



**PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2021**

BOLETIM DE QUESTÕES

Nome: _____ N.º de Inscrição: _____

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL
ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

ENFERMAGEM

LEIA COM MUITA ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES SEGUINTE.

- 1 Confira se o Boletim de Questões que você recebeu corresponde a especialidade a qual você está inscrito, conforme consta no seu cartão de inscrição e cartão-resposta. Caso contrário comunique ao fiscal de sala.**
- 2 Esse Boletim de Questões contém 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha, sendo 15 (quinze) questões de SUS e 35 (trinta e cinco) questões de Conhecimentos Específicos. Cada questão objetiva apresenta 5 (cinco) alternativas, identificadas por (A), (B), (C), (D) e (E), das quais apenas uma é correta.**
- 3 Confira se, além deste Boletim, você recebeu o Cartão-Resposta destinado à marcação das respostas das questões objetivas, que será o único documento considerado para a correção. O Boletim de Questões deve ser usado apenas como rascunho e não valerá, sob hipótese alguma, para efeito de correção.**
- 4 É necessário conferir se a prova está completa e sem falhas, bem como se seu nome e o número de sua inscrição conferem com os dados contidos no Cartão-Resposta. Em caso de divergência, comunique imediatamente ao fiscal de sala. O Cartão-Resposta só será substituído se nele for constatado erro de impressão.**
- 5 Será de exclusiva responsabilidade do candidato a certificação de que o Cartão-Resposta que lhe for entregue no dia da prova é realmente o seu. Após a conferência, assine seu nome no espaço próprio do Cartão-Resposta.**
- 6 A marcação do Cartão-Resposta deve ser feita com caneta esferográfica de tinta preta ou azul e não serão computadas as questões cujas alternativas estiverem sem marcação, com marcação a lápis ou com marcação com caneta de cor não especificada no edital, com mais de uma alternativa marcada e aquelas que contiverem qualquer espécie de corretivo sobre as alternativas.**
- 7 O tempo disponível para esta prova é de quatro horas, com início às 14h e término às 18h, observado o horário de Belém/PA. O candidato deverá permanecer obrigatoriamente no local de realização da prova por, no mínimo, 2 (duas) horas após o início da prova.**
- 8 Ao terminar a prova, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o Boletim de Questões e o Cartão-Resposta, e assinar a Lista de Presença.**

13 DE JANEIRO DE 2021

Boa Prova!



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

SUS

- 1 J.A.M. buscou compreender melhor sobre a organização e o funcionamento dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante o processo, J.A.M. compreendeu como se dá o campo de atuação deste sistema. Quanto ao conhecimento adquirido por J.A.M., é correto afirmar:
 - (A) A vigilância sanitária é o campo de atuação que busca prevenir, extinguir ou reduzir riscos à saúde do trabalhador por meio de medidas adotadas, considerando os problemas decorrentes dos fatores socioeconômicos.
 - (B) A vigilância epidemiológica é o campo de atuação que tem como princípio fundamental a prevenção, a eliminação ou a redução dos riscos à saúde, considerando os problemas decorrentes do meio ambiente.
 - (C) A saúde do trabalhador é o campo de atuação que busca a recuperação e a reabilitação da saúde do trabalhador, para tratar indivíduos com disfunções providas do período ocioso.
 - (D) As ações que identificam os fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva para direcionar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos são provenientes do campo de atuação da vigilância epidemiológica.
 - (E) A oferta de procedimentos terapêuticos em domicílio, ambulatório e hospital é um campo de atuação da vigilância sanitária.

- 2 A.P.E. necessitou de serviço de saúde privado e buscou os contratados no Sistema Único de Saúde (SUS). A disponibilidade deste serviço foi possível por seguir o princípio
 - (A) de imperícia para resolver os serviços de assistência em todos os níveis de assistência.
 - (B) organizacional dos serviços privados, promovendo a duplicação do que é ofertado no serviço público para a mesma finalidade.
 - (C) de universalidade, o qual permite acesso aos diferentes serviços de saúde, mesmo quando não oferecidos no serviço público.
 - (D) de imperícia para resolver os serviços de assistência nos níveis de atenção básica.
 - (E) de inflexibilidade dos recursos financeiros da União para fins de prestação de serviços privados de assistência à saúde da população.

- 3 Em relação aos recursos financeiros disponíveis para a área da saúde, os gestores municipais e estaduais precisam compreender que
 - (A) os recursos do Fundo Nacional de Saúde não estarão disponíveis para a esfera municipal, independentemente da hierarquia de distribuição da verba.
 - (B) é necessário existir um Conselho de Saúde, com composição paritária.
 - (C) os recursos do Fundo Nacional de Saúde não estarão disponíveis para a esfera estadual, independentemente da hierarquia de distribuição da verba.
 - (D) tais recursos são independentes da contrapartida de recursos voltados para a área da saúde em seu respectivo orçamento.
 - (E) é dispensável o controle da aplicação dos recursos por meio de relatórios da gestão.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

- 4 A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC atua na elaboração e na atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Contudo, em casos que não existem minutas de PCDT em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde, necessita-se constituir um Comitê Gestor que terá como atribuição designar um Grupo Elaborador que irá
- (A) definir o escopo dos PCDT sem levar em consideração a integração com o Comitê Gestor.
 - (B) verificar as evidências para formulação da recomendação e discuti-la no Comitê Gestor.
 - (C) selecionar estudos aleatórios com qualidade indeterminada para atualização dos PCDT.
 - (D) selecionar estudos aleatórios com qualidade indeterminada para elaboração dos PCDT.
 - (E) verificar as evidências para formulação de recomendação desconsiderando a opinião do Comitê Gestor.
- 5 Recentemente, tem sido observado um aumento no número de profissionais da área da saúde infectados com Síndrome Gripal, quadro clínico inicial da COVID-19. Neste sentido, é considerada uma orientação aos profissionais que atuam em Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, para evitar o contágio, é
- (A) o uso de contenção respiratória com máscara cirúrgica quando realizar em procedimentos produtores de aerossóis.
 - (B) a lavagem das mãos com frequência, associada à desinfecção dos objetos e superfície tocados com frequência.
 - (C) o uso de contenção respiratória com máscara “Peças Faciais Filtrantes 2” (PFF2) em qualquer ambiente, independentemente se os procedimentos terapêuticos produzem aerossóis.
 - (D) o uso de óculos, luvas, protetor facial, máscara PFF2 e jalecos descartáveis por profissionais que atuem na recepção/triagem, mesmo que mantenham mais de dois metros de isolamento.
 - (E) que o uso de contenção respiratória não é necessário quando realizar em procedimentos produtores de aerossóis.
- 6 N.A.J., após atendimento no Sistema Único de Saúde, observou a possibilidade de ocorrerem eventos adversos relacionados à saúde. Contudo, os profissionais que realizaram seu atendimento o alertaram para a existência de um Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que contribui para qualificar o cuidado em saúde. N.A.J. foi instruído sobre os objetivos específicos do PNSP e compreendeu que
- (A) durante as ações de segurança do paciente, os pacientes e os seus familiares devem estar envolvidos.
 - (B) embora os estabelecimentos de saúde não apresentem serviços de gestão de risco, existem Núcleos de Segurança do Paciente para implantar iniciativas.
 - (C) as informações relativas à segurança do paciente são de exclusividade dos profissionais da saúde.
 - (D) durante as ações de segurança do paciente, os familiares não precisam se envolver por haver acompanhamento direto de uma equipe de saúde.
 - (E) embora os estabelecimentos de saúde não apresentem serviços de Núcleos de Segurança do Paciente, existe gestão de risco para implantar iniciativas.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

