



CT1312

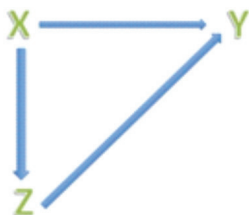
Obstetrícia

Tecnologista em Saúde Pública

Prova Objetiva

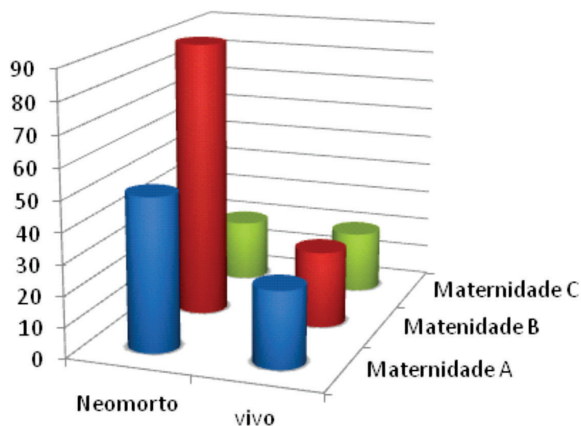
Conhecimentos Específicos na Área de Atuação

01. O desenho abaixo descreve a relação entre três variáveis em um estudo de coorte. O objetivo principal da investigação é estimar a relação entre Z e Y. A partir da imagem, pode-se afirmar que:



- (A) não é possível determinar a relação entre as variáveis a partir do desenho.
- (B) a variável X é um fator de confundimento
- (C) a variável Y é um fator de confundimento.
- (D) a variável Y é uma exposição.
- (E) X é uma variável intermediária.

02. O gráfico abaixo representa a mortalidade neonatal em três maternidades. A partir do gráfico, pode-se afirmar que:



- (A) a frequência de neonatos vivos é igual nas três maternidades.
- (B) a maternidade b é a que dispõe mais tecnologia.
- (C) o perfil de risco perinatal entre as três maternidades é claramente diferente.
- (D) a maternidade C tem a população de maior risco perinatal.
- (E) a amostra é semelhante nas três maternidades.

03. Em uma meta-análise, quando os resultados encontrados nos estudos incluídos discordam de modo significativo, não se pode combinar os resultados em uma medida única. Quando o pesquisador identifica a presença de heterogeneidade, deve tentar explicá-la, entendendo essa situação inclusive como uma oportunidade de investigar e detalhar diferentes situações presentes nos diferentes estudos. Sobre a presença de heterogeneidade em uma meta-análise pode-se afirmar que a mesma:

- (A) é investigada exclusivamente por análise visual dos dados apresentados.
- (B) é investigada exclusivamente por testes estatísticos.
- (C) é confirmada quando um teste χ^2 para homogeneidade investigando a variação entre os resultados dos estudos apresenta $p\text{-valor} < 0,05$.
- (D) é confirmada quando um teste Knox para homogeneidade investigando a variação entre os resultados dos estudos apresenta $p\text{-valor} > 0,05$.
- (E) pode ser desconsiderada em situações especiais, como em doenças muito raras.

04. Para o cálculo do tamanho amostral de um estudo sobre a prevalência de uma determinada doença precisamos dispor de algumas informações. A informação dispensável neste tipo de estudo é:

- (A) prevalência esperada.
- (B) nível de significância.
- (C) tamanho da população.
- (D) efeito de desenho.
- (E) efeito de modelagem.

05. A implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), visa consolidar prioritariamente:

- (A) a redução de filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e do atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
- (B) que todo usuário do SUS saiba quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde que são responsáveis por sua referência territorial.
- (C) as unidades de saúde que garantam as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS.
- (D) os modelos de gestão definidos pelas próprias unidades de saúde, de acordo com as preferências locais e organização hierárquica tradicional entre as equipes profissionais.
- (E) a definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito.

06. A Atenção Especializada, à luz da Política Nacional de Humanização, deve:

- (A) acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência.
- (B) incentivar práticas promocionais de saúde.
- (C) estabelecer critérios de acesso, identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contra-referência.
- (D) elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas inter-setoriais e as necessidades de saúde.
- (E) reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade.

07. NÃO é objetivo do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco segundo a Política Nacional de Humanização:

- (A) descongestionar o pronto-socorro.
- (B) retornar informações a familiares
- (C) informar os tempos de espera.
- (D) avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto-socorro humanizando o atendimento sempre que o caso for de alto risco.
- (E) determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo.

08. Não estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS, a execução de ações de:

- (A) vigilância sanitária.
- (B) saúde do trabalhador.
- (C) assistência terapêutica integral, inclusive farmacológica.
- (D) vigilância epidemiológica.
- (E) todas as acima estão incluídas no campo de ação de SUS.

09. Sobre o subsistema de atendimento e internação domiciliar pode-se afirmar que:

- (A) é necessária a realização de audiência pública, no âmbito da unidade básica de saúde, antes da tomada de decisão sobre uma internação domiciliar.
- (B) na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.
- (C) não há, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a possibilidade internação domiciliar.
- (D) o atendimento e a internação domiciliares poderão ser sempre realizados por solicitação expressa do paciente ou de sua família .
- (E) o atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes de médicos que atuarão no nível da medicina preventiva.

