



PROCESSO SELETIVO  
2020  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## PROCESSO SELETIVO PARA CONCESSÃO DE BOLSAS DE ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO

### **MEDICINA (OBSTETRÍCIA)**

1. A prova terá duração de 3 (três) minutos, considerando, inclusive, a marcação do cartão-resposta.
2. A prova objetiva deverá ser feita, obrigatoriamente, à caneta esferográfica, fabricada em material incolor e transparente, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que contém 40 (quarenta) questões de múltipla escolha, de **conteúdo específico**, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D).  
prova, estando disponível, também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>.
4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no cartão-resposta, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico.

**"A todo viver corresponde um sofrer."**

5. Em hipótese alguma haverá substituição do cartão-resposta por erro do candidato.
6. O telefone celular desligado e demais pertences não permitidos deverão permanecer acondicionados em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da mesma.
7. O candidato cujo aparelho celular ou outro equipamento, mesmo que acondicionado no saco de segurança e debaixo de sua carteira, venha a tocar, emitindo sons de chamada, despertador, etc, **SERÁ ELIMINADO DO CERTAME**.
8. Será vedado ao candidato, dentro da sala de realização da prova, independente do início da prova:
  - a) o uso de lupas, óculos escuros, protetores auriculares ou quaisquer acessórios de cobertura para cabeça, tais como: chapéu, boné, gorro etc., salvo se autorizado, previamente, pela Gerência de Recrutamento e Seleção, conforme estabelecido no edital regulamentador do certame;
  - b) o empréstimo de material e/ou utensílio de qualquer espécie entre os candidatos;
  - c) a consulta a qualquer material (legislação, livros, impressos, anotações, jornal e revista)
  - d) o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais ou emitam sons e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
10. Não será permitido ao candidato fumar conforme determinado no art. 49 da Lei Federal nº 12.546 de 14 de dezembro de 2011.
11. Somente após decorrida uma hora do início da prova, o candidato, ainda que tenha desistido do certame, poderá entregar o **cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto levando o seu caderno de questões.
12. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no cartão-resposta.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.
15. O FISCAL DE SALA **NÃO** ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>.

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DO CURSO/PROGRAMA**

**01.** No diagnóstico de presunção de gravidez, o sinal de Oslander consiste em:

- (A) sensação de pulsação (batimentos) em fundo de saco posterior
- (B) amolecimento pronunciado da porção ístmica do útero
- (C) formato assimétrico do útero ao toque combinado
- (D) útero de formato globoso ao toque combinado

**02.** A distocia de ombros configura-se uma emergência obstétrica, e as manobras iniciais conhecidas como potencialmente eficazes são:

- (A) ampliação da episiotomia e ocitocina venosa
- (B) ampliação da episiotomia e pressão no fundo uterino
- (C) rebaixamento do períneo posterior e pressão do fundo uterino
- (D) flexão e abdução das coxas em direção ao abdômen materno e pressão supra púbica

**03.** A assistência ao trabalho de parto tem passado por modificações recentemente no sentido de tornar-se mais humanizada e colocar a mulher no centro da tomada de decisões. Em relação à boa prática, ao preparo para o parto e para a assistência ao trabalho, é correto afirmar que:

- (A) a massagem perineal iniciada a partir de 34 semanas diminui a chance de episiotomia em nulíparas
- (B) os exercícios para o assoalho pélvico não reduzem a incidência de incontinência urinária e fecal antes e após o parto
- (C) a cardiocografia na admissão da gestante de baixo risco em trabalho de parto traz mais segurança ao acompanhamento e reduz a necessidade de intervenção
- (D) durante o trabalho de parto, a mulher deve ser mantida em dieta zero com hidratação venosa, pelo potencial risco de cesariana de emergência, a fim de evitar a broncoaspiração

**04.** O fator isolado de melhor prognóstico para a prova de trabalho de parto após cesariana prévia é:

- (A) peso fetal estimado abaixo de 3.500 gramas
- (B) trabalho de parto espontâneo
- (C) trabalho de parto pré-termo
- (D) parto vaginal anterior

**05.** Em relação à lactação, é correto afirmar que:

- (A) a ocitocina é responsável pela secreção láctea
- (B) a prolactina é responsável pela ejeção do leite
- (C) os agonistas da dopamina são responsáveis pelo bloqueio da secreção láctea
- (D) a inibição da dopamina é responsável pela elevação da ocitocina

**06.** Em puérperas lactantes, a anticoncepção com progestágeno pode ser iniciada a partir da seguinte semana após o parto:

- (A) segunda
- (B) terceira
- (C) sexta
- (D) oitava

**07.** O fórceps exerce três funções básicas que são a prensão, rotação e tração. No fórceps de alívio, a pega ideal nas apresentações cefálicas é a:

- (A) occipitofrontal
- (B) occipitomalar
- (C) parietomalar
- (D) parietofrontal

**08.** O organismo materno sofre modificações no metabolismo glicídico que são importantes para a compreensão do diabetes gestacional. Uma dessas modificações é:

- (A) a diminuição do consumo periférico de glicose
- (B) a diminuição progressiva da resistência à insulina
- (C) o aumento do efeito inibitório da insulina na lipólise do terceiro trimestre
- (D) o aumento do transporte ativo de glicose na membrana placentária

**09.** O critério de diagnóstico do diabetes gestacional na primeira consulta de pré-natal pelo HAPO-2008 (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome) é:

- (A) hemoglobina glicada maior ou igual a 6,5%
- (B) glicemia de jejum entre 92 e 125 mg/dL
- (C) glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL
- (D) glicemia ao acaso maior ou igual a 200 mg/dL

**10.** Assinale a contraindicação para a realização de profilaxia antibiótica intraparto para a prevenção da infecção pelo estreptococo do grupo B (GBS):

- (A) bacteriúria por GBS na gestação atual
- (B) colonização por GBS em gestação anterior
- (C) recém-nascido de gestação anterior com doença por GBS
- (D) temperatura intraparto igual ou maior que 38°C e estado desconhecido para GBS

**11.** a hemorragia pós-parto é a principal causa de mortalidade materna no mundo, chegando a prevalência global de 6%. A conduta ativa no secundamento é a forma mais eficaz de prevenir a hemorragia pós-parto precoce e consiste em:

- (A) massagem uterina, tração do cordão e remoção manual da placenta
- (B) massagem uterina, ligadura precoce do cordão e extração placentária
- (C) administração de ocitocina, tração controlada do cordão e extração placentária
- (D) administração de ocitocina, ligadura precoce do cordão e remoção manual da placenta

**12.** Atualmente não é recomendada a realização de episiotomia de rotina, porém ainda não há consenso em quais situações a mesma deva ser realizada. Com base em estudos, acerca da episiotomia realizada de rotina, é possível afirmar que:

- (A) reduz a incidência de asfixia perinatal
- (B) protege contra o aparecimento de prolapso genital
- (C) não protege contra a incontinência urinária ou fecal
- (D) mantém a força muscular do assoalho pélvica em relação as lacerações

**13.** Nas apresentações de vértice (cefálica) a cabeça se flete gradualmente para atingir o menor diâmetro capaz de transpor o canal de parto. O menor diâmetro nas apresentações de vértice fletida é o:

- (A) suboccipitobregmático
- (B) occipitomentoniano
- (C) suboccipitofrontal
- (D) occipitofrontal

14. A cardiocografia é um exame complementar que tem por objetivo principal a avaliação do bem-estar fetal, sendo largamente utilizada devido a sua praticidade e disponibilidade nas maternidades. A interpretação de seu traçado deve ser de conhecimento de todos os profissionais que atuam na assistência à gestante. O padrão reativo denota boa vitalidade fetal e é caracterizado em gestação acima de 32 semanas pela presença de:

- (A) duas ou mais acelerações associadas ao movimento fetal, com amplitude maior ou igual a 10 bpm e de duração maior ou igual a 10 segundos no período de 40 minutos
- (B) duas ou mais acelerações associadas ao movimento fetal, com amplitude maior ou igual a 15 bpm e de duração maior ou igual a 15 segundos no período de 20 minutos
- (C) uma ou mais acelerações associadas ao movimento fetal, com amplitude maior ou igual a 10 bpm e de duração maior ou igual a 10 segundos no período de 20 minutos
- (D) uma ou mais acelerações associadas ao movimento fetal, com amplitude maior ou igual a 15 bpm e de duração maior ou igual a 15 segundos no período de 40 minutos

15. Nas gestações que cursam com quadro de insuficiência placentária associada a hipoxemia fetal, o estudo dopplervelocimétrico demonstra alterações no fluxo sanguíneo fetal e placentário. O termo "centralização" é caracterizado por:

- (A) diminuição da resistência da artéria cerebral média e aumento da resistência da artéria umbilical
- (B) aumento da resistência da artéria cerebral média e diminuição da resistência da artéria umbilical
- (C) diminuição da resistência das artérias cerebral média e umbilical
- (D) aumento da resistência das artérias cerebral média e umbilical

16. Gestante com 31 semanas de evolução é internada na maternidade com quadro de parto prematuro. Com os objetivos de iniciar a tocólise e de neuroproteção fetal, deve-se prescrever, respectivamente:

- (A) propranolol / sulfato de magnésio
- (B) nifedipino / sulfato de magnésio
- (C) salbutamol / dexametasona
- (D) nifedipino / betametasona

