



**ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

**CONHECIMENTOS SOBRE O SUS**

**01. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) Em relação à situação de saúde no Brasil, as medidas de morbidade e mortalidade permitem quantificar as condições de saúde da população, por meio da adoção de parâmetros. Frente a estas medidas é correto afirmar, EXCETO:**

- A) As informações de mortalidade no território brasileiro são obtidas pelo Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), que é alimentado pelas declarações de óbito, de preenchimento compulsório em todo o país, embora se identifique sub-registro de mortalidade em algumas regiões do Brasil.
- B) Na rede pública, conveniada e privada de saúde, a emissão de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) alimentam o Sistema de Informações Hospitalares (AIH), fornecendo dados que podem ser usados como indicadores do perfil de morbidade.
- C) O Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) foi criado em 1990 e objetiva coletar e processar dados sobre agravos de notificação em todo território brasileiro, fornecendo informações para análise do perfil de morbidade.
- D) Estudos domiciliares sobre morbidade possuem a vantagem de aferir a morbidade referida da população, independente de seu acesso aos serviços de saúde, embora seja necessária sua análise com cautela, uma vez que o conceito de morbidade auto-referida incorpora conceito social de doença e percepções que o indivíduo tem sobre si mesmo.
- E) O indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) considera os anos de vida perdidos a cada óbito, dando mais ênfase aos óbitos que ocorrem em idades precoces.

**02. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) A Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No que se refere a esta Rede é CORRETO afirmar:**

- A) Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas na população é um objetivo geral da Rede de Atenção Psicossocial.
- B) Os Centros de Convivência são pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Básica em Saúde.
- C) O CAPS AD atende adultos ou crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana.

D) O desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular é um dos objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial.

E) Um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial são as Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo ponto de atenção Serviços de Atenção em Regime Residencial.

**03. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) A Lei nº 8.142, de 20 de dezembro de 1990, regulamenta a participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), através dos Conselhos e Conferências de saúde. A conquista desses espaços de participação foi um fator decisivo na organização de uma institucionalidade democrática, sem a qual o direito à saúde não poderia efetivar-se como direito de cidadania. Sobre as instâncias responsáveis por essa participação e controle social, é CORRETO afirmar:**

- A) A Conferência de Saúde deve ser reunir a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.
- B) O Conselho de Saúde é uma instância colegiada com representantes dos vários segmentos sociais, cuja missão é avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional.
- C) A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, devendo ser composta principalmente por representantes de entidades e movimentos sociais tais como associações de pessoas com deficiência, organizações de moradores, entidades religiosas, dentre outras.
- D) As Conferências de Saúde devem ser convocadas pelo Poder Legislativo ou, extraordinariamente pelo Conselho de Saúde.
- E) O Sistema Único de Saúde (SUS) contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, das instâncias colegiadas Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde.

**04. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua no Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde por meio da portaria 793, de 24 de abril**



de 2012. No que se refere a esta Rede de Cuidados, marque (V) para Verdadeiro e (F) para Falso frente as assertivas:

- ( ) São componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: a) Atenção Básica; b) Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências, c) Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência e d) Centros de Atenção Psicossocial.
- ( ) O componente Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência terá como pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e contará com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando houver; e a Atenção Odontológica.
- ( ) São ações estratégicas a serem priorizadas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência pela Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, dentre outras: publicação do Caderno de Atenção Básica para o apoio aos profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência e implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência.
- ( ) Caberá ao Estado por meio da Secretaria de Saúde estadual, quando houver, a implementação e a coordenação do Grupo Condutor Municipal.

Está CORRETA a sequência:

- A) V - V - F - F.
- B) F - V - V - V.
- C) F - V - F - F.
- D) F - V - V - F.
- E) V - V - F - V.

**05. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) A portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002 versa sobre a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) 01/2002. Esta Norma amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Assim, no que se refere à NOAS-SUS 01/2002, assinale a alternativa INCORRETA:**

- A) São áreas de atuação estratégicas mínimas da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal.

- B) O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é tido como um instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.
- C) O processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI), coordenado pelo gestor municipal representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência.
- D) A Região de Saúde é tida como a base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do Estado, sendo definida pela Secretaria Estadual de Saúde de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado.
- E) A Atenção de Média Complexidade compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do território brasileiro.

