



medway

**USP-RP - SP-2025-
Objetiva - SP**



NOME DO CANDIDATO:

ASSINATURA

SALA:

CARTEIRA:

INSTRUÇÕES

Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES contém 100 questões.

Escreva seu nome completo, sala, carteira e assine no campo indicado.

Utilize caneta de tinta **preta**.

Responda as questões de múltipla escolha no GABARITO.

Não será permitida qualquer espécie de consulta nem o uso de aparelhos eletrônicos.

Leia atentamente as instruções contidas no CADERNO DE RESPOSTAS.

Boa Prova!



QUESTÃO 1.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Menina, 5 anos, comparece ao consultório com queixa de sangramento genital há 3 dias. O sangramento foi de pequena quantidade, vermelho vivo, sem presença de coágulos, e foi notado na roupa íntima, na roupa de cama e na higiene da criança após a primeira urina da manhã. A mãe relata que a criança queixava-se de dor e coceira na região genital na última semana, e observou presença de secreção amarelada, sem odor na genitália externa. Nega queixas urinárias ou infecções recentes. Exame físico geral: Mamas M1, Pelos P1, sem anormalidades. Exame da genitália externa: padrão pré-púbere, presença de hiperemia e secreção branca de aspecto homogêneo. Qual a conduta neste caso?

- A. Orientações de higiene da genitália externa.
- B. Ultrassonografia pélvica transabdominal.
- C. Cultura de secreção vaginal.
- D. Sorologias para infecções de transmissão sexual.

QUESTÃO 2.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Adolescente, 13 anos, procura atendimento porque ainda não apresentou a menarca. Teve desenvolvimento normal na infância e nega antecedente de doenças prévias ou cirurgia. Antecedente familiar: mãe e irmãs apresentaram desenvolvimento puberal normal. Ao exame físico: Peso estatura no percentil 90; estadiamento de Tanner M1 e P3; genitália externa pré-púbere. Exames complementares: 1º dosagem hormonal: FSH = 2,4 mUI/mL (fase folicular: 2,5 - 10,2 mUI/mL), LH = 1,1 mUI/mL (fase folicular normal: 1,9 - 12,5 mUI/mL), TSH = 2,3 mUI/mL (normal: 0,45 mUI/mL - 4,5 mUI/mL) e Prolactina 12 ng/dL (normal: 1,8 ng/mL - 20 ng/mL). 2º dosagem: FSH = 2,1 mUI/mL (fase folicular: 2,5 - 10,2 mUI/mL), LH = 1,0 mUI/mL (fase folicular: 1,9 - 12,5 mUI/mL) e estradiol 10 pg/dL (normal fase folicular: 11,8 - 48,9 pg/mL). Ressonância Magnética de sela túrcica = normal. Qual a conduta inicial para esse paciente?

- A. Aguardar completar 15 anos de idade para avaliar necessidade de tratamento.
- B. Estrogênio natural em baixa dose, com ajuste de dose no seguimento.
- C. Estrogênio natural associado à progesterona, esquema cíclico ou contínuo.
- D. Contraceptivo oral combinado, com ou sem pausa.

QUESTÃO 3.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Casal procura atendimento especializado, com desejo de gestação, após um ano de relacionamento com atividade sexual pênis vagina, frequente e regular. Mulher, 25 anos, nuligesta, apresenta ciclos menstruais regulares, fluxo normal sem dismenorreia. Nega antecedente de cirurgias ou doença prévia. Parceiro 28 anos sem filhos



de relacionamentos prévios, nega doenças ou vícios. Fez cirurgia para correção de Criptorquidia aos 3 anos. Exame físico do casal sem anormalidades. Exames complementares: Sorologias do casal para HIV, sífilis e hepatites não reagentes. Avaliação hormonal do casal sem anormalidades. Histerossonossalpingografia com cavidade uterina normal e trompas pervias e contagem de folículos antrais total de 15. Espermograma com volume de 4 ml, pH = 7, espermatozoides (spz) com viscosidade aumentada, 10 milhões spz/mL, 50% vivos, motilidade tipo A = 0, B = 15%, C = 45% e D = 40% e 30% com morfologia normal. Novo espermograma após 90 dias diferiu apenas no volume = 5 mL e no tipo de motilidade: A = 0 e B = 20%, C 45% e D = 35% Qual a conduta antes indicar o tipo de tratamento para o casal engravidar?

- A. Repetir espermograma com cultura do sêmen e antibiograma.
- B. Pesquisa de microdeleções do cromossoma Y (regiões AZFa, AZFb e AZFc).
- C. Solicitar teste de capacitação espermática.
- D. Realizar cariótipo de células periféricas do parceiro.

QUESTÃO 4.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

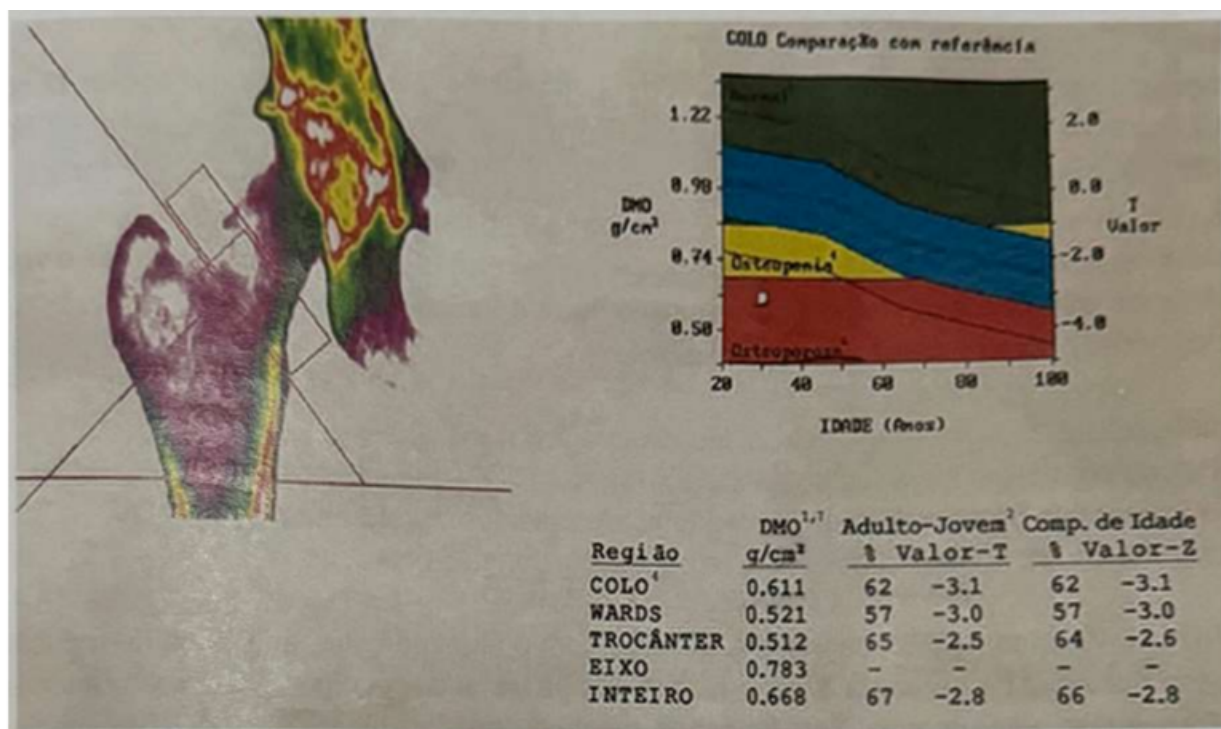
Ginecologia e Obstetrícia - Mulher, 23 anos, nuligesta, com diagnóstico de leucemia linfocítica aguda, com planejamento de início de quimioterapia em 2 a 3 semanas, vem em consulta para aconselhamento reprodutivo. Ciclos menstruais regulares com última menstruação há 10 dias. Refere desejo de ter dois filhos futuramente. Nega queixas. Realizou ultrassonografia transvaginal hoje, evidenciando útero sem anormalidades. Ovário esquerdo com volume de 6,3 cm³, com 9 folículos antrais iniciais e um de 14 mm. Ovário direito com volume de 7,8 cm³ e 7 folículos antrais iniciais. Qual melhor estratégia para tentativa de preservação de fertilidade?

- A. Iniciar estimulação ovariana imediata com gonadotrofinas para criopreservação de oócitos.
- B. Realizar estimulação ovariana com gonadotrofinas no início do próximo ciclo para criopreservação de oócitos.
- C. Realizar criopreservação de tecido ovariano para futuro retransplante.
- D. Uso de agonista do GnRH de depósito antes de iniciar a quimioterapia.

QUESTÃO 5.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher, 30 anos, nuligesta, comparece à consulta ginecológica referindo que há 2 anos interrompeu o uso do contraceptivo que usava desde os 20 anos e nunca mais menstruou. Refere vagina seca nas relações sexuais e ondas de calor eventuais. Como resultado de exames (colhidos no 3º dia do ciclo) apresentou FSH= 102mIU/ml (VN=3,5 a 10,5mIU/ml) e prolactina=10ng/ml (até 25ng/ml). Foi solicitada densitometria óssea, a qual tem o laudo representado na figura: Além de orientar atividade física, exposição solar e dieta rica em cálcio, qual o tratamento medicamentoso mais adequado para esta paciente?



- A. Alendronato de sódio 70mg uma vez por semana pela manhã em jejum.
B. Valerato de estradiol oral 2mg/dia associado à diidrogesterona oral 5mg/dia.
C. Valerato de estradiol 2mg/dia associado a diidrogesterona oral 5mg/dia e risendronato de sódio 35mg uma vez por semana em jejum.
D. Estradiol transdérmico 2 pumps/dia (dispensa 0,6mg/pump) associado à progesterona micronizada oral 100mg/dia.

QUESTÃO 6.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher, 20 anos, nuligesta, com queixa de acne, irregularidade menstrual desde a menarca, aumento lento de peso e presença de pelos em face e região intermamária. Ciclos com intervalos variando de 25 a 60 dias. Apresenta dislipidemia. Ao exame físico: Acne em face dorsal, Ferriman = 6, peso: 83kg, altura: 1.64m, cintura: 91 cm, PA = 150 x 90 mmHg (refere que tem tido medidas de PA acima de 140x90 mmHg), FC = 86 bpm. Exame ginecológico sem alterações. Paciente traz exames complementares realizados há 2 meses: Exames do terceiro dia do ciclo: FSH: 3,5 mIU/mL (VN: 2,5 a 10,2 mIU/mL); Prolactina: 22 ng/ml (VN: 2,8 a 29,2 ng/ml); TSH: 2,96 uIU/mL (VN: 0,48 a 4,17 uIU/mL); Testosterona: 67 ng/mL (VN: 20 a 80 ng/dL); DHEAS: 215 ug/dL (VN: 33,4 a 245 ug/dL); 17 hidroxiprogesterona: 118 ng/dL (VN: 10 a 130 ng/dL). Ultrassonografia transvaginal: útero com 65 cm³. Ovário direito com 20 folículos antrais e volume de 7,4 cm³ e ovário esquerdo com 22 folículos antrais e volume de 10,4 cm³. Qual o melhor tratamento para esta paciente?

- A. Anel vaginal associado ao acetato de ciproterona.
B. Dispositivo uterino de levonorgestrel 19,5 mg associado a flutamida.
C. Contraceptivo oral combinado contendo etinilestradiol e ciproterona.



D. Implante de etonogestrel associado a espironolactona.

QUESTÃO 7.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

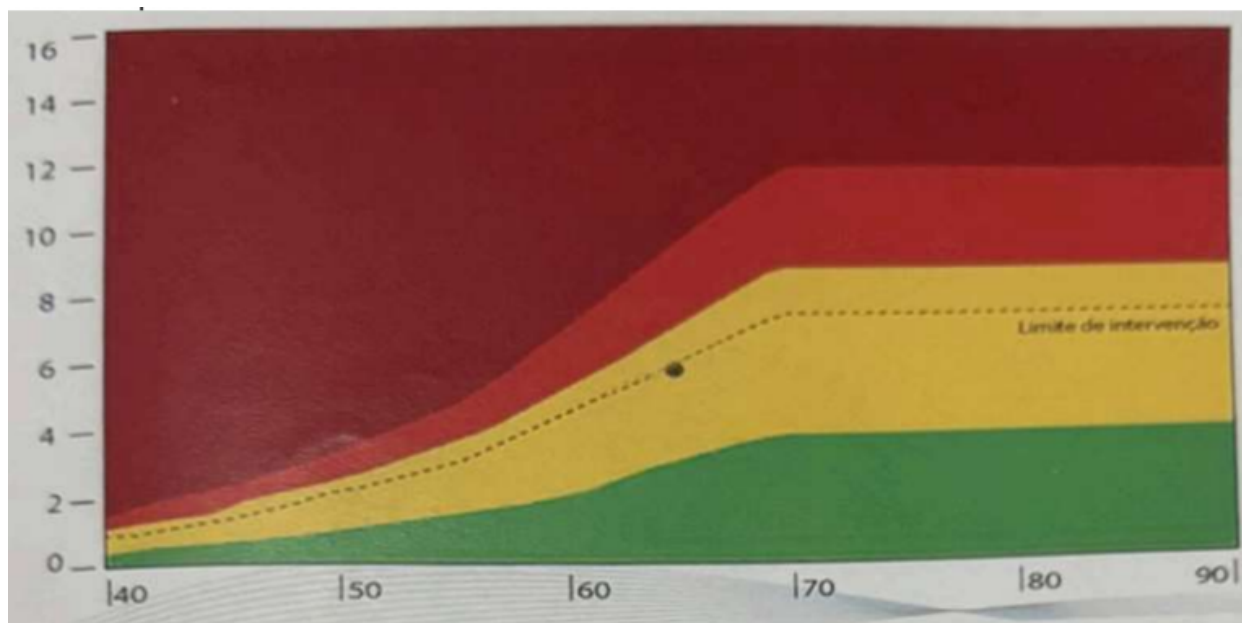
Mulher, 49 anos, G2P2, casada há 20 anos com o atual parceiro, queixa-se de redução do interesse por sexo há cerca de 3 anos. Refere que há cerca de seis meses os ciclos se tornaram mais frequentes e volumosos. Tem fogachos eventuais, principalmente noturnos. Trabalha como promotora de eventos e tem tido um ritmo de trabalho de 10 horas por dia, muito estressantes, com raros finais de semana livres. Acorda diariamente às 5h da manhã para correr, dorme cerca de 6 horas por noite. É tabagista e faz uso de sertralina diariamente. Também faz tratamento para hipotireoidismo com 50mcg/dia de levotiroxina. Exame ginecológico sem alterações. Quais elementos da história clínica são fatores predisponentes para o desejo sexual hipoativo desta paciente?

- A. Relacionamento de longa duração, hipotireoidismo e tabagismo.
- B. Climatério, relacionamento de longa duração e uso de sertralina.
- C. Climatério, tabagismo e uso de sertralina.
- D. Tempo de sono reduzido, atividade física excessiva e hipotireoidismo.

QUESTÃO 8.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Você atendeu uma mulher, 65 anos, com menopausa há 13 anos, sem sintomas vasomotores, que nunca realizou densitometria mineral óssea. Você calculou o risco de fratura por meio do instrumento FRAX 2.0 Brasil. O resultado do FRAX está apresentado na figura: Após adequar a ingestão de cálcio e vitamina D, qual conduta mais adequada de acordo com o resultado do FRAX?





- A. Realizar novo FRAX em 12 meses.
 - B. Realizar novo FRAX em 6 meses.
 - C. Solicitar Densitometria mineral óssea.
 - D. Solicitar Raio X de coluna vertebral.
-

QUESTÃO 9.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Mulher, 33 anos, portadora de agenesia mulleriana, deseja engravidar, não tem parceiro no momento. Nega doenças crônicas, uso de medicamentos e vícios. Ao exame físico: 64 kg, estatura: 1,67 m, PA = 110 x 75 mmHg, FC = 76 bpm. Exames complementares: FSH: 5,8 mIU/mL (VN: 2,5 a 10,2 mIU/mL); TSH: 1,75 uIU/mL (VN: 0,48 a 4,17 uIU/mL). Ultrassonografia transvaginal: ovário esquerdo com volume de 4,9 cm³ e 8 folículos antrais iniciais e ovário direito com volume de 5,8 cm³ e 6 folículos antrais iniciais. Como potenciais doadores parentes, refere que tem: uma irmã de 27 anos, casada, nuligesta; um irmão de 30 anos, casado, com 2 filhos; uma sobrinha de 22 anos, solteira, com 1 filho; um tio de 52 anos, casado, com 3 filhos e um primo de primeiro grau de 37 anos, casado, com 1 filho. Considerando a normativa ética que rege a Reprodução Assistida vigente no Brasil, qual a alternativa correta?

- A. A sobrinha poderá ser a cedente temporária de útero e será necessário sêmen de banco.
 - B. A irmã poderá ser a cedente temporária de útero e será necessário sêmen de banco.
 - C. A esposa do tio poderá ser a cedente temporária de útero e o primo o doador de sêmen.
 - D. A cunhada poderá ser a cedente temporária de útero e o tio o doador de sêmen.
-

QUESTÃO 10.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Adolescente, 13 anos, vem encaminhada pelo pediatra para sua avaliação. O exame físico está representado na figura: Qual das alternativas contempla o diagnóstico e respectivo cariótipo compatíveis com este caso?

