



PROCESSO SELETIVO
2018
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROCESSO SELETIVO PARA CONCESSÃO DE BOLSAS DE ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO

Modalidade Demais Estágios: **MEDICINA OBSTETRÍCIA**

1. A prova terá duração de 2 (duas) horas e 30 (trinta) 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).
4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no CARTÃO-RESPOSTA, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico: O descumprimento dessa instrução implicará na anulação da prova e na eliminação do certame.

“A TRISTEZA É APENAS O PRELÚDIO DA ALEGRIA”

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. 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 Coordenadoria 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.
8. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais, permanecendo sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
9. A simples posse ou uso de qualquer material, objeto ou equipamento não permitido, mesmo que desligado, no local da prova, corredor ou banheiros, implicará na exclusão do candidato no certame.
10. Não será permitido ao candidato fumar, conforme determinado no art 49 da Lei Federal 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>.

MEDICINA OBSTETRÍCIA

01. A distócia de ombros ocorre quando a extração dos ombros não se realiza após a tração de rotina. Como técnica de primeira linha para tentar solucionar essa emergência obstétrica, podem ser utilizadas as seguintes manobras obstétricas:
- (A) manobra de Rubin II e manobra de Woods
 - (B) manobra de Woods e manobra de Zavanelli
 - (C) manobra de Mc Roberts e pressão suprapúbica
 - (D) manobra de Zavanelli e remoção do ombro posterior
02. Em relação à distócia de ombros, é correto afirmar que:
- (A) o índice de massa corporal materno e a macrosomia fetal não são considerados fatores de risco anteparto
 - (B) a macrosomia fetal e o diabetes não são considerados fatores de risco anteparto
 - (C) a complicação fetal mais frequente é a paralisia do plexo braquial
 - (D) a complicação mais frequente é a fratura de clavícula
03. Em relação ao acretismo placentário, pode-se afirmar que:
- (A) a placenta increta invade o miométrio
 - (B) a placenta percreta se adere apenas ao miométrio
 - (C) a placenta acreta invade toda a camada do miométrio
 - (D) a placenta percreta corresponde a 80% dos casos de acretismo placentário
04. Diante da dificuldade de estabelecer o momento exato em que se deflagra o trabalho de parto, o Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) de 2013, considera que podem ser adotados os seguintes parâmetros para caracterizar esse momento:
- (A) presença de contrações uterinas espontâneas e rítmicas (pelo menos 2 em cada 15 minutos), associadas a, pelo menos, dois dos seguintes sinais: apagamento cervical, dilatação cervical de 2 cm ou mais e insinuação da apresentação fetal
 - (B) presença de contrações uterinas espontâneas e rítmicas (pelo menos 2 em cada 20 minutos), associadas a, pelo menos, dois dos seguintes sinais: apagamento cervical, dilatação cervical de 3 cm ou mais e ruptura espontânea da bolsa das águas
