

CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS PARA O CARGO EFETIVO DE PROFESSOR DA CARREIRA
DE MAGISTÉRIO SUPERIOR – EDITAL Nº 53/2018 – PROGRAD

FOLHA DE QUESTÕES

Área:

Número de C.P.F. _____

M. F. B., 23 anos, parda, em união estável, G₁P_{N1}A₀, peso: 49 kg, altura: 1,62 cm. PA: 100x60mmHg, compareceu a unidade básica de saúde no dia 15/03/2019 para realizar consulta de enfermagem relatando atraso menstrual de 35 dias e data da última menstruação (DUM) em 09/01/2019. As queixas relatadas foram: atraso menstrual, mastalgia e enjoos matinais. Com base no caso descrito e de acordo com o Manual de Pré-natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde, **responda as QUESTÕES de 01 a 04:**

QUESTÃO 01. Qual a conduta do (a) enfermeiro (a) para a confirmação diagnóstica? Justifique sua resposta. **(0,5 ponto)**

Conduta: (0,25 ponto)

Solicitar o TIG ou solicitar βHCG.

Justificativa: (0,25 ponto)

Toda mulher da área de abrangência da unidade de saúde e com história de atraso menstrual de mais de 15 dias deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o *Teste Imunológico de Gravidez* (TIG), que será solicitado pelo médico ou enfermeiro. Na falta deste, poderá ser solicitado o teste laboratorial βHCG.

QUESTÃO 02. Após confirmação diagnóstica da gravidez, qual a idade gestacional (IG) e data provável do parto (DPP), no dia da consulta, de acordo com a regra de Naegele? Apresente o cálculo utilizado. **(0,5 ponto)**

Idade Gestacional: (0,25 ponto)

IG: 9 semanas e 2 dias

Data provável do parto: (0,25 ponto)

DPP: 16/10/2019

Cálculo: $9 + 7 = 16 / 1 + 9 = 10$

QUESTÃO 03. Cite quais são os procedimentos considerados indispensáveis para a avaliação dessa gestante. **(0,5 ponto)**

São indispensáveis os seguintes procedimentos de acordo com o Ministério da Saúde:

- Avaliação nutricional (peso e cálculo do IMC);
- Medida da pressão arterial;
- Palpação abdominal e percepção dinâmica;
- Medida da altura uterina;
- Ausculta dos batimentos cardíofetais;
- Registro dos movimentos fetais;

CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS PARA O CARGO EFETIVO DE PROFESSOR DA CARREIRA
DE MAGISTÉRIO SUPERIOR – EDITAL Nº 53/2018 – PROGRAD

FOLHA DE QUESTÕES

Área:

Número de C.P.F. _____

- Realização do teste de estímulo sonoro simplificado;
- Verificação da presença de edema;
- Exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica, exame clínico das mamas e toque vaginal de acordo com as necessidades de cada mulher e com a idade gestacional.

Para o caso apresentado acima: se faz necessário exame físico, obstétrico e ginecológico (podendo indicar coleta de colpocitologia oncótica, caso esteja dentro da população-alvo e periodicidade), avaliação nutricional e medida da pressão arterial.

QUESTÃO 04. A avaliação nutricional da gestante, logo na primeira consulta, subsidia a previsão de ganho de peso até o final da gestação e norteia as condutas de acordo com o diagnóstico nutricional realizado. Com base no caso apresentado, realize a avaliação nutricional, relate a conduta adequada e qual o ganho de peso recomendado durante a gestação. **(0,6 ponto)**

Avaliação nutricional: (0,1 ponto)

IMC=18,7 (baixo peso de acordo com a IG)

Conduta: (0,4 ponto)

(resumo para orientar a correção: investigação da causa, orientação nutricional, remarcação de consulta em intervalo menor, encaminhamento para o NASF).

Baixo peso (BP): investigue a história alimentar, a hiperêmese gravídica, as infecções, as parasitoses, as anemias e as doenças debilitantes. Dê a orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis. Remarque a consulta em intervalo menor do que o fixado no calendário habitual. Caso necessário, é interessante discutir o caso com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

Ganho de peso recomendado: (0,1 ponto)

Entre 12,5 e 18kg total durante a gestação.