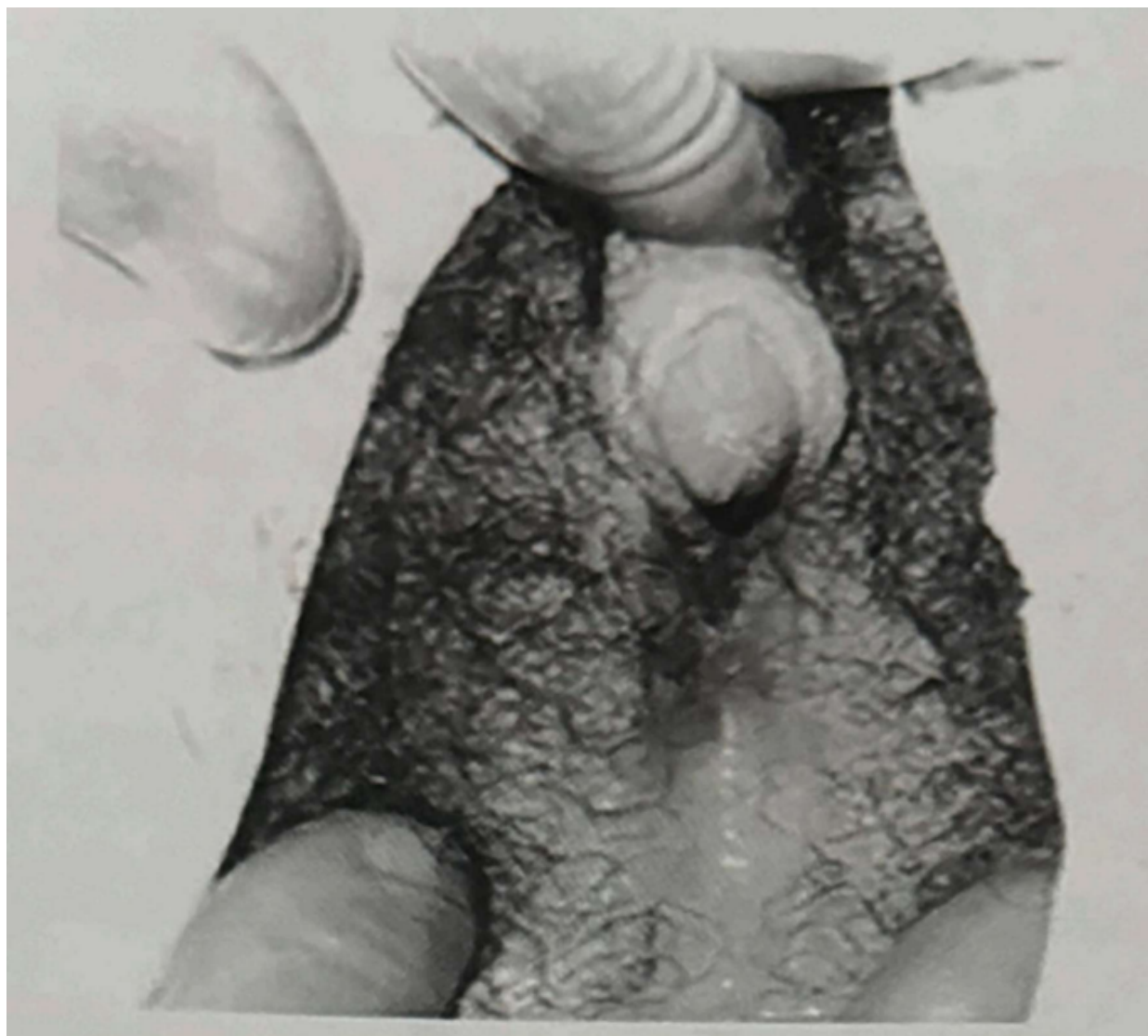


Figura genitália externa

- A. Síndrome de Turner mosaico - 46XX/45X0.
- B. Síndrome de Insensibilidade androgênica parcial - 46XY.
- C. Disgenesia gonadal mista - 46XX/46XY.
- D. Disgenesia gonadal pura - 46XY.

QUESTÃO 11.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher, 28 anos, em seguimento no ambulatório de ginecologia endócrina devido à hiperprolactinemia secundária à microadenoma. Está em uso de cabergolina 0,5mg duas vezes por semana há 1 ano e 8 meses, bem controlada. Procura atendimento fora de dia pois, realizou teste de gravidez com resultado positivo. Nega queixas neurológicas. Solicitada ultrassonografia transvaginal que evidenciou gestação tópica de feto único, com batimento cardíaco presente, compatível com 6 +/- 0,5 semanas de idade gestacional. Qual a conduta mais adequada para este caso?



- A. Suspender a cabergolina e monitorar dosagem de prolactina para eventual necessidade de reintroduzir a medicação.
 - B. Manter a cabergolina durante toda a gestação, ajustando a dose de acordo com os níveis de prolactina.
 - C. Suspender a cabergolina, sem necessidade de novas dosagens de prolactina e monitorar sintomas neurológicos.
 - D. Manter a cabergolina na mesma dose até completar 12 semanas de idade gestacional para reduzir o risco de aborto.
-

QUESTÃO 12.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Mulher 28 anos, solteira, nuligesta, procura você para aconselhamento reprodutivo. Deseja ter um ou dois filhos após terminar o doutorado. Está noiva há pouco mais de um ano e pretende se casar em breve. Faz uso regular de preservativo. Nega doenças crônicas, uso de medicamentos ou vícios. Traz exames solicitados pelo seu ginecologista na consulta de rotina. Exames: FSH: 8,6 mIU/mL (VN: 2,5 a 10,2 mIU/mL). TSH: 2,34 microIU/ml (VN: 0,48 a 4,17 microIU/mL). Hormônio antimülleriano (HAM): 0,78g/mL (VN: 0,85 a 10,1 ng/ml). Ultrassonografia transvaginal: útero sem anormalidades, ovário esquerdo com volume de 3.1 cm³ e ovário direito com volume de 3,8 cm³. Qual a melhor conduta para esse caso?

- A. Orientar contra o adiamento da maternidade.
 - B. Orientar sobre risco aumentado de má qualidade oocitária.
 - C. Orientar sobre risco aumentado de infertilidade.
 - D. Orientar sobre risco aumentado de insuficiência ovariana prematura.
-

QUESTÃO 13.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Adolescente, 15 anos, comparece para consulta ginecológica de rotina sem acompanhante. Teve desenvolvimento puberal normal. Refere apresentar ciclos menstruais regulares, com fluxo normal e dismenorrea leve. Teve sexarca há dois meses com relação pênis vagina regular e em uso irregular de preservativo externo. Exame físico geral sem anormalidades. Exame ginecológico normal. Qual a conduta frente a este caso?

- A. Solicitar retorno com responsável legal para atendimento ginecológico.
 - B. Orientar uso correto do preservativo e oferecer método contraceptivo adicional.
 - C. Realizar rastreio de doenças metabólicas antes de orientar contracepção.
 - D. Solicitar autorização do responsável legal para prescrição de método contraceptivo.
-

QUESTÃO 14.



Ginecologia e Obstetrícia - Mulher, 52 anos, G2P2A0, está em uso de implante de etonogestrel (ENG) para contracepção há 1 ano, mantendo padrão de sangramento favorável (1 episódio de sangramento, com 3 dias de duração, em pequena quantidade a cada 2 meses), iniciou com sintomas vasomotores há 6 meses que atrapalham sua qualidade de vida. Tem vida sexual ativa, com relação sexual pênis vagina 2 vezes por semana. É hipertensa e faz uso de losartana, mantendo pressão arterial controlada. Ao exame físico: IMC: 26 Kg/m²; PA: 120×70 mmHg. Exame ginecológico sem alterações. Exames de rastreamento recomendados para a idade: normais. TSH: 2,0 mUI/mL (valor de referência: 0,4 a 4 mUI/mL, FSH: 12,0 mUI/mL (valor de referência: 2,8 a 14,4 mUI/mL). Qual seria a melhor opção de tratamento para a paciente?

- A. Manter o implante de ENG e prescrever estradiol e progestagênio transdérmicos.
- B. Manter o implante de ENG e prescrever estradiol transdérmico.
- C. Retirar o implante de ENG e prescrever estradiol transdérmico e progesterona micronizada oral.
- D. Retirar o implante de ENG e prescrever contraceptivo oral com estrogênio natural.

QUESTÃO 15.

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher, 27 anos, nuligesta, deseja engravidar. Refere relação pênis-vagina cerca de 3 vezes por semana, sem uso de métodos contraceptivos há 2 anos. Ciclos menstruais regulares com dismenorreia leve no primeiro dia do ciclo. Exame físico e ginecológico sem alterações. Parceiro de 31 anos. Nega doenças crônicas, uso de medicamentos ou vícios. Exames: Esposo: espermograma (critérios de normalidade da OMS, 2021): volume de 1,7 mL, 24 milhões de espermatozoides/mL. 34% de motilidade progressiva, 4% de formas normais e 55% de vitalidade. Paciente: FSH: 6,4 mIU/mL (VN: 2,5 a 10,2 mIU/mL). TSH: 1,87 uIU/mL (VN: 0,48 a 4,17 uIU/mL). Histerossalpingografia sem anormalidades. Ultrassonografia transvaginal com útero normal, ovário esquerdo com volume de 6,4 cm³ e 13 folículos antrais iniciais e ovário direito com volume de 5,3 cm³ e 9 folículos antrais iniciais. Qual a primeira linha de tratamento para este caso?

- A. Estimulação ovariana com gonadotrofinas para fertilização in vitro.
- B. Indução da ovulação com letrozol para coito programado.
- C. Estimulação ovariana com gonadotrofinas para inseminação intrauterina.
- D. Indução da ovulação com clomifeno para inseminação intrauterina.

QUESTÃO 16.

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher, 48 anos, G3P2A1, comparece ao pronto atendimento referindo sangramento volumoso há 5 dias. Refere ciclos com intervalo de 25 a 70 dias, com



volume e duração variáveis há 3 anos. Antes deste sangramento, apresentou última menstruação há 35 dias. Nega doenças crônicas e hábitos. Usuária de preservativo externo de forma irregular Exame físico: hipocorada(+/4), IMC: 28Kg/m², sinais vitais e restante do exame normal. Exame ginecológico: saída de sangue em moderada quantidade pelo orifício externo, sem lesões na vagina e colo uterino. Ao toque, útero em AVF, de tamanho normal, sem dor à mobilização do colo. Anexos sem alterações. Teste de gravidez: negativo. Considerando a efetividade, qual é a melhor opção para cessar o sangramento agudo deste caso?

- A. Noretisterona 0,35 mg VO de 12 em 12 horas por 7 dias.
- B. Acetato de medroxiprogesterona 20 mg VO de 8/8 horas por 7 dias.
- C. Ácido tranexâmico 250 mg VO de 8/8 horas por 5 dias.
- D. Ácido mefenâmico 500 mg VO de 8/8 horas por 5 dias.

QUESTÃO 17.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Em um ambulatório especializado, você atende uma mulher de 30 anos, negra, G2P2, portadora de glomerulosclerose segmentar focal de causa primária, com síndrome nefrótica, há 8 meses. Não está fazendo hemodiálise ou diálise peritoneal. É hipertensa crônica, faz uso de inibidor da angiotensina e também está em uso de prednisona. Ao exame físico: IMC 23 Kg/m², edema de MMII (+2/4), PA: 145x95 mmHg. Exame ginecológico sem alterações. Dosagem de potássio sérico sem alteração. Exame de rastreamento recomendados para idade: normais. Considerando os critérios de elegibilidade do Centers for Disease Control and Prevention (CDC - 2024), qual das figuras acima apresenta a alternativa mais adequada sobre a existência de restrição contraceptiva para esse caso?



FIGURA 1	
PODEM SER PRESCRITOS (categorias 1 e/ou 2 da OMS)	EVITAR PRESCRIÇÃO (categorias 3 e/ou 4 da OMS)
Pílula de progestagênio	Anel
Implante de etonogestrel	Adesivo
DIU hormonal	Pílula combinada
DIU de cobre	Injetável mensal
Injetável trimestral	

FIGURA 2	
PODEM SER PRESCRITOS (categorias 1 e/ou 2 da OMS)	EVITAR PRESCRIÇÃO (categorias 3 e/ou 4 da OMS)
Pílula de progestagênio	Pílula combinada
Implante de etonogestrel	
DIU hormonal	
DIU de cobre	
Anel	
Adesivo	
Injetável mensal	
Injetável trimestral	

FIGURA 3	
PODEM SER PRESCRITOS (categorias 1 e/ou 2 da OMS)	EVITAR PRESCRIÇÃO (categorias 3 e/ou 4 da OMS)
Pílula de progestagênio	Anel
Implante de etonogestrel	Adesivo
DIU hormonal	Pílula combinada
DIU de cobre	Injetável mensal
	Injetável trimestral

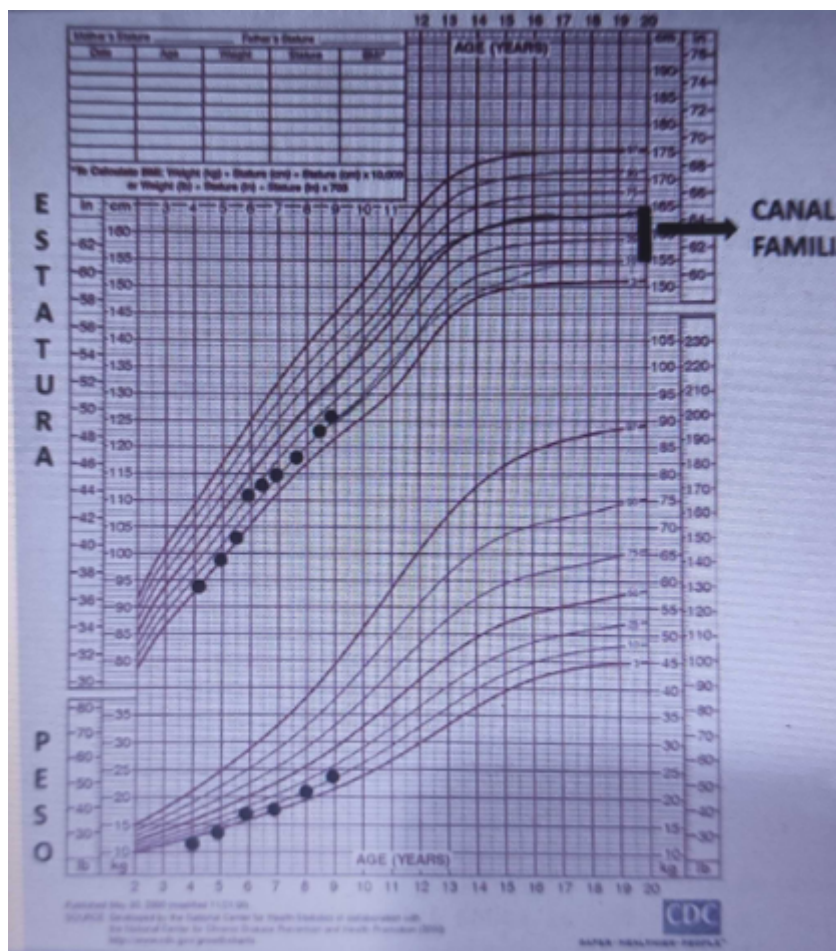
FIGURA 4	
PODEM SER PRESCRITOS (categorias 1 e/ou 2 da OMS)	EVITAR PRESCRIÇÃO (categorias 3 e/ou 4 da OMS)
Pílula de progestagênio	
Implante de etonogestrel	
DIU hormonal	
DIU de cobre	
Injetável trimestral	
Anel	
Adesivo	
Pílula combinada	
Injetável mensal	

- A. Figura 1.
B. Figura 4.
C. Figura 2.
D. Figura 3.

QUESTÃO 18.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Menina de 8 anos comparece em retorno de acompanhamento ginecológico trazendo resultado do exame. Aos 5 anos de idade iniciou quadro de desenvolvimento de mamas e pelos, acompanhado de aceleração de velocidade de crescimento, com exame físico evidenciando estágio de Tanner M3P2, genitália externa feminina e pré-púbere. As condições de nascimento e desenvolvimento na infância foram normais. Na época do diagnóstico realizou raio X de punho para idade óssea que foi compatível com 8 anos. Após dosagem de hormônios gonadotróficos, hormônios esteroides e avaliação da idade óssea foi optado pelo bloqueio do eixo hipotálamo hipófise ovariano com análogo do GnRH de depósito. Hoje, traz raio X de punho para idade óssea realizada há 15 dias compatível com idade óssea de 9 anos. Canal familiar, curva de crescimento e ponderal no gráfico abaixo. Qual conduta mais adequada neste caso?



- A. Aumentar a dose do análogo do GnRH de depósito.
- B. Associar Hormônio de Crescimento.
- C. Manter o bloqueio até 11 anos de idade ou idade óssea de 12 anos.
- D. Suspender o bloqueio hormonal devido idade de 8 anos.

QUESTÃO 19.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 26 anos, nuligesta, refere parada das menstruações. Refere menarca aos 13 anos, seguida de ciclos regulares por 7 anos, após os quais passou a apresentar intervalos menstruais longos de 3 a 4 meses, sendo a última menstruação há dois anos. É triatleta e treina cerca de 6 horas diárias. Associa a alteração menstrual ao aumento na intensidade dos treinos. Nega uso de medicações. No momento sem atividade sexual. Ao exame físico: PA: 90x60Hg; IMC: 17,2Kg/m²; índice de Ferriman-Gallwey: 2. Mamas sem alterações. Exame Ginecológico: mucosa vaginal pálida. Exames complementares: FSH= 1,19mIU/ml (VN=3,5 a 10,5mIU/ml); Prolactina=12ng/dl (VN menor 25ng/dl) e TSH=2,1mIU/ml (VN=0,4 a 4,0mIU/ml). Qual é o exame mais relevante a ser solicitado para esta paciente?

- A. Cortisol.
- B. Densitometria óssea.
- C. Perfil lipídico.