17. O método utilizado para o diagnóstico de rotura prematura das membranas ovulares é:

- (A) toque digital
- (B) ultrassonografia
- (C) exame especular
- (D) perfil biofísico fetal

18. A infecção do trato urinário é uma complicação comum na gestação e está relacionada à maior incidência de prematuridade. Em relação a bacteriúria assintomática é correto afirmar que:

- (A) sua incidência é maior na gravidez em comparação com mulheres não grávidas
- (B) em gestantes tem aumento do risco de desenvolver pielonefrite em aproximadamente 30%
- (C) é definida como a presença de mais de 10.000 unidades formadoras de colônia na cultura urinária
- (D) a urinocultura deve ser solicitada a cada trimestre da gestação independente do resultado da cultura no primeiro exame

19. A síndrome de Bandl-Frommel consiste em:

- (A) crepitação na palpação abdominal por rotura uterina
- (B) distensão segmentária com eminência de rotura uterina
- (C) hipotonia uterina com choque hipovolêmico
- (D) rotura uterina com choque hipovolêmico

20. As lacerações perineais que ocorrem no parto são classificadas de acordo com as estruturas envolvidas. É correto afirmar que:

- (A) as de primeiro grau envolvem a mucosa vaginal e os músculos superficiais do períneo, exceto o esfíncter anal
- (B) as de segundo grau envolvem a mucosa vaginal e os músculos, exceto o esfíncter anal
- (C) as de segundo grau envolvem a mucosa vaginal e os músculos, inclusive o esfíncter anal
- (D) as de terceiro grau envolvem a mucosa vaginal, os músculos e a fâscia endopélvica

21. Por ocasião da gestação, o organismo materno passa por inúmeras modificações e adaptações, sendo algumas transitórias e outras definitivas. São adaptações hemodinâmicas maternas que surgem no primeiro trimestre gestacional:

- (A) aumento do débito cardíaco e aumento da pressão arterial sistêmica
- (B) redução do débito cardíaco e redução da pressão arterial sistêmica
- (C) aumento do débito cardíaco e redução da pressão arterial sistêmica
- (D) redução do débito cardíaco e aumento da pressão arterial sistêmica

22. Gestante de 10 semanas comparece em consulta de rotina do pré-natal, estando sem queixas, possuindo exame físico normal e levando resultado de exames solicitados na primeira consulta, dentre eles uma urinocultura positiva para *Escherichia coli* com mais de 100.000 UFC. Os demais exames da rotina de pré-natal encontram-se dentro da normalidade. O diagnóstico e a melhor conduta para o caso são, respectivamente:

- (A) colonização do trato genitourinário / não há necessidade de tratamento
- (B) infecção do trato urinário inferior / antibioticoterapia oral
- (C) bacteriúria assintomática / antibioticoterapia oral
- (D) pielonefrite / antibioticoterapia venosa

23. Ao realizar ultrassonografia de rotina, em gestante nove semanas, foi observado saco gestacional com dois embriões viáveis e visualização de septo fino no seu interior, com inserção correspondente ao sinal do T. Pode-se afirmar com relação à zigotia, corionicidade e amnionicidade, que essa gestação é:

- (A) dizigótica, dicoriônica, diamniótica
- (B) monozigótica, dicoriônica, diamniótica
- (C) dizigótica, monocoriônica, monoamniótica
- (D) monozigótica, monocoriônica e diamniótica

24. Gestante de 30 semanas foi admitida na emergência com sangramento transvaginal importante, vermelho vivo, indolor e de início súbito. Apresenta frequência cardíaca fetal de 140 bpm, ausência de metrossístoles, tônus uterino normal, colo uterino fechado e exame especular normal, exceto pelo sangramento. A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) placenta prévia
- (B) rotura de vasa prévia
- (C) descolamento prematuro de placenta
- (D) rotura uterina