10. O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conta, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com duas instâncias colegiadas, a conferência e o conselho de saúde. A conferência de saúde deve se reunir com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes na seguinte periodicidade:

- (A) a cada 3 meses.
- (B) a cada 3 anos.
- (C) a cada 4 anos.
- (D) a cada 10 anos.
- (E) a cada mudança na gestão do nível correspondente.

11. De acordo com o Código de Ética Médica, é direito do médico:

- (A) indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas, sem respeitar as normas legais vigentes no País de acordo com seu próprio julgamento.
- (B) suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.
- (C) internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, apenas se fizer parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição.
- (D) dedicar ao paciente, quando trabalhar com relação desemprego, o tempo determinado pelo seu empregador, mesmo que o acúmulo de consultas prejudique o paciente.
- (E) realizar atos médicos que, embora proibidos por lei, sejam condizentes com os ditames de sua consciência.

12. Considerando as doenças reumatológicas, é correto afirmar que:

- (A) a presença de anticorpos anti-Ro/SSA ou anti-La/SSB aumenta a chance de lúpus neonatal, com risco de rash cutâneo de 25% e de bloqueio atrioventricular congênito menor que 3%.
- (B) das pacientes com lúpus eritematoso sistêmico, 90% desenvolverão pré-eclâmpsia, mesmo sem acometimento renal prévio.
- (C) o parto vaginal é contraindicado nas pacientes com artrite reumatoide devido ao risco aumentado de fraturas por diminuição da mobilidade articular no quadril, sempre presente nestas pacientes.
- (D) a esclerodermia com acometimento renal é facilmente distinguível da pré-eclâmpsia e não tem associação com restrição do crescimento fetal.
- (E) nenhuma das opções anteriores.

13. Sobre as afecções da vesícula biliar, é INCORRETO afirmar que:

- (A) a prevalência de colelitíase chega a 10% em mulheres entre 30 e 39 anos e não está relacionada ao índice de massa corporal.
- (B) mesmo em mulheres com diagnóstico prévio, a chance de desenvolver cólica biliar na gestação é muito baixa (menor que 2%).
- (C) são a principal causa de internação não obstétrica no primeiro ano após o parto.
- (D) a gestação aumenta a chance de colelitíase nas mulheres.
- (E) a multiparidade é um fator de risco para colelitíase, com incidência quase 3 vezes maior em mulheres com 2 ou mais filhos em comparação com nulíparas.

14. Sobre os princípios da teratogenia, é INCORRETO afirmar que:

- (A) especificidade e susceptibilidade genética são princípios que justificam a variabilidade de efeitos teratogênicos entre espécies e entre indivíduos da mesma espécie.
- (B) a via de administração, que se correlaciona com o princípio dose/resposta, justifica o efeito teratogênico observado no uso sistêmico da isotretinoína, via oral, mas não no seu uso dermatológico tópico.
- (C) o princípio do espectro de desfechos é demonstrado pelo fato de que diferentes doses de um teratógeno administrado em diferentes fases da gestação pode ter uma ampla gama de efeitos, desde de abortamento espontâneo a ocorrência de defeitos estruturais maiores ou menores.
- (D) a síndrome alcoólica fetal é um exemplo do princípio do espectro de desfechos.
- (E) o princípio da janela crítica significa que é impossível prever os efeitos de um dado teratógeno durante o período da embriogênese.

15. As drogas enumeradas abaixo já tiveram seu potencial teratogênico reconhecido na espécie humana, EXCETO:

- (A) isotretinoína.
- (B) metformina.
- (C) ácido valpróico.
- (D) warfarin.
- (E) tetraciclina.

16. Considerando as características dos testes de rastreio de aneuploidias na gestação, NÃO podemos afirmar que:

- (A) o teste deve ter alta sensibilidade para detectar o maior número possível de gestações afetadas.
- (B) a taxa de falso-positivos aumenta em conjunto com a especificidade, e deve ser a mais baixa possível.
- (C) a determinação do ponto de corte para indicar o teste diagnóstico depende do número de gestações afetadas que se pretende detectar, entre outros parâmetros.

- (D) o valor preditivo positivo do rastreio aumenta na população de gestantes com mais de 35 anos.
- (E) a associação de vários testes independentes em paralelo aumenta a especificidade.

17. De acordo com o Código de Ética Médica, é vedado ao médico:

- (A) deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.
- (B) deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.
- (C) praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.
- (D) descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento.
- (E) isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, a não ser que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.

18. Sobre a etiologia, apresentação clínica e diagnóstico do hipertireoidismo:

- (A) apenas 30% das mulheres que se apresentam com hipertireoidismo na gestação tem diagnóstico de Doença de Graves.
- (B) boa parte dos sintomas pode ser confundida com o estado hipermetabólico da gestação, tais como taquicardia, intolerância ao calor, fadiga, ansiedade.
- (C) a doença trofoblástica gestacional é responsável pela grande maioria dos casos de hipertireoidismo na gestação.
- (D) a presença de oftalmopatia de Graves sugere o diagnóstico dessa afecção na gestação, embora não seja específica de doença ativa.
- (E) a tireotoxicose fetal é comum em fetos de mulheres com doença de Graves, afetando 25% das gestações.