**06. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) A saúde do trabalhador no SUS ocorre a partir da articulação de ações individuais de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores; ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; o conhecimento técnico e os saberes dos trabalhadores. Conforme estabelecido na Portaria nº 1.823/2012 são atribuições dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) no âmbito da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador:**

- I. Desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, assistência à saúde; vigilância à saúde dos trabalhadores e coordenação de projetos de reabilitação;
- II. Formular e propor as diretrizes da inspeção do trabalho, bem como supervisionar e coordenar a execução das atividades relacionadas com a inspeção dos ambientes de trabalho e respectivas condições de trabalho;
- III. Monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador.

**Assinale a assertiva CORRETA:**

- A) Todas as afirmações estão corretas.
- B) Apenas uma afirmação está correta.
- C) Afirmações II e III estão corretas.
- D) Afirmações I e III estão corretas.



E) Nenhuma das afirmações estão corretas.

**07. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) A Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 traz em seu artigo 3º os princípios da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Considerando esses princípios, marque Verdadeiro (V) ou Falso (F):**

- ( ) Equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde;
- ( ) Humanização da atenção, buscando-se a efetivação de um modelo centrado na coletividade, baseado nos determinantes sociais da saúde;
- ( ) Acesso e acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção;
- ( ) Respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e aos hábitos e cultura locais.

- A) V - V - V - V.
- B) V - F - V - V.
- C) V - F - V - F.
- D) F - F - V - V.
- E) F - V - V - F.

**08. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde ressalta que a sistematização da informação em saúde deve ser realizada com a finalidade de gestão, de vigilância e de atenção à saúde. Essa Política traz ações predefinidas com base em indicadores provenientes de dados informacionais em saúde. Frente a essa política a relação entre finalidade e ações predefinidas está CORRETA na alternativa:**

- A) Assistência: Contribuir para a construção de novos conhecimentos clínicos.
- B) Assistência: Atender à saúde do indivíduo enquanto direito de cidadania.
- C) Vigilância: Controlar e evitar a ocorrência de doenças, promover a saúde em escala coletiva (nos domicílios; meio urbano; meio ambiente; local de trabalho; lugares de produção e circulação de alimentos, bens e serviços afetos à saúde; etc.).
- D) Gestão: Municionar com informações estratégicas ações de participação, controle social e ouvidoria do sistema de saúde brasileiro.
- E) Vigilância: Analisar, diagnosticar e realizar monitoramento epidemiológico nos diversos territórios.

**09. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Alguns eventos e documentos merecem destaque na regulamentação e tentativas de construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) - Portaria nº 971/2006. Sobre esses aspectos históricos, assinale o item INCORRETO.**

- A) No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciaram-se a partir da década de 80, principalmente após a criação do SUS. Com centralização na tomada de decisão e a participação popular, os estados e os municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras.
- B) A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), é considerada também um marco para a oferta das Práticas Integrativas e Complementares no sistema de saúde do Brasil.
- C) A 10ª Conferência Nacional de Saúde, em seu relatório final, aprovou a “incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares”.
- D) A 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, ocorrida em 2001, merece destaque na regulamentação da PNPIC.
- E) O Relatório Final do Seminário “Águas Minerais do Brasil”, em outubro de 2005, indica a constituição de projeto piloto de Termalismo Social no SUS.

**10. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) A Política Nacional de Vigilância em Saúde, aprovada pela Resolução n. 588/2018, define diretrizes para sua execução. Assinale o item que apresenta uma dessas diretrizes:**

- A) Conhecimento do território: utilização da epidemiologia e da avaliação de risco para a definição de prioridades nos processos de planejamento, alocação de recursos e orientação programática.
- B) Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- C) Integrar as práticas e processos de trabalho das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador e da trabalhadora e dos laboratórios de saúde pública e privada, preservando suas especificidades, compartilhando saberes e tecnologias, promovendo o trabalho multiprofissional e interdisciplinar.



- D) Avaliar o impacto de novas tecnologias e serviços relacionados à saúde de forma a eliminar riscos e eventos adversos.
- E) Promover a cooperação e o intercâmbio técnico científico no âmbito nacional e internacional.

