



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 intersetorialidade 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 obrigatoriedade 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, areolas 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 areola 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, 14^a 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 (SBIm, 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 coqueluche.

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 placentação 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 PIGF – 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 endoglinina 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 ($MgSO_4$), 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 eutóxico 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 taquissistolia.

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 Ritten, 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 conceptual, 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 “tríade 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 escore 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 38º 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 responsável, 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 contraíndicam 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 contraíndicação absoluta.
- C) Contraíndicar 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.