19. Sobre a profilaxia da endocardite bacteriana nas gestantes com doença cardíaca, é INCORRETO afirmar que é:

- (A) indicada na presença de prolapso da válvula mitral com regurgitação clinicamente detectável.
- (B) a profilaxia com antibióticos é indicada apenas nas mulheres com condições consideradas de alto risco para endocardite.
- (C) sempre indicada em mulheres com prótese valvular cardíaca.
- (D) sempre indicada em mulheres com antecedente de endocardite bacteriana prévia.
- (E) indicada em mulheres com malformação cardíaca congênita não corrigida, inclusive na presença de derivações paliativas.

20. Com relação ao tratamento da asma na gestação, é correto afirmar que:

- (A) o tratamento apenas das crises ou o tratamento contínuo com anti-inflamatórios têm os mesmos resultados.
- (B) o tratamento da asma grave e persistente na gestação deve ser feito sempre com broncodilatadores e corticóides por via oral, uma vez que a via inalatória se provou ineficiente.
- (C) a educação em asma e o estímulo à adesão ao tratamento são fundamentais no tratamento da gestante, a fim de esclarecer dúvidas em relação às consequências da doença para a gestação.
- (D) o tratamento da asma na gestação deve ser agressivo uma vez que se observa piora significativa dos parâmetros respiratórios na grande maioria das gestantes.
- (E) o tratamento profilático melhora a qualidade de vida, porém infelizmente não diminui a chance de óbito por asma aguda na gestação.

Conhecimentos Específicos no Perfil

21. Nas gestações múltiplas observamos maior incidência de inserção velamentosa do cordão e vasa prévia. A possibilidade de complicações relacionadas a esses eventos deve sempre ser vislumbrada. Sobre essas condições é INCORRETO afirmar que:

- (A) a inserção velamentosa é 6-9 vezes mais comum nas gestações gemelares.
- (B) nas gestações monócóricas o segundo gemelar pode exsanguinar por anastomoses placentárias.
- (C) existe a possibilidade de óbito do segundo gemelar gestações dicóricas poucos minutos após a rotura das membranas.
- (D) na presença de inserção velamentosa do cordão há risco aumentado para trombose e compressão dos vasos fetais durante o trabalho de parto.
- (E) a sobrevivência para os dois fetos não ultrapassa 60% no caso de rotura de vaso prévia.

22. O momento do parto na gestação gemelar é cercado de particularidades que devem sempre ser observadas. Sobre este momento é correto afirmar que:

- (A) a ausência de um obstetra treinado em versão interna na sala de parto é desaconselhável e deve ser considerada como contra indicação relativa para todos os partos vaginais nas gestações gemelares.
- (B) a versão cefálica externa está indicada sistematicamente para o nascimento do segundo gemelar em apresentação não cefálica.
- (C) no parto vaginal gemelar, quando o intervalo entre o nascimento do primeiro e o segundo feto é inferior a 15 minutos a chance de se encontrar o Ph menor ou igual a 7 (sete) é insignificante.

- (D) a menor taxa de mortalidade perinatal nas gestações gemelares dicóricas é observada quando o nascimento ocorre com 39 semanas e 3 (três) dias
- (E) o uso de misoprostol para indução de parto é contra indicado nas gestações gemelares

23. Na gestação gemelar o risco de nascimento abaixo de 1500g é 10 vezes maior que nas gestações únicas. Algumas condições são capazes de agravar esse risco. Dos fatores abaixo, o que determina risco adicional de prematuridade aos gêmeos é:

- (A) idade materna acima de 30 anos.
- (B) estatura materna abaixo de 160 cm.
- (C) placenta fúndica.
- (D) fetos de sexo masculino.
- (E) doppler de uterina com PI médio dos índices maior que 0,80 após 26 semanas.

24. Sobre as gestações trigemelares é INCORRETO afirmar:

- (A) a duração média das gestações trigemelares é de 32 semanas.
- (B) entre as gestações trigemelares, as dicóricas são as de menor risco.
- (C) a mortalidade perinatal das gestações trigemelares variam entre 103-150/1000 nascidos vivos.
- (D) a chance de óbito antes de 20 semanas nas gestações trigemelares é de 20%.
- (E) nas gestações trigemelares o risco de pelo menos um dos fetos ter paralisia cerebral é de 8%.

25. A gestação gemelar sabidamente determina maior risco de morbidade materna. Hipertensão e anemia têm suas chances aumentadas em mais de duas vezes. Também tem seu risco aumentado nas gestações gemelares:

- (A) sinusite bacteriana.
- (B) pneumonia comunitária.
- (C) endocardite bacteriana.
- (D) infecção urinária.
- (E) todas acima.