- 7 A incorporação de tecnologia em saúde no sistema de saúde público vigente é atribuição do Ministério da Saúde, contando com a assistência da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Com relação a esta Comissão, é correto afirmar que
- (A) contará com a participação de 1 (um) representante especialista em cada área da saúde, indicado pelo seu respectivo conselho profissional federal.
 - (B) deverá elaborar um relatório desconsiderando as evidências científicas.
 - (C) deverá elaborar um relatório considerando a prática clínica dos profissionais de saúde, indicados pelo seu respectivo conselho profissional federal.
 - (D) no relatório deve ser elaborada uma nova proposta, desprezando o custo-efetividade das tecnologias já incorporadas.
 - (E) deve ser realizada comparação do custo-efetividade das tecnologias já incorporadas com as novas propostas com base em evidência científica.
- 8 A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) atua na inclusão, na modificação e na retirada de tecnologias em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, compete ao CONITEC
- (A) emitir relatórios sobre a composição de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, além de realizar alterações necessárias.
 - (B) avaliar os serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, buscando ofertar assistência psicológica remota aos profissionais da área.
 - (C) direcionar a verba voltada para tecnologias em saúde aplicadas no SUS, para investimentos na atenção terciária, uma vez que as Unidades Básicas de Saúde necessitam deste suporte.
 - (D) retirar tecnologias em saúde que possuem o custo-efetividade por técnicas experimentais, visando à inovação tecnológica no SUS.
 - (E) direcionar a verba voltada para tecnologias em saúde aplicadas no SUS, para investimentos na atenção secundária, uma vez que as Unidades Básicas de Saúde necessitam deste suporte.
- 9 De acordo com a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), são atribuições do Complexo Regulador:
- (A) Elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação.
 - (B) Capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde.
 - (C) Fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde.
 - (D) Diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência.
 - (E) Subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde.
- 10 Conforme os fundamentos da Rede de Atenção à Saúde, quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, alcança-se a
- (A) aceitabilidade dos serviços de saúde.
 - (B) economia de escala.
 - (C) qualidade dos serviços de saúde.
 - (D) suficiência dos serviços de saúde.
 - (E) comodidade dos serviços de saúde.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

- 11 A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelece
- (A) que a Atenção Básica é indicada como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.
 - (B) as diferenças nos conceitos de Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, bem como recomenda o uso exclusivo do termo Atenção Básica.
 - (C) que a Estratégia Saúde da Família é a estratégia secundária para expansão e consolidação da Atenção Básica.
 - (D) que a Atenção Básica é definida como o conjunto de ações de saúde familiares e coletivas que envolvem exclusivamente ações de promoção e prevenção, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada.
 - (E) que a população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) deve ser de 2.500 a 4.000 pessoas, localizada dentro do seu território.
- 12 Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vigente, a Atenção Básica é orientada por diretrizes, conforme apresentadas na coluna I. Estabeleça a correta correspondência entre essas diretrizes e os significados/características apresentados na coluna II.

COLUNA I

COLUNA II

- | | |
|---|---|
| <p>1. Coordenação do cuidado.</p> <p>2. Longitudinalidade do cuidado.</p> <p>3. Cuidado Centrado na Pessoa.</p> <p>4. Participação da Comunidade.</p> | <p>() Pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo.</p> <p>() Desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva.</p> <p>() Centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral.</p> <p>() Estimula a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território.</p> |
|---|---|

A sequência correta é

- (A) 3, 1, 2, 4.
- (B) 1, 2, 4, 3.
- (C) 1, 3, 2, 4.
- (D) 2, 3, 1, 4.
- (E) 2, 1, 3, 4.



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2021 – PSRMPS 2021
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 03 DE NOVEMBRO DE 2020

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

- 13 Segundo o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, o acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução, denomina-se
- (A) Convênio com os serviços de saúde.
(B) Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).
(C) Plano Diretor de Regionalização (PDR).
(D) Contratualização dos serviços de saúde.
(E) Transparência dos serviços de saúde.
- 14 Conforme o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, relacione as colunas a seguir.

COLUNA I

COLUNA II

- | | |
|--|--|
| 1. Mapa da Saúde. | () Conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. |
| 2. Comissões Intergestores. | () Descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. |
| 3. Região de Saúde. | () Instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. |
| 4. Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica. | () Documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde, o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. |
| 5. Redes de Atenção à Saúde. | () É o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde. |

A sequência correta é

- (A) 1, 5, 2, 4, 3.
(B) 1, 5, 4, 3, 2.
(C) 4, 1, 2, 3, 5.
(D) 5, 1, 2, 4, 3.
(E) 4, 1, 3, 2, 5.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

- 15 No contexto da Política Nacional de Humanização, o termo que se refere à abordagem que considera a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, permitindo o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia, é denominado
- (A) vínculo.
 - (B) clínica ampliada e compartilhada.
 - (C) humanização.
 - (D) acolhimento.
 - (E) ambiência.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

- 16 Gestante, 37 semanas de gestação, procurou atendimento na Urgência Obstétrica do Hospital localizado em sua região, devido a perda de líquido vaginal claro em grande quantidade há 4 (quatro) horas. Foi recebida no Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico pelo enfermeiro de plantão. Indagada quanto às queixas, referiu dor moderada (6/10) em região de baixo ventre. No momento, apresentava sinais vitais estáveis. Ao exame especular, evidenciada perda de líquido claro visível, dinâmica uterina presente (contrações com intervalo de 3 a 5 minutos) e 3 (três) cm de dilatação cervical. Com base no caso clínico e no Manual de Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia (BRASIL, 2017), é correto afirmar:
- (A) Cabe ao enfermeiro receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher de acordo com a queixa apresentada e, posteriormente, encaminhar a gestante ao atendimento médico para a realização da classificação de risco, pois esta não faz parte das atribuições do enfermeiro.
 - (B) A gestante deve ser classificada na cor laranja, visto que a dor é moderada e as contrações uterinas ocorrem com intervalo de 3 a 5 minutos.
 - (C) A classificação de risco correta é amarela, pois o intervalo de contrações uterinas e a intensidade da dor são compatíveis com esta cor, conforme o fluxograma presente no Manual.
 - (D) A gestante deve ser classificada na cor verde, especialmente devido à dilatação cervical compatível com fase de trabalho de parto ativa de dilatação latente.
 - (E) A gestante deve ser contrarreferenciada para a atenção básica e orientada a retornar à urgência em caso de sinais de fase de dilatação ativa, pois trata-se de gestação a termo e sem complicações.