 - (C) presença de contrações uterinas espontâneas e rítmicas (pelo menos 2 em cada 20 minutos), associadas a, pelo menos, dois dos seguintes sinais: apagamento cervical, dilatação cervical de 2 cm ou mais e ruptura espontânea da bolsa das águas
 - (D) presença de contrações uterinas espontâneas e rítmicas (pelo menos 2 em cada 15 minutos), associadas a, pelo menos, dois dos seguintes sinais: apagamento cervical, dilatação cervical de 3 cm ou mais e ruptura espontânea da bolsa das águas
05. A principal causa de mortalidade materna em todo o mundo é a hemorragia pós-parto, sobre a qual é correto afirmar que:
- (A) gestação prolongada, trombofilia e uso de drogas uterotônicas durante o trabalho de parto são fatores de risco para hemorragia
 - (B) gestação múltipla, parto prolongado e macrosomia fetal são fatores de risco para hemorragia
 - (C) o misoprostol é o fármaco de primeira linha utilizado na prevenção dessa hemorragia
 - (D) não é recomendado o uso de uterotônicos como rotina na prevenção dessa hemorragia
06. A correta avaliação da idade gestacional (IG) é de grande importância para nortear as condutas durante o pré-natal. Em relação ao melhor parâmetro para avaliação do tempo de gestação, pode-se afirmar que a ultrassonografia:
- (A) realizada no 1º trimestre, permite estimar com precisão a IG, com uma acurácia de aproximadamente 5-7 dias
 - (B) realizada no 2º trimestre, permite estimar com precisão a IG, com uma acurácia de aproximadamente 2-3 dias
 - (C) realizada no 3º trimestre, permite estimar com precisão a IG, com uma acurácia de aproximadamente 1-2 dias
 - (D) somente quando realizada no 3º trimestre, deve ser utilizada como método para estimar a IG
07. Multipara de aproximadamente 33 semanas de gestação, com dois partos normais e duas cesáreas, deu entrada na admissão da maternidade com quadro de sangramento vaginal de moderada intensidade, vermelho vivo. Nega dor e relata ser este o segundo episódio de sangramento vaginal durante esta gestação. No exame, o fundo de útero era compatível com a IG, dinâmica uterina estava ausente e os batimentos cardíacos fetais estavam regulares. A hipótese diagnóstica mais provável é:
- (A) placenta de inserção baixa
 - (B) descolamento prematuro de placenta
 - (C) rotura de vasa prévia
 - (D) rotura prematura das membranas ovulares
08. Nuligesta, hipertensa e tabagista, com 35 semanas de gestação, deu entrada na maternidade com quadro de dor abdominal de início súbito e sangramento vaginal de pequena intensidade. Ao exame, o útero apresenta-se de consistência endurecida e dolorosa. Batimentos cardíacos presentes. A hipótese diagnóstica mais provável é:
- (A) placenta prévia marginal
 - (B) rotura de vasa prévia
 - (C) placenta prévia total
 - (D) descolamento prematuro de placenta normalmente inserida
09. Em relação à polidramnia, pode-se afirmar que:
- (A) a maior causa de origem fetal são as malformações gastrintestinais
 - (B) dentre as causas maternas, a hipertensão arterial é a mais provável
 - (C) a maior causa de origem fetal são as malformações geniturinárias
 - (D) a maioria dos casos é classificada como idiopática

