



CONHECIMENTOS DO SUS – 01 A 10

01. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Na Conferência de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi entendida como atenção à saúde essencial. Não há, contudo, uniformidade no emprego da expressão atenção primária à saúde (primary health care), identificando-se concepções, interpretações e abordagens distintas. A abordagem que refere à atenção primária à saúde como ponto de entrada no sistema de saúde e local de cuidados de saúde que incluem ações preventivas e serviços clínicos direcionados a toda a população, denomina-se:

- A) APS seletiva / Selective primary care.
- B) APS como Primeiro nível de atenção / Primary care.
- C) APS abrangente / Comprehensive primary health care.
- D) APS integral de Alma-Ata / Comprehensive primary health care.
- E) APS como Abordagem de saúde e de direitos humanos.

02. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Os modelos de atenção podem atender à lógica da demanda ou à das necessidades. Considerando a conformação histórica do sistema de serviços de saúde no país, podem ser identificados modelos de atenção hegemônicos e propostas alternativas. Desse modo, dois modelos convivem historicamente de forma contraditória ou complementar: o modelo médico e o modelo sanitarista. Esses modelos hegemônicos não contemplam nos seus fundamentos o princípio da integralidade: ou estão voltados para a demanda espontânea (modelo médico) ou buscam atender necessidades que nem sempre se expressam em demanda (modelo sanitarista). Configuram-se modelos de atenção hegemônicos, exceto em:

- A) Modelo médico assistencial privatista e Modelo da atenção gerenciada.
- B) Campanhas sanitárias e Programas especiais.
- C) Vigilância sanitária e Vigilância epidemiológica.
- D) Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família.
- E) Oferta organizada e Ações programáticas de saúde.

03. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Os fundamentos e atributos inerentes às Redes de Atenção à Saúde (RAS) são imprescindíveis para sua adequada implantação em nível local. Fundamentos são os alicerces que formam e sustentam a base teórica de algo. As RAS para serem efetivadas de forma eficiente e com qualidade,

precisam ser estruturadas em 10 fundamentos: Economia de escala, Suficiência e Qualidade, Acesso, Disponibilidade de recursos, Integração vertical, Integração Horizontal, Processos de substituição, Região de Saúde ou Abrangência, Níveis de atenção. Sobre os fundamentos abaixo listados é incorreto:

- A) A economia de escala ocorre quando os custos médios de longo prazo aumentam, à medida que diminuem o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um menor número dessas atividades, sendo o longo prazo, um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis.
- B) Suficiência significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população e inclui cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos, realizados com qualidade.
- C) O acesso refere-se à ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. Pode ser analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários.
- D) Os níveis de atenção são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS, estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas.
- E) Processos de substituição são definidos como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis.

04. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Portaria de Consolidação GM/MS nº 4/2017 consolida as normas sobre os sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde (SUS). Encontram-se dispostos nessa portaria os sistemas, exceto:

- A) Sistema Nacional de Transplantes (SNT).
- B) Sistema Nacional de Informações Estratégicas do SUS (SINAIESUS).
- C) Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN).
- D) Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SIS-LAB).
- E) Sistema Nacional de Auditoria (SNA).



05. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). No Art. 3º estão definidos PRINCÍPIOS e DIRETRIZES que regem a operacionalização dessa política. As diretrizes, especificamente, organizam e orientam a atenção básica para garantir um cuidado mais eficaz, resolutivo e humanizado dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Marque a opção que apresenta apenas diretrizes:

- A) Universalidade; Regionalização e Hierarquização; Territorialização;
- B) Equidade; População Adscrita; Participação da comunidade;
- C) Integralidade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado;
- D) Resolutividade; Ordenação da rede; Cuidado centrado na pessoa;
- E) Universalidade; População Adscrita; Cuidado centrado na pessoa.

06. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) é uma política do Ministério da Saúde que define diretrizes para a integração de sistemas de informação e o uso de tecnologia no setor de saúde no Brasil. Na perspectiva dessa política, a interoperabilidade entre sistemas de informação em saúde é considerada uma condição central para o fortalecimento da governança informacional no SUS. Em relação a esse princípio, assinale a alternativa que melhor expressa sua implicação prática no contexto da gestão descentralizada e do controle social em saúde:

- A) Viabiliza a centralização das decisões estratégicas de gestão da informação em nível federal, garantindo padronização nacional e reduzindo a autonomia local.
- B) Possibilita a integração de dados clínicos e administrativos, fortalecendo o processo decisório baseado em evidências, a transparência das ações governamentais e o controle social.
- C) Permite a incorporação de novos sistemas municipais de informação em saúde, evitando a heterogeneidade de plataformas e aplicativos locais.
- D) Prioriza a troca de informações entre instituições privadas e públicas de saúde, assegurando o reforço da saúde suplementar.
- E) Estabelece a padronização de fluxos informacionais apenas entre esferas de gestão, sem incluir os usuários e profissionais de saúde no compartilhamento e uso das informações.

07. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) O modelo da determinação social do processo saúde-doença supera a abordagem multicausal ao introduzir o conceito de totalidade social. Nesse contexto, qual das alternativas expressa de forma mais adequada a lógica explicativa desse modelo?

- A) O processo saúde-doença é concebido como produto histórico e social, determinado por relações de produção, organização política e condições de vida que moldam as desigualdades em saúde.
- B) As doenças são resultado direto da soma de fatores individuais e ambientais, analisados isoladamente em uma estrutura causal linear.
- C) O social é entendido como um conjunto de fatores residuais, atuando de forma secundária à biologia e ao ambiente físico.
- D) A determinação social propõe substituir a epidemiologia por abordagens puramente sociológicas, sem integração com os aspectos biológicos do adoecer.
- E) A determinação social reconhece o indivíduo como centro exclusivo do processo saúde-doença, priorizando as mudanças de comportamento como principal estratégia de intervenção.

08. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Política Nacional de Vigilância em Saúde estabelece o princípio da equidade como eixo estruturante da vigilância em saúde, destacando a priorização de territórios, grupos e pessoas em maior vulnerabilidade. Considerando esse princípio, qual das situações abaixo expressa de forma mais adequada sua aplicação prática no âmbito do SUS?

- A) Direcionar os recursos de vigilância aos municípios com maior densidade populacional, otimizando o impacto financeiro das ações.
- B) Planejar as ações de vigilância com base nos indicadores epidemiológicos agregados, sem incorporar a percepção individual dos riscos.
- C) Reduzir o número de ações de vigilância em saúde em regiões de baixo risco epidemiológico, garantindo a redistribuição equitativa dos profissionais.
- D) Definir as prioridades territoriais a partir da análise da situação de saúde local e regional, em sentido ascendente das propostas.
- E) Diagnosticar situações que envolvam os diferentes tipos de vigilância, determinando qual delas deve ser contactada para territórios mais vulneráveis.

09. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Política Nacional de Promoção da Saúde adota princípios que orientam o planejamento e a execução de ações intersetoriais voltadas à equidade, autonomia e sustentabilidade. Analise as assertivas abaixo sobre esses princípios:



- I. A intersectorialidade implica a articulação entre diferentes setores e atores sociais, sob a liderança do setor saúde.
- II. A integralidade pressupõe reconhecer as dimensões biológica, social, cultural e ambiental do processo saúde-doença, integrando-as nos planos e práticas de promoção da saúde.
- III. A sustentabilidade envolve garantir continuidade das ações, incorporando as dimensões política, econômica, social, cultural e ambiental nos processos de decisão.
- IV. A territorialidade reconhece as especificidades locais e regionais, orientando o planejamento das ações de promoção da saúde de forma descentralizada e equitativa.
- V. A autonomia é entendida como a capacidade de sujeitos e coletividades fazerem escolhas conscientes sobre modos de vida, considerando suas condições socioeconômicas e culturais.

Assinale a alternativa que apresenta somente as afirmativas corretas:

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

10. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Com base nas disposições da Portaria de Consolidação nº 5/2017 e nas normativas complementares que instituem o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), analise as afirmativas a seguir:

- I. O PNSP tem como objetivo reduzir a incidência de eventos adversos decorrentes da assistência à saúde e promover cultura de segurança nos serviços.
- II. A criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) é obrigatória em todos os serviços de saúde públicos e privados, com responsabilidade de notificar incidentes no Notivisa.
- III. A adesão ao PNSP é restrita aos serviços hospitalares, uma vez que sua aplicação em atenção primária é arbitrária.
- IV. Compete aos NSP implantar protocolos de segurança, realizar capacitações e analisar eventos adversos com vistas à melhoria contínua da qualidade assistencial.

Está correto o que se afirma em:

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

D) I, III e IV, apenas.

