



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
EDITAL Nº 1 - COREMU/UFPA, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2015

# PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2016

## PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

**Enfermagem**

**17 de janeiro de 2016**

Nome do Candidato: \_\_\_\_\_

Nº de Inscrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura

### INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

1. Confira se a prova que você recebeu corresponde a especialidade a qual você está inscrito, conforme consta no seu cartão de inscrição e cartão-resposta. Caso contrário comunique imediatamente ao fiscal de sala.
2. Confira se, além deste BOLETIM DE QUESTÕES, você recebeu o CARTÃO-RESPOSTA, destinado à marcação das respostas das questões objetivas.
3. Este BOLETIM DE QUESTÕES contém a 50 (cinquenta) questões objetivas, sendo 15 do SUS e 35 de Área Específica. Caso exista alguma falha de impressão, comunique imediatamente ao fiscal de sala. Na prova há espaço reservado para rascunho. **Esta prova terá duração de quatro horas, tendo seu início às 8:00 hs e término às 12:00 hs (horário de Belém-PA).**
4. Cada questão objetiva apresenta 5 (cinco) opções de resposta, identificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E). Apenas uma responde adequadamente à questão, considerando a numeração de 01 a 50.
5. Confira se seu nome, número de inscrição, especialidade e data de nascimento, consta na parte superior do CARTÃO-RESPOSTA que você recebeu. Caso exista algum erro de impressão, comunique imediatamente ao fiscal de sala, a fim de que o fiscal registre no formulário de Correção de Dados a devida correção.
6. O candidato deverá permanecer, obrigatoriamente, no local de realização da prova por, no mínimo, duas horas após o início da prova. A inobservância acarretará a eliminação do concurso.
7. É obrigatório que você assine a LISTA DE PRESENÇA e o CARTÃO-RESPOSTA do mesmo modo como está assinado no seu documento de identificação.
8. A marcação do CARTÃO-RESPOSTA deve ser feita somente com caneta esferográfica de tinta preta ou azul, pois lápis não será considerado.
9. Em hipótese alguma haverá substituição do CARTÃO-RESPOSTA por erro do candidato. A substituição só será autorizada se for constatada falha de impressão.
10. O BOLETIM DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA serão devolvidos ao final da sua prova. O CARTÃO-RESPOSTA é o único documento válido para o processamento de suas respostas.
11. Será automaticamente eliminado do Processo Seletivo de Residência Multiprofissional o candidato que durante a realização da prova descumprir os procedimentos definidos no Edital nº 01/COREMU/2015 do referido processo.

**Boa Prova.**

FADESP

## SUS

1. O trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos no Pacto em Defesa do SUS deve considerar como diretriz
  - (A) estabelecimento do diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS.
  - (B) promoção da cidadania como estratégia de mobilização social, tendo a questão da saúde como um direito.
  - (C) repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, aproximando-a dos desafios atuais do SUS.
  - (D) articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito.
  - (E) desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.
  
2. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, institui
  - (A) são estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar, somente, para crianças e idosos.
  - (B) o impedimento de destinação de recursos públicos para auxílios nos tratamentos de portadores de doenças crônicas.
  - (C) estabelece os direitos e deveres dos usuários em relação ao atendimento nos Programas de Saúde da Família.
  - (D) esta lei regula, somente nos municípios, as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.
  - (E) as ações e os serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente seja mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.
  
3. A regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do pacto de Gestão. Quanto aos objetivos da Regionalização pode-se afirmar que garante o(a)
  - (A) acesso somente aos serviços de saúde de média complexidade no município.
  - (B) direito à saúde, somente a nível local, que possibilite a redução das desigualdades no acesso às ações e aos serviços de saúde existentes no município.
  - (C) acesso, resolutividade e qualidade às ações e aos serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal.
  - (D) integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso nos níveis de baixa e média complexidade do sistema.
  - (E) integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso no nível de alta complexidade do sistema.

RASCUNHO

- 4.** Com relação à Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial, pode-se afirmar que
- (A)** a Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde públicos.
  - (B)** a Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde privados.
  - (C)** a Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados.
  - (D)** os complexos reguladores podem ter abrangência inframunicipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e sua respectiva gestão serem pactuadas em processo democrático e solidário entre as duas esferas de gestão do SUS.
  - (E)** os complexos reguladores podem ter abrangência inframunicipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e sua respectiva gestão serem pactuadas em processo democrático e solidário, na esfera estadual de gestão do SUS.
- 5.** Os municípios têm como responsabilidade, na Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria,
- (A)** coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS.
  - (B)** realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta de serviços.
  - (C)** adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes municipais.
  - (D)** monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas nos estados, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais.
  - (E)** manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas da Secretaria de Saúde do Estado.
- 6.** Sobre as diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, é correto afirmar que a(s)
- (A)** União é quem determina as necessidades de manutenção e expansão dos quadros de trabalhadores da saúde para os estados e municípios.
  - (B)** Secretarias de Saúdes Estaduais devem formular diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS.
  - (C)** duas esferas de gestão devem propor estudos quanto às estratégias e ao financiamento para os trabalhadores do SUS.
  - (D)** política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, o tratamento dos conflitos e a humanização das relações de trabalho.
  - (E)** políticas de recursos humanos para a Atenção Básica de Saúde são de responsabilidade, única e exclusivamente, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS.
- 7.** Quanto à educação na saúde, é responsabilidade do município
- (A)** incentivar junto à rede de ensino, no âmbito estadual, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.
  - (B)** incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, estadual e nacional, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.
  - (C)** propor e pactuar, com o Sistema Federal de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção.
  - (D)** promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS.
  - (E)** apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular na saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde.

8. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, publicada no DOU de 20/09/1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. No Art. 18, estão estabelecidas as competências da direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS entre elas
- (A) formar consórcios administrativos intermunicipais.
  - (B) formar consórcios administrativos interestaduais.
  - (C) formar consórcios administrativos intermunicipais e interestaduais.
  - (D) dar execução, no âmbito estadual, à política de insumos e equipamentos para a saúde.
  - (E) controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços municipais, estaduais e federais de saúde.
9. Está correto afirmar que
- (A) a organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social.
  - (B) o Plano Diretor de Investimento – PDI, expressa os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no planejamento nacional.
  - (C) o Plano Diretor de Regionalização – PDR, expressa o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada município.
  - (D) entre as premissas da descentralização, podemos dizer que, a Comissão Intergestores Bipartite e o Ministério da Saúde promoverão a apoiarão o processo de qualificação permanente para as Comissões Intergestores Tripartite.
  - (E) os principais instrumentos de planejamento da regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI, a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI, o Piso de Atenção Básica – PAB e o Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável.
10. Entre os objetivos do fortalecimento da Atenção Básica está
- (A) garantir o financiamento da atenção básica como responsabilidade das duas esferas de gestão do SUS.
  - (B) ampliar a estratégia de Saúde da Família, e os serviços de média e alta complexidade nos grandes centros urbanos.
  - (C) garantir o financiamento da atenção básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.
  - (D) consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família, somente, nos pequenos municípios.
  - (E) implantar o processo de monitoramento e avaliação da atenção básica nas duas esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.
11. A lei 8080/90, no Art. 13, determina a articulação das políticas e dos programas, a cargos das comissões intersetoriais, abrangendo, em especial, as seguintes atividades:
- (A) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiológica; recursos humanos; ciência e tecnologia e saúde do trabalhador.
  - (B) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiológica; recursos humanos; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.
  - (C) alimentação e nutrição; vigilância sanitária e farmacoepidemiológica; recursos humanos; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.
  - (D) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiológica; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.
  - (E) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância epidemiológica; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.

RASCUNHO

- 12.** A lei 8142/90 refere em seu Art. 2º que os recursos do Fundo Nacional de Saúde – FNS serão alocados como
- (A) cobertura das ações e dos serviços de saúde a serem implementados pela União.
  - (B) investimentos previstos no Plano Quinquenal dos Ministérios da Saúde e da Educação.
  - (C) investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Executivo e aprovados pelo Congresso Nacional.
  - (D) despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta.
  - (E) despesas de custeio e de capital dos Ministérios da Saúde e da Educação, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta.
- 13.** Em relação à direção e articulação do SUS, é correto afirmar que a(o)
- (A) direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.112/1990.
  - (B) definição sobre o número de membros de cada CIT deve considerar as diferentes situações de cada estado, como número de municípios, número de regiões de saúde, buscando a maior representatividade possível.
  - (C) processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que pactuarão sobre a organização, direção e gestão da saúde.
  - (D) CIB é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS, sendo um espaço tripartite para a elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS.
  - (E) CIT, composta igualmente de forma paritária e integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde COSEMS ou órgão equivalente, é a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.
- 14.** O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Entre as suas prioridades, foi pactuada a Promoção da Saúde, que tem como um dos seus objetivos elaborar e implementar uma política de promoção da saúde, de responsabilidade do(s) gestor(es)
- (A) municipal.
  - (B) municipal estadual e federal.
  - (C) municipal e estadual.
  - (D) estadual e federal.
  - (E) municipal e federal.
- 15.** A Participação Social no SUS é um princípio doutrinário assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90) e é parte fundamental do Pacto pela Vida. Uma das ações que deve ser desenvolvida para fortalecer o processo de participação social é
- (A) apoiar o processo de formação dos conselheiros.
  - (B) apoiar o processo de formação dos conselheiros e dos secretários municipais e estaduais de saúde.
  - (C) estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde, educação e segurança nos municípios.
  - (D) apoiar os processos de educação popular e permanente na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS.
  - (E) apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde e educação.

## ÁREA ESPECÍFICA

**16.** A atuação do enfermeiro obstetra tem sido incentivada pelas políticas nacionais de saúde, incluindo o apoio do Ministério da Saúde na realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, devido à compatibilidade dessa formação com as tendências contemporâneas de atenção à gestação, parto e puerpério. Com o aumento do espaço desses profissionais na assistência e maior visibilidade, há também um aumento na responsabilidade e possibilidades de confrontos que envolvam suas práticas profissionais diárias. Com isso, é imprescindível que o enfermeiro conheça os aspectos legais, direitos e obrigações implícitas no próprio exercício profissional, uma vez que estes podem exercer influências na tomada de decisões. Com base nessas informações, julgue os itens abaixo.

- I Segundo a resolução do COFEN 477/2015, cabe privativamente ao enfermeiro obstetra e à obstetrix: prescrição de assistência de enfermagem obstétrica, assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido e execução do parto com distócia.
- II Ao enfermeiro obstetra e obstetrix atuante no Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto, não compete encaminhar a mulher e/ou recém-nascido a um nível de assistência mais complexo, caso necessite, por isso a necessidade de ter um médico na equipe.
- III O Registro de Título de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no Conselho Federal de Enfermagem, além do disposto na Resolução COFEN nº 389/2011, de 20 de outubro de 2011, será condicionado à composição dos seguintes critérios mínimos de qualificação para os títulos de pós-graduação *stricto* ou *lato sensu*: realização de, no mínimo, 15 (quinze) partos com acompanhamento completo do trabalho de parto, parto e pós-parto e realização de, no mínimo, 10 (dez) atendimentos ao recém-nascido na sala de parto.
- IV Conforme a Lei 7498/86 do Exercício Profissional de Enfermagem, cabe aos enfermeiros a assistência à gestante, parturiente e puérpera, o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto e a execução do parto sem distócia, mas, somente ao enfermeiro titular do diploma ou certificado de obstetrix ou de enfermeira obstétrica cabe a realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Está(Estão) correto(s) o(s) item(itens)

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

- 17.** Sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), é correto afirmar que
- (A) a PNAISM tem como objetivo geral contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas inevitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
  - (B) um de seus objetivos é ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST, fortalecendo as redes especializadas de referência.
  - (C) visa promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes.
  - (D) a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher deve contemplar a população feminina acima de 12 anos e seus parceiros, visto que a saúde ginecológica e obstétrica da mulher depende da saúde daqueles com quem ela se relaciona sexualmente.
  - (E) a Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias, exceto os distintos grupos populacionais como mulheres negras, indígenas, situação de risco e presidiárias, pois serão elaboradas políticas específicas para elas.