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2021 – PSRMPS 2021
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 03 DE NOVEMBRO DE 2020

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

- 17 O Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à pandemia de Covid-19, publicado pelo Ministério da Saúde, aponta que a pandemia de Covid-19, causada pelo SARS-CoV-2, que emergiu no final de 2019 na China, chamou atenção em relação à existência de grupos de risco, especialmente vulneráveis à infecção, dentre eles as gestantes e puérperas (BRASIL, 2020). Com base nessa assertiva, analise as afirmativas abaixo.
- I. O Ministério da Saúde orienta que gestantes e puérperas até o 40º dia de pós-parto devem ser consideradas grupos de risco para Covid-19.
 - II. A transmissão vertical pode ocorrer por via transplacentária, durante o parto e durante a amamentação. A capacidade de transmissão do SARS-CoV-2 pelo sangue ainda é incerta.
 - III. A identificação precoce da gravidade da doença em gestantes ou puérperas possibilita o início oportuno de medidas adequadas, como tratamento de suporte, encaminhamento e admissão rápidos em leito de enfermagem hospitalar ou unidade de terapia intensiva de acordo com os protocolos institucionais ou nacionais.
 - IV. Os dados sobre a infecção por SARS-CoV-2 no primeiro trimestre gestacional são confirmados pelo número elevado de casos registrados de anomalias congênitas, causadas pela hipertermia e alteração na organogênese.

Estão corretas

- (A) I, II e III, apenas.
- (B) I e IV, apenas.
- (C) III e IV, apenas.
- (D) II e III, apenas.
- (E) II, III e IV, apenas.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

- 18 Fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico. Conforme descrito no Manual Técnico de Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2012), analise as afirmativas abaixo, assinalando V em caso de verdadeira e F se for falsa.
- () Após encaminhada para acompanhamento em um serviço especializado em pré-natal de alto risco, a gestante deve ser atendida integralmente pelos profissionais do nível secundário de saúde, visando ao cumprimento do fluxo de atendimento e evitando sobrecarga de trabalho aos profissionais da Atenção Básica de Saúde.
 - () A gestante classificada como de alto risco obstétrico, uma vez encaminhada ao pré-natal de alto risco, se manterá sob responsabilidade deste nível de atenção de saúde, independentemente de resolução e/ou eliminação do risco, visto que este poderia estar presente em gestações anteriores.
 - () O uso rotineiro dos recursos e de rotinas dedicados ao alto risco para as gestantes de baixo risco não melhora a qualidade assistencial nem seus resultados, e retarda o acesso das gestantes que deles precisam. Daí a importância da adequada classificação do risco para o devido encaminhamento.
 - () É importante que profissionais que atendem a mulher durante a gestação no pré-natal de alto risco determinem qual deverá ser a via de parto, pois depende da história preexistente e complicações presentes durante toda a gravidez, visto que eles possuem todas as informações necessárias e completas para esta decisão.

A sequência correta é

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

- 19 De acordo com as recomendações descritas no Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19 (BRASIL, 2020), é correto afirmar:
- (A) Todas as mulheres deverão, no momento da internação clínica, cirúrgica ou para parto normal, realizar o teste rápido para SARS-CoV-2, considerado exame padrão de detecção do vírus, se estiverem a partir do 8º dia de sintomas. Respeitando a realidade do local, se teste rápido não disponível, poderão realizar teste reação em cadeia da polimerase mediada pela transcriptase reversa (RTqPCR).
 - (B) Para as gestantes cujo parto foi programado, deve-se realizar a coleta do swab de nasofaringe para RT-qPCR dez dias antes do parto (em locais em que o resultado estará disponível nesse espaço de tempo), a fim de melhor programar sua internação.
 - (C) As visitas hospitalares devem ser suspensas apenas em casos da confirmação para SARS-CoV-2, mantendo-se sempre o direito a acompanhante e visitante a todas as gestantes e puérperas, visto que todos realizam teste rápido na recepção da maternidade e, portanto, apenas os casos positivos serão proibidos de entrar no hospital.
 - (D) No atendimento de emergência, nos casos sintomáticos, a gestante deverá receber e colocar imediatamente máscara cirúrgica, e deverão ser instituídas medidas de precaução por contato e gotículas e aerossóis (barreiras).
 - (E) As gestações de alto risco exigem menor frequência de consultas pré-natais presenciais, devido ao risco aumentado dessas mulheres e maior necessidade de isolamento domiciliar. Nos casos em que necessitarem de avaliações maternas e de vitalidade fetal, devem ser encaminhadas à maternidade de referência para serem atendidas em ambientes específicos, como salas privativas, e com paramentação adequada.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

- 20 Quanto às Síndromes Hipertensivas da Gravidez, de acordo com o Ministério da Saúde e com o que está descrito no Manual Técnico de Gestação de Alto Risco (2012), é correto afirmar:
- (A) Um aumento de 30mmHg na pressão sistólica ou 15mmHg na diastólica quando os valores absolutos estejam abaixo de 140/90mmHg deve ser usado como critério diagnóstico.
 - (B) As gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave deverão ser internadas, para interrupção da gravidez, se a idade gestacional for maior ou igual a 37 semanas, sendo mantida em tratamento medicamentoso até a maturidade fetal.
 - (C) A ocorrência de convulsões em mulheres com pré-eclâmpsia caracteriza o quadro de eclâmpsia. A conduta obstétrica visa à estabilização do quadro materno, à avaliação das condições de bem-estar fetal e à antecipação do parto se gestação a termo. Após a maturação fetal, iniciar os preparativos para interrupção da gestação.
 - (D) Quanto aos cuidados com o uso do sulfato de magnésio, a administração da dose de manutenção deverá ser suspensa caso a frequência respiratória tenha menos de 16 incursões por minuto, os reflexos patelares estejam completamente abolidos ou a diurese seja inferior a 100ml durante as 4 horas precedentes.
 - (E) Classificam-se como hipertensão crônica quando observadas antes da gravidez, ou antes de 24 semanas de gestação, ou diagnosticadas pela primeira vez durante a gravidez e não se resolvem até 6 semanas após o parto.
- 21 Mulher, 19 anos, vida sexual ativa, não faz uso de método contraceptivo, atraso menstrual de 14 dias, teste para dosagem do hormônio gonadotrófico coriônico (β HCG) demonstrou níveis elevados compatíveis com gestação. Após duas semanas, antes de iniciar consultas pré-natais, apresentou sangramento vaginal e deu entrada na urgência obstétrica. O enfermeiro do plantão realizou anamnese e exame físico verificando a presença de sinais e sintomas compatíveis com mola hidatiforme, encaminhando-a, posteriormente, para a avaliação médica. Com base no Manual Técnico de Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2012), assinale a alternativa que descreve os possíveis sinais e/ou sintomas presentes no caso desta patologia.
- (A) Sangramento de intensidade leve e dor de forte intensidade, associada a abdome distendido e silencioso.
 - (B) Sangramento associado à eliminação de vesículas com aspecto de “cachos de uva” e poucos, ou quase ausentes, sintomas de gravidez.
 - (C) Exacerbação dos sintomas de gravidez, às vezes com presença de náuseas e vômitos de difícil controle (hiperêmese gravídica) e pré-eclâmpsia.
 - (D) O exame físico pode revelar um tamanho uterino menor do que o esperado para a idade gestacional, colo e útero amolecidos.
 - (E) Amolecimento do colo uterino e dor pélvica, às vezes mais localizada em uma região anexial, onde se pode palpar uma massa dolorosa.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