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**

**11. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) A compreensão sobre as modificações no organismo da mulher durante a gestação tem importância fundamental para diferenciar o que é normal do que é patológico, para que se possa intervir precocemente no que for necessário, prevenir doenças e promover a saúde materna e fetal, durante a assistência pré-natal. Sobre essas modificações, leia as afirmações abaixo e assinale a única opção CORRETA:**

- I. Durante a gravidez há aumento constante nos triglicérides plasmáticos e pequeno acréscimo no colesterol. O maior acúmulo de triglicérides no plasma corresponde ao VLDL.
- II. A glicosúria é fisiológica na gravidez e isso se dá em decorrência do aumento da taxa de filtração glomerular, que excede o limite de reabsorção tubular da glicose, não sendo, portanto, indicativa de diabetes na gestação assim como não deve ser utilizada como critério de rastreamento.
- III. Retenção de sódio, alteração no nível de osmolaridade, diminuição no limiar da sede e redução da pressão oncótica são alterações que determinam a retenção hídrica em gestantes saudáveis.
- IV. O início da gravidez é caracterizado por vasoconstrição periférica, consequência do aumento de óxido nítrico, produzido pelo endotélio vascular.
- V. Ao contrário das hemácias que têm sua concentração diminuída na gestação, os leucócitos têm sua concentração aumentada e podem alcançar no parto e puerpério até 20 a 30 mil/mm<sup>3</sup>. A concentração de plaquetas também apresenta pequeno acréscimo, podendo se acentuar no terceiro trimestre com trombocitose gestacional.
- A) Todas as sentenças estão corretas.
- B) As sentenças I, II e III estão corretas.
- C) Somente as sentenças I e II estão corretas.
- D) Somente as sentenças I e IV estão corretas.
- E) Somente as sentenças II e III estão corretas.

**12. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) C.S.A, 14 anos de idade, negra, estudante do oitavo ano do ensino fundamental, mora com a mãe de 29 anos, que trabalha como faxineira, e com seus quatro irmãos, numa casa de quatro cômodos. Compareceu à unidade da Estratégia Saúde da Família para iniciar o pré-natal, portando um exame de beta-hCG positivo. G1P0A0, DUM: 22/08/2024, peso: 48 quilos, altura: 1,44 metros, PA: 110 X 70 mmHg, Tax: 36,4°C, SpO<sub>2</sub>: 98%, sem história de comorbidades ou queixas no momento. A adolescente menciona que a gestação foi fruto de um relacionamento já finalizado com um garoto de 15 anos. Também expõe que a gravidez não é desejada por ela nem por sua mãe e que ainda não contou para o antigo namorado. Diante do caso apresentado, como o enfermeiro pré-natalista estratificaria o risco dessa gestação na primeira consulta e como se daria o acompanhamento dentro da Rede de Atenção em Saúde? Marque a única alternativa CORRETA:**

- A) Alto risco; acompanhamento em ambulatório pré-natal de alto risco ou ambulatório de pré-natal especializado.
- B) Risco intermediário; acompanhamento na Atenção Primária à Saúde com apoio de equipe multiprofissional ou com apoio de ambulatório do pré-natal de alto risco.
- C) Risco habitual; acompanhamento na Atenção Primária à Saúde com consultas intercaladas entre médico e enfermeiro.
- D) Baixo risco; acompanhamento na Atenção Primária à Saúde com as consultas realizadas pelo médico.
- E) Alto risco; acompanhamento em ambulatório pré-natal de alto risco, mas mantendo-se a rotina de acompanhamento na Atenção Primária à Saúde.

**13. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) Sobre a ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF), marque a alternativa INCORRETA:**

- A) Os batimentos são mais facilmente audíveis no foco máximo de auscultação, isto é, no coração fetal, correspondendo à altura da quinta vértebra dorsal fetal.
- B) Na apresentação cefálica, o foco máximo de ausculta se encontra nos quadrantes inferiores do abdome materno, à esquerda ou à direita, conforme a posição.
- C) Na apresentação cômica, o foco máximo de ausculta encontra-se na linha média, junto à cicatriz umbilical.
- D) O examinador deve prestar atenção à possibilidade de confusão com os batimentos maternos, motivo pelo qual se preconiza contar sempre as pulsações da gestante, para se ter certeza de que se tratam de ruídos fetais. Os batimentos fetais nunca são isócronos com o pulso materno.



E) No adulto, cada batimento esfíngmo traduz uma revolução cardíaca com duas bulhas (sistólica e diastólica). No feto, entretanto, ouve-se uma só em cada revolução.

