

**CONCURSO PÚBLICO - MÉDICO E MÉDICO PLANTONISTA - PREFEITURA DE SANTANA DE PARNAÍBA, SP.**

**EDITAL N.º 02/2026.**

**PROVA OBJETIVA.**

**ESPECIALIDADE: MÉDICO PLANTONISTA 24 HORAS - PEDIATRA.**

**Leia atentamente as INSTRUÇÕES:**

1. Não será permitido ao candidato realizar as provas usando óculos escuros, (exceto para correção visual, ou fotofobia, desde que informe no ato da inscrição), ou portando aparelhos eletrônicos, (mesmo desligados), celular, qualquer tipo de relógio, chaves, carteira, bolsa, acessórios que cubram o rosto, a cabeça, ou parte desta.
2. Será eliminado deste Concurso Público, o candidato que fizer uso do celular e/ou aparelho eletrônico, no local onde está ocorrendo o mesmo; o candidato cujo celular e/ou aparelho(s) eletrônico(s), mesmo desligado(s), emitir(em) qualquer som, durante a realização das provas. No decorrer de todo o tempo em que permanecer no local, onde ocorre o Concurso Público, o candidato deverá manter o celular desligado, sendo permitido ativá-lo, somente após ultrapassar o portão de saída do prédio.
3. **Sob pena de ser eliminado deste Concurso Público**, o candidato poderá manter em cima da sua carteira apenas lápis, borracha, caneta, um documento de identificação, lanche, (exceto líquido). **Outros pertences**, antes do início das provas, o candidato deverá acomodá-los **embaixo de sua cadeira**, sob sua guarda e responsabilidade.
4. Confira se sua prova tem **30 questões**, cada qual com **04 alternativas**.
5. Verifique seus dados no cartão-resposta, (nome, número de inscrição e o cargo para o qual se inscreveu), **ASSINE** o mesmo.
6. Preencha toda a área do cartão-resposta correspondente à alternativa de sua escolha, com caneta esferográfica, (tinta azul, ou preta), sem ultrapassar as bordas. As marcações duplas, rasuradas, ou marcadas diferentemente, do modelo estabelecido no cartão-resposta, serão anuladas.
7. Observe as orientações apresentadas no cartão-resposta. O mesmo não será substituído, salvo se contiver erro de impressão.
8. Aguarde a autorização do fiscal para abrir o caderno de provas. Ao receber a ordem, confira-o com muita atenção. Nenhuma reclamação sobre o total de questões, ou falha de impressão, será aceita depois de iniciada a prova. Caberá apenas ao candidato a interpretação das questões, o fiscal não poderá fazer nenhuma interferência.
9. A Prova Objetiva terá duração máxima de **3h, (três horas)**, incluso o tempo destinado ao preenchimento do cartão-resposta.
10. O candidato poderá retirar-se do local da prova somente **1h, (uma hora)**, após seu início, levando o caderno de prova.
11. Ao terminar sua prova, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o cartão-resposta preenchido, assinado e retirar-se do recinto, onde está ocorrendo a mesma, não lhe sendo mais permitido o uso do banheiro e bebedouro.
12. Os **3, (três)**, candidatos que terminarem a prova por último, deverão permanecer na sala, só poderão sair juntos, após o fechamento do envelope, contendo os cartões-respostas dos candidatos presentes e ausentes, assinarem no referido envelope, atestando que este foi devidamente lacrado.

**BOA PROVA!**

## **POLÍTICAS DE SAÚDE.**

**1. Certo médico de Atenção Primária acompanha um homem de 46 anos com diagnóstico confirmado de tuberculose pulmonar bacilífera, em acompanhamento irregular e baixa adesão ao tratamento. Em consulta recente, o paciente afirma que não pretende seguir o tratamento e continua frequentando ambientes fechados com outras pessoas, recusando-se também a informar contatos próximos. Diante desse cenário, qual é a conduta mais adequada do ponto de vista ético-profissional?**

- a) Suspender o acompanhamento devido à baixa adesão e risco coletivo envolvido.
- b) Manter sigilo absoluto, respeitando a autonomia do paciente, sem comunicação a autoridades.
- c) Informar diretamente os contatos do paciente, independentemente de medidas institucionais.
- d) Realizar notificação compulsória e adotar medidas sanitárias previstas, mesmo sem consentimento do paciente.