E) I, II, III e IV.

RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA – 11 A 30

11. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) De acordo com a Portaria GM/MS nº 5.349/2024, que dispõe sobre o financiamento da Rede Alyne, qual das alternativas apresenta corretamente um dos componentes financiados pela União por meio do Ministério da Saúde?

- A) Financiamento de unidades de hemodiálise e transplantes renais.
- B) Financiamento do sistema de governança, que considera indicadores regionais de desempenho.
- C) Financiamento exclusivo dos hospitais universitários federais.
- D) Financiamento de clínicas privadas conveniadas ao SUS sem pactuação prévia.
- E) Financiamento de programas estaduais de controle de endemias.

12. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Uma mulher de 26 anos, G2P1A0, procura a unidade básica de saúde relatando atraso menstrual de 8 semanas. Refere náuseas matinais e aumento da sensibilidade mamária. Ao exame físico: mamas túrgidas, aréolas mais escuras, presença de rede venosa evidente, colo uterino amolecido e de coloração violácea. O útero é globoso, com consistência amolecida, e seu aumento é compatível com gestação inicial. Sobre os sinais e sintomas da gestação e a interpretação clínica dos achados, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A coloração violácea do colo uterino (sinal de Chadwick) é considerada um sinal presuntivo de gravidez.
- B) O amolecimento uterino (sinal de Hegar) é um sinal de probabilidade de gravidez, decorrente de hiperplasia e congestão do istmo uterino.
- C) O aumento da pigmentação mamilar e o aparecimento da aréola secundária são sinais de certeza de gestação.
- D) A amenorreia é considerada um sinal de certeza quando ocorre em mulher em idade fértil.
- E) A presença de rede venosa mamária e náuseas são sinais de probabilidade de gestação, pois decorrem da ação direta da gonadotrofina coriônica.



13. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Durante o pré-natal, uma enfermeira atende uma gestante G2P1, que refere última menstruação em 15 de janeiro de 2025. A gestante traz ultrassonografia realizada em 22 de março de 2025, com medida do comprimento cabeça-nádega (CCN) compatível com 9 semanas e 3 dias de gestação. Considerando as orientações do Rezende, 14ª ed. (2022) e os critérios de acurácia para cálculo da idade gestacional e da data provável do parto (DPP), assinale a alternativa CORRETA.

- A) A idade gestacional deve ser mantida conforme a data da última menstruação, pois a diferença entre o cálculo clínico e o ultrassonográfico é inferior a 14 dias.
- B) O cálculo deve considerar o ultrassom como mais confiável, pois realizado no primeiro trimestre, substituindo a idade obtida pela DUM e redefinindo a DPP.
- C) O cálculo da DPP pela regra de Nägele resultaria em 22 de outubro de 2025, e deve prevalecer sobre o dado ultrassonográfico, pois a paciente tem ciclos regulares.
- D) O CCN apresenta precisão de ± 10 dias, devendo ser usado apenas para confirmar o cálculo baseado na DUM.
- E) O ultrassom de 1º trimestre só é considerado padrão-ouro para definir idade gestacional quando realizado entre 6 e 8 semanas completas.

14. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Uma gestante de 28 anos, primigesta, comparece à primeira consulta de pré-natal com 12 semanas de gestação. Durante a avaliação, a enfermeira registra os seguintes achados:

- Histórico clínico e obstétrico: nenhuma comorbidade prévia; sem antecedentes de hipertensão ou diabetes; não há intercorrências obstétricas anteriores.
- Exames laboratoriais: hemoglobina 10,8g/dL; glicemia de jejum 96mg/dL; sorologias para HIV, sífilis e hepatites B e C negativas; fator RH positivo.
- Pressão arterial: 121/79mmHg.
- Índice de massa corporal (IMC): 32kg/m².
- Estilo de vida: não fuma, não usa álcool; atividade física irregular; relata alimentação rica em carboidratos simples e baixa ingestão de frutas e verduras.
- Rede de apoio: limitada, mora sozinha.

De acordo com a Nota Técnica nº01 – Estratificação de Risco Gestacional para a Organização da Assistência à Saúde das Gestantes (SESA-CE, 2024), qual é a classificação de risco gestacional mais adequada para esta gestante e a conduta recomendada para o acompanhamento do pré-natal?