26. Determinar a corionicidade é uma das principais funções da ultrassonografia na gestação gemelar. Sobre esse tema pode-se afirmar que:

- (A) a visualização de massa placentária única tem valor preditivo positivo de 42% para as gestações monócóricas.
- (B) a espessura da membrana intergemelar maior que 2 mm é capaz de prever a corionicidade em 15% dos casos.
- (C) a presença de apenas uma camada na membrana intergemelar permite afirmar o diagnóstico de gestação monócórica.
- (D) o sinal do Lambda é muito útil para confirmar o diagnóstico de gestação monócórica.
- (E) a ultrassonografia realizada no primeiro trimestre tem especificidade de 89%.

27. A avaliação do comprimento do colo uterino pela ultrassonografia transvaginal está consolidada como bom preditor de parto prematuro. Na gestação múltipla a principal crítica a esta estratégia se refere à ausência de uma medida efetiva para os casos com o colo curto. Sobre esse tema pode-se afirmar que:

- (A) nas gestações trigemelares colos menores que 3,2mm são preditivos de parto abaixo de 28 semanas.
- (B) a medida do colo uterino menor que 25 mm com 28 semanas tem a maior capacidade em prever o nascimento prematuro.
- (C) a medida do colo uterino maior que 35 mm com 24 semanas traduz baixíssimo risco de parto antes de 34 semanas (<5%).
- (D) colo uterino menor que 25 mm com 24 semanas aumenta a chance em 6-9 vezes de parto abaixo de 37 semanas.
- (E) em torno de 45% das gestações gemelares terão colo menor que 25 mm com 24 semanas.

28. As infecções são causas conhecidas de crescimento intra-uterino restrito. Dentre os agentes abaixo, aquele que NÃO está relacionado a esta condição é:

- (A) Toxoplasma Gondii.
- (B) Trypanosoma cruzi.
- (C) Listeria monocytogenes.
- (D) Plasmodium sp.
- (E) Citomegalovirus.

29. Algumas drogas estão associadas ao crescimento intra-uterino restrito. Dentre os agentes abaixo, aquele que NÃO está relacionado a esta condição é:

- (A) heroína.
- (B) warfarin.
- (C) fenitoína.
- (D) trimetadiona.
- (E) cefuroxime.

30. Sobre associação entre crescimento intra-uterino restrito e morbimortalidade perinatal é INCORRETO afirmar que:

- (A) entre os fetos com menos de 1500g, ter o percentil de peso entre P10 e P90 diminui a chance mortalidade em 100 vezes.
- (B) a mortalidade aumenta de forma acentuada quando o percentil de peso está abaixo de P6 para a idade gestacional.
- (C) na ausência de infecção e cromossomopatias, fetos com crescimento intra-uterino restrito simétrico tem mortalidade neonatal semelhante aos assimétricos.
- (D) a chance de sofrimento fetal agudo durante o trabalho de parto não ultrapassa 10%.
- (E) fetos com crescimento intra-uterino restrito em que o peso não aumenta, a chance de mortalidade cresce com o avançar da idade gestacional.

31. Diversos fatores influenciam o crescimento fetal. Sobre este assunto pode-se afirmar que:

- (A) 40% do peso fetal ao nascimento são determinados por fatores genéticos maternos e fetais.
- (B) fatores genéticos maternos e paternos têm peso semelhante na determinação do peso fetal ao nascimento.
- (C) fatores ambientais respondem por 30% do peso fetal ao nascimento.
- (D) fatores nutricionais respondem por 65% do peso fetal ao nascimento.
- (E) fatores placentários respondem por 80% do peso fetal ao nascimento.

32. Sabe-se que os exercícios físicos determinam alterações no fluxo uterino. Sobre este assunto é correto afirmar que:

- (A) exercícios físicos de moderada intensidade no início da gravidez podem determinar uma redução simétrica no crescimento fetal e da gordura neonatal.
- (B) exercícios físicos independentemente da intensidade na segunda metade da gravidez não determinam uma redução simétrica no crescimento fetal e da gordura neonatal.
- (C) exercícios físicos independentemente da intensidade e do período da gravidez podem determinar uma redução simétrica no crescimento fetal e da gordura neonatal.
- (D) exercícios físicos de alta intensidade na segunda metade da gravidez podem determinar uma redução simétrica no crescimento fetal e da gordura neonatal.
- (E) exercícios físicos independentemente da intensidade na segunda metade da gravidez podem determinar uma redução simétrica no crescimento fetal e da gordura neonatal.

33. O acesso à circulação fetal é uma etapa crítica nas transfusões intra-uterinas. NÃO é uma opção de acesso para este procedimento:

- (A) inserção abdominal do cordão umbilical.
- (B) inserção placentária do cordão umbilical.
- (C) veia umbilical intra-hepática.
- (D) intra-cardíaca.
- (E) veia cava inferior.

34. A taxa de sobrevivência entre os fetos não hidróticos submetidos à transfusão intra-uterina é de:

- (A) 90%.
- (B) 80%.
- (C) 70%.
- (D) 60%.
- (E) 50%.