REFERÊNCIA QUESTÕES de 01 a 04:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php

Parturiente de 30 anos, G₁P₀A₀, foi internada na maternidade com o seguinte exame obstétrico: colo apagado, dilatado para 3 cm; apresentação cefálica fletida; variedade de posição ODP; Plano De Lee -1; Bolsa íntegra; BCF: 140 batimentos/minuto; DU: 3 contrações moderadas/10 minutos. Após 3 horas ela foi examinada novamente e apresentou o seguinte quadro: colo apagado, dilatado para 4 cm; Plano De Lee 0; Bolsa íntegra; BCF: 110 batimentos/minuto; DU: 4 contrações moderadas/10 minutos. Com base nestas informações, **responda as QUESTÕES de 05 a 08:**

CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS PARA O CARGO EFETIVO DE PROFESSOR DA CARREIRA
DE MAGISTÉRIO SUPERIOR – EDITAL Nº 53/2018 – PROGRAD

FOLHA DE QUESTÕES

Área:

Número de C.P.F. _____

QUESTÃO 05. Esta parturiente foi internada no primeiro período clínico do parto. Indique qual é esse período, quais as suas características, como ele ocorre entre primigestas e multíparas e qual a fase que esta parturiente se encontra após a segunda avaliação? **(0,5 ponto)**

Indique qual é esse período? (0,1 ponto)

O primeiro período clínico do parto é a **dilatação**, que abrange o intervalo de tempo desde o início das contrações uterinas regulares, com modificações plásticas do colo, até a completa dilatação deste.

Quais as suas características? (0,2 ponto)

Este período divide-se em: 1- FASE LATENTE 2- FASE ATIVA

1- FASE LATENTE: de duração variável, se caracteriza pela lenta dilatação do colo uterino, até os 3cm (média de 8h). A atividade uterina torna-se mais coordenada e intensa (3 contrações em 10min), mas sem provocar significativas modificações na dilatação cervical e na queixa dolorosa.

2- FASE ATIVA: inicia com 4cm e finda com 10cm; as contrações uterinas tornam-se mais intensas (4 em 10 min). Média de 6h para nulíparas e 2-3h para multíparas. É composta por 3 estágios: 1. Estágio de aceleração – começa a haver dilatação mais progressiva; 2. Estágio de inclinação máxima – ocorre maior velocidade na dilatação; 3. Estágio de desaceleração – coincidente com o final da dilatação.

Resumo das Características:

- Esvaecimento do colo uterino: 0 a 100% (grosso, médio e fino);
- Dilatação do colo uterino: 0 a 10 cm;
- Frequência das contrações: 3 a 4/10 minutos;
- Nas primíparas: apagamento seguido de dilatação;
- Nas multíparas: apagamento e dilatação concomitantes;
- Membranas ovulares: pode ocorrer ruptura espontânea no final da dilatação.

Como ele ocorre entre primigestas e multíparas: (0,1 ponto)

Nas primigestas ocorre primeiro o esvaecimento, seguindo-se a dilatação, enquanto que nas multíparas os dois processos são simultâneos.

Qual a fase que esta parturiente se encontra após a segunda avaliação? (0,1 ponto)

Esta parturiente se encontra na **fase ativa** do primeiro período clínico do parto, em seu primeiro estágio (aceleração).

Referência QUESTÃO 05:

CUNNINGHAM, F.G. et al. **Obstetrícia de Williams**. 24. ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

QUESTÃO 06. Você indicaria uma amniotomia para esta parturiente após a segunda avaliação? Justifique. **(0,5 ponto)**

Você indicaria uma amniotomia? (0,2 ponto)

Não indicaria a amniotomia.

CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS PARA O CARGO EFETIVO DE PROFESSOR DA CARREIRA
DE MAGISTÉRIO SUPERIOR – EDITAL Nº 53/2018 – PROGRAD

FOLHA DE QUESTÕES

Área:

Número de C.P.F. _____

Justifique. (0,3 ponto)

Embora existam evidências de que a amniotomia precoce possa reduzir a duração do trabalho de parto em 60 a 120 minutos, efeitos indesejáveis podem ocorrer com essa prática, como o incremento de desacelerações precoces dos BCFs e alterações plásticas sobre o pólo cefálico (bossa serossanguínea).

Esta parturiente está com BCF= 110 bat/minutos (bradicardia), fazer uma amniotomia poderia complicar a situação fetal pelo risco de “desacelerações precoces dos BCF”.