- 22 A rotura uterina é uma complicação muito grave em obstetrícia e uma importante causa de morbimortalidade materna. Quanto aos fatores de risco, sinais e sintomas da rotura uterina, com base no Manual Técnico de Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2012), é correto afirmar:
- (A) O uso de ocitocina para condução do trabalho de parto não aumenta o risco de rotura quando comparado ao trabalho de parto espontâneo. Já o uso de prostaglandinas para amadurecimento cervical não é recomendado em presença de cesárea anterior, devido ao aumento do risco de rotura uterina.
 - (B) O maior fator de risco é a nuliparidade e rigidez miometrial do útero.
 - (C) Fazem parte do quadro clínico da rotura uterina: sangramento vaginal, intensificação repentina das contrações e descida brusca da apresentação ao toque vaginal.
 - (D) A rotura uterina incompleta ocorre quando há um rompimento apenas do endométrio, sem lesão profunda no miométrio. Porém, com a mesma sintomatologia e gravidade.
 - (E) Como conduta, deve-se evitar infusão endovenosa de solução cristalóide devido ao risco de edema abdominal por hemorragia interna.
- 23 De acordo com as recomendações descritas nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017), analise as afirmativas abaixo.
- I. Explicar às mulheres com ruptura precoce de membranas no termo que a indução do trabalho de parto é apropriada após 18 horas.
 - II. Considerar a realização de amnioinfusão diante da eliminação de mecônio moderado a espesso durante o trabalho de parto, se não houver disponibilidade de monitoração eletrônica fetal contínua.
 - III. Se a dilatação completa do colo uterino for confirmada em uma mulher sem analgesia regional e não for identificado puxo, uma nova avaliação mais aprofundada deverá ser realizada em 1 hora para identificação da fase do segundo período.
 - IV. Se uma mulher apresentar fatores de risco para hemorragia pós-parto, isso deve ser registrado no seu prontuário e cartão de pré-natal, para que um plano de assistência no terceiro período do parto seja realizado.
- Estão corretas
- (A) I, II e III, apenas.
 - (B) II e IV, apenas.
 - (C) II, III e IV, apenas.
 - (D) I, III e IV, apenas.
 - (E) I, II, III e IV.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

- 24 Quanto à falha de progresso no primeiro período do trabalho de parto descrita nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017), é correto afirmar:
- (A) Se houver suspeita de falha de progresso na fase ativa do trabalho de parto, considerar também para o diagnóstico todos os aspectos da evolução do trabalho de parto, incluindo: dilatação cervical menor que 1 cm em 4 horas para as primíparas; dilatação cervical menor que 1 cm em 4 horas ou um progresso lento do trabalho de parto para as múltíparas; descida e rotação do polo cefálico; mudanças na intensidade, duração e frequência das contrações uterinas.
 - (B) Diante da suspeita de falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto, considerar a realização de amniotomia se as membranas estiverem íntegras. Independentemente de a amniotomia ser realizada, proceder a um exame vaginal após 2 horas e confirmar falha de progresso se a dilatação progredir menos que 1 cm.
 - (C) Se for confirmada falha de progresso no primeiro estágio do parto, a mulher deve ser transferida para assistência sob responsabilidade de médico obstetra. Se as membranas estiverem íntegras, deve-se realizar amniotomia e repetir o exame vaginal 1 hora após.
 - (D) Se a ocitocina for utilizada, assegurar que os incrementos na dose não sejam mais frequentes do que a cada 20 minutos. Aumentar a dose de ocitocina até haver 3 fortes contrações em 10 minutos.
 - (E) Deve-se realizar exame vaginal 2 horas após o início da ocitocina. Se a dilatação cervical aumentou menos que 1 cm após 2 horas, uma revisão obstétrica adicional deve ser realizada para avaliar a necessidade de cesariana. Se a dilatação cervical aumentou 1 cm ou mais após 2 horas, continuar observação do progresso do parto.
- 25 As “Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana” estão diretamente relacionadas ao modo de nascimento e fornecem informações a mulheres, gestantes ou não, seus parceiros e população em geral sobre as circunstâncias desse procedimento. Para os profissionais da saúde que assistem o nascimento (obstetras, enfermeiros (as) obstétricos (as), obstetrizes, pediatras e anestesistas, entre outros), estas Diretrizes pretendem constituir-se em referencial para as condutas relacionadas ao procedimento e aos cuidados com a mulher e o recém-nascido. Com base neste Relatório, é correto afirmar:
- (A) Em apresentação pélvica, e na ausência de contraindicações, a versão cefálica externa é recomendada até se completar 36 semanas de idade gestacional, mediante termo de consentimento informado.
 - (B) No caso de gestação gemelar não complicada, cujo primeiro feto tenha apresentação cefálica, a operação cesariana é recomendada.
 - (C) A operação cesariana programada é recomendada como forma de nascimento para fetos que têm placentas prévia marginal ou centrolateral.
 - (D) Em mulheres com operação cesariana prévia e intervalo entre partos inferior a 12 meses (ou intergestacional inferior a seis meses), é recomendado individualizar a conduta relativa ao modo de nascimento.
 - (E) Em gestantes com acretismo placentário, é recomendado programar a operação cesariana. Nas situações de suspeita de placenta increta e/ou percreta, é recomendado programar a operação cesariana para ser realizada entre 34 e 36 semanas de gestação.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