35. Sobre o uso do Doppler das artérias uterinas para predição de Crescimento intra-uterino restrito pode-se afirmar:

- (A) o estudo no segundo trimestre deve sempre ser realizado por via abdominal.
- (B) o único parâmetro que já demonstrou resultados incontestáveis na predição de Crescimento intra-uterino restrito no segundo trimestre é a incisura proto diastólica bilateral.
- (C) o único parâmetro que já demonstrou resultados incontestáveis na predição de Crescimento intra-uterino restrito ainda no primeiro trimestre é o índice de pulsatilidade acima do percentil 95.
- (D) o Doppler das artérias uterinas apresenta um aumento importante na especificidade quando é associado à PAPP-A.
- (E) nenhuma das opções acima está correta.

36. O crescimento intra-uterino restrito é muito frequente entre os neonatos com cardiopatia. Não está relacionada ao Crescimento intra-uterino restrito a:

- (A) transposição dos grandes vasos.
- (B) coarctação de aorta.
- (C) CIV.
- (D) hipoplasia de VE.
- (E) atresia mitral.

37. São repercussões tardias do crescimento intra-uterino restrito, EXCETO:

- (A) hipertensão crônica.
- (B) diabetes tipo 2.
- (C) DPOC.
- (D) cardiopatia isquêmica.
- (E) hipotireoidismo.

38. O anticorpo que tem relação com doença hemolítica perinatal grave é:

- (A) Lan.
- (B) Vel.
- (C) Hy.
- (D) c.
- (E) Sc2.

39. O melhor parâmetro sonográfico isolado para o diagnóstico de crescimento uterino restrito é:

- (A) medida volumétrica da coxa fetal.
- (B) medida volumétrica do braço fetal.
- (C) circunferência abdominal.
- (D) relação DBP/CA.
- (E) relação F/CA.

40. O protocolo de manejo ativo do trabalho de parto, proposto por O'Driscoll and Meagher e avaliado em outros estudos em vários países, está associado à menor duração do trabalho de parto e a menores índices de infecção, embora a incidência de distocia não tenha diferença significativa em relação ao manejo tradicional. As seguintes medidas fazem parte deste protocolo, EXCETO:

- (A) a amniotomia é realizada logo após a admissão hospitalar.
- (B) a paciente é internada apenas quando apresenta contrações dolorosas, colo completamente apagado, membranas rotas ou perda de muco cervical com sangue.
- (C) as intervenções são determinadas de acordo com a progressão, avaliada graficamente (partograma).
- (D) a aceleração do trabalho de parto com ocitocina é realizada em todas as pacientes, com o objetivo de atingir a frequência de 7 (sete) contrações em 15 minutos, até o máximo de 40 mU /min.
- (E) a monitoração fetal eletrônica é realizada quando há líquido amniótico meconial, após ser descartada acidose em amostra de sangue fetal.

41. A padronização do partograma com a linha de ação a 4 cm da linha de alerta fundamenta-se nos estudos de Zhang e colaboradores que usaram abordagem estatística baseada em probabilidades para rever os padrões de normalidade no trabalho de parto. Esses estudos tiveram entre seus principais achados:

- (A) transição abrupta da fase latente para a fase ativa do trabalho de parto.
- (B) a duração normal da fase ativa pode ser maior que o dobro da anteriormente descrita por Friedman, na década de 1950.
- (C) o percentil 5 da taxa de dilatação seria 1cm/hora.
- (D) progressão contínua da dilatação cervical na fase ativa, considerando-se sempre anormal a ausência de modificação em mais de 90 minutos.
- (E) a fase de desaceleração é quase universalmente observada.

42. Em relação à assistência à segunda fase do trabalho de parto, todas as afirmações são verdadeiras, EXCETO:

- (A) O limite de duração do período expulsivo, considerado a partir da dilatação cervical completa, é arbitrário e pode ser prolongado desde que mãe e feto estejam em boas condições.
- (B) Não há indicação de intervenção enquanto se pode observar progresso na descida ou rotação, ainda que pequeno.
- (C) Os esforços expulsivos dirigidos estão menos relacionados à desaceleração da frequência cardíaca fetal por abreviarem o período expulsivo.
- (D) A descida e rotação da cabeça fetal em geral ocorrem já no final da fase de dilatação, e quando não são observadas é aconselhável a avaliação da efetividade das contrações e da pelve materna.
- (E) Excluindo-se pacientes com diagnóstico de asfixia intraparto e parto traumático, a duração do período expulsivo não tem correlação com desfecho perinatal desfavorável.

43. Sobre a distocia de ombro, pode-se afirmar que:

- (A) a lesão permanente do plexo braquial pode ser prevenida em fetos com peso estimado pela ultrassonografia maior que 4000g, na proporção de um caso a cada 1000 cesarianas.
- (B) a ocorrência da distocia de ombro não é um fator de risco para a complicação nas próximas gestações.
- (C) são identificados fatores de risco para distocia de ombro na quase totalidade das ocorrências.
- (D) existe relação direta entre a experiência do profissional que assiste o parto com a incidência de lesão permanente do plexo braquial.
- (E) evidências científicas sólidas sustentam a realização de episiotomia ampla para facilitar a execução das manobras obstétricas.