**2. Determinado município implementa um programa voltado à redução de complicações de certa doença crônica prevalente. As ações incluem rastreamento sistemático de indivíduos assintomáticos com teste específico, tratamento dos casos identificados precocemente e acompanhamento regular para evitar progressão e sequelas. Em paralelo, há incentivo a mudanças de estilo de vida na população geral. Considerando-se os conceitos de história natural da doença e níveis de prevenção, qual alternativa classifica, corretamente, as principais ações descritas?**

- a) Rastreamento e tratamento precoce correspondem à prevenção primária, enquanto mudanças de estilo de vida são prevenção secundária.
- b) O rastreamento corresponde à prevenção terciária, pois reduz incapacidades futuras.
- c) Todas as medidas descritas correspondem à prevenção primária, pois atuam antes do surgimento de sintomas.
- d) Rastreamento corresponde à prevenção secundária, enquanto o acompanhamento para evitar complicações caracteriza prevenção terciária.

**3. Durante a reestruturação de sua rede assistencial, um estado institui regiões de saúde com definição de responsabilidades sanitárias entre municípios, estabelece fluxos assistenciais pactuados, cria instrumentos formais de governança interfederativa e organiza a oferta de serviços de média e alta complexidade de forma compartilhada. Além disso, adota mecanismos de regulação do acesso e planejamento integrado. Tendo em vista as diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde, qual alternativa melhor expressa o fundamento central dessas ações?**

- a) Descentralização entendida como transferência plena de autonomia aos municípios, sem necessidade de pactuação interfederativa.
- b) Integralidade caracterizada pela oferta de todos os serviços de saúde em cada município.
- c) Regionalização e hierarquização como base para integração dos serviços e garantia de continuidade do cuidado.
- d) Equidade operacionalizada, exclusivamente, por meio da ampliação uniforme da oferta de serviços.

**4. Durante plantão em hospital geral, o médico atende um paciente com quadro de febre alta, exantema maculopapular, conjuntivite e tosse, com história recente de viagem internacional. Diante da suspeita clínica de Sarampo, o profissional opta por iniciar medidas de isolamento, coleta de exames e programar a notificação no sistema ao final do plantão, junto com os demais casos do dia. Tendo em vista as normas vigentes no Brasil, qual é a conduta mais adequada em relação à notificação?**

- a) Notificar apenas se houver confirmação de surto ou múltiplos casos relacionados.
- b) Realizar notificação imediata às autoridades de saúde, por meio dos canais estabelecidos, sem

aguardar o término do plantão.

c) Aguardar confirmação laboratorial antes de notificar, devido à possibilidade de diagnóstico diferencial com outras viroses exantemáticas.

d) Inserir a notificação posteriormente no sistema, desde que realizada dentro do prazo de 7 dias.

**5. Um homem de 64 anos, com histórico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2, é admitido com quadro de dor torácica súbita, evoluindo com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Após 48 horas de internação, apresenta choque cardiogênico e evolui a óbito. Ao preencher a Declaração de Óbito, o médico deve registrar, corretamente, a sequência causal na Parte I do documento. Qual é a forma mais adequada de preenchimento?**

a) Diabetes mellitus → hipertensão arterial → infarto agudo do miocárdio.

b) Parada cardiorrespiratória → infarto agudo do miocárdio.

c) Infarto agudo do miocárdio → choque cardiogênico.

d) Choque cardiogênico → infarto agudo do miocárdio.

### **CLÍNICA MÉDICA - COMUM A TODOS OS CARGOS.**

**6. Uma mulher de 62 anos, com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, (DPOC), GOLD III e uso recente de antibiótico por exacerbação há 20 dias, procura atendimento por febre, dispneia progressiva e tosse produtiva. Ao exame: FR 30 irpm, PA 92/58 mmHg, FC 118 bpm, SatO<sub>2</sub> 88% em ar ambiente. Apresenta confusão leve. Radiografia de tórax mostra infiltrado multilobar. Foi internada em enfermaria nas últimas 3 semanas por exacerbação da DPOC. A partir do quadro clínico e fatores de risco, qual é a melhor conduta inicial em relação à antibioticoterapia empírica?**

a) Iniciar esquema empírico com cobertura para patógenos típicos e atípicos, incluindo cobertura para *Pseudomonas aeruginosa*.

b) Aguardar culturas respiratórias antes de definir cobertura para germes multirresistentes.

c) Iniciar monoterapia com macrolídeo, considerando provável etiologia atípica em paciente com DPOC.

d) Iniciar betalactâmico isolado sem cobertura ampliada, pois não há critérios formais de pneumonia hospitalar.