- 26 Tercigesta, idade gestacional 39 semanas, sem intercorrências durante a gestação, sem comorbidades crônicas, sinais vitais estáveis, procurou atendimento hospitalar devido a dor em região lombar e baixo ventre e perda de tampão mucoso serossanguinolento via vaginal. Foi admitida em sala de pré-parto às 10h, movimentos fetais presentes, batimentos cardíacos (BCF) dentro dos parâmetros de normalidade, contrações uterinas moderadas, sendo duas a cada dez minutos. Ao toque vaginal, identificado colo médio, dilatação cervical de 6cm, altura da apresentação alto e móvel, bolsa íntegra. Às 14h do mesmo dia, realizado novamente toque vaginal, colo médio, dilatação cervical de 7 cm, alto e móvel, bolsa íntegra e contrações uterinas sem modificação. Com base no caso clínico e nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017), é correto afirmar:
- (A) Trata-se de suspeita de falha de progresso na fase ativa do trabalho de parto, considerando para o diagnóstico dilatação cervical menor que 2 cm em 4 horas.
 - (B) Se suspeita de falha de progresso no primeiro estágio do parto, o enfermeiro deverá decidir sobre as opções de conduta, priorizando o uso de ocitocina.
 - (C) Ao instalar ocitocina, o enfermeiro deve assegurar que os incrementos na dose não sejam mais frequentes do que a cada uma hora (1h) e aumentar a dose de ocitocina até haver 3-4 contrações em 10 minutos.
 - (D) A paciente deve realizar exame vaginal 2 horas após o início da ocitocina.
 - (E) Após instalação da ocitocina, se a dilatação cervical aumentou menos que 2 cm após 2 horas, o médico deve ser acionado para avaliar a necessidade de cesariana.
- 27 O profissional pode estimar a idade gestacional utilizando-se da avaliação de sinais físicos e neurológicos do recém-nascido (RN), por meio do método de Capurro somático. RN apresenta pavilhão da orelha encurvado em toda a borda superior (16), glândula mamária palpável e maior que 10mm (15), aréola mamária pontiaguda e borda elevada com diâmetro maior que 7,5mm (15), pele grossa com marcas superficiais e descamação nas mãos e pés (15), e pregas plantares com sulcos em mais da 1/2 anterior (20). Com base nas características físicas descritas e no Guia para os profissionais de saúde “Atenção à saúde do recém-nascido” (BRASIL, 2014), a idade gestacional (utilizando apenas valores inteiros, sem as casas decimais) estimada para esse RN é
- (A) 41 semanas.
 - (B) 40 semanas.
 - (C) 39 semanas.
 - (D) 38 semanas.
 - (E) 37 semanas.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

- 28 A icterícia constitui-se em um dos problemas mais frequentes no período neonatal e corresponde à expressão clínica da hiperbilirrubinemia. Sobre essa condição, com base no Guia para os profissionais de saúde “Atenção à saúde do recém-nascido” (BRASIL, 2014), é correto afirmar:
- (A) A hiperbilirrubinemia significativa presente na primeira semana de vida é um problema comum em RN a termo e pré-termo tardio; com frequência, está associada à oferta láctea inadequada, perda elevada de peso e desidratação.
 - (B) A presença de icterícia após 24 horas de vida e valores de bilirrubina total (BT) >6 mg/dL, independentemente da idade pós-natal, alerta para a investigação da causa.
 - (C) A visualização da icterícia não depende da experiência do profissional, da pigmentação da pele do recém-nascido ou luminosidade do local, pois essa avaliação é objetiva e de fácil análise, por isso com diagnóstico clínico soberano e padrão.
 - (D) O aleitamento materno exclusivo, independentemente da qualidade da sucção e da oferta láctea, é um fator protetor ao desenvolvimento de hiperbilirrubinemia significativa na primeira semana de vida.
 - (E) Sempre que houver fatores para hiperbilirrubinemia significativa, deve-se avaliar o benefício da alta hospitalar, tendo como principal objetivo a diminuição do tempo de internação hospitalar e a necessidade de exposição solar do RN em sua residência.
- 29 Conforme o Manual de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012), sobre o método de registro diário de movimentos fetais (RDMF) ou mobilograma, analise as afirmativas abaixo.
- I. A contagem dos movimentos é realizada por período máximo de uma hora. Caso a gestante consiga registrar seis movimentos em menos tempo, não é necessário manter a observação durante uma hora completa.
 - II. Se após uma hora ela não foi capaz de contar seis movimentos, deverá repetir o procedimento. Se na próxima hora não sentir seis movimentos, deverá procurar imediatamente a unidade de saúde. Assim, considera-se como “inatividade fetal” o registro com menos de seis movimentos por hora, em duas horas consecutivas.
 - III. A rotina de avaliação da movimentação fetal deve ser incentivada e recomendada para todas as mulheres com gestação a termo, pois a quantificação da normalidade dos movimentos fetais está bem descrita na literatura, devendo ser valorizada, especialmente nas gestações de risco habitual/baixo risco, pois em gestações de alto risco o parâmetro de normalidade muda conforme a situação clínica de cada paciente.
 - IV. Em gestação de baixo risco, o registro diário dos movimentos fetais pode ser iniciado a partir da 37ª semana gestacional.

Estão corretas

- (A) I, II, III e IV.
- (B) I, II e III, apenas.
- (C) II, III e IV, apenas.
- (D) I e IV, apenas.
- (E) I e II, apenas.



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2021 – PSRMPS 2021
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 03 DE NOVEMBRO DE 2020

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

- 30 Conforme descrito no Manual de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012), a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento. Com base nessa referência e nos fatores de risco gestacional, relacione as colunas abaixo.
- I. Fator de risco que permite a realização do () Oligodrâmnio.
pré-natal pela equipe de atenção básica.
 - II. Fator de risco que pode indicar () Síndrome hemorrágica em gestação anterior.
encaminhamento ao pré-natal de alto risco.
 - III. Fator de risco que indica encaminhamento () Antecedente de trombose venosa profunda ou
à urgência/emergência obstétrica. embolia pulmonar.
() Restrição do crescimento intrauterino na gravidez atual.
() Anemia grave (hemoglobina < 8).
() História reprodutiva anterior de macrossomia fetal.

A sequência correta é

- (A) I – III – III – I – II – II.
- (B) II – II – I – III – I – II.
- (C) III – I – I – III – II – II.
- (D) II – I – II – III – III – I.
- (E) I – II – II – I – III – III.

31 Sobre as estratégias de prevenção da Hemorragia Pós-Parto (HPP) descritas nas “Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica” (OPAS, 2018), é correto afirmar:

- (A) Sempre que se suspeitar de sangramento aumentado no puerpério, deve-se esperar os sinais clássicos de instabilidade hemodinâmica para o início do tratamento. Independentemente do método de identificação utilizado, a abordagem terapêutica deve ser imediata e focada na atonia uterina, e partir para análise de outras causas somente se o tratamento para atonia não surtir efeito, visto ser essa a principal e mais comum.
- (B) Para se definir a perda volêmica através da pesagem das compressas sujas de sangue, deve-se pontuar que a densidade do sangue é uma densidade muito próxima à da água. Assim, do ponto de vista prático, pode-se dizer que 1 mL de sangue equivale a aproximadamente 1 grama de peso.
- (C) O Índice de Choque não deve ser utilizado como um marcador de instabilidade hemodinâmica mais precoce do que os marcadores tradicionais, como frequência cardíaca e pressão arterial. Seu cálculo é feito através da divisão da pressão arterial sistólica pela frequência cardíaca da gestante/puérpera. Valores < 0.9 em puérperas com HPP sugerem perda sanguínea significativa.
- (D) A Manobra de Brandt-Andrews é a primeira manobra a ser realizada nos casos de atonia uterina, enquanto se realiza o uterotônico e aguarda-se o seu efeito.
- (E) O tempo de permanência recomendado para o balão de tamponamento intrauterino é de, no máximo, 12 horas. Pode ser utilizado em concomitância com o traje antichoque não pneumático e/ou suturas compressivas.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

- 32 Conforme as Recomendações da Organização Mundial da Saúde, descritas em *Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience* (WHO, 2018), analise as afirmativas abaixo.
- I. O primeiro estágio latente do trabalho de parto é um período caracterizado por contrações uterinas indolores e alterações do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta de dilatação de até 4 cm.
 - II. O primeiro estágio ativo do trabalho de parto é um período caracterizado por contrações uterinas dolorosas regulares, grau de apagamento e dilatação cervical mais rápida de 4 cm até a dilatação completa.
 - III. O exame vaginal digital em intervalos de quatro horas é recomendado para avaliação de rotina do primeiro estágio ativo de trabalho de parto em mulheres de baixo risco.
 - IV. Não é recomendada a limpeza vaginal de rotina com clorexidina durante o parto com o propósito de prevenir morbidades infecciosas.