44. Considerando a assistência ao terceiro período do trabalho de parto, é INCORRETO afirmar que:

- (A) não há evidências que sustentem o uso rotineiro de uterotônicos após a expulsão fetal para a prevenção da hemorragia puerperal.
- (B) a massagem vigorosa do fundo uterino associada à tração excessiva do cordão umbilical pode causar inversão uterina e, por isso, deve ser evitada.
- (C) a extração manual eletiva da placenta tem como vantagens a identificação precoce de retenção de fragmentos placentários e laceração do colo com extensão para o corpo uterino.
- (D) a placenta é considerada retida quando não foi expulsa após 30 minutos do parto, sendo então indicada a extração manual sob anestesia ou analgesia eficaz.
- (E) a histerectomia é a conduta recomendada nos casos de acretismo placentário parcial com sangramento não controlado após medidas conservadoras.

45. Sobre o uso do fórceps na obstetrícia moderna, pode-se afirmar que:

- (A) o uso do instrumento deve ser abandonado porque as evidências mostram que a cesariana está sempre associada a melhores resultados neonatais.
- (B) o fórceps é classificado com baixo quando a altura da apresentação está acima do plano +2 de De Lee mas a cabeça está insinuada.
- (C) o parto a fórceps está mais relacionado a complicações obstétricas em gestações subsequentes do que a cesariana.
- (D) o uso criterioso do instrumento após a década de 1970 é refletido pela maior incidência de desfechos negativos relacionados ao emprego do fórceps em partos ocorridos naquele período.
- (E) nenhuma das opções anteriores.

46. Todas as opções são contraindicações ao uso da vácuoextração na assistência ao parto distócico, EXCETO:

- (A) deflexão de 2º. ou 3º. Grau.
- (B) idade gestacional abaixo de 34 semanas.
- (C) dilatação cervical incompleta.
- (D) cabeça fetal não insinuada.
- (E) sofrimento fetal agudo.

47. Observe:

- I. O parto a fórceps está relacionado à maior incidência de tocotraumatismo materno do que a vacuoextração.
- II. O uso sequencial da vacuoextração e do fórceps está associado a maior incidência de tocotraumatismo fetal e materno do que o seu uso isolado.
- III. São vantagens da vacuoextração a necessidade de menos analgesia e a maior facilidade de aprendizado técnico.
- IV. A hemorragia subgaleal e intracraniana são complicações fetais graves associadas à vacuoextração que não ocorrem com o parto a fórceps.

Acerca dos itens acima estão corretos apenas:

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

48. A respeito da monitoração fetal intraparto, as seguintes afirmações são corretas, EXCETO:

- (A) a monitoração fetal contínua não resulta em diminuição significativa da mortalidade perinatal quando comparada a ausculta intermitente, em gestações de baixo risco.
- (B) a monitoração fetal contínua está associada à maior incidência de parto cesáreo e parto operatório por sofrimento fetal, mesmo em gestações de baixo risco.
- (C) a presença de arritmia cardíaca fetal e a anencefalia são exemplos de contraindicação à monitoração fetal contínua.
- (D) a realização da cardiotocografia na admissão em trabalho de parto provou-se um método útil para identificar os fetos com maior risco de asfixia intraparto.
- (E) a presença de desacelerações tardias pode ser revertida com o uso de manobras de ressuscitação intrauterina, tais como mudança de posição materna, reposição de fluidos ou suspensão do uso de ocitócicos.

49. São fatores predisponentes ao parto vaginal pós-cesariana bem sucedido:

- (A) idade maior que 35 anos e menor escolaridade.
- (B) trabalho de parto espontâneo e idade gestacional menor ou igual a 40 semanas.
- (C) cesariana anterior por apresentação anômala ou parada de progressão no 2º. Período.
- (D) parto vaginal anterior e gestação gemelar.
- (E) intervalo intergestacional menor que 6 (seis) meses e cicatriz uterina segmentar transversa.

50. A respeito da monitoração fetal intraparto, as seguintes afirmações são corretas, EXCETO:

- (A) A monitoração fetal contínua não resulta em diminuição significativa da mortalidade perinatal quando comparada a ausculta intermitente, em gestações de baixo risco.
- (B) A monitoração fetal contínua está associada à maior incidência de parto cesáreo e parto operatório por sofrimento fetal, mesmo em gestações de baixo risco.
- (C) A presença de arritmia cardíaca fetal e a anencefalia são exemplos de contraindicação à monitoração fetal contínua.
- (D) A realização da cardiocotografia na admissão em trabalho de parto provou-se um método útil para identificar os fetos com maior risco de asfixia intraparto.
- (E) A presença de desacelerações tardias pode ser revertida com o uso de manobras de ressuscitação intrauterina, tais como mudança de posição materna, reposição de fluidos ou suspensão do uso de ocitócicos.

51. Sobre o diagnóstico do diabetes na gestação, segundo as recomendações da OMS (2013), pode-se afirmar que:

- (A) o teste de tolerância à glicose oral deve ser realizado com sobrecarga de 50g de glicose anidra.
- (B) o teste de tolerância à glicose oral é recomendado a todas as gestantes entre 24-28 semanas, exceto àquelas que já tenham diagnóstico de diabetes.
- (C) a glicemia de jejum maior ou igual a 92mg/dl fecha o diagnóstico de diabetes prévio à gestação, não sendo necessária a realização do teste de tolerância à glicose oral.
- (D) o teste de tolerância à glicose oral é recomendado apenas às gestantes com fatores de risco para o diabetes gestacional.
- (E) o diabetes gestacional é diagnosticado quando a glicemia sérica na 2ª hora pós-sobrecarga é maior que 200mg/dl.