Existe também um risco aumentado de infecção ovular e puerperal quanto maior for a duração do trabalho de parto com membranas rotas. Esta parturiente está no início do trabalho de parto, amniotomia pode trazer riscos de infecção.

Dessa forma, a rotura precoce artificial da bolsa (amniotomia) deve ser evitada.

REFERÊNCIAS QUESTÃO 06:

BRASIL. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiras Obstetras – ABENFO. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: MS, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf

QUESTÃO 07. Você diria que no mecanismo de parto desta parturiente a fase de “rotação interna da cabeça” vai acontecer rapidamente, quando analisamos a variedade de posição em que o feto se encontra? Justifique. **(0,5 ponto)**

Pode não acontecer rapidamente, pois o polo cefálico esta com o occipício em direita posterior, o que significa que o feto tem que fazer uma grande rotação até chegar com o occipício na sínfise púbica (pubes) para que o parto aconteça.

REFERÊNCIA QUESTÃO 07:

CUNNINGHAM, F.G. et al. **Obstetrícia de Williams.** 24. ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

QUESTÃO 08. Após a segunda avaliação da parturiente, quais as ações ou cuidados de enfermagem você recomendaria para esta parturiente com relação a: higiene, alimentação, posição e movimentação da parturiente, controle dos batimentos cardíacos fetais (BCF), alívio da dor com métodos não farmacológicos e monitoramento da progressão do trabalho de parto. **(2,1 pontos)**

Higiene: (0,2 ponto)

- Orientar/estimular/encaminhar a parturiente ao banho de chuveiro, respeitando a sua vontade e observando indicações e contra-indicações (neste caso, não tem contra-indicações até a segunda avaliação);
- Orientar/estimular/ajudar a parturiente fazer higiene oral, do rosto e mãos. Como também pentear os cabelos e trocar a camiseta;
- Trocar forros perineais sempre que estiverem molhados;
- Manter a cama da parturiente limpa e seca.

**CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS PARA O CARGO EFETIVO DE PROFESSOR DA CARREIRA
DE MAGISTÉRIO SUPERIOR – EDITAL Nº 53/2018 – PROGRAD**

FOLHA DE QUESTÕES

Área: _____

Número de C.P.F. _____

Alimentação: (0,2 ponto)

- Oferecer líquidos (água, chás, caldo) por via oral;
- Orientar, supervisionar e estimular a aceitar a dieta prescrita.

Posição e movimento: (0,6 ponto)

- Orientar a parturiente a adotar posições confortáveis, estimulando: a deambulação, uso da bola de borracha (suíça) e do “cavalinho”, alternância de posições (cócoras ou agachada, genupeitoral, sentada, de pé encostada na parede, de joelhos). Mexer os quadris em movimento de rotação, “posição de ataque” (uma perna na frente da outra);
- Estimular posições verticalizadas;
- Orientar a parturiente sobre a importância do decúbito lateral, preferencialmente o esquerdo, quando em repouso no leito, devido seu BCF estar 110 bat/min;
- Respeitar a vontade da parturiente com relação à movimentação e posição no leito, desde que não interfira no seu bem estar e do feto.

Controle dos batimentos cardíacos fetais (BCF): (0,3 ponto)

O feto dessa parturiente está apresentando bradicardia, o BCF deve ser avaliado de 30/30 minutos ou no máximo de hora em hora. A ausculta deve ser feita antes, durante e 20 segundos após a contração, com objetivo de detectar alterações no ritmo associado às contrações, que são Desacelerações Intraparto do Tipo I (DIP I) e do tipo II (DIP II) e também acompanhar a bradicardia.

Alívio da dor com métodos não farmacológicos: (0,5 ponto)

- Banho terapêutico de aspensão ou imersão em água morna;
- Realizar massagens na região cervical, lombar e sacral, estimulando a participação do acompanhante;
- Estimular o uso do “cavalinho” e da bola suíça;
- Orientar sobre os exercícios de movimentação do quadril;
- Estimular a alternância de posições e deambulação;
- Avaliar a receptividade da mulher em relação ao toque físico, envolvendo o acompanhante na sua realização (colocar as mãos no ponto dolorido, afago dos cabelos/face/abraço firme/segurar a mão);
- Estimular o uso de focalização e distração, para “não pensar na dor” (estímulos: visual, tátil, respiração padronizada, TV, caminhada afastada do leito);
- Técnicas de respiração;
- Criar ambiente relaxante e agradável com uso de música;
- Aromaterapia com óleos perfumados.

CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS PARA O CARGO EFETIVO DE PROFESSOR DA CARREIRA
DE MAGISTÉRIO SUPERIOR – EDITAL Nº 53/2018 – PROGRAD

FOLHA DE QUESTÕES

Área:

Número de C.P.F. _____

Monitoramento da progressão do trabalho de parto: (0,3 ponto)

- Monitorar a frequência, duração e a intensidade das contrações uterinas a cada 30 a 60 minutos durante a fase ativa;
- No toque vaginal avaliam-se características: a) do colo (posição, apagamento e dilatação); b) da apresentação fetal (mobilidade, variedade de posição, grau de descida nos planos de De Lee e proporcionalidade pélvica); c) da bacia óssea; d) da bolsa das águas (íntegra ou rota, forma e tensão);
- Não existe consenso sobre a frequência da realização do toque vaginal, pois a evolução clínica do parto deve indicar a necessidade;
- Uso do partograma.

REFERÊNCIAS QUESTÃO 08:

BRÜGGEMANN, O. M.; OLIVEIRA M. E.; SANTOS E. K. A. **Enfermagem na Atenção Obstétrica e Neonatal**. 22. ed. Curitiba: Progressiva 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

O período pós-parto é uma fase de adaptação materna, considerado um período crítico de transição para a mulher, onde seu corpo retorna ao estado pré-gravídico. Com relação a esta fase, **responda as QUESTÕES de 09 a 11:**

QUESTÃO 09. Discorra sobre as adaptações sofridas pelo sistema urinário considerando o uso de anestesia local (na região vulvo-perineal) e/ou ocitocina como indução ou como condução do trabalho de parto. **(0,5 ponto)**

Muitas mulheres tem dificuldade de sentir a sensação de urinar após dar a luz, caso tenham recebido anestesia local (inibe o funcionamento neural da bexiga) ou se receberam ocitocina para induzir ou intensificar o trabalho de parto (efeito antidiurético). Essas mulheres correrão o risco de ter esvaziamento incompleto da bexiga, dificuldade para urinar e retenção urinária.

QUESTÃO 10. Qual a razão da diaforese profusa no período pós-parto imediato? **(0,5 ponto)**

A diaforese profusa ocorre em razão de o corpo estar restaurando seus níveis de líquidos pré-gravidez.

CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS PARA O CARGO EFETIVO DE PROFESSOR DA CARREIRA DE MAGISTÉRIO SUPERIOR – EDITAL Nº 53/2018 – PROGRAD

FOLHA DE QUESTÕES

Área:

Número de C.P.F. _____

QUESTÃO 11. Relacione 5 (cinco) fatores de risco para hemorragia no puerpério imediato. **(0,5 ponto)**

- Trabalho de parto precipitado;
- Atonia uterina;
- Placenta prévia ou descolamento prematuro da placenta;
- Procedimentos cirúrgicos;
- Indução ou estimulação do trabalho de parto;
- Fragmentos placentários retidos;
- Terceiro estágio do trabalho de parto prolongado;
- Multiparidade;
- Distensão uterina excessiva (ex. gravidez gemelar);
- Complicações da gestação (ex. polidrâmnio, pré-eclâmpsia);
- Anemia.

REFERÊNCIAS QUESTÕES de 09 a 11:

BRÜGGEMANN, O. M.; OLIVEIRA M. E.; SANTOS E. K. A. **Enfermagem na Atenção Obstétrica e Neonatal**. 22. ed. Curitiba: Progressiva 2011.

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

QUESTÃO 12. Alguns problemas enfrentados pelas nutrizes, durante o aleitamento materno, se não forem precocemente identificados e tratados, podem ser importantes causas de interrupção da amamentação. Os profissionais de saúde têm um papel importante na prevenção e no manejo dessas dificuldades. Diante do exposto, cite 2 (duas) medidas específicas a serem adotadas para cada um dos problemas listados abaixo: **(1,0 ponto)**

- a) Mamilos planos ou invertidos;
- b) Dor nos mamilos/mamilos machucados;
- c) Ingurgitamento mamário;
- d) Bloqueio dos ductos lactíferos;
- e) Mastite.

a) Mamilos planos ou invertidos: (0,2 ponto)