D. Estradiol.

QUESTÃO 20.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

A terapia de afirmação de gênero em pessoas trans é utilizada para a aquisição de características do gênero ao qual a pessoa se identifica. Entretanto, o uso dos esteroides sexuais nestas terapias não é isento de risco. É efeito colateral relacionado ao uso da testosterona em altas doses, prescrita na terapia de afirmação de gênero:

- A. Eritrocitose.
 - B. Hiperinsulinemia.
 - C. Lesão glomerular renal.
 - D. Câncer de ovário.
-

QUESTÃO 21.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

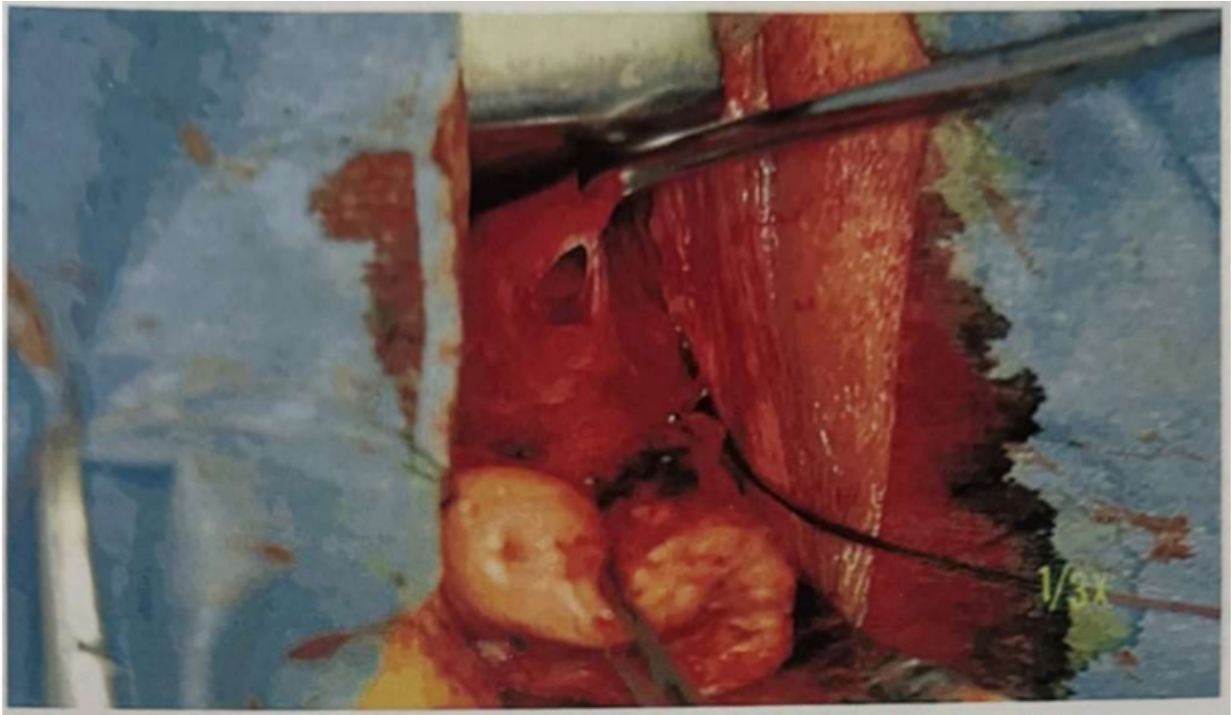
Ginecologia e Obstetrícia - Mulher, 36 anos, G1P1, ciclos menstruais regulares. Vem encaminhada com diagnóstico de infecção urinária de repetição, com 4 episódios no último ano, sempre após a relação sexual. Os episódios ocorreram mesmo após o estabelecimento de medidas comportamentais, todos com urocultura positiva e necessidade de antibioticoterapia. No momento, nega sintomas urinários. Nega comorbidades, nega uso de medicação, nega tabagismo ou cirurgias prévias. Ao exame físico: IMC de 22,4 Kg/m², sem prolapso genital, sem perda objetiva de urina à manobra de Valsalva. Qual a melhor conduta para essa paciente?

- A. Terapia hormonal tópica vaginal.
 - B. Realização de cistoscopia.
 - C. Terapia hormonal combinada.
 - D. Antibioticoprofilaxia pós-coito.
-

QUESTÃO 22.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher, 44 anos, G2PC2, com quadro de sangramento uterino anormal secundário a leiomiomatose uterina, está sendo submetida a histerectomia vaginal sem prolapso uterino. O colega médico iniciou a cirurgia e pediu para que você entrasse em campo, pois ele está tendo dificuldades técnicas. A cirurgia encontra-se no tempo mostrado na figura: Em qual tempo cirurgico você esta assumindo a cirurgia?

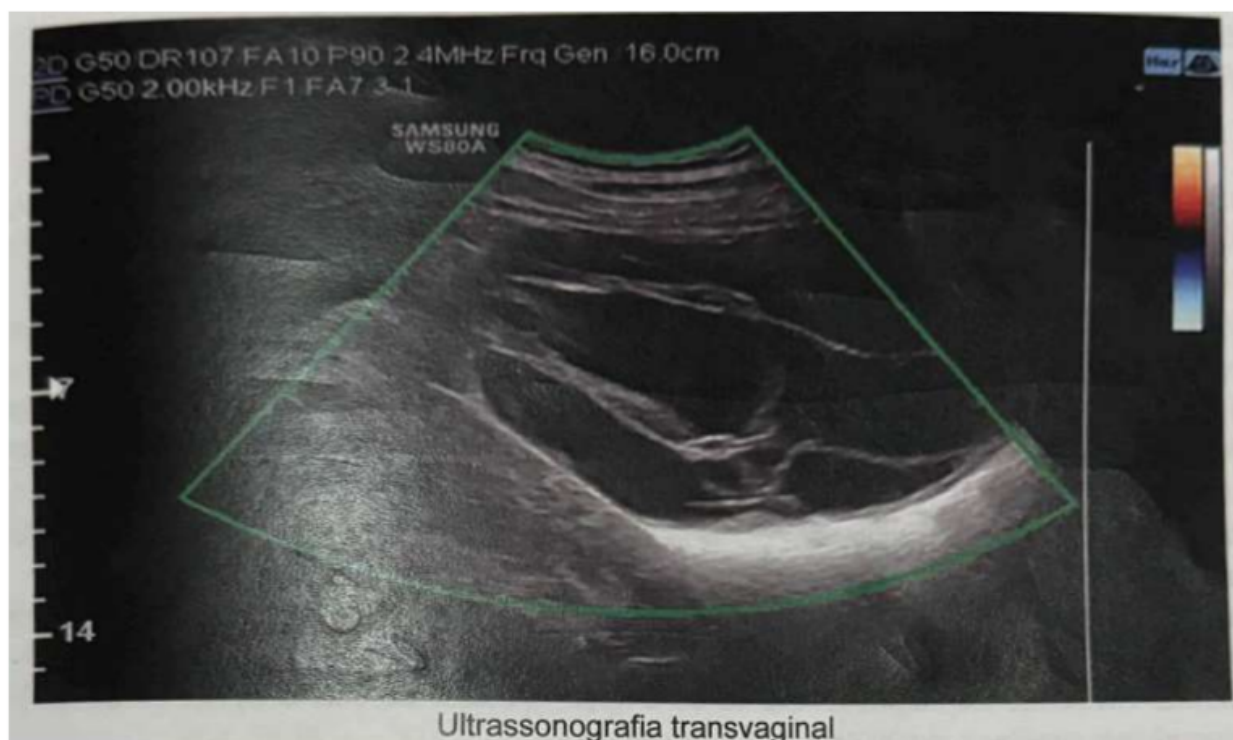


- A. Abertura do peritônio posterior / fundo de saco posterior.
- B. Abertura do peritônio anterior / espaço vesíco uterino.
- C. Pinçamento dos ligamentos úterossacros e cardinais.
- D. Pinçamento e ligadura dos vasos uterinos.

QUESTÃO 23.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher, 32 anos, nuligesta. DUM: há 7 dias, ciclos menstruais regulares sem dismenorreia. Paciente veio encaminhada a serviço terciário por achado anormal em ultrassonografia (figura). Refere dor pélvica e dispareunia. Como método contraceptivo faz uso de DIU de cobre. Nega doenças crônicas. Ao exame físico: IMC=27,2Kg/m². Ao exame ginecológico: massa anexial palpável. CA 125: 15U/mL. Assinale a alternativa que contém o correto manejo desta massa anexial:



- A. Laparoscopia com ooforoplastia.
 - B. Observação e seguimento habitual.
 - C. Bloqueio ovulatório hormonal para regressão da massa.
 - D. Laparoscopia com salpingooforectomia.
-

QUESTÃO 24.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher, 37 anos, hígida, submetida a laparoscopia para laqueadura tubária. Durante a realização da primeira punção, a paciente evoluiu com hipotensão, hipoxemia com cianose e distensão jugular. Ao ser solicitado que interrompesse a insuflação, você observou os parâmetros no insuflador programados para pressão de 25 mmHg e fluxo de 40L/min. Qual é a complicação mais provável de ter ocorrido?

- A. Infarto agudo do miocárdio.
 - B. Acidente vascular cerebral.
 - C. Tromboembolismo pulmonar.
 - D. Embolia gasosa.
-

QUESTÃO 25.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher, 32 anos, G2P2. Puérpera de parto vaginal verticalizado há 30 minutos. Após dequitação placentária, foi observada laceração perineal com lesão do



esfincter anal, classificação IIIa da "Obstetric anal sphincter injuries (OASIS)". Ao exame físico: IMC = 32 Kg/m². Qual é o reparo mais adequado desta lesão?

- A. Sutura da mucosa retal com pontos separados ou contínuos.
- B. Sutura término terminal (end to end) do esfíncter anal externo.
- C. Sutura com pontos separados do esfíncter anal interno.
- D. Sutura em jaquetão (overlapping) do esfíncter anal externo.

QUESTÃO 26.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher, 45 anos, G2P2C2, em uso de Desogestrel 75mcg oral. Recebeu indicação de histerectomia total laparoscópica devido a sangramento uterino anormal refratário a tratamento clínico, com achados sugestivos de adenomiose à ultrassonografia. É hipertensa e diabética tipo 2, em uso de losartana e metformina. Ao exame físico: IMC: 29kg/m². Em seu planejamento pré e peri-operatório, assinale quais medidas devem ser tomadas a fim de minimizar o risco infeccioso desta paciente.

- A. Manter níveis de hemoglobina acima de 14g/dL; preparo da pele com tricotomia por gilete na véspera; profilaxia antibiótica com cefazolina.
- B. Manter a glicemia de jejum pré-operatória abaixo de 200 mg/dL; preparo da pele com tricotomia por gilete na véspera; profilaxia antibiótica com metronidazol.
- C. Manter a glicemia de jejum pré-operatória abaixo de 200 mg/dL; preparo da pele e mucosa vaginal com clorexidina; profilaxia antibiótica com cefazolina.
- D. Manter níveis de hemoglobina acima de 14g/dL; preparo da pele e mucosa vaginal com clorexidina; profilaxia antibiótica com metronidazol.

QUESTÃO 27.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher, 36 anos, G2P2, refere que há 1 ano vem apresentando menstruações de maior volume, acompanhadas de dismenorreia intensa com piora progressiva. Evoluiu também com dor pélvica fora do período menstrual e dispareunia de profundidade. Nega comorbidades e tabagismo. Foi submetida a laqueadura tubária há 2 anos. Ao exame físico: PA: 110×70 mmHg, corada. Exame abdominal: dor à palpação profunda de hipogástrio, sem delimitar massas. Exame ginecológico: útero de mobilidade reduzida, espessamento de ligamento úterossacro esquerdo. Ultrassonografia transvaginal evidenciou sinais sugestivos de adenomiose, presença de nódulo de 1,5cm em ligamento útero sacro esquerdo, e lesão de 2x1,5x0,5cm em retossigmoide acometendo 15% da circunferência da alça, a 9 cm da borda anal. Ausência de endometrioma ovarianos. Qual a melhor opção de tratamento clínico para esta paciente?

- A. DIU hormonal (52mg).
- B. Inibidor de aromatase.



- C. Análogo agonista de GnRH.
 - D. Implante de gestrinona.
-

QUESTÃO 28.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Mulher 42 anos, em uso de progestagênio isolado oral, refere que há 8 anos vem sentindo dispareunia, disuria (inúmeros exames de urina sem alterações), vulvodinia e dor pélvica acíclica praticamente diária sem causa estrutural aparente. Embora não tenha queixas objetivas, têm percepção de dor aumentada em todo o tronco e membros inferiores. Tem o diagnóstico de depressão grave refratária, com duas tentativas prévias de auto extermínio, mas refere que está controlada há um ano com tranilcipromina, um inibidor da monoamina oxidase. Qual a melhor opção para tratamento adjuvante desta paciente?

- A. Venlafaxina.
 - B. Gabapentina.
 - C. Amitriptilina.
 - D. Duloxetina.
-

QUESTÃO 29.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Mulher, 28 anos, nuligesta, tem dismenorrea primária muito severa, com repercussões significativas na vida social, laboral, educacional e sexual. Não é responsiva ao uso de contraceptivos hormonais combinados ou à base de progestagênio isolado. Já fez laparoscopia diagnóstica sem quaisquer achados anatômicos anormais. Fez uso de análogo de GnRH com terapia estrogênica adicional por 5 anos com melhora significativa, mas apresentou baixa massa óssea para a idade no exame de densitometria óssea. Com base na história clínica, na piora dos sintomas após a suspensão do análogo, e nas evidências atuais sobre o tema, qual a melhor opção terapêutica?

- A. Neurectomia pré-sacral.
 - B. Ablação de nervos uterinos.
 - C. Ablação endometrial.
 - D. Histerectomia subtotal.
-

QUESTÃO 30.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher, 48 anos, G4P3A1C1, com queixa de perdas urinárias aos pequenos esforços com comprometimento importante da qualidade de vida. Nega sintomas de urgência ou perdas urinárias associadas a urgência. Ao exame físico: IMC de 35 Kg/m².



Exame ginecológico: Não se observa prolapso e a paciente apresenta perda urinária objetiva. Foi orientada sobre medidas comportamentais e fez 15 sessões de fisioterapia, sem apresentar melhora. A urina tipo I e urocultura estão negativas. Devido a falha de tratamento, foi solicitado o estudo urodinâmico que mostrou: Capacidade cistométrica máxima de 450 ml, Fluxo urinário máximo de 18 ml/s, Pressão de perda de 40 cmH₂O, sem resíduo pós-miccional ou hiperatividade do detrusor.

- A. Aplicação de toxina botulínica intravesical.
- B. Colocação de tela de sling de uretra média.
- C. Aplicação de agentes de preenchimento uretrais.
- D. Colocação de sling de fâscia.

QUESTÃO 31.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

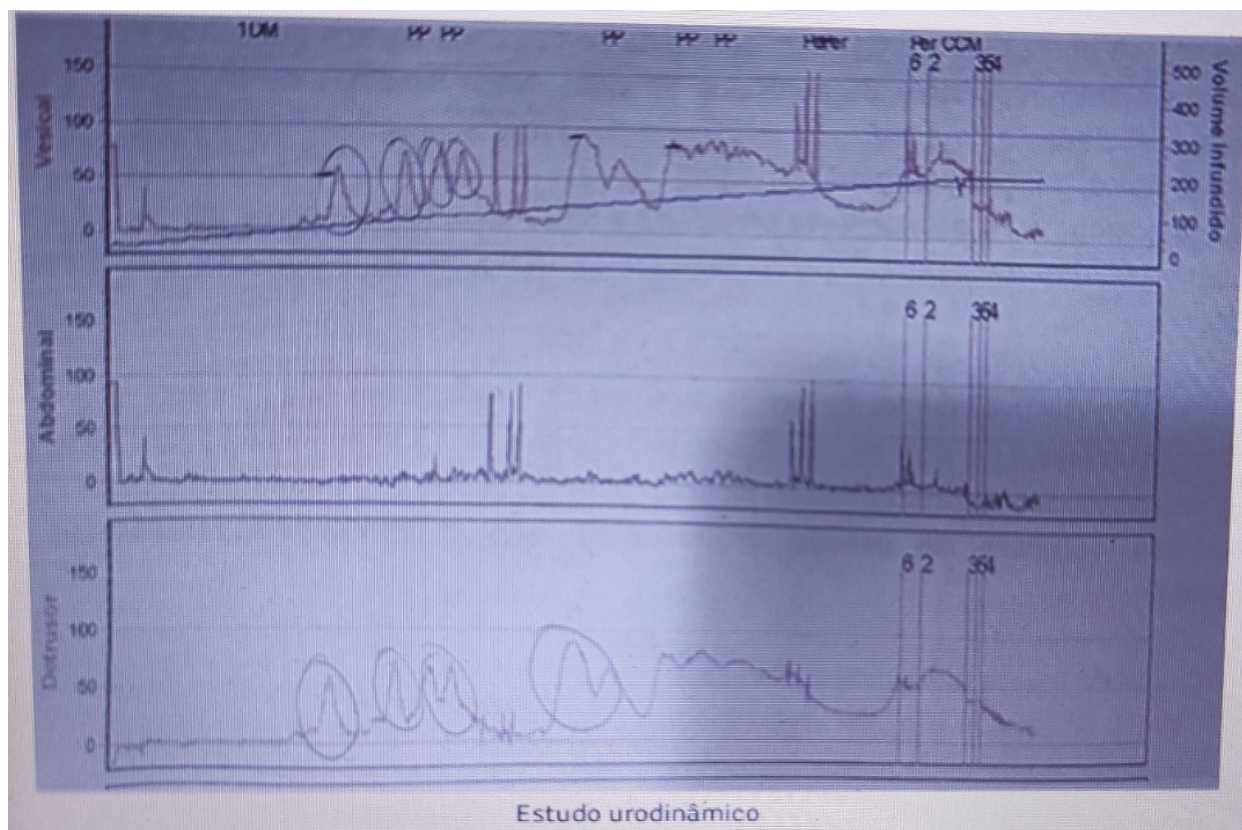
Ginecologia e Obstetrícia - Mulher, 36 anos, G1P1A0, com quadro clínico de dor pélvica crônica incapacitante e diagnóstico por imagem de endometriose profunda nos ligamentos uterossacros bilaterais de 0,9 e 1,1cm, com obliteração parcial do fundo de saco posterior, sendo indicado tratamento cirúrgico por falha de tratamento clínico. No intra operatório foi realizada a exérese das lesões profundas, com shaving para ressecção da lesão acometendo somente serosa do reto, sem acometimento vesical por endometriose. Levando em consideração o Programa ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), quais procedimentos deveriam ser indicados para essa paciente no pós-operatório?