52. São objetivos da consulta pré-concepcional da mulher diabética, EXCETO:

- (A) prescrição de ácido fólico na dose mínima de 1mg/dia para prevenção de defeitos do tubo neural por 3 (três) meses antes da concepção.
- (B) avaliação e ajuste do controle glicêmico para garantir a concepção com valores de hemoglobina glicosilada menores que 7%, para prevenção de defeitos congênitos.

- (C) avaliação da função renal e cardíaca em mulheres diabéticas há 10 anos ou mais.
- (D) transição do uso de hipoglicemiantes orais para a insulina, exceto nos casos de síndrome de ovários policísticos em uso de metformina.
- (E) nenhuma das anteriores.

53. Sobre a relação entre o crescimento fetal e o diabetes na gestação, pode-se afirmar que:

- I. O aumento no ganho de peso fetal observado no diabetes não controlado se dá à custa de aumento no tecido adiposo, sendo o ganho de massa magra semelhante ao dos fetos de gestação normoglicêmicas.
- II. O crescimento fetal restrito pode ocorrer em gestantes diabéticas, como resultado de vasculopatia ou controle glicêmico ruim, com episódios frequentes de cetose e hipoglicemia.
- III. Embora associada à maior incidência de diabetes gestacional, a obesidade pré-gestacional é um fator de risco independente para a macrosomia fetal.
- IV. Foi demonstrado que o risco de distopia de ombro é 5(cinco) vezes maior em gestantes diabéticas, independentemente da presença de macrosomia fetal.

Considerando os itens acima descritos, estão corretos apenas:

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

54. Sobre a avaliação fetal nas gestações complicadas pelo diabetes, é correto afirmar que:

- (A) a realização da ultrassonografia entre 11 e 14 semanas é mandatória, devido à forte associação do diabetes com as aneuploidias.
- (B) o ecocardiograma fetal para rastreio de malformações cardíacas pode ser dispensado.
- (C) a ultrassonografia é indicada semanalmente para acompanhamento do crescimento fetal e avaliação do risco de tocotraumatismo a partir de 36 semanas.
- (D) a avaliação da circulação fetoplacentária com Doppler está indicada apenas nos casos de associação com pré-eclâmpsia ou restrição do crescimento fetal.
- (E) o uso da cardiocotografia basal uma a duas vezes por semana no 3º. Trimestre é baseado na sua capacidade de predição do óbito fetal, demonstrado em estudos com alto nível de evidência científica.

55. A programação do parto nas gestantes diabéticas deve obedecer ao seguinte critério:

- (A) A cesariana deve ser indicada para todas as gestantes com diabetes tipo 1 após 38 semanas completas, devido ao risco de óbito fetal.
- (B) O parto deve ser programado o mais próximo possível do termo, com o objetivo de aumentar as chances de parto vaginal, independentemente da estimativa ultrassonográfica do peso fetal.
- (C) A cesariana deve ser oferecida a gestantes diabéticas cujo peso fetal estimado por ultrassonografia seja maior que 4500g.
- (D) O rígido controle glicêmico necessário durante o trabalho de parto nas gestantes tratadas com insulina aumenta as chances de asfixia fetal e hipoglicemia neonatal, contraindicando essa via de parto nestas gestantes.
- (E) A queda expressiva da função renal (clearance de creatinina menor que 40 ml/min) não é indicativa de antecipação do parto, e sim de internação e controle glicêmico rígido.

56. A respeito da classificação da hipertensão arterial na gestação, pode-se dizer que:

- (A) denomina-se hipertensão gestacional a hipertensão diagnosticada na gestação não associada à proteinúria, que persiste após 12 semanas pós-parto.
- (B) o diagnóstico de hipertensão gestacional na gestação é sempre considerado provisório, até que mais dados durante ou após a gestação permitam a classificação definitiva da hipertensão.
- (C) a definição de hipertensão é baseada na aferição da pressão arterial sistólica igual ou maior que 140mmHg e da diastólica igual ou maior que 90 mmHg, esta última tomada pelo 4º som de Korotkoff.
- (D) a presença de proteinúria no 1º trimestre exclui definitivamente o diagnóstico de pré-eclâmpsia.
- (E) a associação de hipertensão arterial e a identificação de proteínas no EAS (1+ ou mais) dispensa a realização da proteinúria de 24 horas para a confirmação do diagnóstico de pré-eclâmpsia.

57. Sobre os riscos associados à pré-eclâmpsia, a curto e longo prazo, pode-se afirmar que:

- I. A síndrome HELLP é a principal causa de óbito materno relacionado à pré-eclâmpsia.
- II. As complicações resultantes da eclâmpsia estão entre as principais causas de óbito materno.
- III. A pré-eclâmpsia recorrente em gestações subsequentes está relacionada à maior morbimortalidade de origem cardiovascular nas décadas seguintes.
- IV. O risco de recorrência da pré-eclâmpsia é inversamente proporcional à idade gestacional em que é feito o diagnóstico.