- A) Risco habitual: acompanhamento exclusivamente na Atenção Primária à Saúde (APS), com consultas intercaladas entre médico(a) e enfermeiro(a), avaliação odontológica; orientações gerais sobre hábitos de vida; sem necessidade de referência ao Ambulatório de Atenção Especializada (AAE).
- B) Risco habitual com fatores de atenção: gestante acompanhada na APS, com consultas intercaladas entre médico(a) e enfermeiro(a), avaliação odontológica e orientações sobre hábitos saudáveis, manejo da anemia e controle do peso. Deve permanecer em vigilância contínua na APS, sem necessidade de encaminhamento imediato ao Ambulatório de Atenção Especializada (AAE), salvo se surgirem intercorrências clínicas ou obstétricas.
- C) Risco intermediário: gestante apresenta múltiplos fatores de risco combinados (diabetes gestacional, anemia leve, obesidade, apoio social limitado); acompanhamento compartilhado APS + AAE, com consultas intercaladas médico(a)/enfermeiro(a), avaliação odontológica, monitoramento clínico e nutricional, suporte psicossocial, e orientação contínua de autocuidado e adesão ao pré-natal.
- D) Alto risco: gestante com fatores clínicos graves ou evitáveis que exigem atenção de alta complexidade; acompanhamento APS + AAE + serviços de referência para gestação de alto risco, consultas frequentes e monitoramento intensivo de todos os parâmetros clínicos, nutricionais e psicossociais.
- E) Alto risco: Gestantes com fatores clínicos relevantes e fatores evitáveis que demandem intervenções de maior nível de complexidade (diabetes gestacional, anemia, obesidade, apoio social limitado); acompanhamento APS + AAE + serviços de referência para gestação de alto risco, consultas frequentes e monitoramento intensivo de todos os parâmetros clínicos, nutricionais e psicossociais.

15. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Durante o pré-natal de uma gestante de 29 anos, G2P1A0, com 24 semanas de gestação, o enfermeiro revisa o cartão vacinal e encontra os seguintes registros:

- 3 doses da vacina hepatite B (esquema completo, último reforço há 8 anos);
- 2 doses de dT, última há 5 anos;
- 1 dose de dTpa aplicada no puerpério da gestação anterior;
- 1 dose de influenza trivalente administrada há 10 meses;
- Nenhum registro de vacina COVID-19, pois a gestante recusou na gestação anterior por dúvida sobre segurança fetal.

De acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm, 2025/2026), e considerando a imunidade conferida e o momento gestacional, qual deve ser a conduta vacinal mais adequada neste caso?



- A) Reforçar a vacina hepatite B e adiar a dTpa para o puerpério, pois o intervalo inferior a 12 meses da última dose poderia elevar o risco de reações adversas locais.
- B) Administrar imediatamente uma dose de dT, completar o reforço no puerpério e aguardar o período pós-parto para iniciar o esquema vacinal contra COVID-19.
- C) Repetir a dose da vacina dTpa, independentemente da aplicação anterior no puerpério, além de ofertar a vacina contra influenza sazonal e a vacina COVID-19 atualizada, ambas seguras em qualquer trimestre gestacional.
- D) Manter o esquema atual sem intervenções, pois a paciente já possui imunidade suficiente e revacinações desnecessárias podem gerar hipersensibilidade de tipo Arthus.
- E) Indicar apenas a vacina contra COVID-19, uma vez que a dTpa confere proteção duradoura por pelo menos 10 anos, sendo o reforço indicado apenas em casos de surtos de queluche.

16. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A ruptura prematura das membranas ovulares (RPMO) é a ruptura espontânea das membranas ovulares (âmnio e cório) que ocorre antes do início do parto. Assinale a alternativa que não faz parte do manejo clínico diante de um caso de RPMO.

- A) Internação hospitalar.
- B) Leucograma a cada 2 dias.
- C) Monitoramento diário da vitalidade fetal.
- D) Toque vaginal.
- E) Verificação dos sinais vitais diariamente, pelo menos 4 vezes/dia.

17. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A pré-eclâmpsia é uma condição progressiva, que se acompanha de placenta defeituosa e disfunção endotelial. A placenta seria a principal fonte das espécies reativas de oxigênio, responsáveis pelos fenômenos fisiopatológicos. A respeito das alterações a nível endotelial, observadas em mulheres com pré-eclâmpsia, pode-se afirmar que:

- A) Nas pacientes com pré-eclâmpsia, ocorre a supressão do sFlt1 (*soluble FMS-like tyrosine kinase 1*), o qual exerce atividade antiangiogênica, ligando-se aos fatores angiogênicos (VEGF – Fator de crescimento do endotélio vascular e PlGF – Fator de crescimento placentário).
- B) Ocorre, na pré-eclâmpsia, uma produção privilegiada do tromboxano A2 (TxA2), que estimula a agregação plaquetária e o relaxamento uterino, reduzindo o fluxo no leito uteroplacentário.