- A. Repouso no leito por 8 horas, jejum de 8 horas, uso de analgésicos opióides para minimizar a dor.
- B. Liberação de dieta oral assim que bem acordada, uso de analgésicos opióides para minimizar a dor, deambulação precoce.
- C. Deambulação precoce, liberação de dieta oral assim que bem acordada, uso de goma de mascar.
- D. Repouso no leito por 8 horas, jejum de 8 horas, gabapentina pré-operatória 600mg/dia.

QUESTÃO 32.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher, 60 anos, G3P2A1C0, menopausada há 8 anos, nega tabagismo, refere hipotireoidismo controlado com levotiroxina. Há 01 ano apresentando quadro progressivo de vontade imperiosa de urinar com perda de urina antes de conseguir esvaziar a bexiga adequadamente. Refere noctúria com frequência de três episódios ou mais. Nega perda urinária aos esforços. Exame ginecológico sem distopias, mucosa vaginal pálida e hipotrófica. Após instituído tratamento comportamental, fisioterápico e farmacológico com solifenacina, além do uso de beta 3 agonista, não se observou melhora da perda urinária. Foi submetida a estudo urodinâmico, o qual está representado na figura: Qual a melhor opção terapêutica para essa paciente nesse momento?



- A. Toxina botulínica intravesical.
- B. Sling de uretra média.
- C. Terapia hormonal combinada.
- D. Colpofixação de Burch.

QUESTÃO 33.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher, 37 anos, G2P0A2 (2 curetagens uterinas), submetida a histeroscopia cirúrgica para exérese de sinéquias uterinas. No intra operatório, durante o procedimento de lise das sinéquias para restabelecimento da cavidade endometrial normal, foi notado perfuração uterina fúndica de 0,5cm, não sendo possível identificar quando ocorreu. Qual a conduta mais apropriada neste momento?

- A. Interromper o procedimento de lise de sinéquias e observação clínica hospitalar por 24h.
- B. Terminar o procedimento de lise de sinéquias e observação clínica hospitalar por 24h.
- C. Terminar o procedimento de lise de sinéquias e alta hospitalar com observação clínica domiciliar.
- D. Interromper o procedimento de lise de sinéquias e laparoscopia diagnóstica.

QUESTÃO 34.



Ginecologia e Obstetrícia - Mulher, 42 anos, G2P2A0, submetida a histeroscopia cirúrgica para exérese de leiomioma submucoso de 4,0cm. No pós-operatório imediato inicia com confusão mental, dispneia, náuseas e vômitos. Ao exame físico: PA: 110×80mmHg, FC: 94bpm, abdome plano, indolor, sem alterações. Solicitados os exames a seguir: Hemograma: Hb: 10,2g/dl; Ht: 30%; GB 6200 leucócitos segmentados: 70%, leucócitos bastonetes: 0% Sódio: 122mEq/L, Potássio: 3,5 mEq/L, Ureia: 35mg/dL, Creatinina: 0,9 mg/dL. Considerando-se a possibilidade diagnóstica mais provável, qual a conduta mais apropriada neste momento?

- A. Cloreto de sódio 3%, 150ml em 6 horas.
- B. Cloreto de sódio 3% 150ml em 1 hora.
- C. Restrição hídrica por 24h + furosemida 10mg endovenoso.
- D. Hiper hidratação endovenosa com SF0,9% 500ml/1h.

QUESTÃO 35.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher, 46 anos, nuligesta, sem vida sexual ativa no momento. Refere diagnóstico de Síndrome dos Ovários Policísticos desde os 18 anos, fez uso de contraceptivo oral combinado (COC) por cerca de 5 anos e quando suspendeu o uso do COC, permaneceu por mais de 20 anos sem menstruar. Há cerca de 1 ano vem apresentando sangramento uterino de volume moderado, que ocorre praticamente todos os dias. Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes tipo 2. Ao exame físico: BEG, decorada 1+/4+, PA: 140×90mmHg. IMC: 48kg/m². Abdômen sem massas palpáveis. Especular: colo sem lesões, sangramento em mínima quantidade no momento, tipo "borra de café". Exame de toque: colo fibroelástico, indolor. Útero não foi passível de avaliação bimanual. Exames complementares: Hb: 11g/dL. Ultrassonografia com útero de 150cm³, linha endometrial heterogênea medindo 26 mm. Qual a melhor conduta neste momento?

- A. Encaminhar para histeroscopia com biópsia endometrial.
- B. Solicitar Ressonância Magnética de pelve.
- C. Oferecer DIU hormonal para inserção imediata.
- D. Prescrever contraceptivo combinado oral de 12 em 12 horas por 7 dias.

QUESTÃO 36.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher 39 anos, G3P3C3, relata dor pélvica, pior em fossa ilíaca direita, de forte intensidade. iniciada há 2 anos, logo após a última cesariana. Caracteriza a dor como "agulhada", que piora com movimentação e com pouca melhora com uso de anti-inflamatórios. Refere também sensação de "adormecimento" nesta região do abdômen. A dor tem tido bastante impacto em sua qualidade de vida. É usuária de acetato de medroxiprogesterona 150mg intramuscular desde o último parto, mantendo amenorreia



desde então. Nega comorbidades. Ao exame: apresenta ponto gatilho na borda direita da cicatriz de Pfannenstiel, com teste de Carnett positivo . Exame ginecológico sem anormalidades. Ultrassonografia de parede abdominal e transvaginal sem anormalidades. Qual a melhor opção terapêutica para este caso?

- A. Laparoscopia para adesiólise.
- B. Benzodiazepínico 5mg diário.
- C. Injeção de lidocaína no ponto gatilho.
- D. Otimização analgésica com opioides.

QUESTÃO 37.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher 22 anos, GO, método contraceptivo: preservativo masculino, DUM há 20 dias. Procura atendimento ginecológico com queixa de dor pélvica em hipogástrio de forte intensidade há 6 horas tipo cólica, pulsátil, sem irradiação e com piora progressiva. Nega dismenorrea significativa, com uso esporádico de analgésico. Nega dispareunia, conteúdo vaginal anormal ou sangramento vaginal após relação sexual. Ao exame físico: P:100×70mmHg, FC: 98bpm, abdome plano, com dor em todo andar inferior do abdome à palpação profunda, mas principalmente à direita, com descompressão brusca positiva. Especular: colo róseo, sem lesões ou conteúdo anormal. Toque: colo cartilaginoso, centrado, doloroso à mobilização, útero centrado, AVF, não sendo possível palpação anexial por dor extrema da paciente. Solicitado exames a seguir: Hb: 13,2g/dl; Ht: 35%; GB 5600; leucócitos segmentados: 60%, leucócitos bastonetes: 2% USTV: útero AVF, centrado, volume: 65cm³, com miométrio homogêneo, sem anormalidades. Ovário esquerdo: 4,2cm³, ovário direito: presença de imagem heterogênea, amorfa, sem limites precisos. Foi indicado laparoscopia. As imagens da ultrassonografia e do achado laparoscópico estão na figura. Considerando se a hipótese diagnóstica mais provável, qual a conduta mais apropriada neste momento ?



Imagem intra-operatória

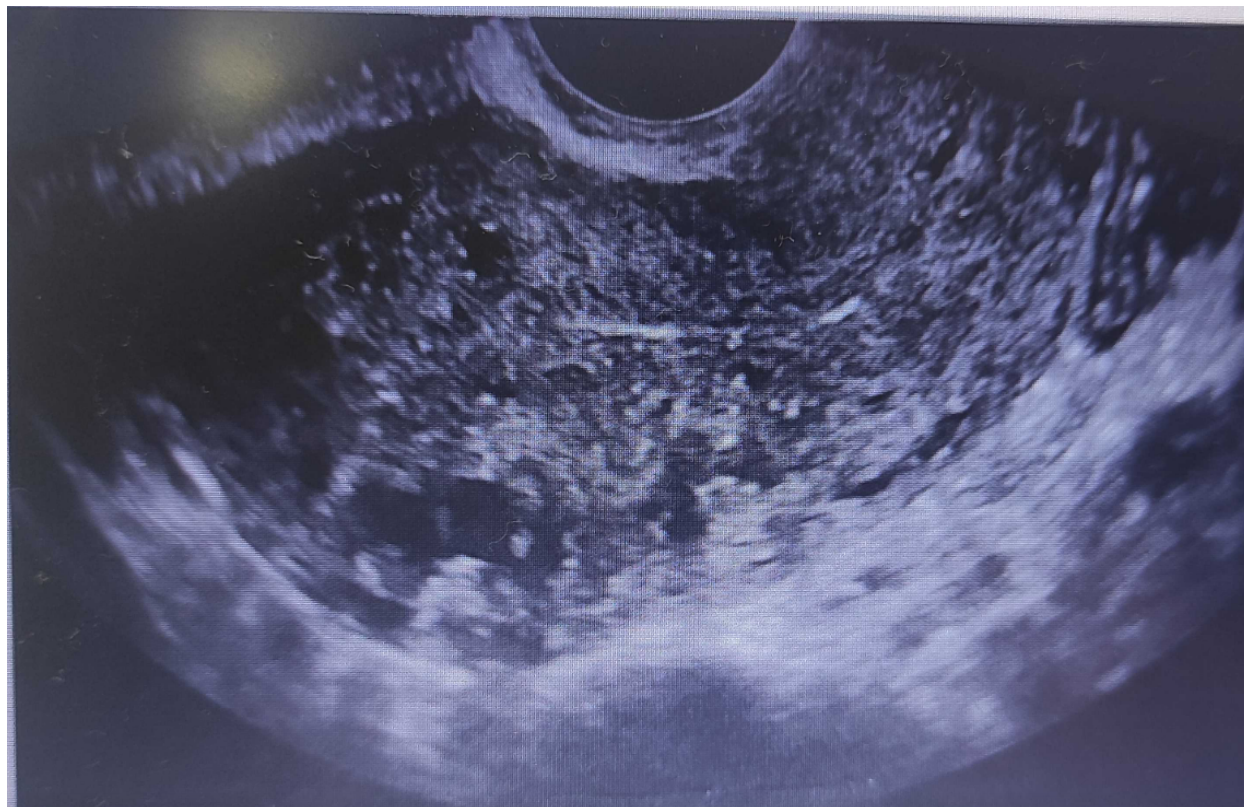
- A. Distorção anexial.
- B. Drenagem da massa anexial.
- C. Salpingooforectomia à direita.
- D. Salpingectomia à direita.

QUESTÃO 38.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+



Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 42 anos, G3P2A1, método anticoncepcional: laqueadura tubária, DUM há 12 dias, procura atendimento ginecológico com queixa de sangramento uterino aumentado há 6 meses, com aumento do fluxo, permanecendo cerca de 6 a 7 dias com sangramento associado a dismenorreia moderada. Ao exame físico: PA: 120x70mmHg, FC: 78bpm, abdome plano, normotenso e indolor a palpação. Especular: colo róseo, sem lesões ou conteúdo anormal; Toque: colo cartilaginoso, centrado, indolor a mobilização, útero centrado em anteversoflexão (AVF), globoso e aumentado de tamanho. Exames complementares: Hb: 11,2g/dl; Ht: 30%; Ultrassonografia transvaginal: útero AVF, centrado, volume de 195cm³. Ovário esquerdo: 4,2cm³, ovário direito: 5,7cm³, representado na figura. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?



- A. Leiomiomatose.
- B. Hiperplasia endometrial.
- C. Endometriose.
- D. Adenomiose.

QUESTÃO 39.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 44 anos, foi submetida a cirurgia abdominal com incisão transversa suprapúbica que se estendeu 3 cm lateralmente em direção às regiões inguinais direita e esquerda, sem atingir a área do ligamento inguinal. Evolui no pós-operatório imediato com hematoma subcutâneo em região inguinal esquerda de 5 cm e perda de sensibilidade cutânea na região medial ao ligamento inguinal e lateral à sínfise púbica ipsilateralmente, mas sem comprometimento do grande lábio. Com base nestas



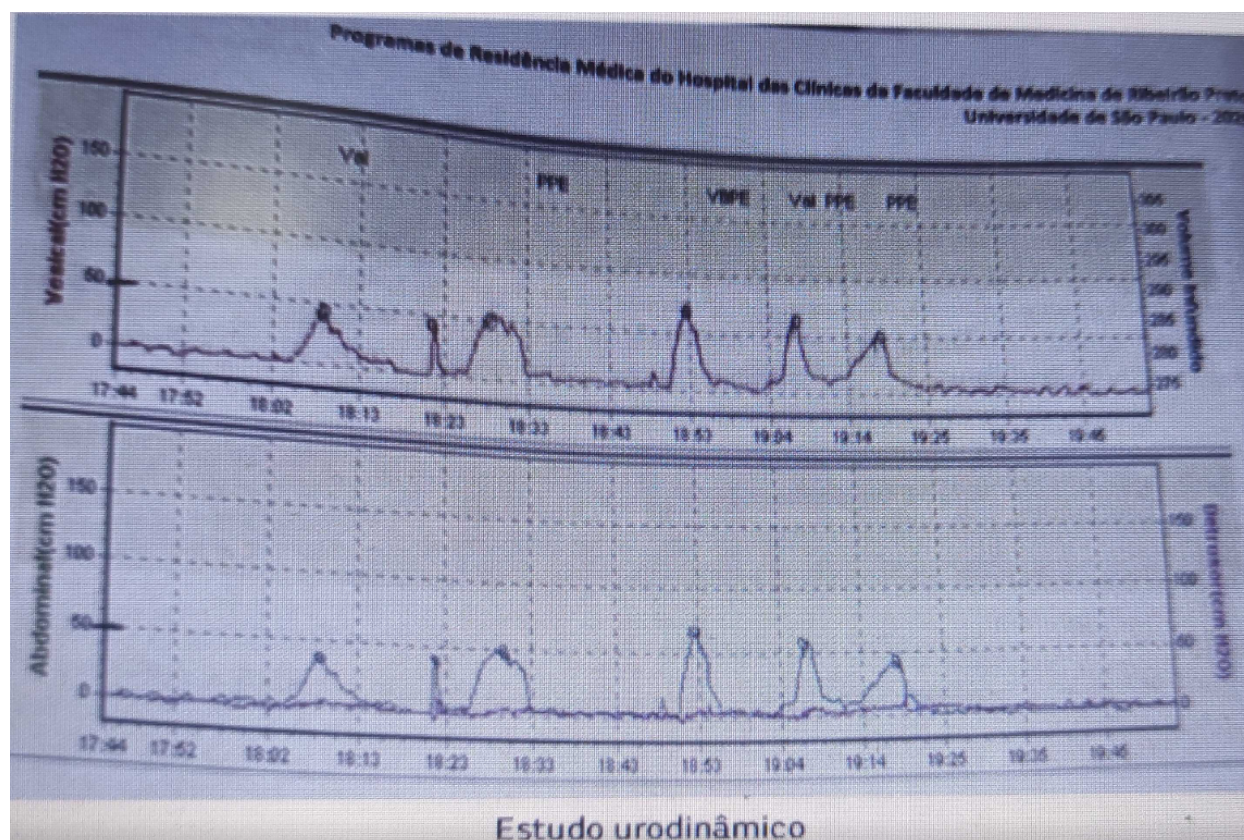
informações e na disposição anatômica mais frequente, assinale a alternativa que contempla as estruturas mais provavelmente comprometidas.

- A. Nervo genito femoral, artéria circunflexa inferior.
- B. Nervo hipogástrico, artéria epigástrica inferior.
- C. Nervo ílio-hipogástrico, artéria epigástrica inferior.
- D. Nervo ilioinguinal, artéria circunflexa superficial.

QUESTÃO 40.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 52 anos, G2P2A0 (2PN), DUM há 3 anos, procura atendimento ginecológico com queixa de perda urinária há 8 meses que vem atrapalhando suas atividades habituais. Após orientações comportamentais e de fortalecimento do assoalho pélvico, que não melhoraram as queixas da paciente, foi realizado estudo urodinâmico. O exame físico e o estudo urodinâmico estão representados na figura. Considerando-se a hipótese diagnóstica mais provável, qual a conduta mais apropriada neste momento?





Aa	Ba	C
-2	-1,5	-8
Hg	Cp	Cvt
2	3	10
Ap	Bp	D
-2	-1,5	-10

Descrição do exame físico — POP-Q

- A. Colporrafia anterior e posterior.
B. Mirabegrona oral.
C. Imipramina oral.
D. Sling sintético de ureta média.

