FICHA DE EXPECTATIVA DE RESPOSTA DA PROVA ESCRITA

CONCURSO	
Edital:	013/2021 (03/03/2021)
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 2,50)**

Com relação ao aborto recorrente responda:
a) Qual a sua definição e causas mais prevalentes? **(0,5 ponto)**
b) Qual a propedêutica que deve ser empregada na sua investigação? **(1,0 ponto)**
c) Qual a conduta nos casos de aborto recorrente idiopático? **(1,0 ponto)**

Resposta Esperada:
a) Não existe consenso quanto à definição de abortamento recorrente, no entanto o conceito clássico é estabelecido quando há três ou mais perdas espontâneas sucessivas, enquanto a Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva já considera recorrente quando há duas perdas clinicamente reconhecidas.
Sua etiologia é variável podendo ser consequente à alteração cromossômicas (anormalidades estruturais balanceadas de um dos genitores), inflamatória e imunológicas (síndrome do anticorpo antifosfolípide, lúpus), anatômicas (malformações uterinas, incompetência istmocervical) e endocrinológicas (hiperprolactimenia, insuficiência de corpo lúteo, diabetes ou tireoidopatia descompensados) entre outras.
b) Apesar de implementada uma investigação cuidadosa, a causa do aborto recorrente não é identificável em 40%-50% dos casais. O histórico médico e familiar deve nortear a investigação diagnóstica. A análise genética do tecido abortado não é rotineiramente recomendada, mas pode ser realizada com intuito de identificar possíveis anormalidades cromossômicas do concepto. Recomenda-se a dosagem de anticorpos antifosfolipídios como o anticoagulante lúpico e anticorpos anticardiolipina (IgG e IgM), após pelo menos, duas perdas gestacionais. A triagem de distúrbios da tireoide deve ser realizada, por meio da dosagem do hormônio estimulador da tireoide (TSH). Além disso, todas as mulheres com aborto recorrente devem ser submetidas à uma avaliação ultrassonográfica ou com histerossalpingografia para avaliação da anatomia uterina.
c) Várias opções terapêuticas vem sendo utilizadas nos casos de aborto recorrente idiopático, na tentativa de melhorar os resultados reprodutivos destes casais. As terapias mais empregadas são: a terapia de imunização com linfócitos, a imunoglobulina intravenosa, os glicocorticóides, heparina de baixo peso molecular, aspirina, injúria endometrial e a progesterona vaginal, porém, nenhuma destas alternativas apresentou melhora nas taxas de nascidos vivos em mulheres com aborto recorrnte idiopático e portanto não devem ser usadas como tratamento, pois não tem efeito significativo clinicamente.
O ácido fólico em baixa dosagem é rotineiramente iniciado pré-concepcional para prevenir defeitos do tubo neural, mas não foi demonstrado que possa prevenir a perda gestacional em mulheres com aborto recorrnte idiopático.

Questão 2: **Valor (0,00 a 2,50)**

A prevalência estimada de dor pélvica crônica é de 3,8% em mulheres de 15 a 73 anos, variando de 14 a 24% em mulheres na idade reprodutiva, com impacto direto na sua vida conjugal, social e profissional, o que transforma a dor pélvica crônica em um sério problema de saúde pública.
Defina dor pélvica crônica e explique como realizar a investigação diagnóstica no sexo feminino.

Resposta Esperada:
Dor pélvica crônica é definida como dor pélvica não menstrual ou não cíclica, com duração de pelo menos seis meses, suficientemente intensa para interferir em atividades habituais e que necessita de tratamento clínico ou cirúrgico. A etiologia não é clara e, usualmente, resulta de uma complexa interação entre os sistemas gastrintestinal, urinário, ginecológico, músculo-esquelético, neurológico, psicológico e endócrino, influenciado ainda por fatores socioculturais.
Uma adequada investigação diagnóstica deve questionar as características da dor (visceral ou somática), localização (mapa da dor), fatores de melhora e piora, duração e sua relação com o ciclo menstrual. História obstétrica, número e tipo de partos (partos traumáticos podem levar a dor pélvica crônica de origem músculo-esquelética), cirurgias pélvicas anteriores, história de doença inflamatória pélvica, tratamentos clínicos e cirúrgicos já realizados devem ser investigados. Informações sobre o aparelho gastrintestinal e urinário devem ser pesquisadas, assim como o padrão menstrual e dispareunia. Isto permite direcionar esforços para o diagnóstico da causa mais provável da dor pélvica crônica.