**18.** A Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Trata-se de uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, respeitando o critério epidemiológico, a taxa de mortalidade materna e a densidade populacional. Com base nesta Portaria, é INCORRETO afirmar que

- (A) tem como objetivo promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro.
- (B) estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento reprodutivo para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde é uma das propostas da Rede Cegonha.
- (C) promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições seguras, apenas para as mulheres vítimas de estupro e com feto anencéfalo.
- (D) o componente de sistema logístico da Rede Cegonha visa à promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais.
- (E) a Rede Cegonha visa oferecer às parteiras um kit para atendimento à parturiente, que inclui, entre outros materiais, estetoscópio de Pinard de plástico, rolo de barbante para ligadura do cordão umbilical, luvas descartáveis, escova de unha, guarda-chuva e capa de chuva.

**19.** De acordo com os conceitos presentes no Manual de Comitê de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), julgue os itens abaixo.

- I Morte Materna é a morte de uma mulher apenas durante a gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, além da provocada por fatores acidentais ou incidentais.
- II Morte Materna Obstétrica Direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.
- III Morte Materna Obstétrica Indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, provocadas por causas obstétricas diretas e não agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.
- IV Segundo a definição internacional, a mulher em idade fértil é aquela entre 15 e 49 anos de idade. No Brasil, considera-se idade fértil a faixa etária entre 10 e 49 anos.

Estão corretos os itens

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

RASCUNHO

**20.** Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem nas ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, é importante que a atenção às mulheres esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar, envolvendo intervenções na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) quanto à prevenção e ao controle do câncer de colo do útero e mama, é **INCORRETO** afirmar que

- (A) os enfermeiros da atenção básica podem realizar consulta de enfermagem e a coleta do exame citopatológico, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária, avaliar resultados dos exames solicitados e coletados, e, de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas, realizar o encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento dos cânceres de mama e do colo do útero.
- (B) gestantes têm o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou seus precursores. O enfermeiro deve orientar e indicar a realização do exame preventivo, pois o achado destas lesões durante o ciclo grávido puerperal reflete a oportunidade do rastreamento durante o pré-natal.
- (C) a prevenção primária do câncer de mama está relacionada ao controle dos fatores de risco reconhecidos. Embora os fatores hereditários e muitos daqueles relacionados ao ciclo reprodutivo da mulher não sejam passíveis de mudança, é necessário que haja ações que visem à diminuição do risco relativo para câncer de mama, sendo estas: aleitamento materno apenas até os dois anos de idade, planejamento reprodutivo para diminuir a paridade, prevenção da obesidade pós-menopausa, sedentarismo, consumo excessivo de álcool e terapia de reposição hormonal.
- (D) a atenção para o cuidado da paciente com câncer de mama deve ser ação prioritária de todos os profissionais de saúde, nos diversos níveis de atendimento, contribuindo assim para a melhor qualidade de vida dessa população.
- (E) o espécuro, no exame preventivo, deve ser introduzido suavemente, em posição vertical e ligeiramente inclinado, de maneira que o colo do útero fique exposto completamente, o que é imprescindível para a realização de uma boa coleta. Iniciada a introdução, fazer uma rotação, deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espécuro fique na posição horizontal. Uma vez introduzido totalmente na vagina, abrir lentamente e com delicadeza. Na dificuldade de visualização do colo, sugerir que a mulher tussa. Não surtindo efeito, solicitar ajuda de outro profissional mais experiente.

**21.** Segundo o Caderno de Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde (2012), toda mulher da área de abrangência da unidade de saúde e com história de atraso menstrual de mais de 15 dias deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o Teste Imunológico de Gravidez (TIG), que será solicitado pelo médico ou enfermeiro. Se o atraso menstrual for superior a 12 semanas, o diagnóstico de gravidez poderá ser feito pelo exame clínico e torna-se desnecessária a solicitação do TIG. Com base nessas informações, julgue os itens abaixo.

- I Os sinais de presunção da gravidez são atraso menstrual, náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, aumento da frequência urinária, sonolência, aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical, aumento do volume abdominal.
- II São sinais de probabilidade da gravidez o amolecimento da cérvix uterina, com posterior aumento do seu volume, paredes vaginais aumentadas, com aumento da vascularização, positividade da fração beta do HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização.
- III Os sinais de certeza da gravidez são presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF) detectados pelo sonar a partir de 12 semanas, percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas), visualização do saco gestacional por ultrassonografia via transvaginal com apenas 4 a 5 semanas gestacionais.

Está(Estão) correto(s) o(s) item(itens)

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

**22.** As alterações fisiológicas observadas na gestação decorrem, principalmente, de fatores hormonais e mecânicos. Os ajustes verificados no organismo da mulher devem ser considerados normais durante o estado gravídico. Quanto às modificações sistêmicas e dos órgãos genitais, é correto afirmar que

- (A) a grávida, para o provimento de suprimento ininterrupto de glicose e aminoácidos para o concepto, faz ajustes importantes como: consumo indiscriminado de glicose e aumento da utilização periférica pela placenta, com isso, com o avançar da gravidez, a glicose é preservada e o metabolismo de lipídio é aumentado.
- (B) a palidez característica da gestação é justificada pela vasoconstrição periférica, causando uma diminuição da frequência cardíaca. Como o sangue é transferido, em parte, ao feto, há uma diminuição no débito cardíaco da mulher para que esse suprimento seja possível.
- (C) na gravidez há um aumento significativo de diversos fatores da coagulação, notadamente do fibrinogênio, e redução da atividade fibrinolítica do plasma. Essas modificações são responsáveis pelo aumento da velocidade de sedimentação e pela hemostasia fisiológica ao tempo da separação da placenta no secundamento.
- (D) a vasoconstrição que ocorre na gravidez resulta da contração da musculatura lisa, com isso, os ureteres e pelvis renais também se contraem, ocasionando um risco maior de surgimento de infecções urinárias.
- (E) sob a influência dos estrogênios, o epitélio vaginal se contrai durante a gravidez, resultando em aumento na secreção vaginal. Essa secreção tem pH mais alcalino do que o existente na mulher não grávida, o que facilita a proliferação de bactérias.