**14. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) São recomendações coerentes que devem ser adotadas durante a assistência à gestante durante o pré-natal, EXCETO:**

- A) A higiene dos dentes e das gengivas é indispensável, portanto, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de patologias orais não devem ser adiados em função da gravidez.
- B) Banhos de imersão e saunas devem ser evitados no primeiro trimestre, em função de a exposição materna ao calor estar associada ao aumento do risco de defeitos do tubo neural.
- C) Não há qualquer contraindicação à atividade sexual, na gravidez que transcorre normalmente; mas deve ser evitada em casos de ameaça de abortamento e de parto prematuro, na presença de sangramento vaginal e na rotura prematura de membranas ovulares.
- D) Não há evidência de que o uso de aspartame, sucralose, acessulfame-K ou esteviosídeo por mulheres grávidas aumente o risco de teratogenicidade, por isso não há motivo para desaconselhar o uso de adoçantes.
- E) Deve ser estimulado o uso de roupas que protejam as áreas corporais mais expostas, assim como o uso de repelentes, com o intuito de evitar arbovirose transmitidas por mosquitos. Dentre os repelentes disponíveis no mercado, o à base de DEET (N, N-dietil-3-metilbenzina) não deve ser utilizado no primeiro trimestre, por representar risco potencial ao feto.

**15. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) Em 2013, o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) redefiniu o termo “gravidez a termo”. Sobre esta redefinição, marque a alternativa CORRETA:**

- A) Termo-precoce: 37 semanas e 0 dia a 37 semanas e 6 dias;
- B) Termo-completo: 39 semanas e 0 dia a 40 semanas e 0 dia;
- C) Termo completo: 40 semanas e 0 dia a 41 semanas e 6 dias;
- D) Termo-tardio: 41 semanas e 0 dia a 41 semanas e 6 dias;
- E) Pós-termo: > 42 semanas.

**16. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) O líquido amniótico (LA) é um componente importante do ambiente intra-uterino para o adequado desenvolvimento fetal. Sobre a fisiologia do líquido amniótico, avalie as afirmativas abaixo e marque a única alternativa CORRETA:**

I. O principal elemento a compor o LA é a urina fetal, cuja produção se inicia com 11 semanas de gestação; e a principal via de absorção é a deglutição fetal, observada entre 15 e 16 semanas.

II. O índice de líquido amniótico (ILA) é o valor obtido através do somatório das colunas verticais máximas de LA, livre de partes fetais e do cordão umbilical, dos quatro quadrantes do abdome materno.

III. O maior bolsão vertical (MBV) é medido de acordo com a máxima coluna vertical de LA, livre de partes fetais e de cordão. São consideradas normais as medidas de 8 a 25 centímetros.

IV. O ILA tem a vantagem de ser simples e reprodutível, considerado o melhor método para avaliação das gestações múltiplas. É o método de rastreamento para identificar oligodramnia e polidramnia.

V. Incluem-se como condições maternas e fetais associadas à oligodramnia: rotura prematura de membranas ovulares, insuficiência placentária, malformações fetais que cursam com obstrução do trato urinário, fissura palatina e aneuploidias.

- A) Todas as sentenças estão incorretas.
- B) Somente as sentenças I e III estão corretas.
- C) Somente a sentença I está correta.
- D) As sentenças I, II estão corretas.
- E) As sentenças III, IV e V estão corretas.

**17. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) Mulher grávida com 34 semanas de idade gestacional foi diagnosticada com sífilis latente. Assinale a alternativa que contém o esquema terapêutico recomendado:**

- A) Penicilina G benzatina, 2.400.000 UI, IM, 1.200.000 UI em cada região glútea, dose única.
- B) Penicilina G benzatina, 1.200.000 UI, IM, na região glútea por semana, durante 3 semanas.
- C) Penicilina G benzatina, 1.200.000 UI, IM, na região glútea, dose única.
- D) Penicilina G benzatina, 2.400.000 UI, IM, 1.200.000 UI em cada região glútea por semana, durante 3 semanas.
- E) Penicilina G benzatina, 2.400.000 UI, IM, 1.200.000 UI em cada região glútea por semana, durante 4 semanas.