10. A toxemia gravídica é a maior causa de mortalidade materna e perinatal. Nos EUA, sua incidência vem aumentando em face de hipertensão, diabetes, obesidade, gravidez gemelar e idade materna avançada. Em relação ao diagnóstico de pré-eclâmpsia grave, é correto afirmar que:
- (A) para esse diagnóstico é essencial a presença de proteinúria (>300 mg/dL)
 - (B) na ausência de proteinúria (>300 mg/dL), a pré-eclâmpsia grave é diagnosticada quando a hipertensão arterial está associada a trombocitopenia, alteração da função hepática e renal, edema de pulmão e distúrbios cerebrais ou visuais
 - (C) para esse diagnóstico basta que os níveis tensionais estejam elevados (PA sistólica > 160 e PA diastólica > 110 mmHg), independente da presença ou ausência de proteinúria (> 300 mg/dL)
 - (D) para esse diagnóstico é essencial que exista hipertensão arterial, associada a proteinúria (> 300 mg/dL), trombocitopenia, alterações da função hepática e renal, edema de pulmão e distúrbios cerebrais ou visuais
11. Gestante, G II P I, com história de hipertensão na gestação anterior, com IG de aproximadamente 32 semanas, deu entrada na maternidade com queixas de cefaleia occipital, epigastralgia e presença de escotomas visuais. No exame físico, verifica-se edema de membros inferiores +3/+4, PA: 140 x 100 mmHg. Batimentos cardíacos fetais regulares. Ausência de atividade uterina. A conduta inicial mais correta é:
- (A) anti-hipertensivo, corticoterapia e acompanhamento ambulatorial
 - (B) internação, corticoterapia e indução do parto com misoprostol
 - (C) internação, corticoterapia e cesariana imediata
 - (D) internação, corticoterapia e sulfato de magnésio
12. A hemorragia pós-parto pode ser classificada em precoce (até 24 horas) e tardia (24 horas até 12 semanas). Em relação à hemorragia pós-parto precoce, pode-se afirmar que a causa mais frequente é:
- (A) laceração do trajeto
 - (B) rotura uterina
 - (C) atonia uterina
 - (D) retenção placentária (acretismo)
13. Em relação à restrição do crescimento fetal intrauterino, é correto afirmar que:
- (A) a medida da circunferência abdominal abaixo do 20º percentil define o diagnóstico de restrição do crescimento fetal, independente de outros parâmetros ecográficos
 - (B) a circunferência abdominal fetal dentro da variação da normalidade para a IG exclui de forma confiável a possibilidade de restrição de crescimento fetal
 - (C) a presença de líquido amniótico de volume normal para a IG exclui a hipótese de restrição de crescimento fetal
 - (D) a diminuição do volume do líquido amniótico associada à presença de calcificações placentárias define o diagnóstico de restrição do crescimento fetal
14. Gestante tabagista e hipertensa com 36 semanas de evolução, procura a emergência da maternidade com queixa de diminuição importante dos movimentos fetais. PA: 130 x 80 mmHg. FC: 80 bpm. Atividade uterina ausente. Fundo uterino de 28 cm. Batimentos cardíacos regulares em torno de 160 bpm. Colo uterino fechado. A hipótese diagnóstica e a conduta inicial mais correta são, respectivamente:
- (A) restrição do crescimento fetal e acompanhamento ambulatorial
 - (B) restrição do crescimento fetal e avaliação da vitalidade fetal
 - (C) gestação dentro da evolução normal e acompanhamento ambulatorial
 - (D) gestação dentro da evolução normal e ultrassonografia
15. O feto no seu transcurso através do canal do parto, impulsionado pelas contrações uterinas, é compelido a realizar certos tipos de movimentos que se denominam mecanismo de parto. A sequência correta desses movimentos em um parto à vértice (apresentação cefálica) é:
- (A) insinuação da cabeça, rotação interna da cabeça, insinuação das espáduas, desprendimento da cabeça, rotação externa da cabeça, rotação interna das espáduas e desprendimento das espáduas
 - (B) insinuação da cabeça, insinuação das espáduas, rotação interna da cabeça, rotação interna das espáduas, desprendimento da cabeça, desprendimento das espáduas e rotação externa da cabeça
 - (C) insinuação da cabeça, rotação interna das espáduas, rotação interna da cabeça, insinuação das espáduas, desprendimento das espáduas, desprendimento da cabeça e rotação externa da cabeça
 - (D) insinuação da cabeça, insinuação das espáduas, rotação interna das espáduas, rotação interna da cabeça, desprendimento da cabeça, desprendimento das espáduas e rotação externa da cabeça
16. Na descida fetal pelo canal do parto, quando a maior circunferência da apresentação passa pelo anel do estreito superior, ocorre o que se denomina:
- (A) rotação interna
 - (B) desprendimento
 - (C) rotação externa
 - (D) insinuação
17. Gestante gemelar, a termo, G III P II (2 partos normais), deu entrada na emergência da maternidade em trabalho de parto inicial, sendo o primeiro gemelar em apresentação pélvica e o segundo em apresentação cefálica. A melhor conduta nesse caso será:
- (A) realizar a cesariana
 - (B) realizar o parto normal do primeiro feto e fazer a eversão e extração do segundo feto
 - (C) realizar o parto normal do primeiro feto e depois abreviar o período expulsivo do segundo feto
 - (D) realizar o parto normal do primeiro feto e depois esperar o nascimento do segundo feto

