



CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

21. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2023) Em 2004, foi realizada a I Conferência Nacional de Política para Mulheres, cujas propostas fundamentaram o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). O I PNPM propôs quatro linhas de atuação. Assinale a alternativa que não apresenta uma dessas linhas:

- A) Redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis.
- B) Autonomia e igualdade no mundo do trabalho e cidadania.
- C) Educação inclusiva não sexista.
- D) Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos.
- E) Enfrentamento à violência contra as mulheres.

22. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2023) Sobre a estratificação do risco obstétrico no pré-natal, de acordo com o Manual de Alto Risco (Brasil, 2022), marque a alternativa INCORRETA:

- A) Não há alta da gestante da Atenção Primária em Saúde (APS). Ela deve ser acompanhada periodicamente pela equipe da APS do território em que está adscrita, independentemente do seu perfil de risco pelo fato de que algumas ações que ocorrem na APS não são oferecidas na assistência especializada.
- B) A estratificação de risco é contínua e deve ser realizada em todos os atendimentos. Desde a primeira e a cada consulta de pré-natal, a equipe assistente deve buscar sinais de risco, sendo a estratificação uma condição absoluta, ou seja, predomina o critério relacionado ao maior risco e, uma vez diagnosticada a gestante como de maior risco para complicações, ela não volta a ser de risco habitual nessa gestação.
- C) Gestantes com as seguintes características são consideradas de risco habitual e deverão realizar o pré-natal na APS, com consultas alternadas entre médico e enfermeiro: idade entre 16 e 34 anos, aceitação da gravidez, ausência de condições clínicas importantes prévias à gestação e ausência de intercorrências clínicas ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.
- D) As gestantes classificadas como de risco intermediário devem ser atendidas na APS com apoio de equipe multiprofissional ou com apoio do ambulatório de pré-natal de alto risco. Estão incluídas nessa categoria: nuliparidade ou multiparidade; diabetes gestacional controlada sem medicação e sem repercussão fetal; hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia sem sinal de gravidade materno-fetal; infecção urinária (até 2 ocorrências) ou 01 episódio de pielonefrite.

E) São consideradas indicações de pré-natal de alto risco com assistência em serviço especializado: gestação gemelar dicoriônica-diamniótica, suspeita de restrição de crescimento fetal, doença psiquiátrica grave, prematuridade anterior, hipertensão arterial crônica, diabetes mellitus 1 e 2 e desvios da quantidade de líquido amniótico.

23. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2023) Sobre o acompanhamento pré-natal orientado pelo Ministério da Saúde, marque a alternativa CORRETA:

- () Deve-se atentar para as gestantes que fazem uso de anti-epilépticos em relação à suplementação de ácido fólico. As evidências apontam que a suplementação reduz o risco de malformação fetal nesse grupo de mulheres, porque a terapia medicamentosa aumenta o consumo de folato. Orientar a suplementação de 4 a 5 mg/dia, pelo menos três meses antes da concepção, e mantido durante toda a gravidez.
 - () A suplementação de ferro deve ser feita de modo profilático para todas as gestantes com hemoglobina > 11 mg/dl, com um comprimido ao dia de sulfato ferroso de 200 mg, que corresponde a 40mg de ferro elementar. A exceção se dá para as gestantes diagnosticadas com doenças caracterizadas por sobrecarga de ferro, como anemia hemolítica e hemocromatose, que não devem ser suplementadas.
 - () As consultas devem atender à seguinte periodicidade: mensais até 28 semanas, quinzenais de 28 a 37 semanas e semanais de 37 a 41 semanas. O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que a consulta puerperal deverá ser realizada.
 - () Solicitar COOMBS indireto para todas as gestantes Rh negativo e, caso o resultado seja negativo, repetir o COOMBS indireto a cada 4 semanas após 24 semanas de gestação. Gestantes com COOMBS indireto positivo serão encaminhadas para alto risco e manterão acompanhamento na UBS. Na maternidade, administrar até 72 horas de pós-parto a imunoglobulina anti-D para a mulher com COOMBS indireto negativo, cujo recém-nascido seja Rh positivo e seu Coombs direto negativo. Também deve ser administrada sempre que houver sangramento durante a gravidez.
 - () Quando o parto não ocorre até a 40ª semana nas gestações de risco habitual, é necessário que o profissional encaminhe a gestante à maternidade para avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal.
- A) V-F-V-F-V
 - B) V-V-F-F-F
 - C) V-V-F-V-F
 - D) V-V-V-V-V
 - E) F-F-F-F-F



24. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2023) Sobre a vacinação de gestantes e puérperas, marque a alternativa CORRETA:

- I. A tríplice bacteriana acelular do tipo adulto está recomendada para todas as gestações após 20 semanas, pois além de proteger a gestante e evitar que ela transmita a *Bordetella pertussis* ao recém-nascido, permite a transferência de anticorpos ao feto protegendo-o nos primeiros meses de vida até que possa ser vacinado. As mulheres não vacinadas na gestação devem receber a vacina no puerpério, o mais precocemente possível. Na indisponibilidade desta vacina, pode-se substituí-la pela forma dTpa-VIP, ficando a critério médico a prescrição.
- II. A vacina contra Hepatite B deve ser ofertada às gestantes, em três doses, independentemente da idade gestacional e situação vacinal, com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira.
- III. São contraindicadas na gestação as vacinas: tríplice viral, HPV, meningocócica B e dengue.
- IV. A influenza está recomendada nos meses de sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre de gestação. Desde que disponível, a vacina influenza 4V é preferível a 3V, por conferir maior cobertura das cepas circulantes.
- V. A vacina contra febre amarela pode ser recomendada na gestação em situações em que o risco da infecção supera os potenciais riscos da vacinação. É contraindicada em nutrízes até que o bebê complete 6 meses; caso a vacinação não possa ser evitada, suspender o aleitamento materno por dez dias.
- A) Somente a alternativa I é verdadeira.
B) Somente a alternativa II é falsa.
C) Somente a alternativa V é falsa.
D) As alternativas I, IV e V são verdadeiras.
E) As alternativas I, II, III são falsas.

25. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2023) Sobre o abortamento, de acordo com Rezende Filho (2022), leia as afirmações abaixo e assinale a única opção CORRETA:

- I. A causa mais frequente de abortamento são as alterações cromossômicas que incide em 50% dos casos no primeiro trimestre gestacional. Os principais fatores de risco para a ocorrência de abortamento precoce são idade materna avançada e a história de perda gestacional anterior.
- II. A ameaça de abortamento ou aborto evitável consiste, fundamentalmente, em hemorragia discreta, que traduz anomalia decidual e/ou deslocamento do ovo e dores de pouca intensidade provocadas por metrossístoles fugazes e intermitentes. O uso de progesterona vaginal não está associado a melhora do prognóstico da gestação.

- III. São considerados sinais diagnósticos de gravidez inviável: comprimento cabeça-nádega ≥ 10 mm com ausência de batimento cardíaco fetal; diâmetro médio do saco gestacional ≥ 25 mm com ausência de embrião.
- IV. A insuficiência istmocervical é uma das causas de abortamento habitual no 1º trimestre, cujo diagnóstico é feito pela história clínica de ruptura espontânea das membranas e dilatação cervical indolor.
- A) Todas as sentenças estão corretas.
B) As sentenças I, II e III estão corretas.
C) Somente as sentenças I e II estão corretas.
D) Somente as sentenças I e IV estão corretas.
E) Somente as sentenças II e III estão corretas.

26. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2023) A pequena bacia (escavação pélvica), limita-se na parte de cima, pelo estreito superior; abaixo, pelo estreito inferior. Na avaliação do estreito médio, é importante obter a medida de seu diâmetro transversal (bispinha isquiática) que, clinicamente, na maioria das vezes, coincide com o diâmetro bituberoso. Observe as afirmações abaixo e indique as corretas, quanto aos diâmetros da escavação pélvica.

- I. No estreito médio, observa-se um diâmetro anteroposterior, medindo 12,5 cm, e outro transversal, bispinha isquiática, com 11,5 cm.
- II. Para se obter a medida do bituberoso, deve-se localizar a borda interna das tuberosidades isquiáticas e medir a distância entre estas com fita métrica aplicada tangencialmente à borda superior do ânus. Valores inferiores a 10 cm são indicativo de distúrbio de estreito médio.
- III. A observação de curvatura sacra reduzida, ao exame de toque vaginal, é indicativo de redução do estreito médio.
- IV. No estreito médio, encontra-se uma das medidas mais importantes na avaliação da escavação pélvica, a *conjugata vera obstétrica*, medindo 10,5 cm.
- V. O diâmetro bi-isquiático com menos de 9,5 cm (estreito médio) é parâmetro para definição de vício pélvico.