**7. Um homem de 68 anos, com diagnóstico de Doença de Parkinson há 6 anos, em uso de levodopa/carbidopa em doses fracionadas, refere piora progressiva da mobilidade ao longo do dia, com períodos de boa resposta intercalados com episódios de rigidez e bradicinesia, ("wearing-off"). Relata, ainda, surgimento recente de movimentos involuntários coreiformes nos períodos de melhor resposta à medicação. Nega sintomas psicóticos. Ao exame, apresenta discinesias de pico de dose e flutuações motoras previsíveis. Qual é a melhor estratégia terapêutica inicial para manejo desse quadro?**

a) Iniciar Antipsicótico atípico para controle dos movimentos involuntários.

b) Reduzir a dose individual de Levodopa e aumentar a frequência das administrações, podendo associar inibidor da Catecol-O-Metiltransferase, (COMT).

c) Introduzir Anticolinérgico visando controle das discinesias e flutuações motoras.

d) Suspende Levodopa e iniciar Agonista Dopaminérgico em Monoterapia.

**8. Um homem de 57 anos, etilista crônico, dá entrada com febre, cefaleia intensa e rebaixamento do nível de consciência há 12 horas. Ao exame: Glasgow 12, rigidez de nuca, sem déficits focais evidentes. São coletadas hemoculturas e iniciada antibioticoterapia empírica. A análise do líquido, obtido após tomografia de crânio sem contraindicações, revela: 1.800 leucócitos/mm<sup>3</sup> (90% neutrófilos), glicose 28 mg/dL, (glicemia sérica 110 mg/dL), proteína 220 mg/dL.**

**Considerando-se o agente etiológico mais provável nesse contexto clínico, qual é o esquema antimicrobiano empírico mais adequado?**

- a) Meropenem em Monoterapia como cobertura universal inicial.
- b) Ceftriaxona associada à Vancomicina e Ampicilina.
- c) Cefepime associado à Vancomicina, sem necessidade de outros agentes.
- d) Ceftriaxona isolada em dose plena.

**9. Uma mulher de 36 anos procura atendimento por cefaleia de início há 5 dias, progressiva, de forte intensidade, holocraniana, associada a náuseas e piora ao deitar. Refere episódio recente de uso de anticoncepcional oral combinado e viagem longa há cerca de 10 dias. Nega história prévia de enxaqueca. Ao exame: papiledema bilateral, sem déficits neurológicos focais. Temperatura normal. Qual é o diagnóstico mais provável?**

- a) Hemorragia subaracnoide.
- b) Hipertensão intracraniana idiopática.
- c) Trombose venosa cerebral.
- d) Enxaqueca sem aura.

**10. Uma puérpera de 29 anos, no 5º dia pós-parto, procura atendimento por dor mamária intensa à esquerda, associada à área endurecida e hiperemiada. Refere febre, (38,5 °C) e mal-estar nas últimas 24 horas. O recém-nascido está em aleitamento materno exclusivo, com boa pega segundo relato. Ao exame: área dolorosa, quente e mal delimitada na mama esquerda, sem flutuação. Não há sinais de seps. Qual é a conduta mais adequada?**

- a) Suspender o aleitamento materno na mama afetada até resolução completa do quadro infeccioso.
- b) Indicar drenagem cirúrgica imediata, mesmo na ausência de coleção evidente.
- c) Manter o aleitamento materno e iniciar antibioticoterapia, além de medidas de esvaziamento eficaz da mama.
- d) Utilizar apenas medidas não farmacológicas, como compressas mornas e ordenha, sem necessidade de antibiótico.