18. A ultrassonografia transvaginal a partir do 2º trimestre de gestação, tem como principal objetivo avaliar:
- o comprimento do colo uterino e o volume do líquido amniótico
 - a inserção placentária baixa e o volume do líquido amniótico
 - o comprimento do colo uterino e a inserção placentária baixa
 - o volume do líquido amniótico e a avaliação estrutural fetal
19. Na puérpera HIV positiva (+), a inibição da lactação após o parto deverá ser feita utilizando, preferencialmente:
- cabergolina 1 mg em dose única
 - bromocriptina 25 mg 2 vezes ao dia por 14 dias
 - acetato de medroxiprogesterona 150 mg intramuscular dose única
 - valeriato de estradiol 2 mg + medroxiprogesterona 10 mg 1 vez ao dia por 14 dias
20. O diabetes melito gestacional é definido como aquele que é diagnosticado no segundo ou terceiro trimestres de gestação, afastado o diabetes declarado. Os casos normais de glicemia de jejum devem ser submetidos ao teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 gramas de dextrosol entre 24 e 28 semanas de gestação e os valores limites da normalidade são:
- jejum < 98 mg/dL, 1 hora < 210 mg/dL e 2 horas < 180 mg/dL
 - jejum < 96 mg/dL, 1 hora < 200 mg/dL e 2 horas < 170 mg/dL
 - jejum < 94 mg/dL, 1 hora < 190 mg/dL e 2 horas < 160 mg/dL
 - jejum < 92 mg/dL, 1 hora < 180 mg/dL e 2 horas < 153 mg/dL
21. Os fetos com restrição de crescimento podem ser divididos em dois grupos: simétricos e assimétricos. Em relação às características de cada grupo, pode-se afirmar, sobre o crescimento intrauterino restrito, que:
- o assimétrico geralmente é decorrente de fatores intrínsecos (ex.: anomalias estruturais) e as medidas da cabeça e da circunferência abdominal estão reduzidas para a IG
 - o assimétrico geralmente é decorrente de fatores extrínsecos (ex.: insuficiência placentária) e a circunferência abdominal apresenta medidas reduzidas e a cabeça geralmente encontra-se dentro das medidas normais para a IG
 - o simétrico geralmente é decorrente de fatores extrínsecos (ex.: insuficiência placentária) e as medidas da cabeça e da circunferência abdominal estão reduzidas para a IG
 - o simétrico geralmente é decorrente de fatores intrínsecos (ex.: anomalias estruturais) e a circunferência abdominal apresenta medidas reduzidas e a cabeça geralmente encontra-se dentro das medidas normais para a IG
22. Gestante de aproximadamente 32 semanas de evolução, GI P0, procurou a emergência da maternidade com queixas de perda de líquido amniótico, febre e cólicas. No exame físico, observa-se perda de líquido amniótico claro sem grumos, TAX: 39º, colo dilatado para 3,0 cm, 60% apagado, apresentação cefálica, batimentos cardíacos fetais: 170 bpm. PA: 100 x 60 mmHg. Exame laboratorial: leucocitose com desvio para a esquerda. A melhor conduta para esse caso é:
- cesariana de urgência
 - antibioticoterapia venosa e indução do parto
 - tocólise venosa e antibioticoterapia venosa
 - antibioticoterapia venosa e corticoterapia
23. Gestante com aproximadamente 39 semanas de evolução, GI P0, deu entrada na maternidade em trabalho de parto. Metrossístoles presentes e regulares 2/10'/50", colo 100% apagado, dilatado para 5,0 cm, apresentação cefálica, insinuada, bolsa íntegra, batimentos cardíacos fetais de 140 bpm, regulares, sem evidência de desacelerações, fundo uterino de 36 cm. PA: 110 x 70 mmHg. A melhor conduta a ser tomada é:
- internação e acelerar trabalho de parto com ocitocina
 - internação e amniotomia
 - internação e liberdade para a gestante durante a assistência ao parto
 - internação, tricotomia e manter a paciente em posição supina
24. Durante a assistência ao trabalho de parto, em sua fase ativa, deve-se suspeitar de insuficiência placentária quando houver a presença de:
- dip I
 - dip II
 - frequência cardíaca fetal de 120 bpm
 - frequência cardíaca fetal de 160 bpm
25. A profilaxia antibiótica visando a prevenção de infecção pelo estreptococo do grupo B precoce é **CONTRAINDICADA** em caso de:
- recém-nascido infectado pelo estreptococo do grupo B em gestação anterior
 - bacteriúria por estreptococo do grupo B em qualquer trimestre da gestação
 - cesariana eletiva, sem história de rotura de membranas, independente do estado de colonização vaginal por estreptococo do grupo B
 - amniorexe por mais de 18 horas em pacientes com cultura para estreptococo do grupo B desconhecida
26. São considerados sinais de abortamento inevitável:
- diâmetro médio do saco gestacional \geq a 15 mm e ausência de embrião à ecografia
 - presença de embrião com comprimento cabeça nádega \geq 4 mm e ausência de batimentos cardíacos à ecografia
 - diâmetro médio do saco gestacional \geq 10 mm e ausência de embrião à ecografia
 - presença de embrião com comprimento cabeça nádega \geq a 7 mm e ausência de batimentos cardíacos à ecografia