Estão corretas:

- A) I e II.
B) II e IV.
C) Apenas a V.
D) II, III e V.
E) I, II e IV.



27. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2023) A determinação da apresentação fetal e da variedade de posição no curso do trabalho de parto é passo crucial na avaliação da gestante, tendo-se por base a relação entre pontos de reparo maternos e fetais. Admitem-se quatro variações e consequentes mecanismos de partos, nas apresentações cefálicas. Diante dessa afirmação, opte pela alternativa que estabelece correlação adequada entre os pontos de reparo, pontos de referência e linhas de orientação das apresentações fetais cefálicas.

- A) Cefálica defletida de 1º grau: Ponto de reparo: Bregma; Ponto de referência: ângulo anterior do bregma; Linha de orientação: sutura metópica.
- B) Cefálica defletida de 3º grau: Ponto de reparo: Mentofacial; Ponto de referência: mento; Linha de orientação: sutura facial.
- C) Cefálica fletida: Ponto de reparo: Occipício; Ponto de referência: fontanela bregmática; Linha de orientação: sutura sagital.
- D) Cefálica defletida de 2º grau: Ponto de reparo: Fronte; Ponto de referência: mento; Linha de orientação: sutura metópica.
- E) Cefálica defletida de 1º grau: Ponto de reparo: Mentofacial; Ponto de referência: glabella; Linha de orientação: sutura metópica.

28. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2023) A parturição é caracterizada por contrações das fibras miométriais, cujas principais funções são a dilatação cervical e a expulsão dos produtos conceptuais através do canal de parto. Sobre os eventos envolvidos na determinação do parto, está INCORRETO afirmar:

- A) A fase de ativação (fase 2) prepara o útero e o canal cervical para o trabalho de parto e dura aproximadamente 6 a 8 semanas.
- B) O apagamento do canal cervical é decorrente de alterações bioquímicas que levam à fragmentação e à redistribuição das fibras de colágeno e à alteração na concentração de glicosaminoglicanas.
- C) O amadurecimento do colo é processo inflamatório conduzido por macrófagos e neutrófilos que infiltram a cérvix nas proximidades do termo e elaboram metaloproteínases da matriz (MMP) que digerem as proteínas da matriz extracelular.
- D) A ocitocina não tem papel atuante no determinismo do parto, sendo a sua participação importante no período expulsivo e no secundamento, quando o estímulo da dilatação cervical ocasiona sua secreção em pulsos pela neuro-hipófise materna.
- E) Admite-se uma queda no nível da progesterona circulante no organismo materno no início do parto, às custas da atuação, especialmente, do receptor B da progesterona.

29. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2023) Curvas contemporâneas de trabalho de parto têm sido construídas e descrevem padrões diferentes daqueles publicados por Friedman (1950). De acordo com o grande estudo de Zhang *et al.* (2010), envolvendo 62.415 parturientes com trabalho de parto espontâneo e desfechos neonatais normais, corroborado por Abalos *et al.* (2018) e diretrizes internacionais, é possível inferir:

- I. Mediana e percentil 95 de duração do primeiro estágio (tempo para evoluir de 4 cm a 10 cm), são, respectivamente, 5,3 e 16,4 horas em primíparas e 3,8 e 15,7 horas em múltiparas.
 - II. O percentil 95 do tempo necessário para que a dilatação cervical progrida de 4 cm para 6 cm pode chegar a até 10 horas na primípara.
 - III. O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) e a *Society for Maternal-Fetal Medicine* (SMFM) consideram período expulsivo prolongado quando ultrapassa, em primíparas, 2,5 horas sem analgesia e, em múltiparas, 1,5 horas sem analgesia.
 - IV. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a mediana de duração da fase ativa (de 5 cm até a dilatação completa) de 6 horas no primeiro trabalho de parto e 4 horas no segundo e nos subsequentes.
 - V. As diretrizes mais recentes da OMS ainda recomendam que se utilize o limite de 1cm/h e a linha de alerta do partograma, deixando-se de utilizar, apenas a linha de ação, para avaliar o progresso da dilatação cervical, uma vez diagnosticada a fase ativa do primeiro período do parto, até que, mais estudos sejam desenvolvidos.
- A) A alternativa I está incorreta.
 - B) Apenas as alternativas II e V estão corretas.
 - C) A alternativa II está correta.
 - D) As alternativas I, II e III estão corretas.
 - E) Apenas a alternativa V está incorreta.

30. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2023) A síndrome da hiperestimulação uterina é definida como uma alteração na contratilidade uterina (taquissístolia ou hipertonia) que pode ocasionar alteração na frequência cardíaca fetal. A hipertonia ou hipersístolia, por sua vez, é caracterizada pelo aumento do tônus uterino e contração com duração maior que dois minutos. A hipertonia caracterizada por aumento do tônus primário e que não pode ser explicada por outros mecanismos é classificada como:

- A) Hipertonia por sobredistensão.
- B) Hipertonia por incoordenação.
- C) Hipertonia por taquissístolia.



- D) Hipertonia autêntica ou essencial.
- E) Hipertonia por inversão de gradiente.
- 31. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2023) A ruptura prematura das membranas ovulares é a ruptura espontânea das membranas ovulares que ocorre antes do início do trabalho de parto. Os fatores etiológicos associados ao processo inflamatório ou infeccioso envolve vaginose bacteriana, cervicite e principalmente corioamnionite. A conduta obstétrica assistencial no caso de corioamnionite é:**
- A) Interrupção da gestação por indução a partir de 34 semanas.
- B) Conduta expectante até 36 semanas.
- C) Interrupção da gestação por indução independentemente da idade gestacional.
- D) Conduta expectante até 34 semanas.
- E) Interrupção da gestação por cesariana independentemente da idade gestacional.
- 32. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2023) As mulheres grávidas com diagnóstico confirmado de sífilis devem ser tratadas com os mesmos esquemas de penicilina indicados segundo o estágio da infecção. Considera-se tratamento inadequado, EXCETO:**
- A) Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina.
- B) Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina.
- C) Tratamento inadequado para a fase clínica da doença.
- D) Tratamento instituído no prazo de até 60 dias antes do parto.
- E) Parceiro(s) sexual(is) com sífilis não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.
- 33. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2023) A pré-eclampsia continua a ser uma das principais complicações da gestação, sendo responsável por um número significativo de óbitos maternos no Brasil e no mundo. Estratégias para a predição e prevenção dessa complicação objetivam sua detecção precoce e, conseqüente, diminuição das formas graves. Analisando as afirmações descritas, está (estão) INCORRETA (S):**
- I. De acordo com o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2020), o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) de baixa dose, iniciado preferencialmente, antes de 16 semanas, está indicado em casos de nuliparidade e idade materna ≥ 35 anos.
- II. O *Doppler* das artérias uterinas no 1º trimestre tem sido o marcador mais valorizado atualmente, por atender adequadamente aos apelos da prevenção.
- III. O repouso no leito e a restrição de sódio tem sido propostos como estratégias adicionais e efetivas para a prevenção da pré-eclampsia, apenas em mulheres de alto risco, além da atividade física, três vezes por semana, cerca de 50 minutos.
- IV. A OMS recomenda o uso universal de cálcio (1,5 a 2 g/dia) para a prevenção da pré-eclampsia, devendo ser iniciado a partir de 11 semanas.
- V. No rastreio de 1º trimestre, o fator de crescimento placentário (PIGF) é o marcador bioquímico de melhor desempenho e a proteína plasmática associada à gestação (PAAP-A) fica reservada para os casos em que o PIGF e o Doppler de uterinas não estiverem disponíveis.
- A) Alternativas III e IV estão incorretas.
- B) Alternativa II está incorreta.
- C) Apenas a alternativa I está incorreta.
- D) Apenas a alternativa IV está incorreta.
- E) Alternativas I e V estão incorretas.
- 34. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2023) A hipertensão grave na gestação (PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg) requer o tratamento urgente, uma vez confirmada. Também há claras evidências de que o sulfato de magnésio previne a eclampsia, havendo algumas discordâncias, das principais entidades, sobre quem deve receber a medicação. Sobre o manejo farmacológico dessas duas condições, afirma-se INCORRETAMENTE que:**
- A) Deve-se iniciar tratamento anti-hipertensivo, caso a pressão arterial (PA) apresente níveis persistentes $\geq 140/90$ mmHg e sempre que estiver $\geq 150/100$ mmHg com o objetivo de manter PAD de 85 mmHg (e PAS < 160 mmHg).
- B) O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), além da pré-eclampsia com sinais de gravidade, recomenda o uso do sulfato de magnésio para as mulheres com hipertensão gestacional e sinais de gravidade. Recomendação aceita no Brasil.
- C) As observações clínicas sugerem que o sulfato de magnésio exerce sua ação anticonvulsivante ao agir diretamente no córtex cerebral e promove a transmissibilidade elétrica no tecido cerebral.
- D) O esquema de Pritchard, para administração do sulfato de magnésio, associa os esquemas intravenoso e intramuscular, sendo reservado aos casos de transferência, coagulopatia e trombocitopenia.
- E) O uso de nifedipino por via sublingual está proscrito em razão da ocorrência de hipotensões arteriais graves com repercussões maternas e perinatais.



35. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2023) A hemorragia pós-parto é a principal causa de mortalidade materna em todo o mundo há pelo menos 30 anos. Assinale a principal causa de hemorragia pós-parto.

- A) Retenção placentária.
- B) Atonia uterina.
- C) Acretismo placentário.
- D) Retenção de coágulos.
- E) Coagulopatias.

36. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2023) A involução e a regeneração do leito placentário, de toda a decídua e das demais superfícies genitais ocorrem, inicialmente, por meio da eliminação de grande quantidade de elementos deciduais e células epiteliais descamados, que, associados a eritrócitos e bactérias, compõem, então, o que denominamos de lóquios. Os lóquios apresentam conteúdo líquido reduzido e significativa quantidade de leucócitos, assumem coloração esbranquiçada ou discretamente amarelada a partir de:

- A) 3 a 4 dias pós-parto.
- B) 10 dias pós-parto.
- C) 15 dias pós-parto.
- D) 4 semanas pós-parto.
- E) 8 semanas pós-parto.

37. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2023) Sobre a lactação e o manejo do aleitamento materno, marque a alternativa INCORRETA:

- A) No que se refere à saúde da mulher, o ato de amamentar apresenta benefícios imediatos, estimulando a contratilidade e involução uterina, bem como a melhora do estresse pós-parto. Os benefícios mais tardios incluem maior tempo de amenorreia, maior intervalo entre as gestações, redução de risco de câncer de ovário, endométrio e mama.
- B) Após a dequitação, ocorre a queda abrupta das concentrações de estrogênio e progesterona, ambos de origem placentária, e elevação da prolactina sérica com efeitos nos receptores das células alveolares da mama. Nessas células, a prolactina age estimulando a diferenciação da fase pré-secretória para secretória, induzindo a síntese de RNA para produção de proteínas específicas do leite materno, como alfa-lactalbumina e caseína, bem como enzimas catalisadoras. Esse fenômeno ocorre em cerca de 48 a 72 horas após o parto.
- C) A produção láctea adequada depende da glândula mamária plenamente desenvolvida, e é relevante a ação prévia de outros hormônios, como a insulina, cortisol e lactogênio placentário durante a gestação.

D) A exposição do recém-nascido aos fármacos por meio do aleitamento materno é pelo menos duas vezes maior do que na vida intrauterina, por via placentária. Entretanto, depende de uma série de fatores, como características farmacológicas, resposta individual da lactante quanto do recém-nascido, e características da amamentação, como tempo de sucção e intervalo entre as mamadas.

E) Para a pega adequada, é importante que a aréola fique mais visível acima da boca do lactente; que ele mantenha a boca bem aberta com o lábio inferior virado para fora e o queixo tocando a mama. Para o posicionamento do recém-nascido, é necessário que seu rosto esteja de frente para mama, com o nariz na altura do mamilo, e seu corpo próximo ao da mãe. O recém-nascido deve manter a cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido) e deve estar bem apoiado.

38. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2023) As infecções maternas têm incidência de 70/1.000 nascidos vivos. As infecções representam a terceira causa direta de morte materna no mudo e contribuem para 11% do total de óbitos. Observe as condições apresentadas e estabeleça as correlações adequadas na escolha da alternativa CORRETA:

- I. Sepses
- II. Choque séptico
- III. Critério de gravidade
- IV. Causa
- V. Fator de risco

A) I - Glasgow < 15; II - Redução do número de toques vaginais; III - Endometrite; IV - Sepses acompanhada de alterações circulatórias, celulares e metabólicas; V - Disfunção orgânica resultante de infecção no ciclo gravídico-puerperal.

B) I - Disfunção orgânica resultante de infecção no ciclo gravídico-puerperal; II - Sepses acompanhada de alterações circulatórias, celulares e metabólicas; III - Pressão arterial sistólica < 100 mmHg; IV - Cesariana; V - Controle de cura pós tratamento de infecção urinária.

C) I - Infecção bacteriana do trato feminino; II - Replicação bacteriana na decídua necrótica; III - Frequência respiratória > 22 irpm; IV - Endometrite; V - Cesariana.

D) I - Infecção materna grave; II - Sepses acompanhada de alterações circulatórias, celulares e metabólicas; III - Hipotensão; IV - Secreção perineal; V - Obesidade.

E) I - Disfunção orgânica resultante de infecção no ciclo gravídico-puerperal; II - Sepses acompanhada de alterações circulatórias irresponsivas à reposição volêmica adequada; III - Débito urinário < 200 ml; IV - Infecção do trato urinário; V - Cesariana.



39. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2023) Sobre a assistência do recém-nascido (RN) com 34 semanas ou mais, de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (2022), marque a alternativa CORRETA:

- A) Para o RN que não está com boa vitalidade ao nascer, fazer o estímulo tátil no dorso, de modo delicado e no máximo três vezes, para ajudar a iniciar a respiração antes do clampamento imediato do cordão.
- B) Se o RN está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, independentemente do aspecto do líquido amniótico, considera-se que apresenta boa vitalidade e deve continuar em contato pele-a-pele junto da mãe depois do clampamento do cordão umbilical, que deverá ocorrer com no mínimo 60 segundos após o nascimento.
- C) Após os cuidados para manter a temperatura e as vias aéreas pervias, se o RN apresenta FC (frequência cardíaca) <100 bpm e/ou apneia ou respiração irregular, há indicação da VPP (ventilação por pressão positiva) com ar ambiente, que precisa ser iniciada nos primeiros 60 segundos de vida. Se, mesmo após corrigidas as técnicas de ventilação, a SatO₂ pré-ductal estiver abaixo do alvo, aumentar a concentração de O₂ para 40% e aguardar 30 segundos. Se não houver melhora da SatO₂, aumentar a concentração para 50% e assim sucessivamente até a FC > 100 bpm e respiração espontânea e regular.
- D) A massagem cardíaca deverá ser iniciada se a FC estiver < 60 bpm após 30 segundos de VPP com cânula traqueal e técnica adequada. O RN com indicação de massagem cardíaca deve estar com monitor cardíaco e oxímetro de pulso (sensor neonatal na região do pulso radial esquerdo) bem colocados.
- E) Na compressão cardíaca, aplicar os dois polegares sobrepostos no terço inferior do esterno, logo abaixo da linha intermamilar, poupando o apêndice xifoide. O restante das mãos circunda o tórax, dando suporte ao dorso durante a massagem. Realizar de forma sincrônica a ventilação e a massagem cardíaca, mantendo-se relação de 3:1 por 60 segundos. Considera-se falha do procedimento se, após 60 segundos de VPP com cânula traqueal e O₂ a 100% acompanhado de massagem cardíaca, o RN mantém FC <100 bpm.

40. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2023) São considerados sinais e sintomas suspeitos de câncer mama, exigindo referência urgente para serviços de diagnóstico mamário, EXCETO:

- A) Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual; descarga papilar sanguinolenta unilateral; presença de linfadenopatia axilar.
- B) Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade; descarga papilar sanguinolenta unilateral; presença de linfadenopatia axilar.

- C) Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos; lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos; alteração no formato do mamilo.
- D) Descarga papilar sanguinolenta unilateral; aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema; retração na pele da mama.
- E) Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos; retração na pele da mama; mudança no formato do mamilo.