25. Gestante com 20 semanas apresenta história obstétrica com parto prematuro anterior, com 34 semanas de gestação. Ao exame apresenta-se assintomática, possuindo ultrassonografia transvaginal demonstrando colo uterino anatômico medindo 30 mm. A melhor conduta nesse caso é:
- (A) repouso absoluto
  - (B) introdução de pessário
  - (C) cerclagem do colo uterino
  - (D) progesterona natural via vaginal
26. Na doença hemolítica perinatal, o vaso sanguíneo que demonstra, ao *Doppler*, maior correlação com o grau de anemia fetal é:
- (A) veia umbilical
  - (B) ducto venoso
  - (C) artéria umbilical
  - (D) artéria cerebral média
27. É exame complementar essencial à rotina de pré-natal:
- (A) VDRL
  - (B) sorologia para rubéola
  - (C) teste de *Coombs* indireto
  - (D) teste pré-natal não invasivo
28. Durante a assistência ao parto, pode-se afirmar que o feto possui a apresentação insinuada quando o:
- (A) pólo inferior da apresentação ultrapassa o estreito superior
  - (B) maior diâmetro da apresentação ultrapassa o estreito superior
  - (C) pólo inferior da apresentação alcança o plano das espinhas ciáticas
  - (D) maior diâmetro da apresentação alcança o plano das espinhas ciáticas
29. Gestante apresenta ruptura prematura de membranas ovulares, sendo proposta conduta conservadora. A complicação do recém-nascido que pode ocorrer após a profilaxia com amoxicilina-clavulanato é:
- (A) *kernicterus*
  - (B) enterocolite necrosante
  - (C) síndrome da angústia respiratória
  - (D) fechamento precoce do ducto arterioso
30. É considerado um fator de risco para transmissão vertical de estreptococo do tipo B:
- (A) trabalho de parto prematuro
  - (B) cesariana eletiva com bolsa íntegra
  - (C) colonização por estreptococo tipo B na gestação anterior
  - (D) bacteriúria por estreptococo tipo B na gestação anterior
31. Gestante de 32 semanas, em uso de metildopa desde 12 semanas, foi internada por apresentar pico hipertensivo de 160/100 mmHg, sem sinais de iminência de eclâmpsia. Durante a investigação, a rotina sérica apresentava TGO 19 U/L, TGP 21 U/L, LDH 230 U/L, Plaquetas 190.000/mm<sup>3</sup>, creatinina 0,8 mg/dL, ureia 20 mg/dL, proteinúria 450mg/24 horas. O diagnóstico da paciente é:
- (A) pré-eclâmpsia
  - (B) hipertensão crônica
  - (C) hipertensão gestacional
  - (D) pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica
32. A polidramnia pode ter sua etiologia em muitas causas, dentre elas, as malformações fetais. A maior incidência de malformações fetais nos casos de polidramnia encontra-se no:
- (A) tórax
  - (B) coração
  - (C) tubo digestivo
  - (D) sistema nervoso central
33. Paciente admitida na emergência com relato de sangramento transvaginal com coágulos e cólica. Possui ultrassonografia de duas semanas antes, demonstrando gestação tópica de seis semanas com embrião viável. Ao exame, apresenta sangramento discreto e colo uterino pérvio 1 polpa digital. Ultrassonografia de emergência demonstra endométrio discretamente heterogêneo com 8mm de espessura. O melhor diagnóstico é:
- (A) aborto completo
  - (B) ameaça de aborto
  - (C) aborto incompleto
  - (D) gestação de localização indeterminada
34. Em relação à contracepção no puerpério é correto afirmar que:
- (A) o DIU pode ser inserido imediatamente após o parto
  - (B) pílulas de progesterona isolada podem interferir na produção de leite
  - (C) contracepção com estrogênio não aumenta o risco de eventos trombóticos
  - (D) a amamentação, mesmo não sendo exclusiva, é um método contraceptivo seguro
35. A hemorragia puerperal é um evento potencialmente grave, sendo uma causa importante de mortalidade materna. A principal causa de hemorragia puerperal é:
- (A) distúrbios de coagulação
  - (B) acretismo placentário
  - (C) inversão uterina
  - (D) atonia uterina
36. A Comissão Intergestores Tripartite é composta por:
- (A) representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Colegiado de Gestão Regional (CGR)
  - (B) representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)
  - (C) representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS)
  - (D) representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do Colegiado de Gestão Regional (CGR)
37. A participação dos usuários na gestão do SUS é garantida em Lei. Essa participação é exercida através de duas instâncias colegiadas, que são:
- (A) Conferência de Saúde e Conselho de Saúde
  - (B) Conselho de Saúde e Colegiado de Gestão Regional
  - (C) Colegiado de Gestão Regional e Conferência de Saúde
  - (D) Colegiado de Gestão Regional e Conselho de Gestão Nacional

38. É atribuição do Município no Sistema Único de Saúde:

- (A) estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras
- (B) normatizar e coordenar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados
- (C) planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, e gerir e executar os serviços públicos de saúde
- (D) identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade regional

39. Uma vez que a estrutura do SUS está descentralizada entre os entes federativos, foram criadas instâncias de pactuação consensual entre estes entes. Essas instâncias são conhecidas por:

- (A) colegiado de gestão
- (B) conselhos de saúde
- (C) comissões intergestores
- (D) comissões avaliadoras

40. Os recursos transferidos entre as instâncias governamentais, oriundos do Fundo Nacional de Saúde, devem ser dirigidos:

- (A) para cobertura com merenda escolar
- (B) a fim de custear gastos com a Previdência Social
- (C) para amparar trabalhadores através do auxílio-desemprego
- (D) à implementação dos serviços de saúde no âmbito dos Estados, Municípios e Distrito Federal