27. Em relação à episiotomia realizada durante o período expulsivo no parto normal, é correto afirmar que:
- (A) não há diferenças nos resultados perinatais nem redução da incidência de asfixia nos partos com episiotomia seletiva versus episiotomia de rotina
 - (B) a episiotomia protege o assoalho pélvico materno, diminuindo os riscos de incontinência urinária e fecal
 - (C) a episiotomia não aumenta a perda sanguínea e não está associada ao aumento da incidência de dor e infecção local
 - (D) a episiotomia não reduz a força muscular do assoalho pélvico, devendo ser realizada de rotina
28. Em relação à vacinação em gestante, pode-se afirmar que:
- (A) mulheres de risco para hepatite B devem ser vacinadas na gravidez
 - (B) mesmo as vacinas com vírus inativos não devem ser aplicadas em gestantes devido ao risco fetal
 - (C) a TDAP (tríplice bacteriana acelular – tétano, difteria e pertussi) não deve ser indicada durante a gestação
 - (D) mulheres vacinadas com vírus vivos ou vivos atenuados devem ser aconselhadas a evitar a gravidez por pelo menos 6 meses
29. Paciente deu entrada na maternidade com quadro de cólicas, sangramento vaginal aumentado e febre. Relata atraso menstrual de aproximadamente 3 meses. Ao exame: colo uterino pérvio, amolecido, com saída de coágulo sanguíneo com odor, útero aumentado, doloroso à mobilização. A ultrassonografia evidenciou eco endometrial espessado e heterogêneo com focos hiperecogênicos com reverberação. A hipótese diagnóstica e a conduta a ser tomada são, respectivamente:
- (A) aborto infectado; esvaziamento da cavidade uterina
 - (B) aborto infectado; antibioticoterapia venosa seguida de esvaziamento da cavidade uterina
 - (C) aborto incompleto; uso de metilergonovina seguido de esvaziamento da cavidade uterina
 - (D) aborto incompleto; uso de ocitocina e observação
30. No tratamento da hipertensão arterial durante a gestação é **CONTRAINDICADO** o uso de:
- (A) pindolol
 - (B) anlodipina
 - (C) captopril
 - (D) hidralazina
31. Gestante, em atendimento na unidade básica de saúde no município do Rio de Janeiro, retorna para sua consulta de pré-natal com laudo citológico de lesão intraepitelial cervical de baixo grau. Frente ao resultado citológico, a conduta apropriada é:
- (A) solicitar colposcopia
 - (B) repetir citologia em 6 meses
 - (C) encaminhar ao centro de referência em saúde da mulher para atendimento com o especialista
 - (D) realizar biópsia de colo uterino para confirmação diagnóstica
32. Gestante Rh – (negativa), em acompanhamento de pré-natal na unidade básica de saúde, chega à consulta com resultado do teste de Coombs indireto solicitado anteriormente. Refere desconhecer a tipagem sanguínea do cônjuge. Diante de um resultado de Coombs indireto – negativo no acompanhamento, deve-se repetir esse exame a cada:
- (A) 2 semanas a partir da 24ª semana
 - (B) 4 semanas a partir da 24ª semana
 - (C) 6 semanas a partir da 20ª semana
 - (D) 8 semanas a partir da 20ª semana
33. A cesariana tem sua indicação absoluta nos casos de:
- (A) desproporção cefalopélvica, cesariana prévia e apresentação pélvica
 - (B) gestante HIV+ (independente da carga viral), herpes genital ativo e condilomatose vulvar
 - (C) desproporção cefalopélvica, situação fetal transversa e herpes genital ativo
 - (D) gestação gemelar (independente da relação entre os fetos), cérvix desfavorável à indução e feto não reativo na fase ativa do trabalho de parto
34. Paciente deu entrada na maternidade com queixas de sangramento vaginal de pequena intensidade, cólicas e sensação de peso em baixo ventre. GI P0. IG: 11 semanas. Ao exame: corada, hidratada, apirética, colo fechado, sangramento vaginal de pequena intensidade, útero aumentado de volume, compatível com a IG. A hipótese diagnóstica mais provável e a melhor conduta são, respectivamente:
- (A) abortamento inevitável, internação hospitalar e esvaziamento de cavidade uterina
 - (B) abortamento evitável, repouso domiciliar e tocolítico
 - (C) abortamento evitável, internação hospitalar e ultrassonografia
 - (D) abortamento evitável, repouso domiciliar e antiespasmódico
35. A conduta ativa no secundamento é a maneira mais efetiva de reduzir em até 2/3 a incidência de hemorragia pós-parto. A conduta ativa no secundamento consiste em:
- (A) uso de ocitocina, tração controlada do cordão umbilical e extração da placenta
 - (B) uso de metilergonovina, massagem uterina sustentada e ligadura precoce do cordão umbilical
 - (C) uso de ocitocina, ligadura precoce do cordão umbilical e massagem uterina sustentada
 - (D) uso de metilergonovina, massagem uterina sustentada e extração manual da placenta
36. Algumas gestações de alto risco cursam com insuficiência placentária, podendo levar nos casos mais graves à hipoxemia fetal não compensada. Nesse contexto, podem ser encontradas as seguintes alterações hemodinâmicas:
- (A) aumento da resistência ao fluxo sanguíneo na artéria cerebral média e diminuição da resistência ao fluxo sanguíneo na artéria umbilical
 - (B) aumento da resistência ao fluxo sanguíneo na artéria coronariana do feto e diminuição da resistência ao fluxo sanguíneo na artéria renal do feto
 - (C) aumento da resistência ao fluxo sanguíneo na artéria umbilical e diminuição da resistência ao fluxo sanguíneo na artéria cerebral média
 - (D) aumento da resistência ao fluxo sanguíneo na artéria cerebral média e diminuição da resistência ao fluxo sanguíneo na artéria coronariana do feto