QUESTÃO 41.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

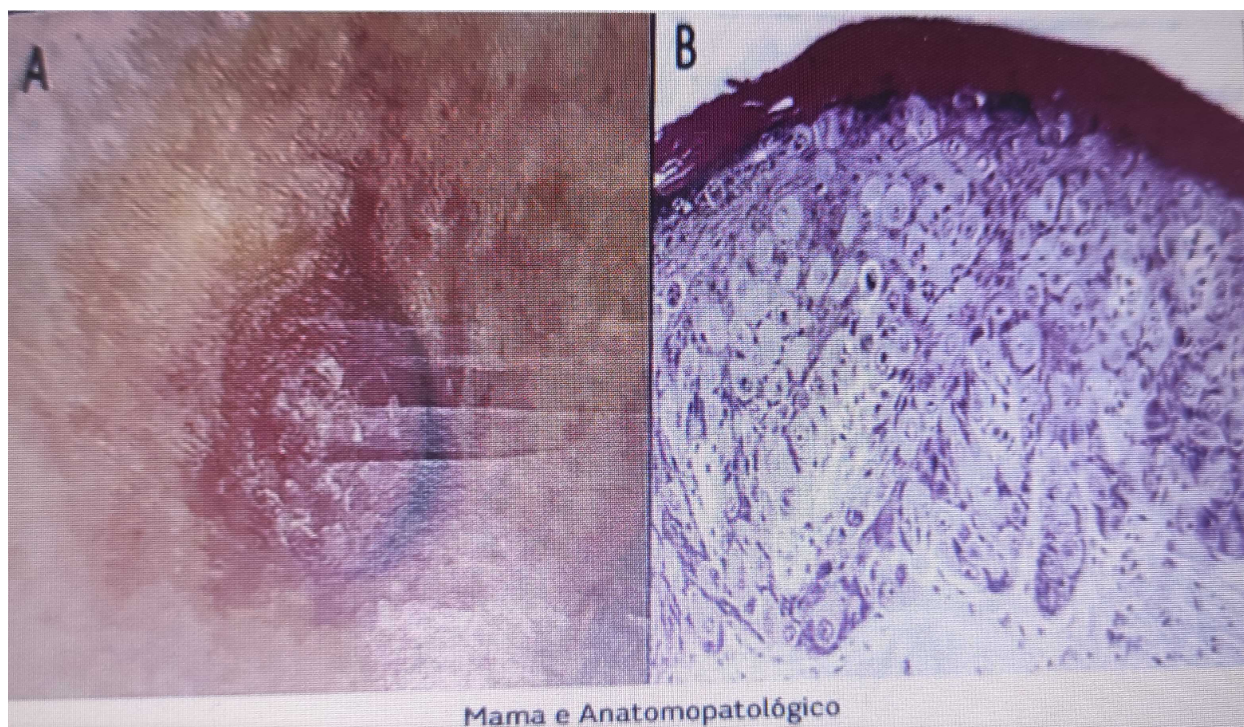
Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 37 anos, foi submetida à mastoplastia reducional bilateral com fins estéticos e na análise histopatológica foi encontrado um carcinoma ductal in situ, grau nuclear 3 com 30 mm no maior diâmetro em uma das peças de mastoplastia da mama direita. As margens cirúrgicas estão livres (2 mm a menor margem). A mamografia pré-operatória mostrava mamas heterogeneamente densas, BIRADS 1. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Mastectomia radical modificada.
B. Radioterapia do parênquima.
C. Seguimento clínico e radiológico.
D. Biópsia do linfonodo sentinela.

QUESTÃO 42.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher comparece à consulta referindo que percebeu desconforto e descamação em seu mamilo direito, além da formação de crosta há cerca de 4 meses (Figura A). Foi ao mastologista que lhe pediu biópsia da papila. A imagem da biópsia é mostrada na figura B. Qual a hipótese diagnóstica e possível tratamento?



- A. Ectasia ductal com processo infeccioso.
- B. Adenoma mamilar.
- C. Eczema mamilar.
- D. Doença de Paget in situ.

QUESTÃO 43.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 34 anos, G1P1C1, ciclos menstruais normais, apresentou carcinoma ductal de mama, T2N1M0, com perfil imunohistoquímico compatível com Luminal B híbrido (CERB B2 positivo). Foi submetida a quimioterapia neoadjuvante e em seguida submetida a mastectomia e linfadenectomia axilar, sendo 3 de 18 gânglios positivos. Na sequência foi submetida a radioterapia. Em sua história pessoal, refere que teve tratamento prévio por pólipos com hiperplasia endometrial com atipia moderada. Qual a orientação para a terapia anti-hormonal desta paciente?

- A. Não há indicação de tratamento anti hormonal.
- B. Iniciar tratamento com Moduladores Seletivos do Receptor do Estrogênio (SERM)
- C. Iniciar análogos de GnRH juntamente com inibidor de aromatase.
- D. Pode ser dispensada por ser Luminal B.

**QUESTÃO 44.**

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 61 anos apresenta fluxo papilar serosanguinolento, unilateral, uniductal e espontâneo há 4 meses na mama esquerda. Exame físico das mamas é normal, com exceção da presença do fluxo papilar. A mamografia mostra uma área de microcalcificações pleomórficas e agrupadas em quadrante súpero-lateral da mama direita com distribuição segmentar. Qual a melhor conduta para a elucidação diagnóstica?

- A. Exérese cirúrgica da unidade mamária.
 - B. Biópsia percutânea vácuo assistida.
 - C. Enviar citologia do fluxo para análise.
 - D. Biópsia cirúrgica após localização com fio metálico.
-

QUESTÃO 45.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Após cirurgia conservadora por câncer de mama com biópsia do linfonodo sentinela negativa, o resultado anatomopatológico foi compatível com carcinoma ductal invasor com 1,4 cm no maior diâmetro com carcinoma ductal in situ associado e com perfil imunohistoquímico Luminal A. O laudo mostra ainda uma nota referindo que o carcinoma ductal in situ dista menos de um milímetro da margem lateral. Diante deste resultado qual a conduta?

- A. Ampliar a margem cirúrgica comprometida.
 - B. Realizar mastectomia por não conseguir margem segura.
 - C. Indicar mastectomia por ser tumor multicêntrico.
 - D. Encaminhar para radioterapia com "boost" no leito tumoral.
-

QUESTÃO 46.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 47 anos, G2P2A0, refere que percebeu nódulo em mama esquerda há 3 anos, pequeno (4cm). Informa que naquela ocasião passou em consulta médica e foi lhe dito que era um nódulo benigno. Refere ainda que naquela ocasião não fez exames de imagens por não estar em faixa etária para rastreamento mamário. Relata que nos últimos 6 meses houve crescimento importante do nódulo, que provocou a deformidade do contorno da mama, conforme apresentado na figura A. Na consulta atual foi lhe solicitado uma mamografia, cuja imagem está representada na figura B. A core biópsia mostra estroma mamário hiper celular com 3 mitoses por campo de grande aumento. Qual a hipótese diagnóstica mais provável e possível tratamento?



- A. Tumor filoides (phyllodes) e mastectomia.
- B. Doença cística da mama e seguimento com imagens.
- C. Adenose esclerosante e exérese dos nódulos.
- D. Fibroadenoma intracanalicular e seguimento clinico com imagens.

QUESTÃO 47.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 37 anos, em atendimento numa unidade básica de saúde, queixa-se que notou um nódulo na mama direita há 4 meses, que está aumentando de tamanho. Ao exame das mamas: palpa-se nódulo com mais de 4 cm no maior diâmetro, consistência firme e limites bem definidos em mama D. Indicada aspiração com agulha fina, com saída de um líquido amarelado. Qual das condutas abaixo é a mais adequada no momento?

- A. Parar a aspiração, enviar o conteúdo para análise citológica e solicitar ultrassonografia.
- B. Parar a aspiração e encaminhar a paciente para um serviço de referência.
- C. Continuar a aspiração até o esvaziamento máximo da lesão e enviar o material para análise citológica.
- D. Continuar a aspiração até o esvaziamento completo da lesão e desprezar o material.

QUESTÃO 48.

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 47 anos de idade, G4P4A0, tabagista e sem outras comorbidades refere aparecimento de nódulo doloroso em região periareolar da mama direita há 4 dias. Refere que há algumas horas houve drenagem de secreção purulenta. Tem antecedente familiar positivo para câncer: tia paterna com câncer de ovário aos 67 anos de idade e mãe com câncer de mama aos 72 anos de idade. Inspeção estática representada na figura. Qual o diagnóstico mais provável?



- A. Mastite periductal.
- B. Mastite granulomatosa.
- C. Doença de Paget do mamilo.
- D. Carcinoma inflamatório.

QUESTÃO 49.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 53 anos de idade foi submetida à biópsia percutânea assistida a vácuo por microcalcificações agrupadas em mamografia de rastreamento. O procedimento removeu completamente a área com microcalcificações e o estudo histológico foi compatível com carcinoma ductal in situ de alto grau com comedonecrose. Qual das seguintes opções abaixo é a conduta mais adequada no momento?



- A. Indicar radioterapia.
- B. Repetir mamografia em 6 meses.
- C. Prescrever tamoxifeno.
- D. Indicar cirurgia.

QUESTÃO 50.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 37 anos, G5P4A1, sendo a última gestação uma mola completa. Foi submetida à curetagem uterina há 6 semanas e vem em seguimento pós-molar. As dosagens do beta-hCG semanais são: Pré-esvaziamento: 170.000 mUI/ml; Semana 1: 33.000 mUI/ml; Semana 2: 37.000 mUI/ml; Semana 3: 20.000 mUI/ml; Semana 4: 11.500 mUI/ml; Semana 5: 6.600 mUI/ml; Semana 6: 3.700 mUI/ml; A paciente queixa de desconforto em baixo ventre no momento e ao toque vaginal palpa-se uma massa móvel que ocupa toda a pelve e é indolor. O colo está fechado e não existe sangramento ativo. O abdômen é plano, normotenso e indolor à palpação. Foi realizada uma ultrassonografia pélvica cuja a imagem está representada na figura: Qual a conduta mais adequada no momento?



- A. Solicitar ressonância magnética.
- B. Vácuo aspiração intrauterina.
- C. Manter a vigilância pós molar.
- D. Laparotomia exploradora.

QUESTÃO 51.



Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 32 anos, refere que a primeira gestação evoluiu com óbito fetal com 13 semanas e cinco dias. Foi submetida a curetagem uterina, após ter expulsado feto morfollogicamente normal. Nega comorbidades ou antecedentes relevantes. Está em uso de Desogestrel (75mcg/dia) e ácido fólico. Vem para consulta três meses após o procedimento, acompanhada do parceiro, manifestando desejo de nova gestação. Casal bastante ansioso. Qual é a melhor conduta?

- A. Tranquilizar o casal e liberar para nova gestação.
 - B. Solicitar inibidor lúpico e anticorpos anticardiolipina.
 - C. Orientar a manter contracepção por mais 3 meses.
 - D. Recomendar a realização de cariótipo do casal.
-

QUESTÃO 52.

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 48 anos, G2P2, apresentou sangramento vaginal irregular e foi diagnosticada com carcinoma de colo uterino após biópsia cervical e exames de imagem. O estadiamento clínico foi realizado com exame físico e ressonância magnética pélvica, que demonstrou invasão parametrial unilateral sem envolvimento de órgãos adjacentes ou linfonodos pélvicos aumentados. Qual das seguintes opções terapêuticas é a mais indicada para essa paciente?

- A. Quimioterapia neoadjuvante.
 - B. Braquiterapia.
 - C. Quimiorradiação.
 - D. Histerectomia radical.
-

QUESTÃO 53.

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 32 anos, G0, com histórico de citologia de alto grau (lesão intraepitelial escamosa de alto grau HSIL), foi submetida a uma conização cervical. O laudo histopatológico revelou carcinoma escamoso invasor com profundidade de invasão de 2 mm, sem invasão linfovascular, e margens cirúrgicas livres de neoplasia. A paciente está assintomática e em bom estado geral. Qual é a conduta mais apropriada?

- A. Radioterapia pélvica.
 - B. Seguimento semestral.
 - C. Histerectomia simples.
 - D. Traquelectomia simples.
-

**QUESTÃO 54.**

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 54 anos, G4P4. apresenta distensão abdominal progressiva e desconforto há 6 meses. A ultrassonografia mostra uma massa anexial sólida cística de 8 cm no ovário direito e ascite. O CA-125 está elevado em 980 U/mL. A paciente é submetida a uma videolaparoscopia diagnóstica, que confirma carcinoma seroso de alto grau do ovário com implantes peritoneais de 1 cm no maior diâmetro. Qual é o próximo passo no manejo?

- A. Histerectomia e salpingooforectomia bilateral videolaparoscópica.
 - B. Encerrar a cirurgia e indicar quimioterapia neoadjuvante.
 - C. Encerrar a cirurgia e indicar radioterapia de abdômen total.
 - D. Cirurgia citorrredutora aberta seguida de quimioterapia.
-

QUESTÃO 55.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Paciente de 39 anos, G3P3A0, foi submetida a uma laparotomia por tumor de ovário. A análise intraoperatória foi compatível com neoplasia epitelial benigna. Na revisão da cavidade pélvica e abdominal não havia lesões suspeitas e o cirurgião realizou salpingooforectomia unilateral. O diagnóstico histológico definitivo foi de tumor seroso borderline de ovário estágio Ia. Qual a conduta terapêutica mais adequada no momento?

- A. Segmento clínico.
 - B. Quimioterapia adjuvante.
 - C. Histerectomia total + salpingooforectomia.
 - D. Histerectomia total + salpingooforectomia + omentectomia + linfadenectomia.
-

QUESTÃO 56.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 38 anos, com história familiar de câncer de mama foi submetida a um teste genético que identificou mutação germinativa no gene TP53 (R337H). Qual das seguintes alternativas descreve o cenário assistencial mais adequado para a paciente em questão?

- A. A mutação confere o diagnóstico da Síndrome Cowden e o rastreamento de câncer de endométrio e colorretal deve ser oferecido.
- B. A mutação confere o diagnóstico da Síndrome Li Fraumeni e o rastreamento personalizado do câncer de mama deve ser oferecido.
- C. A mutação confere o diagnóstico da Síndrome Lynch e o rastreamento de câncer de endométrio e colorretal deve ser oferecido.
- D. A mutação confere o diagnóstico da Síndrome Li Fraumeni e a ooforectomia +



mastectomia redutora de risco deve ser oferecida.

QUESTÃO 57.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 58 anos, G3P3, com menopausa há 8 anos, apresenta sangramento vaginal há 3 meses. Nega doenças crônicas conhecidas. Na ultrassonografia transvaginal o eco endometrial foi de 12 mm, e a biópsia endometrial revelou carcinoma endometriode de grau 1. A ressonância magnética pélvica não evidenciou invasão miometrial ou envolvimento cervical. Qual é a conduta recomendada?

- A. Histerectomia total com salpingooforectomia bilateral e biópsia de linfonodo sentinela
- B. Radioterapia e braquiterapia
- C. Histerectomia radical tipo III
- D. Histeroscopia cirúrgica com ablação endometrial

QUESTÃO 58.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 40 anos comparece em pronto atendimento com queixa de dor em hipogástrio, associada a sangramento vaginal em pequena quantidade há 3 meses, com aumento significativo há 1 semana. Refere que há 2 dias sente fraqueza importante com náusea e vômitos. Ao exame, apresenta-se descorada 3+/4+, FC 115 bpm, PA 90 x 50 mmHg, abdome levemente distendido, sem sinais de peritonismo. Ao exame ginecológico: colo uterino aumentado de volume, massa friável com cerca de 5 cm, com sangramento em mínima quantidade. Ao toque retal: paramétrios infiltrados bilateralmente até terço médio. Exames complementares: Hemoglobina (Hb): 5,1g/dl, creatinina: 2,5mg/ml, ureia: 100mg/ml, potássio: 5,2mEq/L. Ultrassonografia: hidronefrose moderada bilateral. Foram realizadas medidas para estabilização clínica, transfusão de hemoconcentrado, colocação de cateter duplo Je biopsia da lesão com saca bocado. Uma semana após, a paciente retorna com sintomas controlados, Hb: 8,5g/dl, creatinina: 1,2mg/ml e anatomopatológico de carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado. Qual o tratamento mais adequado?

- A. Histerectomia radical + linfadenectomia.
- B. Radioterapia com quimiossensibilização.
- C. Histerectomia simples + quimioterapia.
- D. Embolização por radiologia intervencionista.

QUESTÃO 59.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+



Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 57 anos foi submetida à histerectomia extrafascial com salpingooforectomia bilateral por diagnóstico de câncer de endométrio. O anatomopatológico descreve um carcinoma endometrial do endométrio grau 1 arquitetural e nuclear com invasão superficial do miométrio estágio IA2 (FIGO). Qual a conduta mais adequada para o manejo terapêutico neste momento?

- A. Seguimento clínico.
 - B. Realizar linfadenectomia.
 - C. Indicar braquiterapia.
 - D. Indicar radioterapia pélvica.
-

QUESTÃO 60.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 63 anos, com diagnóstico de câncer de ovário em estágio avançado, tratado com quimioterapia, apresenta quadro de distensão abdominal, vômitos e ausência de evacuações há 4 dias. Na avaliação clínica, há sinais de obstrução intestinal. A paciente tem ECOG 2 e histórico de doença cardiovascular. Qual é a conduta inicial mais adequada?