Durante o exame físico geral, especial atenção deve ser dada ao modo de andar, características faciais de sofrimento e posturas antálgicas. O exame abdominal minucioso deve ser executado rotineiramente.
O exame pélvico deve ser realizado da maneira mais confortável e delicada possível, pois a sensibilidade dolorosa dessas pacientes está frequentemente exacerbada. A bexiga deve estar vazia. O exame deve-se iniciar pela inspeção da genitália externa (vulva, vestíbulo e uretra) à procura de lesões ou pontos dolorosos, seguida pelo exame especular tradicional. O exame vaginal é realizado a seguir para avaliação da uretra, base da bexiga e região do trígono na parede vaginal anterior, tentando identificar pontos dolorosos de origem uretral ou vesical. Atenção especial deve ser dada à presença de irregularidades, nódulos e pontos dolorosos no fundo de saco vaginal e ligamentos útero-sacros, que podem sugerir a presença de endometriose pélvica. A dor moderada ou intensa na palpação bimanual do útero pode significar adenomiose, síndrome da congestão pélvica ou doença inflamatória pélvica ou mesmo pelviperitonite.
Exames complementares devem ser realizados de acordo com a história clínica e exame físico, quando seus resultados puderem interferir no diagnóstico, seguimento e tratamento. A ultrassonografia transvaginal e de parede abdominal é indicada quando há suspeita clínica de endometriose e/ou massas pélvicas. A dosagem sérica de CA-125 é útil na complementação diagnóstica para os casos com suspeita diagnóstica de massas anexiais. Indica-se o teste urodinâmico na suspeita de doenças do sistema urológico. A investigação de sangue oculto nas fezes e a colonoscopia podem ser úteis na suspeita de acometimento do sistema gastrintestinal. A pesquisa de clamídia e gonococos (cultura, PCR), tem sua utilidade na confirmação diagnóstica em alguns casos de doença inflamatória pélvica de difícil tratamento. A tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética têm indicação limitada, sendo recomendadas para melhorar a sensibilidade da ultrassonografia em alguns casos de massas pélvicas com suspeita de comprometimento de estruturas adjacentes. A laparoscopia e a histeroscopia diagnósticas estão associadas à detecção de anormalidades entre 30 e 80% das pacientes com dor pélvica crônica. Entretanto, nem sempre é possível atribuir as alterações encontradas à causa primária da doença dor pélvica crônica. O uso de tais procedimentos cirúrgicos pode ser minimizado nos casos de dor pélvica crônica e devem ser precedidos da avaliação clínica, laboratorial e de imagem cuidadosa. Além disso, a ausência de achados à histeroscopia e/ou laparoscopia não significa que a paciente não tem base física para sua dor.

Questão 3: **Valor (0,00 a 2,50)**

A hemorragia pós-parto (HPP) é uma das principais causas de morbimortalidade materna no mundo, responsável por 150 mil mortes por ano, o que corresponde a aproximadamente uma morte a cada quatro minutos e a 25% do total de óbitos maternos mundiais. Em uma diretriz sobre prevenção e manejo de HPP, a Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do Canadá (SOGC) classificou as causas hemorrágicas em uma divisão mnemônica de “Quatro Ts”. Frente a essa divisão é imprescindível o diagnóstico precoce e o manejo adequado para um desfecho favorável. Pontue os “Quatro Ts”, classificando as causas da HPP e descreva como realizar um diagnóstico e tratamento adequado frente a essa situação.

Resposta Esperada:

TS	CAUA ESPECIFICA	FREQUENCIA
TONUS	ATONIA	70%
TRAUMA	LACERAÇÕES, INVERSÃO E ROTURA UTERINA	19%
TECIDO	TECIDORETENÇÃO DE TECIDO PLACENTARIO, COAGULOS, ACRETISMO PLACENTÁRIO	10%
TROMBINA	COAGULOPATIAS CONG\~ENITAS OU ADQUIRIDAS, USO DE MEDICAMENTOS ANTICOAGULANTES	1%

Existem várias metodologias para diagnosticar e estimar a perda volêmica. As metodologias mais frequentemente utilizadas para a estimativa da perda volêmica são a estimativa visual, a pesagem de compressas sujas de sangue, o uso de dispositivos coletores volumétricos e a estimativa clínica (para índice de choque e/ ou sinais vitais).
O tratamento da hemorragia deve ter foco na causa da hemorragia. A capacitação das equipes e a criação de ambiência hospitalar favorecem o sucesso do tratamento. Nesse sentido, a OPAS-Brasil propõe um kit de emergência de HPP com Fluxograma e checklist para sequenciamento do atendimento.
Tratamento medicamentoso da HPP consiste, principalmente, no uso de uterotônicos (Ocitocina. Fármaco de primeira escolha no tratamento da HPP. Cada ampola de 1 mL contém 5 UI de ocitocina e Maleato de metilergometrina. Cada ampola de 1 mL contém 0,2 mg de maleato de ergometrina) para combater a atonia uterina e de antifibrinolíticos (ácido tranexâmico) como terapia adjuvante para controlar os sangramentos. Torna-se importante adotar um protocolo único para evitar disparidades durante as emergências.
Tratamento invasivo não cirúrgico. Em algumas situações é possível utilizar metodologias não cirúrgicas para o controle de sangramentos, transitórias ou definitivas, dependendo da causa da hemorragia e da disponibilidade de insumos necessários no local de ocorrência da HPP. São eles: Compressão uterina bimanual, Balão de tamponamento intrauterino (BIT) e Traje antichoque não pneumático (TAN).
Tratamento cirúrgico. Há situações em que a única opção para controlar o foco sangramento é a abordagem cirúrgica. Além disso, nos casos de atonia uterina, laparotomia estará indicada quando fármacos uterotônicos e o balão de tamponamento intrauterino não forem suficientes para controlar a HPP. São eles: Ligaduras vasculares, Suturas compressivas, Embolização seletiva de vasos pélvicos, Histerectomia e Empacotamento pélvico com laparostomia.