- Promover a confiança e empoderar a mãe – deve ser transmitido a ela que com paciência e perseverança o problema poderá ser superado e que com a sucção do bebê os mamilos vão se tornando mais propícios à amamentação;
- Ajudar a mãe a favorecer a pega do bebê – a mãe pode precisar de ajuda para fazer com que o bebê abocanhe o mamilo e parte da aréola se ele, inicialmente, não conseguir; é muito importante que a aréola esteja macia.
- Tentar diferentes posições para ver em qual delas a mãe e o bebê adaptam-se melhor;

**CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS PARA O CARGO EFETIVO DE PROFESSOR DA CARREIRA
DE MAGISTÉRIO SUPERIOR – EDITAL Nº 53/2018 – PROGRAD**

FOLHA DE QUESTÕES

Área:

Número de C.P.F. _____

- Mostrar à mãe manobras que podem ajudar a aumentar o mamilo antes das mamadas, como simples estímulo (toque) do mamilo, compressas frias nos mamilos e sucção com bomba manual ou seringa de 10 mL ou 20 mL adaptada (cortada para eliminar a saída estreita e com o êmbolo inserido na extremidade cortada). Recomenda-se essa técnica antes das mamadas e nos intervalos se assim a mãe o desejar. O mamilo deve ser mantido em sucção por 30 a 60 segundos, ou menos, se houver desconforto. A sucção não deve ser muito vigorosa para não causar dor ou mesmo machucar os mamilos. Orientar as mães a ordenhar o seu leite enquanto o bebê não sugar efetivamente – isso ajuda a manter a produção do leite e deixa as mamas macias, facilitando a pega; o leite ordenhado deve ser oferecido ao bebê, de preferência, em copinho.

b) Dor nos mamilos/mamilos machucados: (0,2 ponto)

- Amamentação com técnica adequada (posicionamento e pega adequados);
- Cuidados para que os mamilos se mantenham secos, expondo-os ao ar livre ou à luz solar e trocas frequentes dos forros utilizados quando há vazamento de leite;
- Não uso de produtos que retiram a proteção natural do mamilo, como sabões, álcool ou qualquer produto secante;
- Amamentação em livre demanda – a criança que é colocada no peito assim que dá os primeiros sinais de que quer mamar vai ao peito com menos fome, com menos chance de sugar com força excessiva;
- Evitar ingurgitamento mamário;
- Ordenha manual da aréola antes da mamada se ela estiver ingurgitada, o que aumenta a sua flexibilidade, permitindo uma pega adequada;
- Introdução do dedo indicador ou mínimo pela comissura labial (canto) da boca do bebê, se for preciso interromper a mamada, de maneira que a sucção seja interrompida antes de a criança ser retirada do seio;
- Não uso de protetores (intermediários) de mamilo, pois eles, além de não serem eficazes, podem ser a causa do trauma mamilar;
- Início da mamada pela mama menos afetada;
- Ordenha de um pouco de leite antes da mamada, o suficiente para desencadear o reflexo de ejeção de leite, evitando dessa maneira que a criança tenha que sugar muito forte no início da mamada para desencadear o reflexo;
- Uso de diferentes posições para amamentar, reduzindo a pressão nos pontos dolorosos ou áreas machucadas;
- Uso de “conchas protetoras” (alternativamente pode-se utilizar um coador de plástico pequeno, sem o cabo) entre as mamadas, eliminando o contato da área machucada com a roupa. Esses dispositivos devem possuir buracos de ventilação, pois inadequada circulação de ar para o mamilo e aréola pode reter umidade e calor, tornando o tecido mais vulnerável a macerações e infecções;
- Analgésicos sistêmicos por via oral se houver dor importante. Ressalta-se que limitar a duração das mamadas não tem efeito na prevenção ou tratamento do trauma mamilar.

**CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS PARA O CARGO EFETIVO DE PROFESSOR DA CARREIRA
DE MAGISTÉRIO SUPERIOR – EDITAL Nº 53/2018 – PROGRAD**

FOLHA DE QUESTÕES

Área: _____

Número de C.P.F. _____

c) Ingurgitamento mamário: (0,2 ponto)

- Ordenha manual da aréola, se ela estiver tensa, antes da mamada, para que ela fique macia, facilitando, assim, a pega adequada do bebê;
- Mamadas frequentes, sem horários pré-estabelecidos (livre demanda);
- Massagens delicadas das mamas, com movimentos circulares, particularmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento; elas fluidificam o leite viscoso acumulado, facilitando a retirada do leite, e são importantes estímulos do reflexo de ejeção do leite, pois promovem a síntese de ocitocina;
- Uso de analgésicos sistêmicos/anti-inflamatórios. Ibuprofeno é considerado o mais efetivo, auxiliando também na redução da inflamação e do edema. Paracetamol ou dipirona podem ser usados como alternativas;
- Suporte para as mamas, com o uso ininterrupto de sutiã com alças largas e firmes, para aliviar a dor e manter os ductos em posição anatômica;
- Crioterapia (aplicação de gelo ou gel gelado) em intervalos regulares após ou nos intervalos das mamadas; em situações de maior gravidade, podem ser feitas de duas em duas horas. Importante: o tempo de aplicação das compressas frias não deve ultrapassar 20 minutos devido ao efeito rebote, ou seja, um aumento de fluxo sanguíneo para compensar a redução da temperatura local. As compressas frias provocam vasoconstrição temporária pela hipotermia, o que leva à redução do fluxo sanguíneo, com conseqüente redução do edema, aumento da drenagem linfática e menor produção do leite, devida à redução da oferta de substratos necessários à produção do leite;
- Se o bebê não sugar, a mama deve ser ordenhada manualmente ou com bomba de sucção. O esvaziamento da mama é essencial para dar alívio à mãe, diminuir a pressão dentro dos alvéolos, aumentar a drenagem da linfa e do edema e não comprometer a produção do leite, além de prevenir a ocorrência de mastite.

d) Bloqueio dos ductos lactíferos: (0,2 ponto)

- Mamadas frequentes;
- Utilização de distintas posições para amamentar, oferecendo primeiramente a mama afetada, com o queixo do bebê direcionado para a área afetada, o que facilita a retirada do leite do local;
- Calor local (compressas mornas) e massagens suaves na região atingida, na direção do mamilo, antes e durante as mamadas;
- Ordenha manual da mama ou com bomba de extração de leite caso acriança não esteja conseguindo esvaziá-la;
- Remoção do ponto esbranquiçado na ponta do mamilo, caso esteja presente, esfregando-o com uma toalha ou utilizando uma agulha esterilizada.

CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS PARA O CARGO EFETIVO DE PROFESSOR DA CARREIRA
DE MAGISTÉRIO SUPERIOR – EDITAL Nº 53/2018 – PROGRAD

FOLHA DE QUESTÕES

Área:

Número de C.P.F. _____

e) Mastite: (0,2 ponto)

- Identificação e tratamento da causa que provocou a estagnação do leite;
- Esvaziamento adequado da mama: esse é o componente mais importante do tratamento da mastite. Preferencialmente, a mama deve ser esvaziada pelo próprio lactente, pois, apesar da presença de bactérias no leite materno, quando há mastite, a manutenção da amamentação está indicada por não oferecer riscos ao recém-nascido a termo sadio (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000). A retirada manual do leite após as mamadas pode ser necessária se não houver esvaziamento adequado;
- Antibioticoterapia: indicada quando houver sintomas graves desde o início do quadro, fissura mamilar e ausência de melhora dos sintomas após 12–24 horas da remoção efetiva do leite acumulado. As opções são: cefalexina 500 mg, por via oral, de seis em seis horas; amoxicilina 500 mg ou amoxicilina associada ao ácido clavulânico (500 mg/125 mg), por via oral, de oito em oito horas. Na presença de cepas de *S. aureus* metilina-resistentes tem sido recomendado o uso da vancomicina. Em mulheres alérgicas aos antibióticos betalactâmicos (penicilinas e cefalosporinas), está indicada a eritromicina 500 mg, por via oral, de seis em seis horas. Os antibióticos devem ser utilizados por, no mínimo, 10 dias, pois tratamentos mais curtos apresentam alta incidência de recorrência;
- Suporte emocional: esse componente do tratamento da mastite é muitas vezes negligenciado, apesar de ser muito importante, pois essa condição é muito dolorosa, com comprometimento do estado geral;
- Outras medidas de suporte: repouso da mãe (de preferência no leito); analgésicos ou anti-inflamatórios não-esteroides, como ibuprofeno; líquidos abundantes; iniciar a amamentação na mama não afetada; e usar sutiã bem firme.