- C) Na pré-eclâmpsia, a secreção da endoglina solúvel (sEng) atua na inibição da TGF-1 (fator de crescimento transformador beta 1) e do VEGF – Fator de crescimento do endotélio vascular, impedindo a ação de ambos no endotélio, com produção diminuída de prostaciclina, óxido nítrico e secreção de proteínas pró-coagulantes.
- D) Na pré-eclâmpsia, a maior parte das artérias espiraladas não sofre transformação completa em seu segmento endometrial, ou seja, está praticamente ausente a segunda onda de migração trofoblástica.
- E) As alterações vasculares características da pré-eclâmpsia conduzem à hipervolemia e contração do espaço intravascular. Há ativação intravascular das plaquetas e lesão endotelial com ativação de tromboxano A2 (TxA2) e queda de PGI2 (prostaciclina).

18. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A abordagem terapêutica medicamentosa em especial, para fins de prevenção da pré-eclâmpsia, mas também, para tratamento dos casos, permanece desafiadora, em face do conhecimento limitado de sua etiopatogenia. Analise as afirmações e opte pela assertiva adequada:

- A) Na recorrência da eclâmpsia, deve ser administrada uma dose adicional de 2 g de Sulfato de Magnésio (MgSO₄), endovenoso, em *bolus* e, utiliza-se como manutenção a dose de 2 g/h, conforme protocolo da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG, 2025).
- B) Os resultados do ASPRE TRIAL (*Combined Multi-Marker Screening and Randomised Patient Treatment with Aspirin for Evidence Based Pre-eclampsia Prevention*), em 2017, favoreceram a recomendação para o uso do ácido acetilsalicílico (AAS), na dose de 100 mg/dia, a partir de 11 a 14 semanas, até o parto, em mulheres de risco, para fins de prevenção da pré-eclâmpsia.
- C) Para o tratamento da hipertensão grave, o nifedipino oral de ação prolongada, estaria recomendado, na dose de 20 mg, a cada 15 minutos, totalizando o máximo de 3 doses.
- D) Nos casos de crises convulsivas refratárias ao sulfato de magnésio, deve-se fazer uso do nitroprussiato de sódio, o qual tem ação imediata, com meia vida de 2 a 3 minutos.
- E) Para além da suplementação com o cálcio, para fins de prevenção da pré-eclâmpsia, em mulheres com baixa ingestão deste nutriente, a RBEHG (2025), recomenda também, outras suplementações como vitamina C, vitamina E, vitamina D, ômega-3 e ácido fólico com o objetivo de prevenir pré-eclâmpsia.

19. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) O enfermeiro obstetra deve possuir familiaridade com os elementos determinantes da parturição, de modo a garantir uma condução segura e oportuna ao processo de parto e nascimento. No que diz respeito aos fenômenos da parturição humana, pode-se afirmar:



- A) Uma importante característica da gravidez humana é que o nível de progesterona circulante sofre queda significativa com o início do parto, ação diretamente relacionada ao seu receptor B.
- B) Com a proximidade do parto, há um acréscimo na concentração de ocitocina e seus receptores aumentam nas células miometriais, ação mediada pelos estrogênios.
- C) A progressão para o parto ativo decorre inicialmente, da ativação da ocitocina no miócito e aumento nos fatores inflamatórios, tais como a enzima ciclo-oxigenase-2 (COX-2) e interleucina-8.
- D) Os miócitos são conectados por canais ou junções comunicantes (junções *gap*), que por ação da progesterona, aumentam em quantidade, com a proximidade do parto.
- E) O cortisol ativa o pulmão fetal a produzir a proteína surfactante A, que no âmnio, atua na síntese de ciclo-oxigenase-2 (COX-2) e de prostaglandina E2 (PGE2).

20. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) O sucesso do parto requer interação adequada entre os chamados “trajeto, objeto e motor”, que representam, o canal de parto, o feto e a contração uterina, respectivamente. A não familiaridade com esses elementos torna difícil a atuação do enfermeiro obstetra na condução do parto eutócico e, na identificação da distocia. O que seria coerente afirmar, com base nesses três elementos?