Questão 4: **Valor (0,00 a 2,50)**

Apesar das inúmeras opções contraceptivas disponíveis atualmente, cerca de metade das gestações no mundo não é planejada. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as gestações não planejadas estão associadas a complicações materno-fetais, como abortos inseguros, mortalidades materna e neonatal/infantil e também a riscos sociais, como baixa escolaridade e desemprego. A contracepção reversível de longa ação (*long acting reversible contraceptives* [LARC]) é representada pelos métodos altamente eficazes, com ação contraceptiva igual ou superior a três anos. Os LARCs são superiores em termos de eficácia, propiciando taxas de gravidez de menos de 1% ao ano em uso perfeito e em uso típico. Cite os LARCs hoje disponíveis no Brasil, suas eficácias, seus mecanismos de ação, suas indicações e contraindicações.

Resposta Esperada:
Os LARCs hoje disponíveis no Brasil são representados pelos dispositivos intrauterinos (DIU de cobre e sistema intrauterino de levonorgestrel) e pelo implante contraceptivo subdérmico.
Em comparação aos métodos de curta ação, os LARCs são superiores em termos de eficácia, propiciando taxas de gravidez de menos de 1% ao ano em uso perfeito e em uso típico. Uma das principais vantagens dos LARCs em relação aos contraceptivos reversíveis de curta duração é a manutenção da sua alta eficácia, independentemente da motivação da usuária. Os LARCs independem da ação do médico ou da usuária para manter sua eficácia e apresentam as mais altas taxas de satisfação e continuidade de uso entre todos os contraceptivos reversíveis.
O implante contraceptivo de etonogestrel, único disponível no Brasil, apresenta taxa de falha de 0,05%, com duração de 3 anos e tem como principal mecanismo de ação a inibição do pico do LH. O dispositivo intrauterino de cobre (DIU) é bastante eficaz como contraceptivo, devido à ação espermicida do cobre e possui taxa de falha variando entre 0,6% e 0,8% no primeiro ano de uso e duração de até 10 anos. Estudos recentes confirmam a alta eficácia do sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG), que tem sido associado a taxas de gravidez que variaram de 0% a 0,6% mulheres/ano, este fato é decorrente da intensa atrofia endometrial promovida pelo levonorgestrel tornando o endométrio hostil a implantação embrionária.
Os LARCs são recomendados para todas as mulheres que desejam contracepção eficaz, incluindo adolescentes, nuligestas, no pós-parto ou pós-aborto e em comorbidades que possam caracterizar contra-indicações aos métodos contendo estrogênios. Dessa forma, a grande abrangência dos LARCs pode ser atestada pelo pequeno número de contra-indicações desses métodos. As principais contra-indicações para os dispositivos intra-uterinos são: gravidez vigente, doença trofoblástica gestacional, mioma promovendo distorção da cavidade uterina, anormalidades anatômicas do útero, doença inflamatória pélvica atual e câncer de colo. O implante, juntamente com o SIU-LNG, apresentam como contra-indicações mais relevantes: lúpus eritematoso sistêmico com anticorpo antifosfolípide positivo, tromboembolismo venoso agudo, infarto do miocárdio e câncer de mama atual.

NATAL, 21 de Julho de 2021 às 19:21.

Assinado digitalmente em 21/07/2021 08:05	Assinada digitalmente em 21/07/2021 19:19	Assinado digitalmente em 21/07/2021 11:43
GUSTAVO MAFALDO SOARES	REJANE MARIA DE OLIVEIRA	ANA KARLA MONTEIRO SANTANA DE OLIVEIRA FREITAS
PRESIDENTE	1° EXAMINADOR	2° EXAMINADOR

SIGRH | Superintendência de Informática - | | Copyright © 2007-2021 - UFRN - sigrh01-producao.info.ufrn.br.sigrh01-producao