**18. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) A Organização Mundial da Saúde (OMS) define parto normal como aquele “espontâneo no início, baixo risco no desencadeamento do trabalho de parto e assim persistindo durante todo o parto. O feto nasce espontaneamente em apresentação**



**cefálica de vértice entre 37 e 42 semanas de gravidez...” Quanto à assistência ao parto normal, com base em evidências científicas, julgue as afirmações colocando V, para as verdadeiras e, atribuindo F, para as falsas:**

- ( ) Parturientes de baixo risco podem e devem se alimentar de líquidos claros. É preciso ter cuidado na identificação da população de alto risco para aspiração, como mulheres obesas, com pré-eclâmpsia/eclâmpsia, as quais podem se beneficiar com estratégias como analgesia peridural, uso de inibidores de bomba de prótons, antagonistas H2 e metoclopramida para melhorar a acidez gástrica.
- ( ) O uso de ocitocina para tratar a hipoatividade uterina no primeiro período do parto, utilizada precocemente para essa finalidade, deve ser cauteloso, individualizando-se os casos, conforme as características e expectativas das parturientes. Vale lembrar o preceito de Greenhill com relação ao ocitócito: “é substância mais perigosa que a dinamite”.
- ( ) A OMS e o Ministério da Saúde do Brasil recomendam o monitoramento fetal contínuo para avaliação da vitalidade do concepto, durante a fase ativa do trabalho de parto, em mulheres de baixo risco.
- ( ) A utilização de partograma com linha de ação traçada com 2 horas, demonstrou maior frequência de utilização de ocitocina e, quando se comparou linha de ação traçada com 3 horas *versus* 4 horas, a taxa de cesariana foi mais alta para linha de ação com 3 horas.
- ( ) A adoção de posições verticais no período expulsivo, a saber: sentada, ajoelhada, quatro apoios, semissentada, de cócoras, outras), esteve associada nos estudos, com: efeito da gravidade, menor compressão da aorta e da cava, maior eficiência da contratilidade uterina e, alinhamento do feto com a pelve.

- A) F - V - F - V - V.
- B) V - F - F - V - V.
- C) V - V - F - F - F.
- D) F - F - V - F - V.
- E) F - V - F - V - F.

**19. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) A contratilidade uterina é o fenômeno mais importante/necessário de avaliação no trabalho de parto. As bases fisiológicas que definem o comportamento da contração uterina na gravidez, parto e pós-parto, provém, majoritariamente, das pesquisas realizadas por Alvarez & Caldeyro-Barcia (1948), na Escola Uruguia de Obstetrícia, Montevideu. Analise as afirmações abaixo, as quais apresentam as bases fisiológicas da contração uterina e, aponte a alternativa que trata desses fenômenos de forma equivocada:**

- A) O útero quiescente depende da atuação da progesterona, por sua propriedade de consolidar as ligações do cálcio no retículo sarcoplasmático, reduzindo assim a fração livre disponível de cálcio intracelular e, conseqüentemente, elevando o limiar de excitabilidade da fibra miométrial.
- B) As células musculares uterinas comunicam-se entre si, via conexões proteicas denominadas *gap junctions* (conexinas), que facilitam a sincronização e a transmissão dos estímulos eletrofisiológicos da contração.
- C) As células musculares miométriais possuem como características principais: uma alta sensibilidade a estímulos dolorosos, a excitabilidade, a capacidade elástica, a tonicidade e a capacidade contrátil.
- D) As contrações uterinas na gestação são de dois tipos: de alta frequência e baixa amplitude (tipo A), com intensidade entre 2 a 4 mmHg; e de alta amplitude (contrações de Braxton Hicks ou tipo B), cuja intensidade é de 10 a 20 mmHg, que se difundem de forma parcial ou total pelo útero.
- E) A intensidade de cada contração é dada pela elevação que ela determina na pressão amniótica acima do tônus uterino, sendo que este último elemento, representa a menor pressão entre duas contrações uterinas.

**20. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) A bacia obstétrica ou pelve menor ou ainda, escavação, é a que fica situada entre o estreito superior e o inferior. O seu exame compreende a avaliação dos estreitos, diâmetros, planos paralelos, arco anterior eixo e inclinação. Os estreitos são planos que podem dificultar a progressão do concepto. Admite-se, a inexistência de anormalidades nos estreitos quando:**

- A) O estreito inferior é constituído por dois triângulos que têm o diâmetro bituberoso como base comum. Quanto maior o ângulo da arcada púbica, melhor será a adaptação do feto e menor será a solicitação perineal.
- B) No estreito superior, existe o conjugado verdadeiro ou obstétrico (12 cm), no sentido anteroposterior, que vai do meio do promontório ao ponto mais saliente da face posterior da sínfise púbica, que é o ponto retróinfisário de Crouzat.
- C) No estreito inferior, o cóccix subpúbico (9 cm), também conhecido como *conjugata exitus*, vai da borda inferior da sínfise púbica à ponta do cóccix e, tem direção anteroposterior. No período expulsivo, por ocasião do desprendimento, aumenta 2 cm.
- D) O estreito superior é avaliado indiretamente pela medida da *conjugata diagonalis*, de cujo valor reduzido de 1,5 cm (relação de Smellie) se obtém a *conjugata vera obstétrica*, através do toque vaginal.