- A. Quimioterapia de resgate.
 - B. Cirurgia de emergência.
 - C. Medidas conservadoras com suporte clínico.
 - D. Videolaparoscopia diagnóstica.
-

QUESTÃO 61.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Primípara, 27 anos, no quarto dia de puerpério de parto cesárea a termo por distocia de descida, obesidade grau 3, está internada em alojamento conjunto, apresentando picos febris (temperatura oral de 38,3 - 39,1°C). Sua avaliação de escore de alerta precoce em obstetrícia (do inglês = MEOWS modified early obstetric warning score) foi 7. A avaliação sequencial dessa puérpera é:

- A. Monitorização contínua.
 - B. Avaliação horária de MEOWS.
 - C. Manter o plano de vigilância e tratamento.
 - D. Avaliação de MEOWS a cada 30 minutos.
-

QUESTÃO 62.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+



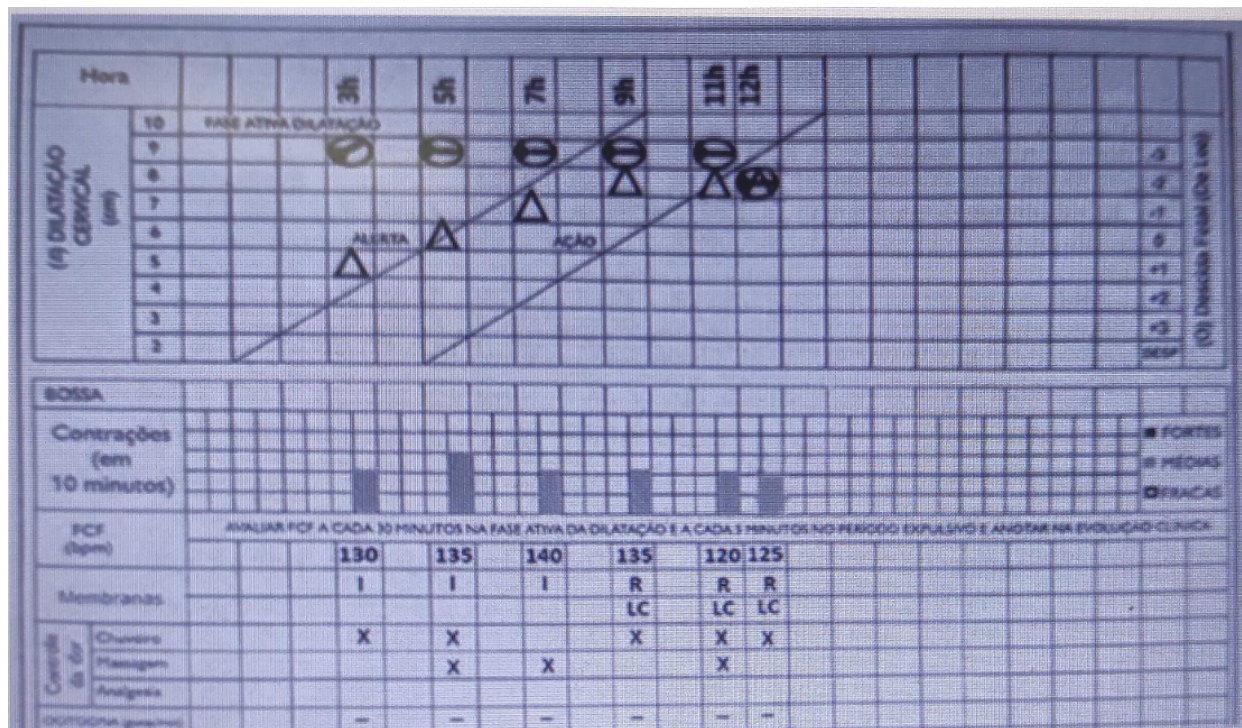
Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 39 anos, G1P1A0, no Quarto Período de Greenberg de parto normal sem intercorrências de recém-nascido a termo e saudável. Refere desejo de amamentação exclusiva. Antecedentes pessoais: Diabetes Mellitus tipo 2 com diagnóstico há 2 anos, com tratamento prévio à gestação com antidiabéticos orais. Durante a gestação apresentou adequado controle glicêmico devido boa adesão à orientação nutricional, monitorização glicêmica e insulinoterapia em esquema basa-bolus de múltiplas doses diárias. A classe de antidiabéticos orais mais adequada para ser prescrita nesse momento é:

- A. Glitazona.
- B. Inibidores da alfa-glicosidase.
- C. Inibidor da dipeptidil peptidase 4.
- D. Biguanida.

QUESTÃO 63.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Tercigesta (2 partos vaginais, com 34 e 35 semanas), 31 anos, com 38 semanas de gestação, internou em fase ativa do trabalho de parto, sem intercorrências no pré-natal. A parturiente está bem ativa, deambulando e fazendo exercícios na bola Bobath. Quer muito o parto vaginal. A evolução de seu trabalho de parto está demonstrada no partograma abaixo. Os sinais vitais maternos e vitalidade fetal são normais. Escolha a alternativa com a melhor conduta para essa parturiente, segundo as Diretrizes Nacionais e da Organização Mundial da Saúde (2020).



- A. Analgesia farmacológica de parto.
- B. Conduta expectante.
- C. Ocitocina endovenosa contínua.



D. Realizar parto cesárea.

QUESTÃO 64.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Primigesta, 28 anos, 38 semanas e 6 dias de gestação, portadora de Diabetes Mellitus tipo 2 interna em centro obstétrico para resolução da gestação. Nega perdas líquidas via vaginal. Refere boa movimentação fetal. Em uso de Insulinas Neutral Protamine Hagedorn (NPH) e Regular, em esquema de múltiplas doses diárias, para controle glicêmico durante o pré-natal. Exame físico geral e obstétrico normais para a idade gestacional. A ultrassonografia evidenciou peso fetal no percentil 75; índice de pulsatilidade da artéria umbilical no percentil 80 e da cerebral média no percentil 28; maior bolsão de líquido amniótico de 7 cm; perfil biofísico fetal de 8 em 8. Equipe indica indução de trabalho de parto, com utilização prévia de cateter balão de dilatação mecânica do canal cervical. O controle metabólico desta paciente durante a fase de maturação cervical deve ser realizado com:

- A. Metade das doses de insulina NPH e insulina regular da última prescrição do pré-natal.
- B. Um terço da dose de NPH pela manhã e administração de regular de acordo com a glicosimetria.
- C. Suspensão da insulina NPH e administração de insulina regular de acordo com a glicosimetria capilar.
- D. Mesmas doses de insulina NPH e insulina regular conforme última prescrição do pré-natal.

QUESTÃO 65.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Primigesta, 24 anos, 35 semanas de gestação, com Diabetes Mellitus do tipo 1 (DM1) há 15 anos, retorna à consulta de pré-natal sem queixas clínicas ou obstétricas. Apresenta adequada adesão ao plano nutricional, programa de atividade física, automonitorização glicêmica e insulino-terapia em esquema basal-bolus com múltiplas doses diárias, desde o início do pré-natal. Exame físico geral e obstétrico normais para o período gestacional. Sem ganho de peso materno na última semana. Dados da ultrassonografia: feto único, com peso estimado no percentil 93, índice de líquido amniótico de 27cm, índices de pulsatilidade de artérias umbilical e cerebral média nos percentis 78 e 23 para idade gestacional (respectivamente), perfil biofísico fetal 8/8. A análise do perfil glicêmico da última semana está demonstrada no quadro apresentado a seguir: Diante da situação clínica apresentada, é correto afirmar que esse feto apresenta:



	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Madrugada	72	88	99	58	98	101	118
Glicemia de jejum	97	109	101	99	92	119	123
Glicemia pré-almoço	74	111	97	61	103	98	109
Glicemia duas horas pós-almoço	121	131	127	102	137	123	128
Glicemia pré-jantar	71	109	103	71	97	102	101
Glicemia duas horas pós-jantar	128	145	124	87	131	127	132

Perfil glicêmico (valores expressos em mg/dl)

- A. Redução da bilirrubinemia.
- B. Aumento da calcemia.
- C. Aumento do número de hemácias.
- D. Redução de ácidos graxos.

QUESTÃO 66.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Primigestal, 21 anos, com 33 semanas de gestação, interna para controle dos níveis pressóricos, devido medidas elevadas na curva pressórica domiciliar. Tem o diagnóstico de pré-eclampsia devido a proteinúria de 24 horas de 800mg. Está em uso de doses máximas de alfametildopa e nifedipina. Exame físico geral sem alterações, com exceção de pressão arterial de 150X100mmHg. Exame obstétrico normal, vitalidade fetal preservada, peso fetal no percentil 8, com Dopplervelocimetria placentária e fetal normais. A melhor conduta para o caso, nesse momento é:

- A. Prescrever hidralazina endovenosa.
- B. Iniciar carvedilol via oral
- C. Repetir proteinúria 24h para guiar conduta:
- D. Resolução da gestação.

QUESTÃO 67.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+



Primigesta, 22 anos, 9 semanas de gestação, comparece em pré-natal sem queixas clínicas e obstétricas. Exame físico dentro dos padrões de normalidade para a idade gestacional. Dentre os exames complementares, observa-se tireotrofina com valor de 4,2mUI/ml. Considerando as orientações da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia Obstetrícia, a conduta adequada em relação ao presente caso é:

- A. Solicitar tiroxina livre e anticorpo antitireoperoxidase para tomada de decisão.
- B. Orientar sobre a normalidade do exame, mantendo seguimento pré-natal habitual.
- C. Prescrição imediata de levotiroxina sódica via oral diárias
- D. Manter monitorização trimestral da função tireoidiana, sem necessidade de medicação.

QUESTÃO 68.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Tercigesta, 35 anos, com 32 semanas, interna devido ao descontrole pressórico. Esta assintomática. Pressão arterial (PA) na consulta: 160x110mmHg, sem outras alterações no exame físico. Ultrassonografia obstétrica sem anormalidades. Feto reativo na cardiotocografia. Exames laboratoriais: concentração de hemoglobina=13,2g/dL, bilirrubina total=0,9mg/dL. Adicionalmente aos hipotensores via oral, foram prescritos betametasona intramuscular e hidralazina endovenosa. Após 6 horas, com PA de 140x100mmHg, os exames repetidos: hemoglobina e hematócrito ficaram mantidos, TGO=148U/L, concentração de plaquetas=95.000mm³, creatinina=1,0mg/d, bilirrubina total=1,2mg/dL. A melhor conduta para o caso é:

- A. Manter controle laboratorial a cada 6 horas.
- B. Resolução imediata da gestação.
- C. Parto após 24 horas de corticosteroides.
- D. Aumentar dose dos hipotensores via oral.

QUESTÃO 69.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Primigesta, 24 anos, sem doenças, com 34 semanas de gestação, realiza ultrassonografia com os seguintes resultados: feto com anatomia normal e peso estimado de 1920 gramas (percentil 7). Os índices de pulsatilidade das artérias umbilical e cerebral média estão nos percentis 98 e 40, respectivamente. O volume de líquido amniótico é normal. Na cardiotocografia o feto é reativo. Nesse caso, a idade gestacional prevista de resolução da gestação é:

- A. 36 semanas.
 - B. 39 semanas.
 - C. 37 semanas.
 - D. 34 semanas.
-



QUESTÃO 70.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Primigesta, 24 anos, com 36 semanas e 2 dias, portadora de Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) desde os 12 anos de idade. Em terapêutica nutricional, uso de análogos de insulinas Degludeca e Asparte e sistema de monitorização glicêmica contínua desde o início da gestação com adequada adesão. Paciente retorna à consulta de pré natal referindo que há uma semana iniciou com episódios de mal estar geral, tonturas e sudorese, que melhoram com alimentação. Exame físico geral e obstétrico dentro dos padrões de normalidade para o período gestacional. Ganho de peso semanal de 300 g. Exame ultrassonográfico realizado na consulta evidenciou peso fetal estimado no percentil 8, índice de pulsatilidade da artéria umbilical no percentil 98 e relação cerebroplacentária no percentil 3, maior bolsa de líquido amniótico de 1,8 cm e cardiotocografia com feto reativo. A análise do relatório da monitorização glicêmica contínua das três última semanas está demonstrada no quadro a seguir: Além do ajuste de insulinas e vigilância de bem-estar fetal, quando deve ser programada a resolução da gestação desta paciente?

	Três semanas atrás	Duas semanas atrás	Última semana
Tempo acima de meta glicêmica (%)	26	25	28
Tempo na meta glicêmica (%)	73	72	67
Tempo abaixo de meta glicêmica (%)	1	3	5

Relatório de monitorização glicêmica contínua

- A. 38 semanas de gestação.
- B. 37 semanas de gestação.
- C. 39 semanas de gestação.
- D. Imediatamente.

QUESTÃO 71.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - O comitê de mortalidade materna realizou a investigação de um óbito em gestante de 33 anos. G3P3A0, que faleceu por hemorragia intraparto incoercível durante a 3ª cesariana eletiva com 39 semanas gestacionais, tendo sido observado no ato operatório a imagem abaixo. Neste contexto, quais fatores de risco são os mais importantes para o rastreamento e diagnóstico desta condição?



Figura do achado intraoperatório

- A. Número de gestações e tipo de inserção do cordão umbilical.
- B. Método de concepção e localização placentária.
- C. Antecedente cirúrgico uterino e localização placentária.
- D. Uso de substâncias ilícitas e extremos de idade reprodutiva.

QUESTÃO 72.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Primigesta de 34 anos. Retorna ao pré-natal de risco habitual com o laudo ecográfico de 3º trimestre abaixo: Gestação única, tópica, de 33 semanas e 5 dias. Circunferência abdominal no percentil 15. Peso fetal estimado no percentil 8, Índice de pulsatilidade da artéria umbilical no percentil 60. Relação cérebro placentária no percentil 10. Perfil biofísico fetal: 8/8. Qual a melhor conduta para a gestante?

- A. Indicar corticosteroides e interrupção da gestação
- B. Repetir biometria e vitalidade em 1 semana
- C. Não há necessidade de investigação adicional
- D. Repetir vitalidade fetal em 2 semanas.

QUESTÃO 73.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Primigesta de 18 anos. Índice de massa corpórea 20 kg/m^2 . Retorna à unidade de saúde para segunda consulta pré-natal de risco habitual. Nega intercorrências e queixas.



Trouxe o resultado da ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre, com o seguinte laudo: Gestação única, tópica, de 12 semanas e 6 dias. Atividade cardíaca fetal presente. Translucência nucal de 1,8mm. Risco basal (pela idade materna) para aneuploidias: Trissomia 21: 1/ 800. Trissomia 13: 1/700. Trissomia 18: 1/1000. Risco corrigido (pela frequência cardíaca e translucência nucal) para aneuploidias: Trissomia 21: 1/1500. Trissomia 13 1/1800. Trissomia 18: 1/2000. Risco para pré eclampsia <37 semanas: 1/48. Qual a interpretação e aconselhamento adequados para o caso da gestante?

- A. Alto risco para aneuploidia e indicar exame invasivo.
 - B. Alto risco para pré-eclampsia e iniciar AAS e cálcio.
 - C. Risco intermediário para aneuploidias e ecografia de 2º trimestre.
 - D. Exame normal e manter pré-natal de risco habitual.
-

QUESTÃO 74.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Tercípara 35 anos, 2 partos pré-termos espontâneos por volta de 31 semanas de gestação. Nega comorbidades. Vem para primeira consulta pré-natal na Unidade Básica de Saúde assintomática, trazendo ultrassonografia mostrando gestação única, sem alterações morfológicas, de 14 semanas. Qual dentre as opções abaixo é a mais adequada no contexto de predição e prevenção de prematuridade espontânea?

- A. Seriar medidas ecográficas do comprimento cervical entre 16 e 24 semanas.
 - B. Indicar cerclagem imediata baseada na história clínica.
 - C. Medida única ecográfica do comprimento cervical entre 20 e 24 semanas.
 - D. Pré-natal de risco habitual e toque vaginal se houver contrações.
-

QUESTÃO 75.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Gestante, (31) anos, G2P1A0, com 29 semanas de gestação, vem encaminhada de unidade básica de saúde devido ao diagnóstico confirmado de portadora do vírus da hepatite B. Aqui estão os resultados dos marcadores da infecção pelo vírus da hepatite B: HBsAg positivo; HBeAg positivo; Anti-HBeAg negativo e Anti-HBcAg positivo. Baseado nestes exames escolha a melhor alternativa para essa gestante?

- A. Iniciar dolutegravir.
 - B. Solicitar novo HBeAg.
 - C. Solicitar anti HBsAg.
 - D. Iniciar tenofovir.
-

QUESTÃO 76.



Ginecologia e Obstetrícia - Quartigesta de 30 anos, com antecedente de três perdas gestacionais espontâneas com o mesmo parceiro, com 20, 19 e 18 semanas, todos precedidos por protrusão vaginal da bolsa das duas e rotura das membranas, com atividade uterina pouco sintomática. Vem para primeira consulta pré-natal com 9 semanas. Nega quaisquer sintomas ou comorbidades. Considerando a hipótese diagnóstica mais provável para o caso, qual seria a propedêutica imprescindível para decisão terapêutica?

- A. Aferição do comprimento cervical.
 - B. Triagem para síndrome dos anticorpos antifosfolipídeos.
 - C. Ultrassonografia morfológica entre 11 e 14 semanas.
 - D. Avaliação do cariótipo do casal.
-

QUESTÃO 77.

Gestante 24 anos, G3P2A0, com 12 semanas de gestação, com sorologia anti-HIV não reagente na última semana, procurou o serviço de urgência referindo que durante relação sexual há 26 horas, houve ruptura total do preservativo com ejaculado no canal anal. A paciente está muito ansiosa, pois seu parceiro vive com HIV sem tratamento e sem controle clínico e laboratorial no último ano. O teste rápido para detecção do HIV da gestante foi negativo. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Após este tempo da exposição não está mais indicada a profilaxia.
 - B. Fazer profilaxia com lamivudina, tenofovir e dolutegravir
 - C. Fazer profilaxia somente com zidovudina endovenosa
 - D. Profilaxia pós exposição não está indicada nessa idade gestacional.
-

QUESTÃO 78.

Primigesta, 22 anos, procedente de zona rural, refere contato com animais (cães e gatos) e que aprecia carne mal-passada. Começou o pré-natal com 19 semanas, detectando-se sorologia IgM/IgG positivas para toxoplasmose. Por esse motivo, foi coletado teste de avidéz de IgG e indicado uso de espiramicina oral. Qual é a conduta correta nesta consulta?