REFERÊNCIA QUESTÃO 12:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a doença que mais frequentemente complica a gravidez, acometendo de 5% a 10% das gestações, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. Diante do exposto, conforme o que preconiza o Ministério da Saúde, **responda as QUESTÕES de 13 a 15:**

QUESTÃO 13. Descreva a classificação das síndromes hipertensivas da gravidez. **(0,8 ponto)**

CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS PARA O CARGO EFETIVO DE PROFESSOR DA CARREIRA
DE MAGISTÉRIO SUPERIOR – EDITAL Nº 53/2018 – PROGRAD

FOLHA DE QUESTÕES

Área:

Número de C.P.F. _____

Hipertensão crônica: (0,2 ponto)

Observada antes da gravidez, ou antes de 20 semanas de gestação, ou diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez e não se resolve até 12 semanas após o parto.

Pré-eclâmpsia/eclampsia: (0,2 ponto)

Hipertensão que ocorre após 20 semanas de gestação (ou antes, em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidrôpsia fetal) acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto. Na ausência de proteinúria, a suspeita se fortalece quando o aumento da pressão aparece acompanhado por cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas.

Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica: (0,2 ponto)

É o surgimento de pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal. Nessas gestantes, essa condição agrava-se e a proteinúria surge ou piora após a 20ª semana de gravidez. Pode surgir trombocitopenia (plaquetas $<100.000/\text{mm}^3$) e ocorrer aumento nas enzimas hepáticas.

Hipertensão gestacional (sem proteinúria): (0,2 ponto)

Como a proteinúria pode aparecer tardiamente, o diagnóstico será retrospectivo, sendo necessário afastar pré-eclâmpsia. Deve-se seguir as condutas clínicas e obstétricas recomendadas para pré-eclâmpsia.

- (1) **hipertensão transitória da gravidez:** a pressão retorna ao normal até 12 semanas após o parto (diagnóstico retrospectivo) ou
- (2) **hipertensão crônica:** a elevação da pressão arterial persiste além de 12 semanas após o parto.

QUESTÃO 14. A pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave, de acordo com o grau de comprometimento. São estabelecidos na literatura critérios que apontam para a gravidade da pré-eclâmpsia. Cite 5 (cinco) destes critérios. **(0,5 ponto)**

A pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave, de acordo com o grau de comprometimento. Considera-se grave quando presente um ou mais dos seguintes critérios:

- Pressão arterial diastólica igual/maior que 110mmHg;
- Proteinúria igual/maior que 2,0g em 24 horas ou 2+ em fita urinária;
- Oligúria (menor que 500ml/dia, ou 25ml/hora);
- Níveis séricos de creatinina maiores que 1,2mg/dL;
- Sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia e distúrbios visuais);
- Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito;
- Evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatia;
- Plaquetopenia ($<100.000/\text{mm}^3$);

CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS PARA O CARGO EFETIVO DE PROFESSOR DA CARREIRA
DE MAGISTÉRIO SUPERIOR – EDITAL Nº 53/2018 – PROGRAD

FOLHA DE QUESTÕES

Área:

Número de C.P.F. _____

- Aumento de enzimas hepáticas (AST ou TGO, ALT ou TGP, DHL) e de bilirrubinas;
- Presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico.

Outros sinais que podem sugerir o diagnóstico são:

- Acidente vascular cerebral;
- Sinais de insuficiência cardíaca, ou cianose;
- Presença de RCIU (restrição de crescimento intrauterino) e/ou oligohidrânio.

QUESTÃO 15. A antecipação do parto é o único tratamento definitivo para a pré-eclâmpsia. Cite 5 (cinco) indicações maternas que sinalizam para a antecipação do parto em virtude da pré-eclâmpsia. **(0,5 ponto)**

Indicações maternas para o parto na pré-eclâmpsia:

- Aumento persistente da pressão arterial até níveis de gravidade;
- Cefaleia grave e distúrbios visuais persistentes;
- Dor epigástrica grave persistente, náuseas ou vômitos;
- Contagem de plaquetas $<100.000/mm^3$;
- Deterioração progressiva da função hepática;
- Deterioração progressiva da função renal;
- Suspeita de descolamento de placenta;
- Trabalho de parto ou sangramento.

REFERÊNCIA QUESTÕES de 13 a 15:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf