipertensiva associada à EPI gastralgia há 03 dias. Sinais vitais na admissão: pressão arterial de 160 x 110 mmHg, frequência cardíaca de 90 bpm, frequência respiratória de 22 ipm, saturação de O em 92%, escala de coma de Glasgow 15. Nega sangramentos, perda líquida ou dor em baixo ventre. Ao exame obstétrico: tônus uterino normal, altura uterina 30 cm, dinâmica uterina 0/10 min, ausculta cardíaca fetal 136 bpm, colo impérvio ao toque vaginal. Qual a melhor abordagem no suporte básico e avançado desta paciente?

Resposta Esperada:

Padrão de resposta:

Suporte Básico:

- 1 - Chamar ajuda
- 2 - Decúbito lateral esquerdo
- 3 - Ofertar oxigênio sob cateter nasal 3l/min
- 4 - Acesso venoso periférico (nível acima do diafragma materno)
- 5 - Monitorização de sinais vitais
- 6 - Anamnese detalhada
- 7 - Acompanhamento do controle pressórico materno e vitalidade fetal

Suporte Avançado:

1- Sulfato de Magnésio, IV. Os principais esquemas de uso do sulfato de magnésio são o de Pritchard e o de Zuspan, que devem ser empregados conforme a experiência de cada serviço, uma vez que são considerados de igual eficácia.

Esquema do MgSO ₄	Dose inicial	Dose de manutenção
"Esquema de Pritchard" IV e IM	4g IV (bolus) lentamente a + 10g IM (5g em cada nádega) b	5g IM profunda a cada 4 horas b
"Esquema de Zuspan" IV exclusivo	4g IV (bolus), administrados lentamente a	1g IV por hora em bomba de infusão contínua (BIC) c

a dose de ataque IV (usada nos dois esquemas):

MgSO₄ 50% (1 ampola de 10 mL contém 5g de MgSO₄.)Diluir 8 mL de MgSO₄ 50% (4g) em 12 mL de água destilada ou SF 0,9%. A concentração final terá 4g/20 mL. Infundir a solução IV lentamente (15-20 minutos).

Outra possibilidade: diluir 8 mL em 100 de SF 0,9%. Infundir em bomba de infusão contínua a 300 mL/h. Assim o volume total será infundido em torno de 20 minutos.

b Preparação da dose de manutenção no esquema de Pritchard: Aplicar 1 ampola de MgSO₄-50% (5g de MgSO₄) IM a cada 4 horas.c Preparação da dose de manutenção no esquema de Zuspan: Diluir 10 mL de MgSO₄ 50% (1 ampola) em 490 mL de soro fisiológico a 0,9%. A concentração final terá 1g/100 mL. Infundir a solução por via intravenosa na velocidade de 100 mL por hora (1g/h).

2 - Hidralazina 05 mg, IV. O objetivo do tratamento é diminuir os valores da pressão arterial em 15% a 25%, atingindo-se valores da pressão arterial sistólica entre 140 e 150 mmHg e da pressão arterial diastólica entre 90 e 100 mmHg. Deve-se evitar quedas bruscas da pressão arterial, pelos riscos maternos (acidente vascular cerebral, infarto) e fetais (redução da perfusão uteroplacentária) relacionados aos quadros de baixo fluxo sanguíneo. Nifedipino oral, um bloqueador de canais de cálcio, também pode ser usado como terapia de primeira linha, especialmente quando o acesso intravenoso não está disponível.

3 - Uma vez obtidas as reduções desejadas nas pressões sistólica e diastólica, inicia-se ou otimiza-se rapidamente a utilização dos anti-hipertensivos de manutenção por via oral com Metildopa 1g/dia.

4 - Corticoterapia para a maturação pulmonar fetal com Betametasona (12 mg/dia, IM, por 48 horas) ou Dexametasona (6 mg a cada 12 horas, IM, por 48 horas). A droga de escolha é a betametasona, usando-se dexametasona apenas quando não há disponibilidade da betametasona.