37. Gestante na fase ativa de trabalho de parto, iniciou quadro de sangramento vaginal importante, indolor, seguido de bradicardia fetal. A hipótese diagnóstica provável é:
- (A) descolamento prematuro de placenta
 - (B) rotura de vasa prévia
 - (C) placenta prévia
 - (D) rotura uterina
38. Gestante de 30 semanas, GI P0, deu entrada na maternidade em trabalho de parto prematuro. Com o objeto de neuroproteção do recém-nascido, a medicação de escolha é:
- (A) dexametasona
 - (B) sulfato de magnésio
 - (C) betametasona
 - (D) nifedipina
39. A dopplervelocimetria consiste em um exame não invasivo que avalia a dinâmica vascular materna e fetal, levando em conta principalmente a impedância ao fluxo. Em relação à dopplervelocimetria pode-se afirmar que:
- (A) na gestação normal ocorre uma diminuição progressiva da resistência ao fluxo nas artérias umbilicais
 - (B) a dopplervelocimetria da artéria uterina avalia a resistência dos vasos que suprem a placenta e sua anormalidade não está associada ao maior risco de crescimento intrauterino restrito e pré-eclâmpsia
 - (C) a dopplervelocimetria da artéria umbilical não é utilizada para avaliar a insuficiência placentária nos casos de crescimento intrauterino restrito
 - (D) nos casos de hipoxemia fetal observa-se um aumento da resistência ao fluxo sanguíneo na artéria cerebral média para a redistribuição do sangue
40. Em relação às alterações fisiológicas do organismo materno, é correto afirmar que:
- (A) a expansão do volume sanguíneo ocorre devido a um aumento do plasma e diminuição dos eritrócitos, levando à anemia fisiológica da gestação
 - (B) ocorre um aumento do débito cardíaco em virtude da diminuição da resistência periférica e do aumento da frequência cardíaca
 - (C) a concentração de hemoglobina abaixo de 12,5 g/dL deve ser considerada anormal e geralmente não é causada por deficiência de ferro
 - (D) ocorre diminuição progressiva da pressão arterial, alcançando o seu patamar mais baixo próximo ao termo