E) A bacia ginecoide tem forma arredondada, o diâmetro transverso é levemente maior que o anteroposterior. A arcada púbica é larga e as espinhas isquiáticas, pouco salientes.

**21. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) Os parâmetros tradicionalmente utilizados na obstetrícia moderna para o acompanhamento da evolução do trabalho de parto, em especial, no que se refere à avaliação da dilatação cervical e duração do trabalho de parto, foram reconsiderados a partir dos resultados publicados no *Consortium on Safe Labor* (Zhang et al., 2020). A produção científica intitulada: “*Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes*”, publicada no final do ano de 2010, merece a leitura atenta dos profissionais que atuam na assistência ao parto, como os são, os enfermeiros (as) obstetras. EXCEPCIONALMENTE, a publicação acima referida, contextualiza e/ou revela:**

- A) O artigo aponta o desafio científico para a definição precisa de parâmetros que afirmem um trabalho de parto como prolongado ou anormal, tendo sido postulado por Friedman (1954), como uma dilatação cervical  $< 1,2$  cm/h em nulíparas e,  $< 1,5$  cm/h em múltiparas, em fase ativa de trabalho de parto, como também, a inexistência de alteração cervical por período  $> 2$  horas, na presença de contrações adequadas.
- B) Os dados publicados por Zhang et al., 2010, afirmam que “O trabalho de parto pode levar mais de 6 horas para progredir de 4 cm para 5 cm e mais de 3 horas para progredir de 5 para 6 cm de dilatação.”
- C) Os dados publicados por Zhang et al., 2010, também observaram que: “somente após 6 cm de dilatação cervical, as múltiparas apresentaram parto mais rápido do que as nulíparas”.
- D) Os dados publicados por Zhang et al., 2010, sugerem que a fase ativa não inicia antes dos 6 cm de dilatação cervical, ideia aceita e materializada em muitos conceitos, em estudos anteriores ao *Consortium on Safe Labor*.
- E) Os dados publicados por Zhang et al., 2010, sinalizam para o fato de que, “nenhuma mudança apreciável na dilatação cervical por 4 horas, pode ser normal no início do trabalho de parto, mas provavelmente, o mesmo parâmetro não pode ser utilizado, como normalidade, após 6 cm de dilatação.”

**22. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) A doença hemolítica perinatal (DHPN) ocorre em função da produção de anticorpos maternos contra antígenos presentes no sangue fetal, secundário a algum tipo de incompatibilidade sanguínea materno-fetal. Segundo o Rezende Filho et al. (2022), a profilaxia com a imunoglobulina anti-Rh está indicada em todos os casos de mulheres Rh (-) com**

**Coombs indireto negativo até 72 horas, exceto nos casos de:**

- A) Mola hidatiforme completa.
- B) Mola hidatiforme parcial.
- C) Abortamento.
- D) Prenhez ectópica.
- E) Mulheres que se submetem à laqueadura tubária.

**23. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) Em mais de 95% dos partos a termo a apresentação é cefálica e, no momento da expulsão, a cabeça fetal se encontra na variedade de posição occipitopubiana, que em geral, possibilita que o desprendimento aconteça espontaneamente. Todavia, cerca de 5% das apresentações cefálicas podem ser consideradas anômalas, configurando-se como distócicas. Assinale a apresentação cefálica distócica que apresenta o pior prognóstico para o parto vaginal no momento da insinuação:**

- A) Defletida de 1º grau ou apresentação de bregma.
- B) Defletida de 2º grau ou apresentação de fronte.
- C) Defletida de 3º grau ou apresentação de face.
- D) Occipitoposteriores.
- E) Occipitoanteriores.