5 - Interrupção gestacional e conduta obstétrica: o ônus da prematuridade é alto nessa fase, sendo muito importante em idades gestacionais precoces. Assim, a resolução da gestação só deve ocorrer se a paciente se enquadrar nas alterações que indicam resolução da gestação. Atentar para os sinais e sintomas de iminência de eclâmpsia; realizar vigilância do bem-estar e do crescimento fetal. Recomenda-se a combinação das avaliações biofísica (principalmente a cardiocografia) e hemodinâmica (dopplervelocimetria). Diferentes centros podem ter protocolos específicos, baseados principalmente na disponibilidade dos métodos de avaliações; manter o monitoramento laboratorial (hemograma, plaquetas, comprometimento renal e hepático).

Referências:

Peraçoli JC, Costa ML, Cavalli RC, de Oliveira LG, Korkes HA, Ramos JGL, Martins-Costa SH, de Sousa FLP, Cunha Filho EV, Mesquita MRS, Corrêa Jr MD, Araujo ACPF, Zaoneta AM, Freire CHE, Poli-de-Figueiredo CE, Rocha Filho EAP, Sass N. Pré-eclâmpsia – Protocolo 2023. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2023

Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). São Paulo, 2017.

Questão 2: **Valor (0,00 a 2,00)**

O óbito de uma mulher no ciclo gravídico-puerperal é, obviamente, o desfecho mais grave dentro da cadeia de atenção à saúde materna. Quando analisada a distribuição das mortes maternas entre as populações mundiais, é possível identificar a incidência quase exclusiva de óbitos maternos em locais de menor desenvolvimento e renda, sendo em torno de 99% dos casos encontrados em países de baixa e média rendas. A hemorragia pós-parto é a principal causa de morte materna em todo o mundo e, em cerca de 27% dos casos, é caracterizada pela perda sanguínea superior a 500 ml, associada à instabilidade hemodinâmica materna. Cite 05 fatores de risco anteparto para hemorragia pós-parto, justificando sua resposta.

Resposta Esperada:

Padrão de resposta:

- História pregressa de Hemorragia Pós-Parto
- Distensão uterina (gemelar, polidrâmnio, macrossomia)
- Distúrbios de coagulação congênitos ou adquiridos
- Uso de anticoagulantes
- Cesariana prévia com placenta anterior (risco acretismo)
- Placentação anormal confirmada (prévia ou acretismo)
- Grande múltipara (4 partos vaginais ou 3 cesarianas)
- Elevação dos níveis pressóricos na gestação (Pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, hipertensa crônica)
- Anemia na gestação
- Primeiro filho após os 40 anos

Referências:

Brown HL, Small MJ, Simpson LL, Chakrabarti A. Overview of maternal mortality. UpToDate. Agosto, 2021.

Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018.

Questão 3: **Valor (0,00 a 2,00)**

J.S.F., 37 anos, auxiliar de serviços gerais, foi encaminhada pela enfermeira da unidade básica de saúde (UBS) para serviço universitário de referência após receber resultado da citologia de colo uterino (Papanicolau) coletado há 60 dias na UBS. No exame, a conclusão do laudo foi atipia de células escamosas, não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H). No hospital de referência, J.S.F. referiu ao ginecologista que, em função da pandemia, ficou 2 anos sem conseguir coletar citologia e que, há 5 anos, foi informada que sua citologia também estava alterada, mas J.S.F. acabou faltando à consulta com o especialista e não remarcou. Além disso, se mostrou preocupada e disse ao médico que, desde o início de 2023, percebeu que sangra em quase todas as relações sexuais, ficando em certos momentos do mês com sangramento em borra de café. Informou ser casada há 12 anos, teve 2 filhos por partos vaginais, atualmente usa apenas anti-hipertensivos, nega tabagismo e etilismo e usa, há 5 anos, medroxiprogesterona trimestral, ficando em amenorreia há 4 anos.

Considerando as queixas de J.S.F. e o resultado da citologia, o especialista orientou que precisaria avaliar com uma colposcopia o colo do útero, e o resultado do exame complementar corresponde às imagens a seguir:

Fonte: <https://canceroncologiamedina.com/2019/06/02/cancer-cervicouterino/>

Considerando o caso clínico, as queixas da paciente e os resultados dos exames complementares (Papanicolau e Colposcopia), qual a conduta adequada a ser realizada pelo ginecologista? Por quê? Qual a principal hipótese diagnóstica nesse caso? Justifique descrevendo, pelo menos, um achado da história clínica e um achado da colposcopia que corroboram sua hipótese.

Resposta Esperada:

Padrão de resposta:

A citologia está alterada, ASC-H, não podendo se afastar lesão de alto grau, a paciente refere sangramento após as relações e passado de citologia alterada e na colposcopia há lesão exofítica e vegetante, levando a necessidade da biópsia de colo de útero como conduta a ser realizada (valor 1 ponto).

A principal hipótese é carcinoma de colo de útero, provavelmente do tipo invasor, pois na história clínica há relato de sangramento pós-coital faz alguns meses e na colposcopia se observam vasos atípicos e lesão vegetante, exofítica e com áreas de necrose no colo do útero bem sugestivas do carcinoma (valor 1 ponto).

Referências:

2016, Ministério da Saúde/INCA Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero - 2ª Edição, revista, ampliada e atualizada
Doenças do trato genital inferior / organização Walquíria Quida Salles Pereira Primo. – 1. ed. –FEBRASGO- Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

Questão 4: Valor (0,00 a 2,00)

No Brasil, no período entre 2008 e 2015, ocorreram cerca de 200.000 internações/ano por procedimentos relacionados ao aborto. Em média, apenas 1.600/ano dessas internações foram por razões médicas e legais. Dados da última Pesquisa Nacional do Aborto (PNA) revelam que aproximadamente 500 mil mulheres brasileiras recorreram ao aborto no ano de 2016. Os dados da pesquisa demonstram que 1 a cada 5 mulheres brasileiras, entre 18 e 39 anos, já recorreu ao aborto pelo menos uma vez na vida. Enumere os permissivos legais existentes no Brasil para interrupção gestacional prevista em lei, e comente sobre os métodos preconizados para interrupção da gravidez de até 12 semanas (84 dias).

Resposta Esperada:

Padrão de resposta:

Existem apenas três permissivos legais para a prática do aborto no país: (1) quando não há outra forma de salvar a vida da gestante, (2) quando a gravidez decorre de estupro e (3) em casos de anencefalia fetal.

Constituição Federal

A dignidade da pessoa humana (art. 1º) e a inviolabilidade da intimidade e da vida privada (art. 5º) constituem princípios e garantias fundamentais da Constituição Federal brasileira e devem ser considerados durante a atenção integral às meninas e mulheres em situação de aborto previsto em lei.

Código Penal

O art. 128 do Código Penal brasileiro estabelece os permissivos para o aborto no Brasil: “Não se pune o aborto praticado por médico: I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante; II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal”. Além do art. 128, o tocoginecologista brasileiro deve estar atento ao art. 154, que se refere ao sigilo profissional. Segundo esse artigo, é crime “Revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena - detenção de 3 meses a 1 ano”.

Código de Processo Civil

O sigilo profissional também é assegurado pelo Código de Processo Civil brasileiro, em seu art. 448, inciso II – “A testemunha não é obrigada a depor sobre fatos a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar sigilo”.

Lei nº 12.845/2013

Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral a pessoas em situação de violência sexual. O atendimento integral inclui a profilaxia para evitar a gravidez na situação de emergência, o acompanhamento ambulatorial para avaliar possíveis danos e outras repercussões na vida reprodutiva e sexual da menina ou mulher. Dentre os possíveis danos e outras repercussões na vida reprodutiva e sexual da menina ou mulher, está incluído a gravidez decorrente da violência sexual. Os profissionais de saúde devem, portanto, garantir o acesso ao aborto legal e seguro nessas situações.

