1.(RESIDÊNCIA UFF – OBST- 2016 ) A hipertensão que ocorre após 20 semanas de gestação (ou antes, em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidrópsia fetal) acompanhada de proteinúria é:  
(A) hipertensão crônica.  
(B) pré-eclâmpsia/eclampsia.  
(C) pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica.  
(D) hipertensão gestacional.

2. (UNIRG – TO / 2010) Beatriz foi atendida na Unidade Materno Infantil da Vila Verde. No último trimestre de gravidez, chegou com edema e hipertensão, seus exames laboratoriais acusam proteína na urina o que deixou a equipe de saúde preocupada. O quadro descrito é característico de:

1. Eclampsia
2. Pré-eclâmpsia
3. Gravidez tubária
4. Hipertensão crônica
5. Gravidez de alto risco

3. (IBFC – 2012 – Hosp Materno-Infantil) Cerca de 10% das gestações são complicadas por quadros hipertensivos. As síndromes hipertensivas na gestação podem ser classificadas em diferentes tipos. De acordo com a classificação das síndromes hipertensivas, correlacione as colunas a seguir e assinale a alternativa correta.

1. Hipertensão arterial crônica
2. Pré-eclâmpsia
3. Eclampsia
4. Hipertensão gestacional

( ) pressão sistólica maior que 140 mmHg e/ou diastólica maior que 90 mmHg, que não cursa com proteinúria após a 20ª semana de gravidez, em mulheres normalmente normotensas.

( ) ocorrência de convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas em mulheres com pré-eclâmpsia

( ) hipertensão associada a proteinúria. Ocorre usualmente após a 20ª semana de gestação.

( ) aumento dos níveis pressóricos no período pré-concepcional ou diagnosticado antes da 20ª semana de gestação , sem evidencia de proteinúria.

1. 2, 1, 4, 3
2. 1, 2, 3, 4
3. 4, 3, 2, 1
4. 3, 4, 1, 2

4. (RESIDÊNCIA UFF OBST - 2015)A pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave de acordo com o grau de comprometimento. Considera-se grave quando presente um dos seguintes critérios abaixo:  
(A) Sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia e distúrbios visuais).  
(B) Diminuição das enzimas hepáticas

(C) Níveis séricos de creatinina menores que 1,2mg/dl.  
(D) Dor hipogástrica irradiando para hipocôndrio esquerdo.

5. (CEPUERJ/ Res. Enf - 2005) além da frequência respiratória inferior a 16 incursões por minuto e do débito urinário menor que 100 ml em 4 horas, o outro sinal que indica a administração de manutenção do sulfato de magnésio na pré-eclâmpsia deve ser suspensa é:

1. Acinesia motora
2. Agitação psicomotora
3. Bloqueio átrio-ventricular
4. Reflexos patelares abolidos

6. (CEPUERJ/ Res. Enf - 2009) Na evolução de Maria José há necessidade de administrar sulfato de magnésio. Luisa, com objetivo de monitorar os possíveis efeitos colaterais, deverá verificar regularmente:

1. Pressão arterial / reflexo patelar / diurese horária
2. Frequência respiratória / reflexo patelar / diurese horária
3. Pressão arterial / frequência respiratória / diurese horária
4. Frequência respiratória / frequência cardíaca / reflexo patelar

7. (CEPUERJ Pref Itaguaí – Enfermeiro/2011) ao assistir uma gestante em terapia medicamentosa com sulfato de magnésio, o enfermeiro deverá estar atento para a necessidade de suspensão da droga em casos de reflexo:

1. De moro presente
2. Patelar ausente
3. Patelar presente
4. De babinski ausente

8. (RESIDÊNCIA UFF - OBSTETRÍCIA ,2015) A conduta clínica no tratamento das convulsões, da hipertensão e dos distúrbios metabólicos, em mulheres com eclâmpsia é:  
(A) Decúbito elevado a 45 graus e face lateralizada; punção de veia central ou periférica calibrosa e cateter vesical contínuo.  
(B) Decúbito elevado a 45 graus e face lateralizada; cateter nasal com oxigênio (3 l/min); punção de veia central ou periférica calibrosa e cateter vesical contínuo.  
(C) Decúbito elevado a 30 graus e face lateralizada; cateter nasal com oxigênio (5 l/min); punção de veia central ou periférica calibrosa e cateter vesical contínuo.  
(D) Decúbito elevado a 30 graus e face centralizada; cateter nasal com oxigênio (3 l/min); punção de veia central ou periférica calibrosa e cateter vesical contínuo.

9.(EBSERH/ HC-UFPE 2014) Assinale a alternativa correta. A complicação mais comum no uso da insulina durante a gestação é a hipoglicemia. Para o manejo da hipoglicemia em mulheres que se encontram conscientes, deve ser confirmado o diagnóstico com medida da glicose capilar (<60 mg/dL), e:

1. Administrar 1 copo de suco de laranja (ou o equivalente a 10-15 gramas de carboidratos de absorção rápida).
2. Aplicar glucagon subcutâneo.
3. Administrar 100 gramas de glicose via endovenosa.
4. Administrar glucagon intramuscular.
5. Administrar glucagon endovenoso.

10. (CEPUERJ – Pref Paraty 2012) Todas as gestantes, independente de apresentarem fator de risco, devem realizar rastreamento para o diabetes gestacional durante o pré-natal. As gestantes com rastreamento positivo (com glicemia plasmática de jejum ≥85mg/dl até 125mg/dl e/ou qualquer fator de risco devem ser submetidas a confirmação diagnóstica através do exame:

1. Teste oral de tolerância à glicose (TOTG 75g 2h)
2. Glicemia plasmática de jejum (repetição)
3. Dosagem de hemoglobina glicada
4. Glicemia pós-prandial