**23.** Após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, dá-se início ao acompanhamento da gestante, com seu cadastramento no SisPreNatal. Os procedimentos e as condutas que se seguem devem ser realizados sistematicamente e avaliados em toda consulta de pré-natal. As condutas e os achados diagnósticos sempre devem ser anotados na Ficha de Pré-natal e no Cartão da Gestante. A classificação do risco gestacional deve estar presente em toda consulta de Pré-Natal pois algumas gestantes podem apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável, sendo definidas como gestantes de alto risco. Sobre esse quadro, é incorreto afirmar que

- (A) a caracterização de uma situação de risco não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada.
- (B) é indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta. Em contrapartida, quando são identificados fatores associados a um pior prognóstico materno e perinatal, a gravidez é definida como de alto risco, passando a exigir avaliações mais frequentes, muitas vezes fazendo-se uso de procedimentos com maior densidade tecnológica.
- (C) as síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia) e amniorrexe prematura justificam o encaminhamento da gestante à urgência obstétrica.
- (D) alguns dos fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis que justificam o encaminhamento da gestante ao pré-natal de alto risco são: idade menor do que 15 anos, três ou mais cesáreas anteriores e infecção urinária na gestação atual.
- (E) é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade. Dessa forma, o acolhimento com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado e da densidade tecnológica que devem ser ofertados às usuárias em cada momento.

RASCUNHO

**24.** Em uma consulta pré-natal, nos casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo, geralmente, patologias clínicas mais complexas, o enfermeiro deve fornecer orientações a fim de diminuir ou fazer desaparecer tais desconfortos, preferencialmente, sem o uso de medicamentos. Segundo o Caderno de Atenção do Pré Natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde (2012), é correto afirmar que

- (A) deve-se orientar a gestante, no caso de náuseas e vômitos, a consumir uma dieta fracionada, evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis, ingerir bastante líquido durante as refeições, não ingerir alimentos sólidos antes de se levantar pela manhã e ingerir alimentos gelados.
- (B) deve-se orientar a gestante a não deglutir a saliva e evitar o excesso na ingestão de líquidos, para diminuir a sialorréia, evitando assim a produção de maior quantidade de saliva.
- (C) as queixas urinárias são frequentes, portanto deve-se explicar à gestante que, geralmente, o aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação e que não se deve exagerar na ingestão de líquidos para que não se perca muito eletrólito na urina.
- (D) deve-se esclarecer que as estrias são resultantes da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de prevenção. As estrias, que no início apresentam cor arroxeada, tendem com o tempo a ficar com uma cor semelhante à da pele.
- (E) a ocorrência de cloasma gravídico é comum na gravidez, diminuindo e desaparecendo, em tempo variável, após o parto, portanto não há necessidade de prevenir-se com protetor solar ou diminuir a exposição ao sol.

**25.** Segundo o Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (2012), algumas gestantes podem desenvolver ou conhecer o diagnóstico do câncer ao longo da gestação. Isso pode estar relacionado ao fato de as gestantes procurarem assistência médica apenas no período pré-natal. No que se refere à relação câncer de mama e colo de útero e gestação, é INCORRETO afirmar que

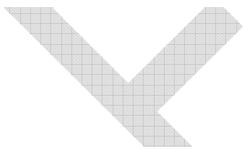
- (A) os tumores de mama na gestação têm pior diferenciação, comparado com a mesma faixa etária em mulheres não gestantes. Na gestação ocorrem mais comprometimentos linfonodais, tumores de maior tamanho, maior comprometimento vascular sanguíneo e linfático e 20% deles são carcinomas inflamatórios.
- (B) a maioria dos estudos demonstra que a gravidez não é um fator de mau prognóstico para o câncer de mama, mas assinala doença possivelmente mais agressiva. As alterações fisiológicas da mama gravídica (hipertrofia e ingurgitamento) podem contribuir para o atraso no diagnóstico.
- (C) o câncer do colo do útero, entre os cânceres ginecológicos, é o que mais frequentemente se associa à gestação. O melhor período para realizar a biópsia é no primeiro trimestre, sem risco para mãe e feto, porque no fim da gravidez ocasiona trabalho de parto prematuro.
- (D) não há urgência em diagnosticar condição pré-maligna durante a gravidez, para o câncer de colo de útero, mas sim de excluir ou diagnosticar câncer invasivo.
- (E) o câncer é tratado, por indicação médica, no primeiro trimestre, sem considerar a gestação. No segundo trimestre, o tratamento será individualizado. Se mais próximo do primeiro trimestre, a tendência é desconsiderar a gestação e, se mais próximo do terceiro trimestre, a tendência é tratar como no terceiro trimestre. No terceiro trimestre, deve-se aguardar a viabilidade fetal, interromper a gestação por cesariana e tratar o câncer imediatamente.

**26.** Conforme o Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (2012), marque a alternativa INCORRETA no que se refere a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco,

- (A) trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada.
- (B) hemorragias da gestação e óbito fetal.
- (C) diabetes gestacional e insuficiência istmo-cervical.
- (D) aloimunização e infecção urinária.
- (E) ganho ponderal inadequado e pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

**27.** Com base na Resolução COFEN N°339/2008, que normatiza a Atuação e a Responsabilidade Civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal (CPN) e/ou Casas de Parto e dá outras providências, é correto afirmar que

- (A)** os Centros de Parto Normal e/ou Casa de Parto deverão compor a estrutura do Sistema de Saúde Local, atuando de forma sintonizada e integrada às demais unidades de saúde existentes e deverão ser organizados com o fim precípua de promoverem a ampliação do acesso da clientela, assim como do vínculo dos profissionais a estes, demandando um atendimento humanizado à parturiente, ao recém-nascido, assim como a seus familiares no período pré-natal, no parto e no puerpério.
- (B)** os profissionais enfermeiros obstetras não têm como atribuição a notificação dos óbitos maternos e neonatais, sendo esta função do médico atuante na Maternidade de vinculação do CPN, que irá notificar os Comitês de Mortalidade Materna e infantil/neonatal da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Saúde.
- (C)** ao profissional enfermeiro obstetra, atuando no Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto, fica conferido, como uma das atribuições, acompanhar a puérpera e seu recém-nascido por um período de 30 (trinta) dias.
- (D)** ao enfermeiro obstetra atuante no CPN cabe prestar assistência imediata ao recém-nascido que apresente intercorrência clínica e, quando necessário, garantir a sua remoção em unidades de transporte adequadas, no prazo máximo de 24 (vinte quatro) horas.
- (E)** nos CPN o enfermeiro obstetra pode atuar no parto normal com distócia, visto que neste Centro o mesmo também atua como responsável técnico e não há a presença de médicos.