- A. Intercalar tratamento fetal com espiramicina até resultado da amniocentese.
 - B. Manter espiramicina até resultado do teste de avidéz
 - C. Prescrever tratamento fetal até resultado do teste de avidéz
 - D. Prescrever tratamento fetal e agendar amniocentese
-

**QUESTÃO 79.**

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Puérpera de parto normal sem intercorrências há 1 dia com 37 semanas, Rh negativo. Ao checar os exames colhidos na internação, constata-se pesquisa de anticorpos com resultado positivo para anti-D (títulos de 1:2). O recém-nascido é Rh positivo. Verifica-se, no cartão de pré-natal, que a paciente recebeu 300 mcg de imunoglobulina anti-D com 28 semanas. Em relação à profilaxia da isoimunização Rh, qual é a conduta?

- A. Repetir titulação de anticorpos anti-D.
 - B. Solicitar coombs direto do recém-nascido.
 - C. Aplicar dose de imunoglobulina anti-D.
 - D. Realizar plasmaférese em até 72 horas.
-

QUESTÃO 80.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

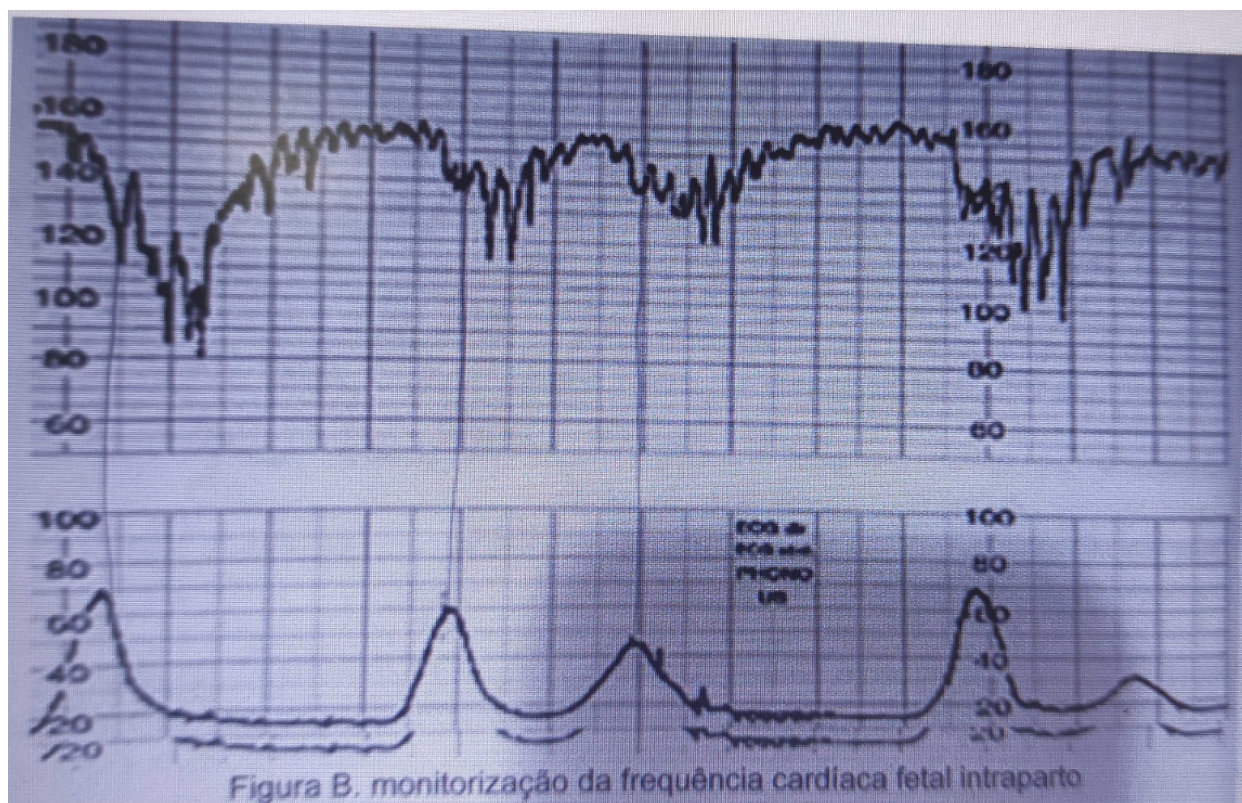
Gestante, 35 anos, comparece ao pronto atendimento da maternidade com 7 semanas de amenorreia (exame de beta-HCG positivo) e dor em fossa ilíaca direita (FID) associada a sangramento vaginal discreto. Nenhum exame de ecografia foi realizado até o momento. Ao exame físico, mucosas descoradas ++/3+ PA: 80 x 30mmHg, FC:136.bpm, afebril, fundouterino não palpável, descompressão brusca dolorosa abdominal. Especular: pequena quantidade de conteúdo sanguinolento em fundo de saco vaginal sem sangramento ativo pelo orifício externo do colo uterino. Toque vaginal: colo fechado. Além de internar a paciente, fazer expansão volêmica e considerar transfusão sanguínea. Qual é a melhor conduta?

- A. Laparotomia.
 - B. Aspiração intraútero.
 - C. Metotrexato.
 - D. Beta-hCG seriado.
-

QUESTÃO 81.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Primigesta de 18 anos, (38 semanas, pré-natal sem intercorrências em trabalho de parto com 7 cm de dilatação cervical é submetida à analgesia de parto (raquianestesia e peridural). Após analgesia verificado, PA: 90x 40 mmHg, 3 contrações em 10 minutos, colo dilatado 8 cm apresentação cefálica em -1 de De Lee, occípito-esquerda anterior, bolsa íntegra desacelerações tardias até 100 batimentos por minuto. (FIGURA).Baseado no enunciado, qual é a melhor conduta?



- A. Administrar terbutalina subcutânea e indicar parto cesárea de urgência.
- B. Realizar amnioinfusão e monitorização da frequência cardíaca fetal.
- C. Realizar amniotomia, e aplicar o vácuo extrator em plano +2 De Lee.
- D. Infundir solução 42ristaloide e posicionar em decúbito lateral esquerdo.

QUESTÃO 82.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Primigesta, 33 anos, com 25 semanas, vem para retorno pré-natal com gestação monócórionica espontânea. Nega doenças ou vícios. Há dois dias, fez ultrassonografia morfológica com os seguintes achados: fetos com anatomias normais, feto A com 670g (percentil 13) feto B com 860g (percentil 76), discordância de peso de 22% líquido amniótico e Dopplervelocimetria de artérias umbilicais e cerebrais médias normais. Os percentis de peso foram avaliados utilizando-se normogramas para fetos únicos. Qual é o diagnóstico?

- A. Sequência anemia policitemia.
- B. Crescimentos fetais adequados.
- C. Síndrome de transfusão feto fetal.
- D. Restrição de crescimento seletiva.

QUESTÃO 83.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+



Múltipara, G4P4, parto vaginal sem intercorrências há 30 minutos. Recém-nascido com peso de 4.100 gramas. Foram administrados 10 unidades de ocitocina intramuscular para profilaxia de hemorragia pós-parto. Logo após a dequitação observou-se sangramento vaginal volumoso e útero hipotônico. Até o momento já foram realizados massagem uterina bimanual, ocitocina, ácido tranexâmico e 2.500 ml de soro fisiológico (SF 0,9%). No momento, útero hipotônico, pressão arterial 90 x 50 mmHg e frequência cardíaca: 128 batimentos por minuto. Índice de choque de 1,4. Qual o manejo adequado?

- A. Metilergometrina e dois concentrados de hemácias.
- B. Pontos de B-Lynche 1000 ml de ringer lactato.
- C. Balão de tamponamento intrauterino e SF 0,9%.
- D. Misoprostol retal e 1000 ml de soro fisiológico 0,9%.

QUESTÃO 84.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

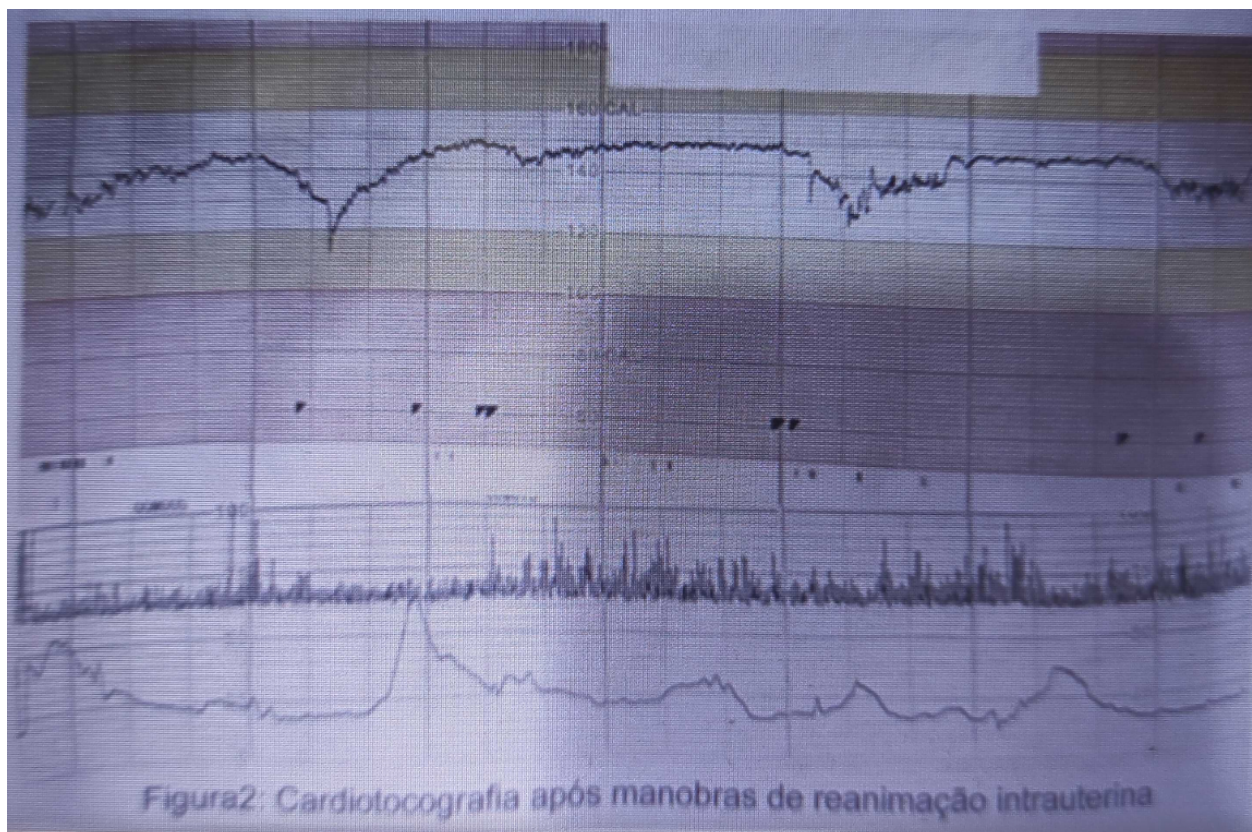
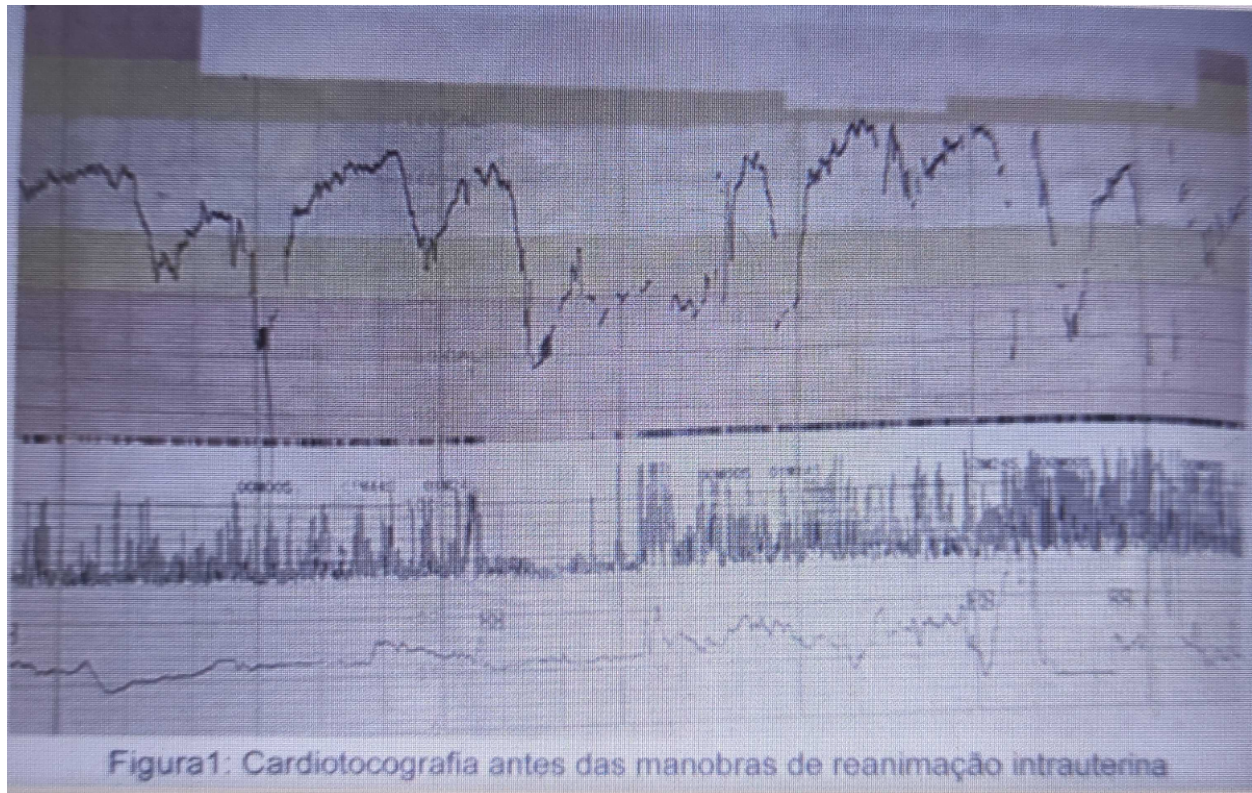
Tercigesta (G3P2A0), 33 anos, com 28 semanas de gestação, comparece para checar exames da rotina pré-natal. Não tem doenças e está assintomática. Exame físico geral e obstétrico normais. Apresenta tipo sanguíneo O negativo, Coombs Indireto positivo para anti-RhD, com título de 1/16. A gestante relata ter recebido imunoglobulina anti-RhD nas gestações pregressas. O exame obstétrico realizado hoje mostra biometria normal, peso fetal no percentil 25, maior bolsão de líquido amniótico no percentil 60, perfil biofísico fetal 8/8. Qual é a melhor conduta nesse momento?

- A. Administração de imunoglobulina anti-RhD imediatamente.
- B. Dopplervelocimetria da artéria cerebral média fetal.
- C. Repetir titulação de Coombs indireto em duas semanas.
- D. Coleta de líquido amniótico para quantificar bilirrubina fetal.

QUESTÃO 85.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Primigesta 30 anos, com 39 semanas, foi admitida para indução do trabalho de parto, por hipertensão controlada, assintomática. Exame físico geral normal. Altura uterina de 36mc atividade uterina ausente, feto com boa vitalidade. A indução foi iniciada com misoprostol e, no segundo dia, com progressão do índice de Bishop de 2 para 6, foi continuada com infusão de ocitocina. Após 4 horas, se obteve a cardiotocografia exibida abaixo (Figura 1). Foram prescrito para a mãe decúbito lateral esquerdo, oxigenação em máscara, infusão rápida de soro fisiológico e interrupção da ocitocina. A cardiotocografia obtida após 30 minutos está demonstrada na Figura 2. O exame cervical nesse momento mostrava colo centrado, curto, 7 cm, feto ODT bolsa rota. Qual é a melhor conduta nesse momento?



- A. Resolução da gestação por parto cesárea.
- B. Conduta expectante com monitorização fetal contínua.
- C. Tocólise aguda com terbutalina subcutânea.
- D. Retorno da infusão endovenosa de ocitocina.

**QUESTÃO 86.**

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Secundigesta, 27 anos, 28 semanas de idade gestacional, parceria sexual inconstante e início tardio de pré-natal. Na anamnese negou alterações clínicas compatíveis com sífilis. Sem alterações no exame físico e ginecológico-obstétrico. Exames laboratoriais: Quimioluminescência para sífilis reagente e Rapid Plasma Reagin (RPR) não reagente. Considerando as atuais diretrizes do Ministério da Saúde para o diagnóstico sorológico da sífilis, qual seria a melhor estratégia para este caso?