Estão corretas

- (A) I, II e III, apenas.
- (B) I, II, III e IV.
- (C) I e II, apenas.
- (D) III e IV, apenas.
- (E) Nenhuma.

- 33 Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 23, Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Aleitamento Complementar (BRASIL, 2015), o profissional de saúde precisa estar preparado para prestar assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que respeite o saber e a história de vida de cada mulher, e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças. Com base nessa referência, é correto afirmar:
- (A) A mama, na gravidez, é preparada para a amamentação sob a ação de diferentes hormônios. Os mais importantes são o estrogênio, responsável pela ramificação dos ductos lactíferos, e o progesterônio, responsável pela formação dos lóbulos.
 - (B) A concentração de gordura no leite aumenta no decorrer de uma mamada. Assim, o leite do início da mamada é mais rico em energia (calorias), o leite posterior é rico em água e a deixa hidratada, matando sua sede, daí a importância de a criança esvaziar bem a mama.
 - (C) Quando a mama está muito cheia, a aréola pode estar tensa, endurecida, dificultando a pega. Entretanto, não se recomenda, antes da mamada, a retirada manual de leite, visto que o leite mais rico de nutrientes não seria oferecido à criança.
 - (D) O tamanho das mamas não exerce influência no número de mamadas da criança por dia, sem diferença entre mulheres com mamas mais volumosas e mulheres com mamas pequenas, tendo ambas a mesma capacidade de armazenamento de leite.
 - (E) Nas seguintes situações o aleitamento materno não deve ser recomendado: mães infectadas pelo HIV; portadoras de Hepatite B e C crônicas; mães infectadas pelo vírus SARS-COV2; mães em uso de antineoplásicos e radiofármacos; e, criança portadora de galactosemia.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

- 34 A Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Essa Lei atribui competências ao enfermeiro para prestar cuidados à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico puerperal. Além dessas competências, cabe aos profissionais titulares de diploma ou certificados de obstetritz ou de enfermeira obstétrica:
- (A) Assistir a parturiente e o parto normal; identificar as distócias obstétricas e tomar providências até a chegada do médico; realizar episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária.
 - (B) Acompanhar a evolução do trabalho de parto e a do parto; executar a assistência obstétrica em situação de emergência; utilizar as técnicas não farmacológicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto e no parto; executar o parto sem distócia.
 - (C) Participar da prática profissional multi e interdisciplinar com responsabilidade; exercer a enfermagem com liberdade e autonomia, conforme as normas institucionais em que se dá o exercício da enfermagem.
 - (D) Avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem e não se responsabilizar por falta cometida que envolva a equipe de enfermagem.
 - (E) Prescrever medicamentos e praticar ato cirúrgico, exceto nos casos previstos na legislação vigente e em situação de emergência; inclusive provocar aborto e participar dessa prática conforme os casos previstos em lei.
- 35 O Ministério da Saúde (2011) instituiu a estratégia Rede Cegonha. No que se refere ao componente sobre o parto e o nascimento, apresenta diretrizes para as práticas obstétricas embasadas em evidências científicas. Com base nessas evidências, a Organização Mundial da Saúde (1996) classificou as “Boas práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento,” como:
- (A) Práticas novas que devem ser estimuladas; práticas que devem ser abolidas; práticas pouco fundamentadas cientificamente; práticas sem fundamentos científicos; práticas que devem ser mantidas.
 - (B) Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação; práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.
 - (C) Práticas não farmacológicas; práticas farmacológicas; práticas humanizadas; práticas biomédicas; práticas integrativas; práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.
 - (D) Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado; práticas frequentemente utilizadas de modo adequado; práticas integrativas; práticas intervencionistas; práticas não intervencionistas; práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação.
 - (E) Práticas holísticas; práticas não invasivas; práticas com evidências científicas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas que devem ser mantidas.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

- 36 Com base nas prerrogativas da Rede Cegonha sobre as Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento (BRASIL, 2011), dentre as práticas recomendadas e que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto e no parto, consideram-se:
- (A) Ofertar líquidos por via oral; controlar os batimentos cardíacos; monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher; utilizar os métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor; incentivar a liberdade de posição e os movimentos durante o trabalho de parto.
 - (B) Estimular as posições deitadas durante o trabalho de parto; usar ocitocina; evitar puxar a placenta e realizar o exame rotineiro da placenta e membranas ovulares; prevenir a baixa de temperatura do bebê; estimular a amamentação somente após a primeira hora após o parto.
 - (C) Não indicar o Enema para lavagens intestinais; não usar de forma contínua a tricotomia; utilizar hidratação venosa de rotina; fazer o toque retal após a dequitação para avaliar as condições internas do reto.
 - (D) Não realizar a amniotomia precoce de rotina para diminuir a duração do trabalho de parto; administrar ocitócitos em qualquer momento durante o trabalho de parto e no parto, desde que haja indicação médica.
 - (E) Estimular a força ou puxo prolongado e dirigido; fazer massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto; fazer lavagem uterina após o parto e exploração manual do útero para a retirada de coágulos ou restos de placenta.
- 37 O Acolhimento e Classificação de Risco (ACR) em Obstetrícia objetiva reorganizar a porta de entrada e o atendimento nas maternidades e serviços que realizam partos (BRASIL, 2017). Assim, as recomendações do Ministério da Saúde para a implantação desse serviço são:
- (A) Realizar oficina de mobilização; construir um grupo de trabalho; elaborar plano de ação; construir agenda de monitoramento e avaliação.
 - (B) Elaborar Plano de Ação com envolvimento da equipe médica; elaborar agenda para delegar ações aos demais profissionais.
 - (C) Planejar reformas, mobiliários e materiais técnicos; selecionar profissionais com o devido perfil e habilitação para atuar no serviço.
 - (D) Realizar ação educativa para os profissionais com foco no Acolhimento e Classificação de Risco; aumentar o dimensionamento de pessoal; providenciar reestruturação física.
 - (E) Mobilizar a equipe médica e de enfermagem; realizar reuniões gerenciais para definir as prioridades a serem implantadas; contratar psicólogos e assistentes sociais para acolher a clientela.
- 38 No Acolhimento e Classificação de Risco (ACR) em Obstetrícia, são elencadas as atribuições dos profissionais integrantes da equipe multiprofissional (BRASIL, 2017). Com base nessas considerações, é correto afirmar que cabe aos enfermeiros obstetras:
- (A) Preencher os impressos referentes às mulheres vítimas de violência e realizar o início do tratamento conforme o protocolo.
 - (B) Transportar a paciente de forma segura e cordial.
 - (C) Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.
 - (D) Conceder apoio matricial para os casos conforme demanda da equipe multiprofissional.
 - (E) Zelar pela segurança do patrimônio.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