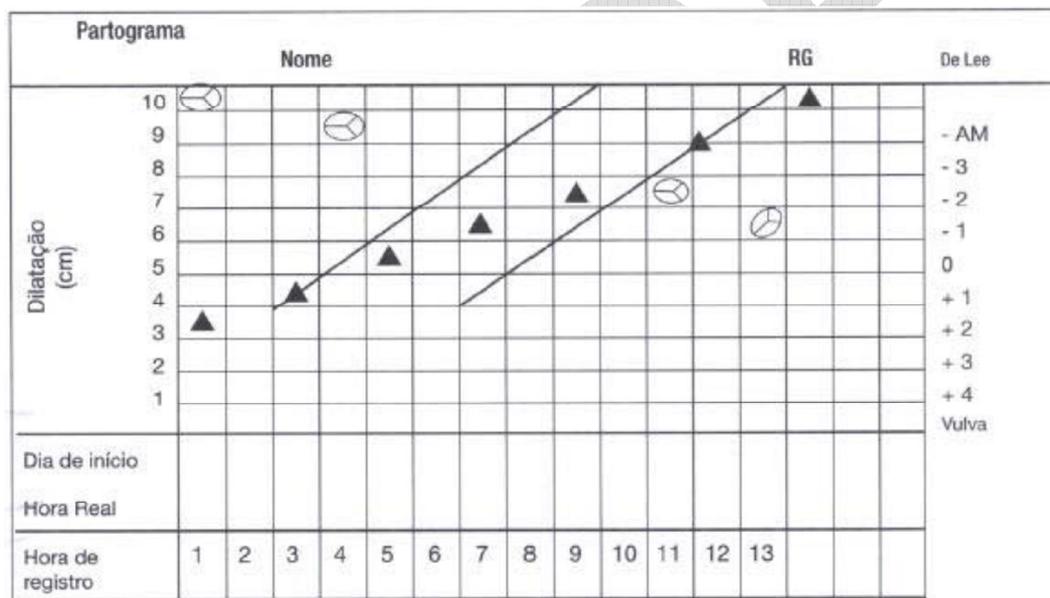


RASCUNHO

**CASO CLÍNICO**

Marcela, 36 anos, encontra-se na sua segunda gestação. Perdeu recentemente seu emprego e o direito ao plano de saúde. Então, nesta gestação fez o pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS). Relata que foi a todas as consultas e que os exames do pré-natal foram normais. A gestação anterior evoluiu sem intercorrências, fez o acompanhamento do pré-natal com um obstetra do plano de saúde e realizou por indicação médica a interrupção eletiva por via alta por volta das 38 semanas de gestação, há aproximadamente 3 anos. Na gestação atual, durante o atendimento realizado na triagem da maternidade, constatou-se que Marcela encontrava-se com 39 semanas e 4 dias de gestação. A mesma referiu que um dia antes sentiu um líquido escorrendo pela perna, mas como não estava sentindo nada, deixou para procurar a maternidade no dia seguinte, quando a cólica já “estava apertando”.

Com base nas informações fornecidas no caso clínico e no registro gráfico abaixo, responda às questões 28, 29, 30, 31 e 32:



28. Considerando apenas a primeira hora de avaliação da gestante, sabendo que nesta primeira hora, Marcela apresentava uma dinâmica uterina equivalente a 3 contrações em um intervalo de dez minutos, durando em média 19 segundos, julgue os itens a seguir.

- I Estas contrações podem ser caracterizadas como contrações de Barxton Hicks.
- II São consideradas contrações típicas de trabalhos de parto, sendo fator indicativo do início da fase latente do trabalho de parto.
- III São consideradas contrações típicas de trabalhos de parto, sendo fator indicativo do início da fase ativa do trabalho de parto.

Está(Estão) correto(s) o(s) item(itens)

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

RASCUNHO

**29.** Analisando-se o registro gráfico que se refere à evolução do trabalho de parto da gestante na maternidade, é correto afirmar que o feto na

- (A) primeira hora de avaliação encontrava-se em uma posição cefálica, alto e móvel no que se refere ao plano de De Lee, o que nos leva a inferir que o mesmo já estava atingindo o estreito médio da bacia com uma variedade de posição equivalente a OET.
- (B) décima primeira hora de avaliação encontra-se em uma apresentação cefálica, em -1 no plano de De Lee, o que nos leva a inferir que o mesmo situa-se no estreito inferior da bacia com uma variedade de posição equivalente a ODT.
- (C) décima terceira hora de avaliação encontra-se em uma apresentação cefálica, com uma variedade de posição equivalente a OEA, aproximando-se das espinha ciáticas, ponto de referência para o estreito médio da bacia.
- (D) primeira hora de avaliação encontra-se em uma apresentação córmica, alto e móvel no que se refere ao plano de De Lee, o que nos leva a inferir que o mesmo situa-se no estreito médio da bacia com uma variedade de posição equivalente a OET.
- (E) quarta hora de avaliação encontra-se em uma apresentação cefálica, com uma variedade de posição equivalente a ODT, atingindo o estreito inferior da bacia.

**30.** Suponha que você é o enfermeiro da maternidade neste dia, analisando apenas o período que vai da primeira hora de avaliação até a décima hora de avaliação, a interpretação correta da situação instalada assim como a conduta adequada que deveria ser adotada por você neste caso são:

- (A) a evolução do trabalho de parto durante o período da primeira até a décima hora não atingiu a linha de alerta, por isso não requer uma assistência de enfermagem mais específica.
- (B) a evolução do trabalho de parto durante o período da primeira até a décima hora não atingiu a linha de ação, por isso não requer uma assistência de enfermagem mais específica.
- (C) a evolução do trabalho de parto atingiu a linha de alerta, por isso é necessário realizar manobra de kristeller, mesmo que isto leve ao risco de lesão das partes moles.
- (D) a evolução do trabalho de parto durante o período da primeira até a décima hora atingiu a linha de ação. Neste momento é prudente comunicar a equipe médica de plantão, porém a equipe de enfermagem deve continuar estimulando exercícios pélvicos, deambulação, entre outros, para que sejam evitadas condutas intervencionistas pelo médico.
- (E) a evolução do trabalho de parto durante este período atingiu a linha de alerta. Neste momento é prudente comunicar a equipe médica de plantão, enquanto a equipe de enfermagem deve estimular exercícios pélvicos, deambulação, entre outros, para que sejam evitadas condutas intervencionistas.