- A. Repetir o RPR.
 - B. Solicitar outro teste treponêmico.
 - C. Solicitar o VDRL.
 - D. Repetir a quimioluminescência.
-

QUESTÃO 87.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

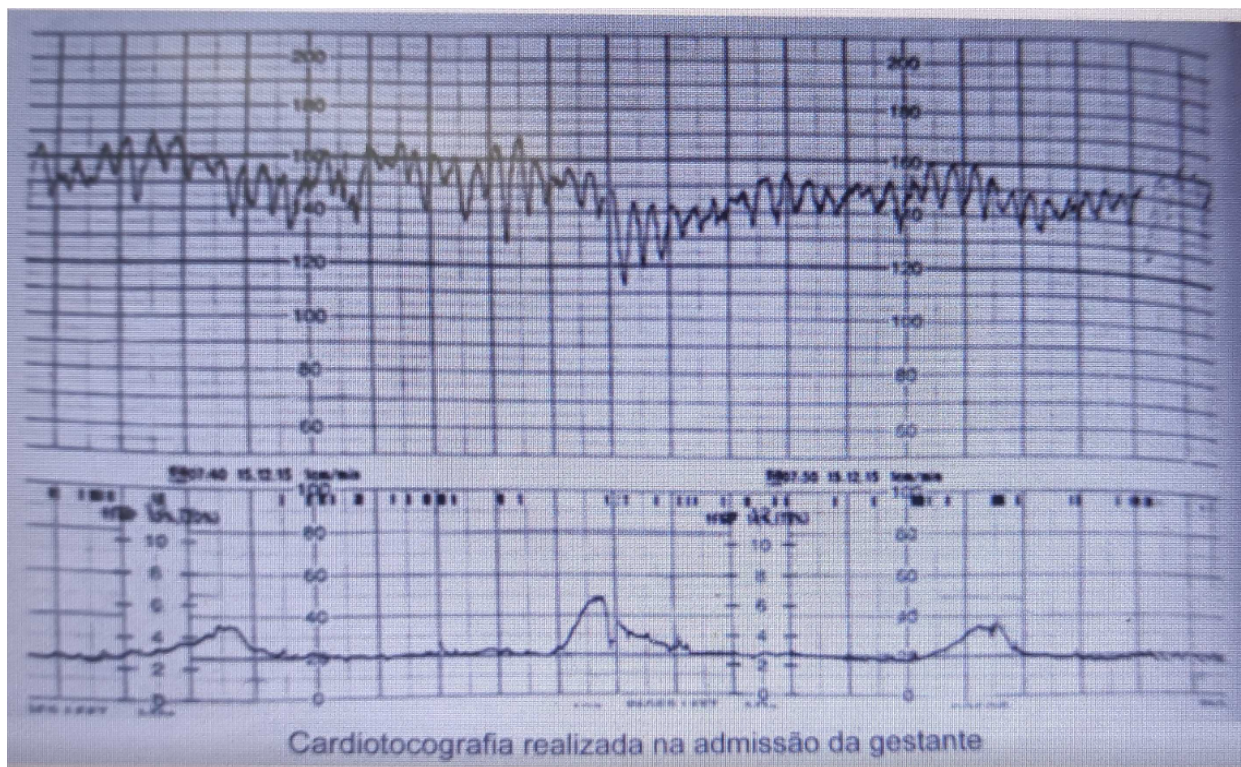
Ginecologia e Obstetrícia - Secundigesta, 24 anos, com 26 semanas, com pré-natal irregular e contrações uterinas dolorosas há um dia. Nega perdas vaginais. Ao exame, sinais vitais normais. Altura Uterina: 26cm; três contrações moderadas (3/45seg/10min), batimentos cardíacos fetais: 122 bpm; toque vaginal: colo esvaecido 60%; centralizado, 3cm de dilatação. Vitalidade fetal preservada. Informações no cartão de pré-natal: glicemia de jejum de 98mg%, diagnóstico de infecção do vírus da imunodeficiência humana há dois anos e uso irregular da terapia antirretroviral. A carga viral com 10 semanas era de 120 cópias/mL e T-CD4 de 448 cél/mL. Sem outras informações laboratoriais. Qual seria a melhor alternativa para a condução deste caso?

- A. Atosiban endovenoso e esquema antirretroviral tríplice via oral.
 - B. Betamimético endovenoso e zidovudina endovenosa.
 - C. Betamimético endovenoso e esquema antirretroviral tríplice via oral.
 - D. Atosiban endovenoso e zidovudina endovenosa.
-

QUESTÃO 88.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Secundigesta, 29 anos, com 29 semanas, chega ao pronto atendimento após acidente automobilístico. Ela estava com cinto de segurança, em veículo que recebeu colisão traseira (sic). Ela relata estar bem, nega atividade uterina ou perdas vaginais. Relata boa movimentação do feto. Seu exame físico geral é normal, com exceção de equimose em pescoço e parede abdominal. O exame obstétrico mostra útero normotenso, com dor discreta à palpação e altura de 27cm. A frequência cardíaca fetal é exibida na figura abaixo. Exame especular normal. Colo uterino longo e fechado. Qual é a conduta mais adequada para o caso?



- A. Realizar resolução imediata da gestação por parto cesárea.
- B. Realizar ultrassonografia obstétrica e Doppler de vasos fetais.
- C. Prescrever um ciclo de betametasona e atosiban endovenoso.
- D. Pesquisar a concentração de DNA fetal livre no sangue materno.

QUESTÃO 89.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Tercigesta (G3P2A0C0), 36 anos, com 33 semanas e 3 dias de gestação gemelar monoamniótica, com queixa de contrações e perda líquida via vaginal. Fazia pré-natal em outro serviço e relata ter recebido um ciclo de betametasona intramuscular há uma semana. Exame físico geral normal, altura uterina de 34cm, 2 contrações 40seg/10 minutos, ausculta fetais normais. O exame especular confirma bolsa rota. Ao toque: colo curto, dilatado 4cm, feto cefálico. Na ultrassonografia realizada com 32 semanas, os fetos tinham pesos nos percentis 42 e 11. Qual é a melhor conduta para o caso?

- A. Tocólise farmacológica e novo ciclo de betametasona.
- B. Abertura do partograma para assistência ao parto vaginal.
- C. Resolução imediata da gestação por cesárea.
- D. Ultrassonografia para confirmar concordância dos pesos fetais.

QUESTÃO 90.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+



Ginecologia e Obstetrícia - Secundigesta (G2P1A0C1), 27 anos, realiza ultrassonografia transvaginal, após 7 semanas de atraso menstrual. Esta assintomática, com exame físico normal. Os achados ultrassonográficos são os seguintes: saco gestacional tópico e único, com embrião sem visualização de batimentos cardíacos, vesícula vitelínica presente e ausência de coleções anormais. A figura abaixo mostra o comprimento crânio nádegas do embrião, compatível com a data da última menstruação. Qual é a melhor conduta para o caso?



- A. Agendar consulta para início do seguimento pré-natal.
- B. Repetir a ultrassonografia em uma semana.
- C. Realizar aspiração manual intrauterina.
- D. Prescrever misoprostol vaginal 800 µg de 4/4horas.

QUESTÃO 91.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Primigesta, 17 anos, 32 semanas e 4 dias, comparece ao pronto atendimento da maternidade apresentando sangramento vaginal escurecido PA: 150 x 100 mmHg 6 contrações uterinas em 10 minutos, palpação uterina dolorosa e frequência cardíaca fetal de 98 batimentos por minuto. O colo uterino está fechado ao toque vaginal com índice de Bishop = 1. O que deve ser realizado imediatamente?

- A. Amniotomia e penicilina cristalina.
 - B. Neuroproteção fetal e cardiotocografia.
 - C. Resolução da gestação por cesárea.
 - D. Betametasona e terbutalina subcutânea.
-

**QUESTÃO 92.**

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Multigesta (G4P2A1). 37 anos, com 32 semanas de gestação, chega em pronto atendimento referindo dor de cabeça há dois dias e, há algumas horas, está "vendo pontinhos brilhantes" e "dor na boca do estômago". Exame físico: regular estado geral, edema em mãos e tornozelos PA: 140x100mmHg. Exame obstétrico normal, com boa vitalidade fetal. Relata que na gestação anterior teve hipertensão. Em seu cartão de pré-natal, as pressões arteriais estavam normais até a última consulta, há duas semanas, cujo valor era 140x90mmHg. Qual é o diagnóstico dessa gestante?

- A. Pré-eclampsia.
 - B. Hipertensão arterial crônica.
 - C. Hipertensão crônica com pré-eclampsia sobreposta.
 - D. Hipertensão gestacional.
-

QUESTÃO 93.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Tercigesta, dois partos vaginais prévios, comparece em período expulsivo. Batimentos cardíacos fetais de 128 batimentos por minuto sem desacelerações. Toque vaginal: colo totalmente dilatado, apresentação cefálica em plano +2 de Lee, e membranas rotas. Após o desprendimento da cabeça fetal verifica-se que não ocorre o desprendimento do ombro anterior após tração habitual da cabeça fetal. Qual é a melhor conduta para este momento?

- A. Promover relaxamento uterino com anestesia geral, manobra de Zavanelli e cesárea de urgência.
 - B. Posicionar as coxas da parturiente próximas ao tronco da mesma e exercer pressão suprapúbica.
 - C. Liberar o ombro anterior fetal impactado sob o pube materno com manobra de rotação manual.
 - D. Episiotomia médio lateral e retirar o braço posterior fetal por meio de manobra manual interna.
-

QUESTÃO 94.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher (G3P3A0), está no 4º dia após parto vaginal a termo, sem intercorrências. Ela apresenta involução puerperal normal. O recém-nascido nasceu em boas condições, mas apresentou icterícia tardia com necessidade de fototerapia. A mãe apresenta tipo sanguíneo Coombs indireto negativos. Ela desconhece o tipo sanguíneo do pai de seu filho. Qual são os prováveis tipos sanguíneos materno e paterno?



- A. Mãe tipo B e pai tipo B.
 - B. Mãe tipo AB e pai tipo O.
 - C. Mãe tipo O e pai tipo AB.
 - D. Mãe tipo A e pai tipo O.
-

QUESTÃO 95.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Gestante, 38 anos, G3P1A1, 35 semanas, encaminhada para o hospital terciário com diagnóstico confirmado de dengue. Refere febre alta, mal-estar, mialgia e cefaleia intensos há três dias. Há dois dias notou redução do volume urinário e da movimentação fetal. Ao exame: paciente sem manifestações respiratórias, acianótica, desidratada, prostrada, febril (38,8° C, oral), frequência cardíaca: 110 bpm e pressão arterial: 110/60 mmHg. Hemograma com leucocitos: 2.720/mL; plaquetas: 86.000/mL; hematócrito: 48% e proteína C reativa: 8,3 mg/d. Cardiocotografia: feto ativo. Além da prescrição do antitérmico, qual é a melhor conduta adicional para esta gestante no momento?

- A. Indução do trabalho de parto e transfusão de plaquetas.
 - B. Transfusão de plaquetas e pulsoterapia de hidrocortisona.
 - C. Cesárea e opióides para analgesia pós-parto.
 - D. Hidratação e controle do hematócrito.
-

QUESTÃO 96.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Mulher de 35 anos, G2P2, vem em consulta ginecológica com queixa de alteração de humor e irritabilidade no período que antecede a menstruação. Refere apresentar mastalgia neste período do ciclo menstrual nos últimos anos, mas que intensificou recentemente. Nega cefaleia, alteração da libido ou do sono. Apresenta ciclos menstruais regulares, com fluxo normal e nega dismenorreia. Fez laqueadura tubária no último parto. Exame físico geral e ginecológico sem anormalidades. Qual a conduta antes de instituir tratamento para esta paciente?

- A. Dosar progesterona na 2ª fase do ciclo menstrual.
 - B. Não há necessidade de solicitar exames.
 - C. Solicitar FSH, TSH e Prolactina.
 - D. Realizar mamografia e ultrassom de mamas.
-

QUESTÃO 97.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+



Ginecologia e Obstetrícia - Na unidade básica de saúde, você atende uma mulher de 23 anos, GO, com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 desde os 12 anos de idade. Deseja contracepção. IMC: 31 Kg/m². PA: 110x65 mmHg. Exame ginecológico sem alterações. Exames de rastreamento recomendados para a idade: normais, com exceção de HDL: 30 mg/dL (VN > 40 mg/dL). Exames de monitoramento da diabetes mellitus: sem alterações. Veja abaixo as figuras de 1 a 4, que apresentam opções de orientação contraceptiva: Considerando os critérios médicos de elegibilidade da Organização Mundial de Saúde (OMS), 2015, qual das figuras apresenta a orientação contraceptiva mais adequada?

FIGURA 1	
PODEM SER PRESCRITOS (categorias 1 e/ou 2 da OMS)	EVITAR PRESCRIÇÃO (categorias 3 e/ou 4 da OMS)
Pílula de progestagênio	Anel
Implante de etonogestrel	Adesivo
DIU hormonal	Pílula combinada
DIU de cobre	Injetável mensal
Injetável trimestral	

FIGURA 2	
PODEM SER PRESCRITOS (categorias 1 e/ou 2 da OMS)	EVITAR PRESCRIÇÃO (categorias 3 e/ou 4 da OMS)
Pílula de progestagênio	Pílula combinada
Implante de etonogestrel	
DIU hormonal	
DIU de cobre	
Anel	
Adesivo	
Injetável mensal	
Injetável trimestral	

FIGURA 3	
PODEM SER PRESCRITOS (categorias 1 e/ou 2 da OMS)	EVITAR PRESCRIÇÃO (categorias 3 e/ou 4 da OMS)
Pílula de progestagênio	Anel
Implante de etonogestrel	Adesivo
DIU hormonal	Pílula combinada
DIU de cobre	Injetável mensal
	Injetável trimestral

FIGURA 4	
PODEM SER PRESCRITOS (categorias 1 e/ou 2 da OMS)	EVITAR PRESCRIÇÃO (categorias 3 e/ou 4 da OMS)
Pílula de progestagênio	
Implante de etonogestrel	
DIU hormonal	
DIU de cobre	
Injetável trimestral	
Anel	
Adesivo	
Pílula combinada	
Injetável mensal	

- A. Figura 1.
- B. Figura 2.
- C. Figura 3.
- D. Figura 4.

QUESTÃO 98.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Recentemente, várias sociedades médicas se manifestaram contra o uso indiscriminado de hormônio masculino por mulheres para aumento de massa muscular e outras indicações sem comprovação médica de benefício. Entretanto, diversos estudos clínicos têm sido conduzidos na tentativa de se verificar se há condições clínicas femininas que de fato se



beneficiam com o uso de androgênios exógenos. De acordo com a literatura mais atual sobre o tema, em qual das condições abaixo está comprovado o benefício do uso de testosterona em doses fisiológicas na mulher?

- A. Mulher na pós-menopausa com desejo sexual hipoativo.
 - B. Mulher no menacme com desejo sexual hipoativo.
 - C. Atleta de alta performance com baixa porcentagem de gordura corporal.
 - D. Usuária de contraceptivo de progestagênio com desejo sexual hipoativo.
-

QUESTÃO 99.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 55 anos, nuligesta, menopausada há 7 anos, sem comorbidades, sem antecedentes familiares de câncer, comparece em retorno de consulta ginecológica para checar exames solicitados. Exame físico realizado há 15 dias sem alterações dignas de nota. Exames laboratoriais de rotina normais. Laudo da mamografia descreve área de assimetria focal em região central no terço profundo de mama direita, BI-RADS 0. Paciente refere que última mamografia realizada foi há 5 anos e não tem as grafias guardadas. Qual conduta mais apropriada nesse caso?

- A. Realizar biópsia de mama por agulha grossa dirigida por imagem.
 - B. Agendar retorno em 6 meses com mamografia somente da mama direita.
 - C. Solicitar compressão localizada e ultrassonografia de mama.
 - D. Tranquilizar a paciente e agendar seguimento anual com mamografia.
-

QUESTÃO 100.

USP-RP - SP-2025-Objetiva - SP | R+

Ginecologia e Obstetrícia - Mulher de 39 anos, G4P4A0, assintomática e sem alterações no exame físico foi submetida a um teste genético por história familiar positiva para câncer de mama e foi encontrada uma mutação patogênica no gene BRCA1. Qual é a alternativa correta em relação a este caso?

- A. A história clínica e a mutação encontrada são compatíveis com a síndrome de predisposição hereditária do câncer de mama e ovário (HBOC). A paciente é candidata à cirurgia redutora de risco para mama e ovário.
- B. A história clínica e a mutação encontrada são compatíveis com a síndrome de Cowden. A paciente é candidata à cirurgia redutora de risco para mama.
- C. A história clínica e a mutação encontrada são compatíveis com Ataxia-telangiectasia. A paciente é candidata à cirurgia redutora de risco para mama.
- D. A história clínica e a mutação encontrada são compatíveis com a síndrome de Li-Fraumeni. A paciente deve ser submetida à mamografia e ultrassonografia de rastreamento.



GABARITO

1. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	26. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	51. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	76. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
2. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	27. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	52. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	77. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
3. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	28. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	53. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	78. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
4. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	29. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	54. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	79. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
5. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	30. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	55. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	80. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
6. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	31. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	56. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	81. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
7. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	32. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	57. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	82. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
8. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	33. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	58. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	83. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
9. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	34. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	59. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	84. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
10. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	35. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	60. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	85. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
11. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	36. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	61. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	86. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
12. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	37. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	62. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	87. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
13. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	38. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	63. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	88. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
14. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	39. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	64. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	89. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
15. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	40. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	65. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	90. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
16. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	41. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	66. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	91. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
17. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	42. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	67. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	92. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
18. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	43. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	68. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	93. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
19. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	44. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	69. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	94. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
20. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	45. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	70. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	95. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
21. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	46. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	71. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	96. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
22. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	47. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	72. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	97. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
23. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	48. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	73. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	98. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
24. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	49. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	74. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	99. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
25. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	50. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	75. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	100. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D



RESPOSTAS

01.	A	21.	D	41.	B	61.	A	81.	D
02.	B	22.	B	42.	D	62.	D	82.	B
03.	C	23.	A	43.	C	63.	C	83.	A
04.	A	24.	D	44.	B	64.	D	84.	B
05.	B	25.	B	45.	D	65.	C	85.	A
06.	D	26.	C	46.	A	66.	B	86.	B
07.	B	27.	A	47.	D	67.	C	87.	D
08.	C	28.	B	48.	A	68.	B	88.	B
09.	A	29.	A	49.	D	69.	C	89.	C
10.	B	30.	B	50.	C	70.	D	90.	B
11.	C	31.	C	51.	B	71.	C	91.	C
12.	A	32.	A	52.	C	72.	D	92.	A
13.	B	33.	D	53.	B	73.	B	93.	B
14.	A	34.	B	54.	D	74.	A	94.	C
15.	D	35.	A	55.	A	75.	D	95.	D
16.	B	36.	C	56.	B	76.	C	96.	B
17.	D	37.	A	57.	A	77.	B	97.	C
18.	C	38.	D	58.	B	78.	D	98.	A
19.	B	39.	C	59.	A	79.	C	99.	C
20.	A	40.	D	60.	C	80.	A	100.	A