**24. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) A pré-eclâmpsia/eclâmpsia é a principal causa direta de morte materna no Brasil. A etiologia dessa condição permanece não totalmente elucidada. Fatores ligados à angiogênese no território uteroplacentário são aventados nas teorias que tentam elucidar a etiologia da pré-eclâmpsia. Pode-se afirmar CORRETAMENTE, sobre os mecanismos implicados na teoria dos fatores angiogênicos:**

- A) O sFlt1 (*soluble FMC-like tyrosine kinase 1*) é uma proteína solúvel que exerce atividade angiogênica ligando-se aos fatores angiogênicos (VEGF – *vascular endothelial growth factor* e PlGF – *placental growth factor*, impedindo sua atividade biológica.
- B) O VEGF e o PlGF são potentes estimuladores da expansão vascular, sendo que estudos apontam que mulheres com pré-eclâmpsia apresentam níveis mais baixos destes fatores e do sFlt1, várias semanas antes do aparecimento da pré-eclâmpsia e, correlacionam-se com a sua gravidade.
- C) Na gestação que cursa sem pré-eclâmpsia, o PlGF aumenta e o sFlt1 pouco altera até a 29ª/32ª semana de gestação. A partir dessa fase, ocorrem queda do PlGF e aumento do sFlt1.
- D) A disfunção das células endoteliais observada na pré-eclâmpsia, poderia em parte, ser atribuída à inibição da via de sinalização celular do sFlt1.



- E) O VEGF é bem conhecido por suas propriedades anti-angiogênicas, associadas à inibição de moléculas como o óxido nítrico (NO) e as prostaglandinas (PGI<sub>2</sub>), diminuídas na pré-eclâmpsia.
- 25. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) Em 2017, Rolnik e colaboradores publicaram um estudo multicêntrico AS-  
PRE TRIAL – Combined Multi-Marker Screening and  
Randomised Patient Treatment with Aspirin for Evidence  
Based Pre-eclampsia Prevention), no qual pacientes de  
risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia foram  
randomizadas para receber 150 mg por dia de ácido  
acetilsalicílico (AAS) ou placebo desde o final do 1º tri-  
mestre até a 36ª semana de gestação. A partir desses  
resultados, corroborados por diversas diretrizes inter-  
nacionais, no que diz respeito às recomendações para  
prevenção de pré-eclâmpsia (PE), é INCORRETA a  
afirmação:**
- A) Os resultados mostraram que o AAS foi capaz de reduzir a incidência de pré-eclâmpsia com critérios de gravidade e precoce em 80% a 90%, mas não a da pré-eclâmpsia tardia.
- B) O uso do AAS, na dose de 100 a 150 mg/dia está recomendado, a partir de 11 a 14 semanas, mantendo-se até 36 semanas, para gestantes classificadas como alto risco, no rastreamento combinado (antecedentes maternos, pressão arterial média, índice de pulsatilidade de artérias uterinas e dosagem de PIGF – *placental growth factor*).
- C) A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a ingestão de cálcio suplementar (1,5 a 2,0 g/dia), em áreas de baixa ingestão (< 900 mg/dia) desse elemento, recomendação ancorada em revisão da Cochrane (2018), a qual demonstrou redução de 78% do risco de PE, em mulheres de alto risco.
- D) O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) recomenda o uso de AAS em baixas doses iniciado necessariamente, antes de 16 semanas, baseado em fatores de risco clínicos para PE.
- E) A *The International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy* (ISSHP) recomenda atividade física (exercício aeróbico, flexibilidade e força), por 50 minutos, três vezes por semana, como estratégia de prevenção da hipertensão na gravidez.
- 26. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) Podemos identificar uma grande variedade de fatores de risco para a hemorragia pós-parto. No entanto, de maneira geral, a identificação de fatores de risco consegue predizer somente 40% dos casos. Desse modo, a OMS recomenda a profilaxia medicamentosa em todas as situações, seja parto vaginal ou cesariana. Assinale a alternativa correta que consta o medicamento de primeira escolha, sua dose e sua via para profilaxia da hemorragia pós-parto:**
- A) Ergometrina 1 mg, via oral.
- B) Misoprostol 5 µg, via oral.
- C) Misoprostol 5 µg, via vaginal.
- D) Ocitocina 5 UI, via intramuscular ou intravenosa.
- E) Ocitocina, 10 UI, via intramuscular ou intravenosa.
- 27. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) O puerpério, também denominado período pós-parto ou pós-natal, é o período que sucede o parto e, sob o ponto de vista fisiológico, compreende os processos involutivos e de recuperação do organismo materno após a gestação. O tempo decorrido do 1º ao 10º dia pós-parto é denominado:**
- A) Período de Greenberg.
- B) Pós-parto imediato.
- C) Pós-parto tardio.
- D) Pós-parto remoto.
- E) Quarto trimestre.
- 28. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) A discussão sobre planejamento reprodutivo deve ser iniciada preferencialmente no pré-natal, com informações e esclarecimento sobre os planos reprodutivos futuros da mulher e sobre métodos contraceptivos. Com relação à contracepção no pós-parto, marque a alternativa INCORRETA:**
- A) A ovulação pode ocorrer precocemente, em torno de 25 dias pós-parto, sendo mais comum em mulheres que não estão amamentando. Pode ocorrer mesmo sem o retorno da menstruação.
- B) O risco de doença tromboembólica venosa em puérperas está aumentado em relação às mulheres não grávidas, por este motivo os anticoncepcionais combinados devem ser evitados neste período.
- C) No pós-parto, a preferência é pelas pílulas de progesterona, que não prejudicam a amamentação nem elevam o risco de doença tromboembólica venosa, tanto em lactantes como em não lactantes.
- D) O DIU de cobre ou de progesterona é uma boa opção para contracepção no pós-parto, desde que sejam respeitadas as principais contraindicações (infecção intrauterina, hemorragia pós-parto, inserção imediata pós-cesariana e sepse puerperal).
- E) A mulher precisa ser orientada sobre os riscos do pequeno intervalo interpartal (menos de 18 meses) e suas implicações, como por exemplo, recém-nascido pequeno para idade gestacional e parto pré-termo.