**11. Um homem de 41 anos, previamente hígido, residente em área rural, procura atendimento por dor abdominal intermitente e episódios de diarreia há cerca de 2 semanas. Evolui com tosse seca e sibilância nos últimos dias. Nega febre. Ao exame: abdome discretamente doloroso difusamente e sibilos esparsos à ausculta pulmonar. Hemograma mostra leucocitose com eosinofilia significativa. Parasitológico de fezes ainda não disponível. Tendo em vista o diagnóstico mais provável, qual é a melhor conduta inicial?**

- a) Iniciar Metronidazol, visando protozoários intestinais.
- b) Aguardar resultado do exame parasitológico antes de tratar.
- c) Iniciar tratamento empírico com Ivermectina.
- d) Prescrever Albendazol em dose única, sem necessidade de repetição.

**12. Uma mulher de 34 anos procura atendimento por desconforto epigástrico recorrente há 4 meses, descrito como sensação de plenitude pós-prandial e saciedade precoce. Nega pirose ou regurgitação. Sem perda ponderal, anemia, vômitos persistentes ou disfagia. Não faz uso de anti-inflamatórios. Exame físico sem alterações. Considerando-se a melhor abordagem inicial para esse quadro, qual é a conduta mais adequada?**

- a) Prescrever Procinético como Monoterapia inicial.
- b) Iniciar tratamento empírico com antibióticos para erradicação de *Helicobacter pylori*, sem confirmação diagnóstica.
- c) Realizar teste não invasivo para *Helicobacter pylori* e tratar se positivo.
- d) Solicitar endoscopia digestiva alta como exame inicial.

**13. Um homem de 58 anos, com Diabetes Mellitus tipo 2 há 10 anos, em uso de metformina 2.000 mg/dia e glibenclamida, procura atendimento por controle glicêmico inadequado. Apresenta HbA1c de 9,2%. Refere ganho ponderal recente e episódios ocasionais de hipoglicemia leve. Tem história de infarto prévio há 3 anos e doença renal crônica estágio 3, (TFG estimada: 48 mL/min/1,73m<sup>2</sup>). PA controlada. Levando-se em conta as diretrizes mais recentes, qual é a melhor estratégia terapêutica para intensificação do tratamento?**

- a) Manter o esquema atual e reforçar apenas mudanças no estilo de vida por mais 6 meses.
- b) Aumentar a dose da Sulfonilureia até o máximo tolerado, antes de considerar outras classes.
- c) Substituir Metformina por Insulina Basal como primeira medida de intensificação.
- d) Introduzir um Inibidor de SGLT2 ou Agonista do receptor de GLP-1, independentemente da HbA1c-alvo, visando benefício cardiovascular e renal.

**14. Um homem de 31 anos procura atendimento por lesão genital há cerca de 10 dias. Refere que iniciou como pequena pápula indolor, evoluindo para úlcera única. Nega dor local significativa. Nas últimas 48 horas, passou a apresentar aumento doloroso em região inguinal direita. Ao exame: úlcera genital única, de bordas bem delimitadas, base limpa e endurecida. Presença de linfonodo inguinal aumentado, doloroso, com sinais inflamatórios locais. Nega febre. A partir do diagnóstico mais provável, qual é a hipótese principal?**

- a) Sífilis primária com linfadenite reacional.
- b) Herpes genital.
- c) Linfgranuloma venéreo.
- d) Cancro mole.

**15. Uma mulher de 42 anos procura atendimento por dor articular há 4 meses, acometendo mãos e punhos de forma bilateral, associada a rigidez matinal com duração aproximada de 90 minutos. Refere melhora parcial ao longo do dia. Nega febre. Ao exame, apresenta sinovite em articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais. Exames laboratoriais mostram fator reumatoide negativo, PCR discretamente elevada e hemograma sem alterações. Qual é o diagnóstico mais provável?**

- a) Artrite reumatoide soronegativa.
- b) Osteoartrite.
- c) Artrite psoriásica.
- d) Lúpus eritematoso sistêmico.

#### **CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS - MÉDICO PLANTONISTA 24 HORAS - PEDIATRA.**

**16. Paciente do sexo masculino, 11 anos de idade, comparece ao pronto-atendimento com queixa de cefaleia intensa, vômitos em jato há dois dias e febre (38,5°C). Exame físico: regular estado geral, eupneico, desidratado, febril, rigidez de nuca presente, escala de Glasgow de 15. Realizada punção lombar com seguinte resultado: pleocitose, com 560 células/mm<sup>3</sup>, 23.000 hemácias/ mm<sup>3</sup>, com predomínio de linfomononucleares; proteína: 45mg/dL; glicorraquia: 63mg/ dL, (glicemia: 93mg/dL). Esse quadro sugere:**

- a) Meningite bacteriana.
- b) Hemorragia subaracnoide.
- c) Trauma de punção.
- d) Meningite viral.