Código de Ética Médica

A importância do sigilo profissional também é reforçada no Código de Ética Médica. Nos princípios fundamentais do código, temos: “XI - O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei”. Ainda, “é vedado ao médico: Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente. Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha (nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento); c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal”.

- Métodos recomendados para interrupção legal da gravidez de até 12 semanas (84 dias):

Aborto medicamentoso:

O esquema preferencial é o regime combinado mifepristona e misoprostol (mife/miso). Inicia-se com a administração via oral de um comprimido de mifepristona (200 mg), seguida de uma dose de 800 mcg de misoprostol (via vaginal, sublingual ou bucal) em um intervalo de 24h-48h. Quando a mifepristona não está disponível, o esquema alternativo é a administração de 800 mcg de misoprostol (via vaginal, sublingual ou bucal) a cada 3 horas, até a expulsão dos produtos da concepção. O manejo da dor pode ser realizado com anti-inflamatórios não esteroidais como o ibuprofeno 400 mg - 800 mg e ansiolíticos como o diazepam 5mg - 10mg, que podem ser administrados 30 minutos antes do início do tratamento.

Aborto cirúrgico:

A aspiração manual intrauterina (AMIU) ou a aspiração elétrica podem ser realizadas em interrupções de gravidezes de até 12-14 semanas. O preparo cervical com misoprostol de rotina não é necessário e pode ser realizado em mulheres jovens, com anomalias cervicais ou antecedentes de cirurgia cervical ou para provedores inexperientes. O uso de métodos farmacológicos

para alívio da dor (anti-inflamatórios não esteroidais como o ibuprofeno 400 mg - 800 mg; ansiolíticos como o diazepam 5mg - 10mg ou o midazolam 7,5mg - 15 mg) deve ser iniciado entre 30-45 minutos antes do início do procedimento. O uso de antibioticoprofilaxia em dose única antes do procedimento está indicado (doxiciclina 200 mg VO ou azitromicina 500 mg VO). O procedimento pode ser realizado com uso de anestesia local (bloqueio paracervical com 10-20 mL de lidocaína 1,0 - 2,0%).

Referências:

- Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). São Paulo, 2021.
- Cardoso BB, Vieira FMSB, Saraceni V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? Cad Saúde Pública 2020;36(Suppl 1): e00188718. <https://doi.org/10.1590/01002-311x00188718>. Epub Feb 21, 2020.
- Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa nacional de aborto 2016. Ciência & Saúde Coletiva 2017;22:653-660.
- Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-Lei 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, 1940.
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988.
- Brasil. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. Brasília, 2015.
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília, 2013.
- Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília, 2019.
- Brasil. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 357, de 24 de março de 2020. Estende, temporariamente, as quantidades máximas de medicamentos sujeitos a controle especial permitidas em Notificações de Receita e Receitas de Controle Especial e permite, temporariamente, a entrega remota definida por programa público específico e a entrega em domicílio de medicamentos sujeitos a controle especial, em virtude da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada ao novo Coronavírus (SARS-CoV-2). Diário Oficial da União. Publicado em: 24/03/2020 | Edição: 57-C | Seção: 1 - Extra | Página: 2. Brasília, 2020.
- Von Hertzen H, Piaggio G, Huong NTM, Arustamyan K, Cabezas E, Gomez M. et al. on behalf of the WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial. Lancet 2007; 369: 1938-46.
- Ipas. Atualizações clínicas em saúde reprodutiva. L. Castleman e Kapp N. (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas, 2018.
- World Health Organization. Clinical practice handbook for safe abortion. Geneva: WHO, 2014.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 195: Prevention of Infection After Gynecologic Procedures. Obstet Gynecol 2018;131(6): e172-e189. doi:10.1097/aog.0000000000002670.
- World Health Organization. Abortion Care Guideline. Geneva: WHO, 2022.

Questão 5:

Valor (0,00 a 2,00)

A anticoncepção moderna ofereceu à humanidade um avanço inestimável na qualidade de vida, principalmente às mulheres que, hoje, conseguem planejar quando e se querem engravidar. O advento do anticoncepcional hormonal combinado (AHC), que marca o início dessa nova fase da anticoncepção, é resultado da associação entre um componente estrogênico e outro progestogênico, sendo esse último o principal responsável pela eficácia contraceptiva, visto que provoca anovulação por inibição do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano. Os AHCs podem ser administrados por várias vias, sendo o contraceptivo oral combinado (COC) o mais conhecido deles e o mais utilizado no Brasil e em quase todo o mundo. Apresenta alta eficácia quando usado de modo ideal e está associado a benefícios não contraceptivos, como alívio dos sintomas menstruais e, até mesmo, diminuição no risco de cânceres de ovário e endométrio. Cite os critérios de elegibilidade médica para os métodos contraceptivos, segundo a OMS, e enumere as situações clínicas com contraindicações absolutas de acordo com esses critérios.

Resposta Esperada:

Padrão de resposta:

Critérios de elegibilidade médica para os métodos contraceptivos, segundo a OMS:

Categoria	Julgamento clínico
1	Utilize o método em quaisquer circunstâncias
2	Utilizar o método de modo geral (os benefícios são maiores que os possíveis malefícios)
3	Não é recomendado o uso do método, a menos que métodos mais adequados não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis (os possíveis malefícios são maiores que os benefícios)
4	Não utilizar o método (contraindicação absoluta)

Fonte: traduzido e adaptado de World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 5. ed. Genebra: WHO; 2015. [cited 2018 Aug 19]. Disponível em: [\(12\)](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/en/index.html)

Situações clínicas com contraindicações absolutas (categoria 4) aos AHCs, de acordo com o critério de elegibilidade da OMS: TVP/EP atual ou pregressa, independentemente do uso de anticoagulante Trombofilia conhecida

Cirurgia maior com imobilização prolongada
Lúpus eritematosos sistêmico com ACA positivo ou desconhecido
Doença valvular complicada com hipertensão pulmonar, FA, endocardite bacteriana
Tabagismo (15 cigarros/dia) + idade superior a 35 anos
Doença cardíaca isquêmica atual ou progressa
Hipertensão arterial sistêmica descompensada (sistólica 160 mmHg ou diastólica 100 mmHg)
Hipertensão arterial sistêmica associada à doença vascular
Múltiplos fatores de risco para DCV (idade avançada, tabagismo, DM, HAS)
Acidente vascular cerebral atual ou progresso
Enxaqueca com aura
Enxaqueca sem aura + idade 35 anos para continuar em uso do AHC
Câncer de mama atual
DM complicado com nefropatia, retinopatia, neuropatia ou outra vasculopatia, ou mais de 20 anos de doença
Cirrose descompensada, adenoma hepatocelular e hepatoma (categoria 3 se injetável)
Lactante nas primeiras seis semanas pós-parto
Puérpera não lactante, com fator de risco para TVP*, nos primeiros 21 dias
Fonte: World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 5. ed. Genebra: WHO; 2015. [cited 2018 Aug 19]. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/en/index.html(12)
*TVP: trombose venosa profunda.

Referências:

- Anticoncepção hormonal combinada. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). São Paulo, 2021.
- World Health Organization (WHO). United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World contraceptive use. Geneva: WHO; 2015.
- World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5rd ed. Geneva: WHO; 2015. [cited 2018 Aug 19]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/en/index.html.
- Brown EJ, Deshmukh P, Antell K. Contraception Update: oral contraception. FP Essent. 2017;462:11-9.

Ocorrências:

SEM INTERCORRÊNCIAS

NATAL, 16 de Outubro de 2023 às 11:15.

Assinado digitalmente em
16/10/2023 10:38

ADSON JOSE MARTINS VALE
PRESIDENTE

Assinada digitalmente em
16/10/2023 11:09

ROBINSON DIAS DE MEDEIROS
1° EXAMINADOR

Assinado digitalmente em
16/10/2023 10:55

RICARDO NEY OLIVEIRA COBUCCI
2° EXAMINADOR