- A) Há quatro tipos de bacia, sendo a antropoide, a que oferece pior prognóstico para o parto, dada à convergência acentuada das paredes da escavação, levando a distocias crescentes com a progressão do parto.
- B) O assinclitismo posterior (obliquidade de Litzmann) se caracteriza quando a sutura sagital está próxima do púbis e o parietal posterior é o primeiro a penetrar na pelve materna.
- C) A linha de orientação é a linha fetal que se coloca em relação com o diâmetro materno de insinuação. Na apresentação cefálica defletida de terceiro grau, a linha de orientação é a sutura metópica.
- D) Na escavação ou pequena bacia, há um diâmetro de importância singular em sua avaliação, a conjugada vera obstétrica, que se estende do promontório à face posterior do púbis, medindo 12 cm.
- E) No estreito inferior, há um diâmetro anteroposterior (conjugada exitus), cóccix subpúbico, medindo 11 cm.

21. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) O processo parturitivo é um evento que demanda dos profissionais que prestam assistência, o respeito a fisiologia. É necessário o conhecimento do comportamento biomecânico da pelve, nas diferentes posições adotadas pela mulher, em especial, durante o período expulsivo do parto. Com base nessa afirmação, o que seria mais favorável ao parto e nascimento:

- A) Na posição semirreclinada é considerada uma posição vertical, na qual o eixo principal do corpo (tórax e abdome), localiza-se a mais de 45° da horizontal, oferecendo como vantagens: monitoramento da frequência cardíaca fetal (FCF), realização de exames diagnósticos e administração de medicamentos.
- B) Na posição quatro apoios, mãos Joelhos ou Gaskin, ocorre o favorecimento da ação da gravidade, sendo uma posição indicada em casos como: dificuldade para a rotação da apresentação fetal, parturientes com edema de colo e resolução de distocias de ombros.
- C) A posição cócoras ou agachada, deve ser adotada no final do período de dilatação, tendo como algumas de suas vantagens: fetos grandes, presença de bossa serosanguinolenta, descida lenta da apresentação e metrossístoles esparsas.
- D) A posição sentada em artefatos é indicada para os casos de apresentação pélvica, por aumentar sagitalmente o estreito inferior da pelve durante a expulsão fetal.
- E) A posição em pé proporciona o afastamento da apresentação em relação ao sacro, sendo indicada em situações como: apresentação pélvica, dificuldade para a rotação da apresentação fetal e progressão lenta do período expulsivo.

22. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A hipertonia uterina decorrente do aumento anormal da frequência das contrações, acima de cinco em 10 minutos que provoca o encurtamento do intervalo entre as metrossístoles e culmina na elevação do tônus uterino, denomina-se:

- A) Hipertonia por taquissístolia.
- B) Hipertonia autêntica ou essencial.
- C) Hipertonia por incoordenação.
- D) Hipertonia por sobredistensão.
- E) Hipertonia por inversão do gradiente.

23. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) O manejo clínico do segundo período do parto envolve a atuação expectante (*hands off*) ou ativa (*hands on*) com suas respectivas implicações na integridade perineal após o parto. Considerando os resultados de estudos que buscaram avaliar esses dois manejos na prática clínica, é possível inferir que:

- A) O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) estabelece que “os melhores dados disponíveis não apoiam o uso liberal ou rotineiro de episiotomia”.