**17. Uma criança, de 2 anos e 6 meses, foi internada com quadro de desnutrição grave secundária à negligência parental. Após avaliação inicial, foi iniciada realimentação há 4 dias. Qual distúrbio hidroeletrólítico caracteriza a Síndrome de Realimentação?**

- a) Hipercalemia.
- b) Hiper magnesemia.
- c) Hiponatremia.
- d) Hipofosfatemia.

**18. Uma criança de 5 anos apresenta quadro de secreção e obstrução nasal, há 10 dias. Evoluiu hoje com início de febre, piora da tosse e queda do estado geral. Ao exame físico, encontra-se eupneica, sem sinais de desconforto respiratório. Oroscopia: hiperemia de orofaringe com drenagem de secreção purulenta em parede posterior. Qual é a conduta mais adequada?**

- a) Prescrever Anti-histamínico oral e Corticoide nasal.
- b) Solicitar tomografia de tórax para investigação de acometimento pulmonar secundário.
- c) Realizar radiografia de seios da face para confirmação diagnóstica.
- d) Iniciar Antibioticoterapia oral associada à lavagem nasal com solução fisiológica.

**19. Uma criança de 8 anos é levada ao pronto-socorro com quadro de tosse e dispneia, há 4 horas. Ao exame físico, apresenta sibilos à ausculta pulmonar, discreta tiragem subcostal, frequência respiratória de 35 irpm e saturação de oxigênio de 94% em ar ambiente. Há história prévia de episódios recorrentes de tosse, sibilância e dispneia, desde os 4 anos de idade, geralmente desencadeados por infecções virais, poeira e fumaça. Qual é a hipótese diagnóstica e a conduta imediata mais adequada?**

- a) Exacerbação asmática; iniciar Broncodilatador de curta duração, (Salbutamol), por via inalatória.
- b) Pneumonia viral; solicitar radiografia de tórax para confirmação diagnóstica.
- c) Exacerbação asmática; iniciar resgate com Brometo de Ipratrópio.
- d) Bronquiolite; iniciar Broncodilatador de curta duração, (Salbutamol), por via inalatória.

**20. Sobre a reanimação do recém-nascido pré-termo, (< 34 semanas), assinale a alternativa correta.**

- a) A ventilação com pressão positiva deve ser iniciada com FiO<sub>2</sub> de 40% em recém-nascidos pré-termo < 34 semanas.
- b) O valor-alvo da saturação pré-ductal nos primeiros 5 minutos de vida deve ser ≥ 85%.
- c) No RNPT <34 semanas que não está com boa vitalidade ao nascer, sugere-se fazer o estímulo tátil no dorso, de modo delicado e no máximo duas vezes, para ajudar a iniciar a respiração antes do clameamento imediato do cordão.
- d) Para manutenção da normotermia, os RNPT de até 32 semanas deverão ser envoltos em saco plástico transparente.

**21. Sobre a administração de medicamentos na reanimação avançada do recém-nascido, marque a alternativa certa.**

- a) É preferível a administração de medicações por via endovenosa em acesso venoso periférico.
- b) O uso da Atropina está indicado quando não há resposta com uso da Adrenalina, na dose de 0,2 mg/kg.
- c) A administração de Soro Fisiológico deve ser realizada em todos os recém-nascidos que apresentam parada cardiorrespiratória na dose de 20 mL/kg, em 10-20 minutos.
- d) A administração de Adrenalina Endotraqueal poderá ser realizada na dose de 1,0 mL/kg na diluição de 1:10.000.