**29. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) A sepse representa a terceira causa direta de morte materna no mundo. As recomendações mais atuais modificaram o manejo da sepse na gestação. O quick SOFA (qSOFA) é uma versão modificada do escore SOFA (Sequential Organ Failure Assessment). Admite-se que, uma variação aguda de dois ou mais pontos nesse escore define a disfunção orgânica ameaçadora à vida. Em relação à população obstétrica, é possível afirmar:**

- A) A elevação da temperatura acima de 38°C representa dois desvios padrões acima da média térmica encontrada no 2º e 3º trimestres da gestação e durante o trabalho de parto, não devendo ser portanto, fator de confusão com parâmetros fisiológicos da gravidez.
- B) Adaptações gestacionais aos produtos da concepção tendem a aumentar a ocorrência de febre durante a gestação, na presença de processos inflamatórios/infecciosos, com liberação de IL-1, IL-6, TNF- $\alpha$  e interferona, com estimulação do centro termorregulador do hipotálamo, acarretando a elevação da temperatura.
- C) No manejo atual da sepse, o tempo de início da terapia antimicrobiana tem correlação diretamente proporcional com a mortalidade materna, devendo ser implementado no “pacote de 1 hora”, logo após as coletas das culturas.
- D) Dentre as particularidades do manejo da sepse na gestação, recomenda-se que a saturação materna seja mantida acima de 94%, limiar ideal para adequada oxigenação do feto.
- E) O escore SOFA atribui pontuações à disfunção renal, a partir do parâmetro de dosagem de creatinina < 1,2 mg/dL e, débito urinário < 300mL/24h.

**30. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2024) A notificação compulsória do óbito materno foi instituída pelo Ministério da Saúde em todo o Brasil por meio da Portaria nº 653, de 28 de maio de 2003, de modo a viabilizar a investigação de determinantes e suas possíveis causas, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas ocorrências. Assinale a alternativa que contém o conceito de óbito materno:**

- A) Óbito de uma mulher por causas obstétricas (diretas ou indiretas) ocorrido com mais de 42 dias, mas com menos de 1 ano após o término da gravidez (puerpério tardio).
- B) Morte de uma mulher enquanto grávida ou dentro de 42 dias do término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa de morte.
- C) Óbito de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de até 42 dias após seu término, independente de sua duração ou localização, em razão de qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação à ela, porém não em razão de causas acidentais ou incidentais.

- D) Óbito de uma mulher por causas obstétricas (diretas ou indiretas) 1 ano ou mais após o término da gravidez.
- E) Óbito de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de até 42 dias após seu término, independente de sua duração ou localização, em razão de qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação à ela, incluindo as causas acidentais ou incidentais.