- 39 O cuidado à mulher grávida e conceito durante o pré-natal é um dos indicadores de avaliação da qualidade da Atenção Básica. Nesse aspecto, os profissionais de saúde são os responsáveis pela escuta qualificada que considere as individualidades da mulher e famílias e pelas estratégias de educação e cuidado em saúde que envolva a família, desde que seja o desejo da mulher (BRASIL, 2016). Quanto aos assuntos sobre os quais as mulheres e as famílias necessitam ser informadas, de acordo com o caso, é correto afirmar:
- (A) Além das questões de saúde, toda mulher grávida precisa ser orientada sobre seus direitos sexuais, sociais e trabalhistas; nas gestações indesejadas, obter acompanhamento e abordagem multidisciplinares e, nos casos de gravidez por violência sexual, precisam obter informações legais sobre a interrupção da gestação.
 - (B) No caso de gestação planejada, toda mulher precisa ser acolhida e obter informações sobre os processos de gestação, parto e puerpério, cuidado com recém-nascido normal e aleitamento materno.
 - (C) No caso de gestação não planejada, as mulheres deverão ser informadas sobre os aspectos da sua saúde física e que serão assistidas exclusivamente por médicos, devido a se tratar de gestação de alto risco.
 - (D) No caso de gravidez decorrente de violência sexual, toda mulher precisa saber sobre planejamento reprodutivo, direitos de cidadania e penalidades vigentes na Constituição Federal quanto ao aborto provocado.
 - (E) No caso de gravidez na adolescência, as mulheres precisam saber que terão partos cirúrgicos e conhecer os métodos contraceptivos para evitar novas gestações.
- 40 O Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres apresenta diretrizes para o cuidado pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2016). Assim, em relação ao exame físico geral e específico, constam as seguintes orientações sobre quando, o que avaliar e o que fazer:
- (A) Em todas as consultas, avaliar pele e mucosas, edema, eritema e sinais de dor; realizar orientações específicas e, na presença de achados anormais, encaminhar para dermatologia e agendar nova consulta pré-natal.
 - (B) Em todas as consultas, avaliar os dados vitais: pulso; frequência respiratória; pressão arterial (PA); frequência cardíaca e temperatura axilar. Valores persistentes de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg, em três ou mais avaliações, em dias diferentes, com duas medidas em cada avaliação, devem ser acompanhadas no alto risco.
 - (C) No primeiro semestre, verificar edema, fazer inspeção e palpação no couro cabeludo, face e membros superiores e membros inferiores (MMII), região prêmaleolar e pré-tibial. Resultados, edema (-) ou ausente, monitorar rotineiramente. Edema (+) apenas no couro cabeludo e face, observar; edema (++) se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar ao alto risco.
 - (D) Em todas as consultas, realizar toque bimanual, avaliar condições do colo uterino; sensibilidade à movimentação uterina e anexos; volume uterino; regularidade e compatibilidade com a amenorreia. Realizar orientações específicas e avaliação médica, se necessário.
 - (E) No primeiro e no segundo trimestres, realizar palpação abdominal; fazer a palpação obstétrica e acompanhar altura uterina; determinar a situação fetal. Se identificar a situação transversa e a apresentação pélvica, encaminhar para o pré-natal de alto risco.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

- 41 No Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres, dentre os fatores de risco que indicam o encaminhamento da parturiente ao pré-natal de alto risco (BRASIL, 2016), são considerados fatores relacionados às condições prévias:
- (A) Cardiopatias; antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; ginecopatias.
 - (B) Hipertensão; hipotensão; antecedente de doenças infectocontagiosas.
 - (C) Infecções renais, malformações uretrais; infecções urinárias recorrentes.
 - (D) Hiperglicemia; anemia grave (hemoglobina < 8); lombalgia crônica.
 - (E) Bronquite; alterações genéticas maternas; obesidade.
- 42 O Ministério da Saúde, em parceria com diversas entidades, publicou o documento intitulado Política Nacional de Ação Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes (2004). Essa produção visou fomentar o implemento de ações de saúde que contribuíssem para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzissem a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Nesse aspecto, sobre a evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher, é correto afirmar:
- (A) A saúde da mulher no Brasil foi agregada às políticas nacionais durante o século XXI, com enfoque à mulher. Os programas nas áreas materna e infantil apresentavam especificidades na função da mulher como reprodutora.
 - (B) As primeiras ações nas áreas materna e infantil eram voltadas para a prevenção da gravidez. Nessa época, havia verticalidade e falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal.
 - (C) No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas eram criticados devido à visão reducionista com que a mulher era tratada, pois o acesso aos cuidados de saúde era limitado ao ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida.
 - (D) O movimento de mulheres teve uma atuação fraca no campo da saúde; ainda assim, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional questões relacionadas ao trabalho caritativo de mulheres.
 - (E) As mulheres organizadas argumentavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres eram especificamente problemas sociais. Por isso, fazia-se necessário criticá-los, buscando identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