**31.** Considerando o registro gráfico apresentado anteriormente, sabendo-se que a dinâmica uterina manteve-se proporcional à fase do trabalho de parto, a frequência cardíaca fetal manteve-se estável e que a expulsão fetal ocorreu de acordo com o registro entre a décima quarta e décima quinta hora, o possível diagnóstico do partograma é

- (A) parto precipitado.
- (B) fase ativa prolongada.
- (C) período pélvico prolongado.
- (D) parada secundária da descida.
- (E) parada secundária da dilatação.

RASCUNHO

**32.** Considere que o recém-nascido de Marcela chorou ao nascer, apresentou tônus muscular em flexão, sem a presença de líquido amniótico meconial, boa vitalidade e não necessita de qualquer manobra de reanimação. Com base nessas informações, julgue os itens a seguir.

- I Após o desprendimento fetal, este recém-nascido deve ser imediatamente encaminhado para o berço aquecido, com o objetivo de receber cuidados imediatos que incluem, entre outros, o aquecimento, a aspiração de excesso de secreções da boca e do nariz com sonda de aspiração traqueal nº 10, a verificação dos dados antropométricos e a aplicação de nitrato de prata.
- II Neste caso, o recém-nascido deve ser secado e posicionado sobre o abdome da mãe ou ao nível da placenta por, no máximo, um minuto e realiza-se o clampeamento do cordão umbilical.
- III Após o clampeamento do cordão, o RN deverá ser mantido sobre o abdome e/ou tórax materno, usando o corpo da mãe como fonte de calor, garantindo-se que o posicionamento da criança permita movimentos respiratórios efetivos. O contato pele a pele imediatamente após o nascimento, em temperatura ambiente de 26°C, reduz o risco de hipotermia em RN a termo, com respiração espontânea que não necessita de ventilação, desde que coberto com campos pré-aquecidos.

Está(Estão) correto(s) o(s) item(itens)

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

**33.** Julgue os itens a seguir que se referem às dificuldades de amamentação durante o puerpério.

- I As gestantes HIV+ e HTLV+ deverão ser orientadas para não amamentar, no entanto, quando por falta de informação o aleitamento materno tiver sido iniciado, orienta-se a mãe a permanecer a amamentação, mesmo que esteja fazendo uso de terapia antirretroviral.
- II A mastite é um processo inflamatório ou infeccioso que pode ocorrer na mama lactante, habitualmente a partir da segunda semana após o parto. Geralmente, é unilateral e pode ser consequente a um ingurgitamento indevidamente tratado.
- III Para evitar ingurgitamento, a pega e a posição para amamentação devem estar adequadas e, quando houver produção de leite superior à demanda, as mamas devem ser ordenhadas manualmente. Sempre que a mama estiver ingurgitada, a expressão manual do leite deve ser realizada para facilitar a pega e evitar fissuras. O ingurgitamento mamário é transitório e desaparece entre 24 e 48 horas.

Está(Estão) correto(s) o(s) item(itens)

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

**34.** Durante o período expulsivo, o médico assumiu o trabalho de parto, e, durante a fase de dequitação, realizou trações no cordão umbilical antes mesmo que fosse observado o desprendimento total da placenta do fundo uterino. A placenta se despreendeu em um intervalo de 30 minutos, porém durante o período de Greemberg foi observado um sangramento acentuado. O fator que pode estar associado a esta complicação é um(uma) possível

- (A) encarceramento placentário.
- (B) rotura uterina.
- (C) retenção de restos placentários, que dificulta o processo que leva à hemostasia uterina.
- (D) acretismo placentário, que impediu a formação de trombos e a formação do globo de segurança de Pinard.
- (E) inversão uterina.

**35.** Corresponde a uma deflexão de terceiro grau o(a)

- (A) assinclitismo anterior.
- (B) apresentação de bregma.
- (C) apresentação de fronte.
- (D) assinclitismo posterior.
- (E) apresentação de face.

**36.** Um dos passos indispensáveis para uma atenção de qualidade ao pré-natal é

- (A) iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 16ª semana de gestação (captação precoce).
- (B) garantir apenas os recursos humanos e físicos necessários à atenção pré-natal.
- (C) ter assegurado a solicitação, realização e avaliação de, pelo menos no primeiro trimestre de gestação, exames preconizados no atendimento pré-natal.
- (D) desconsiderar a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, pois os aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais não interferem diretamente no ciclo-gravídico puerperal.
- (E) garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.

**37.** Analise os itens abaixo.

- I Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação.
- II Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido, que deve ser verificado e atualizado a cada consulta.
- III Solicitar ao médico a prescrição de medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica), pois este é único profissional habilitado para tal função.

É de competência do enfermeiro durante o pré-natal a(s) ação(ações) descrita(s) no(s) item(itens)

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

**38.** No fluxograma de atendimento de gestante do grupo ABO com fator Rh negativo, a gestante deverá

- (A) realizar o Coombs indireto e, caso o resultado seja negativo, repete-se este exame a cada duas semanas.
- (B) receber a imunoglobulina protetora, caso o recém-nascido for Rh positivo e seu Coombs direto for negativo.
- (C) não realizar o Coombs indireto e, caso o resultado seja negativo, repete-se este exame a cada duas semanas.
- (D) receber a imunoglobulina protetora, caso o recém-nascido for Rh negativo e seu Coombs direto for negativo.
- (E) realizar o Coombs indireto, e, caso o resultado seja positivo, repete-se este exame a cada duas semanas, não necessitando ser encaminhada ao pré-natal de alto risco.

RASCUNHO

**39.** Na consulta puerperal, deve-se levar em consideração inúmeros fatores que podem indicar futuras complicações, assim como alertar para diagnósticos precoces, tanto na mãe quanto no recém-nascido. No que se refere aos fatores de risco associados ao recém-nascido, julgue os itens a seguir.