- B) Os dados apontam que a realização da episiotomia de rotina está associada a menos trauma perineal grave, menor necessidade de suturas e menos complicações na cicatrização.
- C) Uma das manobras mais difundidas de *hands on* é a de Ritgen, sobre a qual os estudos evidenciam diminuição significativa de lacerações perineais graves (3º e 4º graus), uma vez aplicada.
- D) O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) recomenda a realização de massagem perineal e que tanto proteção perineal quanto *hands off* podem ser utilizados para facilitar o nascimento.
- E) O manejo *hands off* permite a utilização de compressas aquecidas na região perineal, durante a expulsão conceitual, com comprovada eficácia para a prevenção de lacerações graves (3º e 4º graus).
- 24. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A hemorragia pós-parto (HPP) configura-se como uma emergência obstétrica. A abordagem clínica inicial da mulher com HPP deverá ser a estabilização geral do quadro. Deste modo, preconiza-se que, após chamar ajuda, o profissional assistente deverá, exceto:**
- A) Proteger as vias aéreas e ofertar oxigênio por meio de máscara de O₂.
- B) Iniciar massagem ou compressão bimanual uterina.
- C) Realizar estimativa visual da perda sanguínea segundo observação do volume disperso.
- D) Assegurar dois acessos venosos calibrosos.
- E) Esvaziar a bexiga e manter a mulher aquecida.
- 25. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A sepse materna completa a chamada “triáde letal da obstetrícia”, juntamente com as desordens hipertensivas e hemorrágicas, que acometem a gestação. O enfermeiro obstetra deve compreender os aspectos envolvidos na etiopatogenia e na fisiopatologia, para condução adequada dos casos. Nessa perspectiva, o que se pode afirmar com base nos conhecimentos atuais sobre essa morbidade?**
- A) Dentre as causas mais comuns de sepse materna está a infecção por *Escherichia coli* (*E. coli*), responsável por cerca de 50% dos casos de choque séptico nessa população.
- B) O *quick* SOFA (qSOFA) é uma ferramenta modificada do *score* SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*), para avaliação e identificação dos casos com risco de morte em decorrência da sepse, no qual os parâmetros avaliados e valores de referência são: 1. Frequência respiratória ≤ 22 irpm; 2. Glasgow < 15 ; 3. Pressão arterial sistólica < 90 mmHg.
- C) O uso de vasopressores está reservado para o pacote de 3 horas no manejo da sepse materna.
- D) Disúria/dor lombar e, BCF > 160 bpm, fazem parte dos sinais e sintomas infecciosos e sistêmicos, respectivamente, para a suspeita de infecção materna grave provável.
- E) Os parâmetros fisiológicos da gravidez dificultam a identificação da sepse materna. Por essa razão, a hipertermia (temperatura acima de 38° C) não deve ser considerada como um sinal provável de infecção, em gestantes.
- 26. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Durante o acompanhamento de uma paciente de 32 anos, G2P1A0, internada para parto a termo, houve óbito fetal intrauterino confirmado às 38 semanas. A equipe multiprofissional inicia o acolhimento da gestante e familiares. Considerando as disposições da Lei nº 15.139, de 23 de maio de 2025, que institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental e altera a Lei nº 6.015/1973 (Lei dos Registros Públicos), assinale a alternativa CORRETA.**
- A) A nova legislação prevê o direito da mulher e do companheiro ao registro civil apenas se o feto tiver mais de 28 semanas completas ou peso igual ou superior a 1.000 gramas, conforme critérios anteriores de viabilidade fetal.
- B) A Lei nº 15.139/2025 assegura o direito ao registro civil da criança nascida morta, com nome e sobrenome, independentemente da idade gestacional, cabendo às instituições de saúde emitir o documento necessário para que a família realize o registro e o sepultamento.
- C) O enfermeiro obstetra, por não ser o profissional responsável legal pela emissão de Declaração de Óbito Fetal, deve restringir sua atuação ao cuidado clínico e emocional da puérpera, sem envolvimento com o processo de registro civil.
- D) A política de humanização do luto estabelece que o acompanhamento psicológico obrigatório deve ser iniciado no puerpério imediato, evitando interferências no processo de parto e nascimento.
- E) A legislação define que as instituições de saúde devem garantir rituais religiosos padronizados para o sepultamento, a fim de assegurar a uniformidade dos cuidados pós-óbito e reduzir impactos emocionais para a família e para a equipe de saúde.
- 27. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) As infecções maternas periparto são definidas pela Organização Mundial da Saúde como uma infecção bacteriana do trato genital ou tecidos subjacentes em qualquer momento entre a ruptura das membranas ovulares ou o início do trabalho de parto e o 42º dia pós-parto com dois ou mais dos seguintes critérios: dor pélvica, febre, corrimento vaginal anormal, corrimento vaginal fétido ou**



com odor anormal e demora na involução uterina. Assinale a alternativa que apresenta uma situação na qual o uso de antibiótico profilático está recomendado para a redução das infecções puerperais.

- A) Trabalho de parto prematuro.
- B) Líquido amniótico meconial.
- C) Episiotomia.
- D) Uso universal de antibiótico profilático.
- E) Remoção manual da placenta.

28. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Durante uma visita domiciliar no 10º dia pós-parto, a enfermeira obstetra atende uma mulher de 22 anos, primípara, parto vaginal, sem complicações imediatas. A puérpera relata: dor leve na região perineal, mamilo fissurado, sensação de insegurança quanto à amamentação e dificuldade de sono devido à exaustão. Chora ao relatar medo de “não estar dando conta” e refere pouco apoio do parceiro, que está ausente em viagens de trabalho. O recém-nascido apresenta ganho ponderal limítrofe e icterícia fisiológica em regressão. Considerando as *WHO Recommendations on Maternal and Newborn Care for a Positive Postnatal Experience* (WHO, 2022), qual conduta é mais plenamente coerente com os princípios de experiência positiva e cuidado responsivo, segundo o modelo preconizado pela OMS?

- A) Reforçar orientações sobre técnica de amamentação, hidratação e higiene, avaliar a lesão mamilar e marcar retorno em sete dias. Encaminhar à psicologia se persistirem sintomas emocionais após quatro semanas, considerando possível depressão pós-parto.
- B) Integrar avaliação clínica e emocional, promovendo manejo imediato da dor e da fissura mamilar, aconselhamento sobre sono e autocuidado, escuta ativa do sofrimento, e estímulo à rede de apoio. Reforçar que emoções ambivalentes são comuns no pós-parto e não devem ser medicalizadas.
- C) Realizar escuta acolhedora, porém evitar aconselhamentos diretos sobre saúde mental até que haja diagnóstico profissional formal. Priorizar avaliação clínica e de aleitamento, pois intervenções emocionais precoces podem confundir a puérpera.
- D) Prescrever repouso, analgésicos e reforçar técnicas de amamentação. Recomendar que a puérpera evite contato prolongado com o bebê até cicatrização da fissura, a fim de prevenir infecção. Agendar reavaliação em duas semanas.
- E) Identificar os sinais precoces de sofrimento emocional e propor abordagem interdisciplinar imediata (enfermagem,

psicologia e serviço social), mas priorizar o encaminhamento para unidade de referência secundária, visto que o cuidado domiciliar tem abrangência restrita a aspectos físicos.

29. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Durante consulta de revisão pós-parto, uma mulher de 35 anos, G3P3, comparece à unidade básica com 6 semanas de puerpério. Refere cesariana por sofrimento fetal agudo, amamentação exclusiva, histórico de enxaqueca com aura visual, lúpus eritematoso sistêmico (LES) em remissão há 18 meses (uso contínuo de prednisona 5 mg/dia e hidroxicloroquina 400 mg/dia). PA = 138 × 84 mmHg. Não fuma e nega diabetes. Relata não desejar nova gestação nos próximos anos, mas recusa métodos definitivos. Durante o aconselhamento contraceptivo, pergunta sobre a possibilidade de usar pílula combinada, “para regularizar o ciclo”. Qual é a conduta mais apropriada diante deste caso?

- A) Orientar o uso do anticoncepcional oral combinado de baixa dose estrogênica, pois o LES em remissão e o uso de prednisona em dose baixa não contraindicam o uso de estrogênio.
- B) Indicar anticoncepcional combinado mensal, pois a paciente tem risco cardiovascular controlado e não apresenta eventos trombóticos prévios; a enxaqueca com aura não é contraindicação absoluta.
- C) Contraindicar métodos combinados hormonais em razão da enxaqueca com aura e do LES, ambos com risco aumentado de trombose; priorizar métodos exclusivamente progestagênicos (minipílula, implante subdérmico ou injetável trimestral) ou método não hormonal (DIU de cobre), considerando também a lactação exclusiva.
- D) Indicar anticoncepção injetável combinada, pois libera doses hormonais mais estáveis, reduzindo risco de cefaleia; o uso de prednisona em dose baixa neutraliza o risco trombótico.
- E) Indicar anticoncepção de emergência até o retorno da menstruação e encaminhar para uma reavaliação pelo reumatologista, pois o LES impede qualquer uso de método hormonal.

30. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Em mulheres, caracteriza-se por endocervicite com muco cervical claro, raramente purulento e quadros de ectopia e friabilidade com sangramento fácil. Estas são manifestações clínicas de infecção sexualmente transmissível causada por:

- A) *Chlamydia trachomatis*.
- B) *Treponema pallidum*.
- C) *Neisseria gonorrhoeae*.
- D) *Haemophilus ducreyi*.
- E) HPV.