**22. Uma primigesta realizou pré-natal regular, com diagnóstico de Sífilis latente de tempo indeterminado no segundo trimestre. Foi tratada com três doses de Penicilina Benzatina, (2,4 milhões UI cada), com intervalo de uma semana entre elas, sendo a última dose administrada 1 dia antes do parto. No momento do parto, o VDRL materno é 1:4. O recém-nascido nasce a**

**termo, adequado para a idade gestacional, com exame físico normal. O VDRL em sangue periférico ele é 1:4. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, qual é a classificação do caso e a conduta mais adequada?**

- a) Recém-nascido classificado como exposto à Sífilis; realizar apenas controle sorológico com VDRL em 1 mês, pois a mãe completou o esquema terapêutico.
- b) Recém-nascido classificado como Sífilis Congênita; realizar punção lombar e, se o líquido for normal, tratar com dose única de Penicilina Benzatina.
- c) Recém-nascido classificado como Sífilis Congênita; realizar investigação completa, (LCR, radiografia de ossos longos, hemograma e provas de função hepática) e iniciar Penicilina Cristalina ou Procaína por 10 dias.
- d) Recém-nascido classificado como exposto à Sífilis; como é assintomático e o VDRL é igual ao materno, não há necessidade de exames ou tratamento, apenas seguimento ambulatorial.

**23. Sobre a hipertensão arterial na infância e adolescência, está correto afirmar:**

- a) A partir dos 5 anos de idade, todas as crianças devem ter a sua pressão arterial medida pelo menos uma vez por ano.
- b) Normotensão é caracterizada pela medida da Pressão arterial < P80, para sexo, idade e altura.
- c) A terapêutica inicial é medicamentosa com uso de Captopril na dose de 0.6mg/kg/dia.
- d) A pressão arterial elevada é caracterizada pela medida de pressão arterial  $\geq$ P90 e < P95, para sexo, idade e altura, ou pressão arterial igual a 120/80 mmHg mas < P95, (o que for menor).

**24. Uma menina de 5 anos é levada ao consultório com queixa de irritabilidade, sono inquieto e prurido anal intenso, com piora no período noturno, há cerca de duas semanas. Ao exame físico, observam-se apenas escoriações leves na região perianal e vulvar, secundárias ao ato de coçar. A criança frequenta creche e tem um irmão de 3 anos que iniciou sintomas semelhantes há 3 dias. Considerando-se o quadro clínico, qual é a conduta mais adequada?**

- a) Solicitar exame parasitológico de fezes, (EPF), pelo método de sedimentação espontânea, (Hoffmann), para confirmação diagnóstica antes de iniciar o tratamento.
- b) Tratar a paciente com Albendazol, (400 mg em dose única), repetir a dose após 2 semanas e estender o tratamento a todos os contatos domiciliares, independentemente de sintomas.
- c) Realizar o teste da fita gomada, (método de Graham), em três manhãs consecutivas; caso positivo, tratar apenas a paciente e o irmão, excluindo os adultos assintomáticos.
- d) Tratar a paciente com Mebendazol 100 mg/dia, por 3 dias consecutivos e orientar a troca de roupas de cama.

**25. Uma criança de 4 anos é levada ao pediatra para consulta de rotina. A mãe refere dificuldade no ganho de peso. A paciente mora com os pais em casa de alvenaria, com acesso à água tratada, frequenta creche e brinca diariamente em parque de areia com o cachorro da família. Ao exame físico, apresenta discreta hepatomegalia indolor. O hemograma evidencia leucocitose, (22.000/mm<sup>3</sup>), com eosinofilia acentuada (35%). O exame parasitológico de fezes, (três amostras), é persistentemente negativo para ovos, cistos ou larvas. Qual é a principal hipótese diagnóstica e o procedimento mais adequado?**

- a) Estrongiloidíase disseminada; iniciar tratamento imediato com Ivermectina.
- b) Larva migrans visceral, (toxocaríase); realizar sorologia, (ELISA) e tratar com Albendazol.
- c) Enterobíase; tratar com Mebendazol em dose única e orientar tratamento dos contactantes.
- d) Ascaridíase com ciclo pulmonar, (Síndrome de Loeffler); repetir o exame parasitológico de fezes em 15 dias.

**26. Um paciente de 8 anos, previamente hígido, com diagnóstico de dengue, apresenta-se no 4º dia de doença com súbita melhora da febre e redução da diurese. Ao exame físico, apresenta-se**

**letárgico, com tempo de enchimento capilar de 4 segundos, pulsos finos e taquicardico. O hematócrito apresenta aumento de 25% em relação ao valor basal e há presença de derrame pleural bilateral discreto na ultrassonografia à beira-leito. Qual é a interpretação correta e a conduta imediata preconizada pelo Ministério da Saúde?**

- a) Trata-se de choque por Dengue, (Grupo D); iniciar expansão rápida com Cristaloide, (20 mL/kg em até 20 minutos).
- b) O paciente entrou na fase de convalescença devido à defervescência; deve-se reduzir a oferta hídrica para evitar sobrecarga volêmica.
- c) O quadro sugere Dengue com sinais de alarme, (Grupo C), sem choque estabelecido; iniciar hidratação venosa (10 mL/kg na primeira hora) e reavaliar em 1 hora.
- d) A letargia indica comprometimento neurológico primário, (encefalite por dengue); deve-se solicitar RM de crânio e iniciar Corticoterapia de alta dose.