- I São considerados fatores de risco o recém-nascido com baixo peso ao nascer, menor do que 2.900g e internação por intercorrências após o nascimento.
- II A história de morte de criança com menos de 5 anos de idade na família e história de morte de criança, aborto ou malformações congênitas por sífilis congênita não são considerados como fatores de risco, pois esses antecedentes pouco interferem nesse atual momento.
- III São considerados como fatores de risco recém-nascido de mãe adolescente (com menos de 16 anos de idade), recém-nascido de mãe analfabeta e recém-nascido de mãe portadora de deficiência ou distúrbio psiquiátrico ou drogadição que impeça o cuidado da criança.

Está(Estão) correto(s) o(s) item(itens)

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

**40.** Entende-se por risco de vida materna toda situação clínica que ocorre durante o período gestacional que, por doença própria da gestação ou doença pré-existente, coloque em risco a vida da gestante e inviabilize a continuação da gravidez. Nestes casos, com base no Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (2012), os procedimentos para a interrupção da gravidez são diferenciados de acordo com a idade gestacional. Com base nessas informações, analise os itens a seguir.

- I Em gestantes com idade gestacional entre 13 e 28 semanas, pode ser realizada a aspiração manual intrauterina (AMIU) ou dilatação do colo seguida de curetagem.
- II Em gestante com idade gestacional superior a 12 semanas, a interrupção pode ser feita pela indução de misoprostol, no fundo do saco vaginal.
- III Em gestante com idade gestacional entre 10 a 17 semanas, a interrupção pode ser realizada a aspiração manual intrauterina ou dilatação do colo seguida de curetagem.

Está(Estão) correto(s) o(s) item(itens)

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

**41.** Durante o trabalho de parto a passagem fetal pela bacia ocorre devido a uma redução dimensória e por movimentos de inclinação lateral da apresentação. Marque a alternativa correta

- (A) quando a sutura sagital aproxima-se do pube e o parietal posterior é o primeiro a penetrar na escavação, denomina-se assinclitismo posterior ou obliquidade de Nagele.
- (B) quando a sutura sagital está mais aproximada do sacro, o parietal anterior desce em primeiro lugar, denomina-se assinclitismo anterior, e a obliquidade é de Nagele.
- (C) quando há presença de flexão lateral, mantendo-se a sutura sagital equidistante do sacro e do pube, condiciona o assinclitismo.
- (D) quando a sutura sagital aproxima-se do pube e o parietal posterior é o primeiro a penetrar na escavação, denomina-se assinclitismo anterior ou obliquidade de Litzmann.
- (E) quando a sutura sagital está mais aproximada do sacro, o parietal anterior desce em primeiro lugar, denomina-se assinclitismo posterior e a obliquidade é de Nagele.

**42.** Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade do aleitamento materno (AM) sobre outras formas de alimentar a criança pequena, a maioria das crianças brasileiras não é amamentada por dois anos ou mais e não recebe leite materno exclusivo nos primeiros seis meses, como recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil. Já está devidamente comprovada, por inúmeros estudos científicos, a superioridade do leite materno sobre outros tipos de leite. Contudo, para que o AM seja praticado segundo as recomendações, é preciso que a sociedade em geral, e a mulher em particular, estejam conscientizadas da importância da amamentação. O profissional de saúde tem papel fundamental na promoção, proteção e apoio ao AM. Para exercer esse papel ele precisa, além de conhecimento e de habilidades relacionados a aspectos técnicos da lactação, ter um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros aspectos (BRASIL, 2011). Sobre as repercussões do AM, analise os itens abaixo.

- I A redução da mortalidade na infância é uma das principais repercussões do AM, considerando-se que o AM é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, tendo o potencial de evitar 13% das mortes de crianças menores de cinco anos em todo o mundo por causas preveníveis.
- II Crianças que recebem amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida têm menor risco de alergia à proteína do leite de vaca, dermatite atópica e outros tipos de alergias, incluindo asma e sibilos recorrentes.
- III Sobre os aspectos cognitivos, a maioria dos estudos conclui que as crianças amamentadas não apresentam vantagens nas suas funções cognitivas quando comparadas com as não amamentadas.
- IV O AM pode melhorar a qualidade de vida das famílias, uma vez que as crianças amamentadas adoecem menos, necessitam de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos, o que pode implicar em menos faltas ao trabalho dos pais, bem como menos gastos e situações estressantes. Além disso, a amamentação bem sucedida é fonte de prazer para mães e crianças, o que pode repercutir favoravelmente nas relações familiares e estilos de vida.

Estão corretos os itens

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

**43.** Segundo as Normas Básicas para Alojamento Conjunto aprovadas pelo Ministério da Saúde, toda a mãe livre de condições que impossibilitem ou contraindiquem o contato com o recém-nascido (RN) e todo o recém-nascido com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico devem permanecer em alojamento conjunto até a alta hospitalar (BRASIL, 2011). NÃO é atribuição da equipe de enfermagem do Alojamento Conjunto

- (A) encorajar o aleitamento materno sob livre demanda.
- (B) não dar ao RN qualquer outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico.
- (C) não dar bicos artificiais ou chupetas às crianças amamentadas no seio, especialmente no período de estabelecimento da lactação, uma vez que esses artefatos podem causar “confusão de bicos”.
- (D) orientar as mães que não há problema em amamentar outros recém-nascidos que não os seus (amamentação cruzada), em caso de dificuldade no aleitamento de alguma mãe no ALCON.
- (E) realizar visitas diárias, esclarecendo, orientando e dando segurança à mãe quanto ao estado de saúde de seu filho.