- 43 O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado pelo Ministério da Saúde em 1984, determinou novos paradigmas e prioridades para a política de saúde das mulheres (BRASIL, 1984). Com base nessas considerações, é correto afirmar que o PAISM
- (A) incluiu ações educativas, preventivas, diagnósticos, de tratamento e recuperação, agregando na saúde da mulher: clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, dentre outros, conforme o perfil populacional.
 - (B) anunciou e validou a participação dos movimentos de mulheres quando associado às instituições de ensino superior por meio de pesquisas.
 - (C) instituiu novos paradigmas independentemente das diretrizes do SUS, devido às características da política de saúde, constituída pelos processos de estatização e reorganização da atenção básica.
 - (D) determinou parcerias e participação popular, por isso, estudos realizados para avaliar a implementação da política de saúde da mulher demonstram que não houve dificuldades políticas, técnicas e administrativas para implantar as novas ações específicas.
 - (E) incluiu, por meio das Normas Operacionais do SUS (NOAS), a responsabilização ao Estado da garantia às ações básicas de pré-natal, puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino.
- 44 As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são consideradas grave problema de saúde pública no mundo; os danos à saúde causados pelas DST, excetuando-se o HIV, tendem a ocorrer em mulheres e em recém-nascidos (BRASIL, 2004). Dentre as doenças que podem levar a complicações e consequências para mulheres, destaca(m)-se:
- (A) A sífilis, que pode levar à contaminação do bebê e ocasionar a esterilização feminina.
 - (B) As infecções provocadas por gonococo, que, além de causarem a infertilidade na mulher, podem levar à mortalidade materna e neonatal.
 - (C) O HPV, que pode levar à mortalidade perinatal.
 - (D) A hepatite e o HIV, que podem ocasionar a morte neonatal.
 - (E) A doença inflamatória pélvica (DIP), que pode causar a infertilidade, a dor crônica, a gravidez ectópica, que, por sua vez, pode ocasionar a mortalidade materna associada ao câncer de colo uterino.
- 45 Humanizar e qualificar a atenção em saúde significa integrar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e qualificada compreende as relações entre pessoas, respeitadas as semelhanças e diferenças, de acordo com as condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero (BRASIL, 2011). Com base nessas considerações, o Ministério da Saúde determina que, para atingir os princípios de humanização qualificada, a atenção deve levar em conta o(s) seguinte(s) elemento(s):
- (A) Acesso da população às ações e aos serviços de saúde prioritariamente no nível de atenção primária de assistência.
 - (B) Captação precoce e busca ativa das usuárias.
 - (C) Disponibilidade da equipe multiprofissional.
 - (D) Acolhimento na atenção terciária e orientação à clientela sobre os problemas apresentados e possíveis soluções.
 - (E) Estabelecimento de mecanismos de avaliação exclusivamente para mensurar a satisfação da clientela.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

- 46 O Ministério da Saúde lançou no ano de 2014 o Manual AIDIPI Neonatal: quadro de procedimentos e estabeleceu diversos procedimentos de atenção à mulher e atenção imediata ao recém-nascido. Esses procedimentos foram descritos na seguinte ordem: avaliar, classificar e tratar. Com base nessas informações, são procedimentos de atenção imediata ao recém-nascido, durante os primeiros trinta segundos após o nascimento:
- (A) Avaliar: líquido amniótico com mecônio e um dos seguintes sinais: não respira ou respiração irregular; Flácido; FC < 100. Classificar: Reanimação Urgente em Presença de Mecônio. Tratar: Iniciar Reanimação. Proporcionar calor; Posicionar a cabeça; Aspirar vias aéreas, se necessário; Secar e desprezar o campo úmido; Reposicionar o RN; Avaliar FC e respiração.
 - (B) Avaliar: líquido amniótico sem mecônio e um dos seguintes sinais: Pré-termo. Não respira ou respiração irregular. Tônus: Flácido. Classificar: Reanimação Urgente. Tratar: Aspiração e sucção endotraqueal, uma única vez, antes de iniciar reanimação.
 - (C) Avaliar: líquido amniótico sem mecônio e todos os seguintes sinais: Termo; Respirando ou chorando; Tônus bom. Classificar: não reanima. Tratar: Contato pele a pele; iniciar amamentação; Cuidados de rotina; Classificar o risco ao nascer.
 - (D) Avaliar: líquido amniótico com mecônio e os seguintes sinais: Não respira ou respira irregular. Tônus: bom. Classificar: Reanimação Urgente. Tratar: Aspiração e sucção endotraqueal, uma única vez, antes de iniciar reanimação.
 - (E) Avaliar: líquido amniótico sem mecônio e os seguintes sinais: Pré-termo; respira; Tônus: Flácido. Classificar: Reanimação Urgente.
- 47 No que se refere à Classificação de Risco durante o Nascimento, o Ministério da Saúde propôs perguntas, observações e determinações (BRASIL, 2014). Dessa forma, para avaliar o risco ao nascer, são necessárias algumas das seguintes perguntas:
- (A) Gestação a termo? Teve rotura prematura de membranas? Há quanto tempo? A mãe teve ou tem febre? Teve doenças durante a gestação? (TORCH'S, hipertensão, infecção urinária, diabetes e/ou doença sistêmica grave). O RN necessitou procedimentos de reanimação?
 - (B) Gestação planejada? Houve violência sexual? Fez exames para DST'S? Caso positivo, tratou? Usou drogas? Que tipo de drogas? Fez uso de contraceptivos? Que tipo de contraceptivo?
 - (C) Gestação pré-termo? Teve infecção urinária na gestação? Apresentou perda de líquido amniótico? Teve gestação gemelar? Apresentou sangramento? Teve história de placenta prévia?
 - (D) Gestação a termo? Teve doenças infectocontagiosas? História de prematuridade? Teve hipertensão na gestação? Teve diabetes na gestação?
 - (E) Gestação prolongada? Teve secreções vaginais? Apresentou dores durante a gestação? Apresentou sangramento?
- 48 De acordo com Ministério da Saúde (2014), algumas situações de doenças prévias e condições gestacionais são consideradas sinais de perigo durante o parto que colocam em risco a vida do recém-nascido. Dentre essas situações, destacam-se:
- (A) Placenta prévia, apresentação pélvica, hepatite.
 - (B) Hipertensão arterial, apresentação transversa, HIV.
 - (C) Diabetes, rotura prematura de membranas ovulares, gemelalidade.
 - (D) Hemorragia vaginal, apresentação anômala, febre materna.
 - (E) Alergias respiratórias, oligoâmnio, multiparidade.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
ENFERMAGEM**

49 Em 2017, o Ministério da Saúde produziu uma versão reduzida das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal com objetivo geral de reduzir e avaliar a informação científica disponível com relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento para proteger, promover e incentivar o parto normal (BRASIL, 2017). Desse modo, consideram-se recomendações de estratégias e métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto:

- (A) Os puxos dirigidos e as massagens no períneo devem ser realizados somente no período expulsivo de trabalho de parto.
- (B) As técnicas de massagem e a imersão em água durante o trabalho de parto não devem ser incentivadas.
- (C) O apoio à escuta de músicas, a audioanalgesia e a aromaterapia não devem ser estimulados no ambiente do trabalho de parto.
- (D) A acupuntura e a hipnose podem ser oferecidas às mulheres que desejarem usar essas técnicas durante o trabalho de parto, desde que haja profissional habilitado e disponível.
- (E) A estimulação elétrica transcutânea deve ser utilizada em mulheres em trabalho de parto estabelecido.

50 No âmbito da assistência multiprofissional aos partos de risco habitual e alto risco, de acordo com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017), é correto afirmar:

- (A) A assistência ao parto e ao nascimento de baixo risco pode ser realizada exclusivamente por enfermeira obstétrica e obstetrites.
- (B) A assistência ao parto e ao nascimento de alto risco pode ser realizada por médicos obstetras e enfermeiras obstétricas.
- (C) A assistência ao parto e ao nascimento de baixo risco pode ser realizada tanto por médicos e enfermeiras obstétricas quanto por obstetrites.
- (D) A assistência ao parto e ao nascimento de alto risco pode ser realizada por obstetrites e enfermeiras obstétricas.
- (E) A assistência ao parto e ao nascimento de alto risco pode ser realizada exclusivamente por obstetrites e doulas.