Dentre os itens acima descritos, estão corretos apenas:

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

58. São condições que indicam a antecipação imediata do parto, sem considerar a idade gestacional ou corticoterapia, EXCETO:

- (A) edema agudo do pulmão.
- (B) hipertensão grave refratária à terapia medicamentosa.
- (C) eclâmpsia.
- (D) proteinúria progressiva grave (maior que 5g).
- (E) sinais persistentes de iminência de eclâmpsia.

59. Sobre o sulfato de magnésio, é correto afirmar que:

- (A) idealmente, a titulação deve ser sempre obtida durante o tratamento para confirmação do nível terapêutico ideal e prevenção da intoxicação.
- (B) deve ser mantida taxa de infusão máxima de 1g/h em pacientes com níveis séricos de creatinina maior que 1mg/dL.
- (C) é preconizado como profilaxia da eclâmpsia para todas as gestantes internadas com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave baseado nos níveis pressóricos.
- (D) na ocorrência de convulsão, o sulfato de magnésio deve ser iniciado após o tratamento inicial com fenobarbital ou diazepam, que são as drogas de primeira escolha.
- (E) a monitoração de reflexos profundos ou frequência respiratória durante o tratamento é dispensável se a paciente tem débito urinário normal.

60. No tratamento da emergência hipertensiva da pré-eclâmpsia:

- (A) a hidralazina é considerada a droga de escolha por seu efeito de vasodilatação arteriolar associada ao aumento reflexo do débito cardíaco, o que melhora a perfusão uterina.
- (B) a metildopa é a segunda opção para o controle da hipertensão grave, podendo ser administrada por via endovenosa para efeito hipotensor mais rápido.
- (C) os diuréticos de alça podem ser indicados em caso de hipertensão grave associada à oligúria.
- (D) a nifedipina está contraindicada em associação com a hidralazina, pelo alto risco de hipotensão aguda e refratária à reposição volêmica.
- (E) o sulfato de magnésio pode ser usado como primeira escolha por seu efeito hipotensor associado à profilaxia da eclâmpsia.

1. Por motivo de segurança a Fundação Dom Cintra solicita que o candidato transcreva em letra cursiva, em espaço próprio no Cartão de Respostas, a frase abaixo apresentada:

2. Para cada uma das questões da prova objetiva são apresentadas 5 (cinco) alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E), e só uma responde da melhor forma possível ao quesito proposto. Você só deve assinalar **UMA RESPOSTA**. A marcação de nenhuma ou de mais de uma alternativa anula a questão. **MESMO QUE UMA DAS RESPOSTAS SEJA A CORRETA.**

3. A duração da prova é de 4 (quatro) horas, considerando, inclusive, a marcação do Cartão de Respostas. Faça-a com tranquilidade, mas controle o seu tempo.

4. Verifique se a prova é para o **PERFIL** para o qual concorre.

5. Somente após autorizado o início da prova, verifique se este Caderno de Questões está completo e em ordem. Folhear o Caderno de Questões antes do início da prova implica na eliminação do candidato.

6. Verifique, no **Cartão de Respostas**, se seu nome, número de inscrição, identidade e data de nascimento estão corretos. Caso contrário, comunique ao fiscal de sala.

7. O **Caderno de Questões** poderá ser utilizado para anotações, mas somente as respostas assinaladas no **Cartão de Respostas** serão objeto de correção.

8. Observe as seguintes recomendações relativas ao **Cartão de Respostas**:

- . não haverá substituição por erro do candidato;
- . não deixar de assinar no campo próprio;
- . não pode ser dobrado, amassado, rasurado, manchado ou conter qualquer registro fora dos locais destinados às respostas;
- . a maneira correta de marcação das respostas é cobrir, fortemente, com esferográfica de tinta azul ou preta, o espaço correspondente à letra a ser assinalada;
- . outras formas de marcação diferentes da que foi determinada acima implicarão a rejeição do **Cartão de Respostas**;

9. O fiscal não está autorizado a alterar quaisquer dessas instruções.

10. Você só poderá retirar-se da sala após 60 minutos do início da prova.

11. Quaisquer anotações só serão permitidas se feitas no caderno de questões.

12. Você poderá anotar suas respostas em área específica do Caderno de Questões, destacá-la e levar consigo.

13. Os três últimos candidatos deverão permanecer na sala até que o último candidato entregue o **Cartão de Respostas**.

14. Ao terminar a prova, entregue ao fiscal de sala, obrigatoriamente, o **Caderno de Questões** e o **Cartão de Respostas**.

Boa Prova!

Ao término de sua prova, anote aqui seu gabarito e destaque na linha pontilhada.

01		11		21		31		41		51	
02		12		22		32		42		52	
03		13		23		33		43		53	
04		14		24		34		44		54	
05		15		25		35		45		55	
06		16		26		36		46		56	
07		17		27		37		47		57	
08		18		28		38		48		58	
09		19		29		39		49		59	
10		20		30		40		50		60	