RASCUNHO

**44.** A pele do recém-nascido apresenta diversas características que devem ser atentamente observadas durante o exame físico. Alguns achados são comuns e não têm repercussão clínica. Outros, embora também comuns, devem ser mais bem avaliados quanto ao diagnóstico diferencial e, eventualmente, à adoção de medidas. Sobre esses achados, é correto afirmar que

- (A) o milium sebáceo está presente em 40% dos RN. Manifesta-se por pequenos pontos brancos (menor que 1mm), localizados na base do nariz, queixo e fronte, devido à distensão e obstrução das glândulas sebáceas e geralmente evolui para quadros infecciosos, se não tratado.
- (B) o lanugo é a denominação dada aos pelos finos que costumam recobrir a região do ombro e da escápula, encontrados em menor quantidade nos RN prematuros e que desaparecem em alguns dias.
- (C) os RN prematuros entre 34 e 36 semanas costumam estar recobertos por material gorduroso e esbranquiçado, o vernix caseoso, cujas funções primordiais são a proteção da pele e o isolamento térmico.
- (D) as manchas mongólicas são manchas azul-acinzentadas, localizadas preferencialmente no dorso e nas regiões glútea e lombossacra, podendo ser disseminadas, e que traduzem imaturidade da pele na migração dos melanócitos, relacionada a fatores raciais. São mais comuns na raça branca e regredem nos primeiros 4 anos de idade.
- (E) o impetigo geralmente aparece nos primeiros dias de vida sob a forma de lesões eritematosas multiformes (pápulas, máculas e até algumas vesículas), esparsas ou confluentes. O exame microscópico da secreção contida nas lesões mostra migração eosinofílica. Possui causa desconhecida e pode ser desencadeado por estímulos mecânicos de atrito ou pressão na pele. Regredir espontaneamente, muitas vezes em poucas horas.

**45.** C.M.L, 18 anos, deu entrada em maternidade referindo estar grávida, com idade gestacional de 7 semanas, apresentando sangramento e dor em baixo ventre. Ao ser realizada ultrassonografia, evidenciou-se a cavidade uterina vazia. Considerando-se o caso descrito, é correto afirmar que trata-se de um(a)

- (A) caso de abortamento infectado e a principal conduta é a antibioticoterapia.
- (B) ameaça de abortamento e a conduta é orientar o repouso, não sendo necessária internação hospitalar.
- (C) caso de abortamento completo e a conduta deve ser expectante, com atenção à persistência do sangramento.
- (D) caso de abortamento incompleto e a conduta adequada é a aspiração manual intrauterina (AMIU).
- (E) caso de abortamento retido e a conduta adequada é o uso do misoprostol.

**46.** Gestante, 28 semanas, apresentando sangramento indolor, de coloração vermelho vivo, sinais vitais estáveis, movimentos fetais presentes, BCF: 142 bpm e encontra-se internada em clínica para acompanhamento de gestação de alto risco. No que se refere ao caso, é correto afirmar que o diagnóstico e a conduta, respectivamente, são

- (A) placenta prévia e conduta expectante, considerando-se a estabilidade da gestante e a idade gestacional, porém é necessária constante avaliação materna e fetal.
- (B) descolamento prematuro de placenta e conduta ativa, com preferência a uma operação cesariana para salvar a vida da mãe e do feto.
- (C) placenta prévia e conduta ativa, com indicação absoluta de cesariana, devido à oclusão da cérvix uterina.
- (D) descolamento prematuro de placenta e conduta ativa, com preferência pelo parto normal, devido à possibilidade do sangramento agravar o quadro da paciente em uma cesariana.
- (E) descolamento prematuro de placenta e conduta expectante, pois a paciente encontra-se estável e o risco de prematuridade é acentuado caso se opte pelo parto com essa idade gestacional.

**47.** No Brasil estima-se que 0,4% das gestantes sejam soropositivas para o HIV, o que se traduz em aproximadamente 12.635 gestantes/parturientes portadoras do HIV/crianças expostas ao ano (BRASIL, 2012). Sobre a transmissão vertical do HIV, é INCORRETO afirmar que

- (A) a carga viral elevada e a rotura prolongada das membranas amnióticas são reconhecidas como os principais fatores associados à transmissão vertical do HIV.
- (B) a amamentação está associada a um risco adicional de transmissão vertical do HIV, portanto toda mãe soropositiva deverá ser orientada a não amamentar.
- (C) a limpeza, com compressas macias, de todo sangue e secreções visíveis na superfície corporal do recém-nascido exposto deverá ocorrer logo após o nascimento e, em seguida, deve-se encaminhá-lo imediatamente para o banho em água corrente.
- (D) a maior parte dos casos de transmissão vertical do HIV ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito.
- (E) a via de parto indicada para evitar a transmissão vertical do HIV é a cesariana, independente da carga viral materna e do uso da terapia antirretroviral na gestação.

**48.** Gestante, 35 anos, IG: 32 semanas, deu entrada em hospital referência em gestação de alto risco referindo cefaleia e turvação visual e apresenta PA: 160x110 mmHg + proteinúria (2+ em fita urinária). Trata-se de um diagnóstico de

- (A) pré-eclâmpsia leve.
- (B) eclâmpsia.
- (C) hipertensão gestacional.
- (D) pré-eclâmpsia grave.
- (E) hipertensão superajuntada.

**49.** As síndromes hipertensivas são as complicações mais frequentes da gestação e nas formas graves constituem a principal causa de morbidade e mortalidade materna e neonatal (ZUGAIB, 2008). Nos casos de eclampsia, a conduta indicada inclui a administração de Sulfato de Magnésio, porém a mesma exige alguns cuidados. Analise as afirmativas a seguir, no que se refere a esses cuidados.

- I A administração da dose de manutenção deverá ser suspensa caso a frequência respiratória tenha menos de 16 incursões por minuto.
- II O gluconato de cálcio a 10% atua como antídoto do sulfato de magnésio.
- III A dose de manutenção deverá ser suspensa em casos em que o reflexo patelar encontra-se ausente.
- IV Deve-se utilizar agulha longa e técnica em zigue-zague para administração intramuscular.

Estão corretas as afirmativas

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

**50.** A infecção puerperal é um termo genérico que representa qualquer infecção bacteriana do trato genital feminino no puerpério (ZUGAIB, 2008). Sobre esta patologia, é INCORRETO afirmar que

- (A) o risco de infecção é maior após operação cesariana, se comparado ao pós-parto normal.
- (B) a infecção puerperal é caracterizada pela elevação da temperatura acima de 38°C, nas primeiras 24 horas de puerpério.
- (C) rotura prematura de membranas, anemia e uso de fórceps são fatores de risco para infecção puerperal.
- (D) o uso de antibiótico profilático em operação cesariana diminui a ocorrência de infecção puerperal.
- (E) o diagnóstico é clínico e se baseia principalmente na presença de febre.