**27. Paciente de 7 anos, previamente hígido, é levado ao pronto atendimento com quadro de febre, tosse e dor torácica ocasional, há 5 dias. Ao exame físico, encontra-se em regular estado geral, hipocorado, hidratado, ativo e sem sinais meníngeos. Aparelho respiratório: murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios, frequência respiratória de 40 irpm, saturação de oxigênio de 95% em ar ambiente. Abdome: flácido, indolor à palpação, ruídos hidroaéreos presentes, sem sinais de irritação peritoneal. Extremidades: pulsos cheios e simétricos, tempo de enchimento capilar < 3 segundos. Sobre a condução desse caso, assinale a alternativa correta.**

- a) O agente etiológico mais provável, de acordo com a faixa etária, é *Staphylococcus aureus*.
- b) É obrigatória a realização de hemograma, marcadores inflamatórios e hemocultura.
- c) Está indicada a realização de radiografia de tórax para confirmação diagnóstica, independentemente da gravidade do quadro.
- d) Não há, na história ou no exame físico, sinais que indiquem necessidade de internação hospitalar.

**28. Sobre o suporte avançado de vida pediátrico, qual alternativa é correta?**

- a) Assistolia e atividade elétrica sem pulso, (AESP), são os ritmos iniciais mais comuns em paradas cardiorrespiratórias pediátricas, tanto no ambiente intra-hospitalar quanto extra-hospitalar.
- b) A carga inicial para desfibrilação em pediatria deve ser de 10 J/kg.
- c) A via endotraqueal é preferível à via intraóssea, para administração de medicamentos durante a reanimação cardiopulmonar.
- d) Assistolia e atividade elétrica sem pulso, (AESP), são ritmos chocáveis.

**29. Sobre o suporte básico de vida pediátrico, indique a alternativa verdadeira.**

- a) O uso do desfibrilador externo automático, (DEA), deve ser evitado em crianças, mesmo na indisponibilidade de desfibrilador manual.
- b) A relação compressão-ventilação para um único socorrista em pediatria é de 15:2.
- c) A profundidade das compressões torácicas em lactentes deve ser de, no mínimo, um terço do diâmetro anteroposterior do tórax, correspondendo a aproximadamente 4 cm.
- d) A verificação de pulso em lactentes deve ser realizada na artéria carótida.

**30. Uma mãe leva seu bebê de 4 meses à consulta de rotina. Ele nasceu prematuro com 35 semanas e 3 dias, com peso de 2245g via parto vaginal, necessitou de reanimação neonatal com 1 ciclo de VPP, porém, não necessitou de internação ou demais suportes ventilatórios. Recebeu alta da maternidade, com 5 dias de vida, em aleitamento materno exclusivo sem outras intercorrências. Hoje ele está com peso entre Z score 0 e + 1, Estatura entre Z score 0 e -1 e perímetro cefálico entre Z score 0 e -1. Sua mãe conta que ouviu falar de uma “vacina especial” que bebês prematuros podem receber contra a Bronquiolite Viral Aguda e deseja**

**saber se o seu filho pode receber. De acordo com a história clínica, esse lactente deverá ser imunizado com Nirsevimabe?**

- a) Não, pois apenas prematuros com idade gestacional inferior a 34 semanas são elegíveis para profilaxia com anticorpo monoclonal.
- b) Sim, desde que o lactente apresente peso inferior a 2.500 g ao nascimento.
- c) Não, pois a indicação de Nirsevimabe restringe-se a lactentes com comorbidades de alto risco.
- d) Sim, o lactente está dentro dos critérios de inclusão devido a prematuridade, (Idade Gestacional  $\leq 36$  semanas e 6 dias).

**RASCUNHO.**