

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

EDITAL N.º 05/2026.

PROVA OBJETIVA.

ESPECIALIDADE: MÉDICO NEUROPEDIATRA.

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. Uma mulher de 58 anos, com hipertensão e diabetes, procura uma Unidade Básica de Saúde por perda de peso, tosse persistente e sudorese noturna há 3 semanas. O médico considera tuberculose pulmonar, neoplasia pulmonar e infecção bacteriana como diagnósticos diferenciais. Sobre a atuação do SUS nesse caso, assinale a alternativa correta.

- a) A universalidade determina que pacientes com maior risco epidemiológico tenham prioridade absoluta, independentemente, da gravidade clínica apresentada.
- b) A universalidade restringe o acesso aos serviços especializados aos pacientes, previamente, acompanhados pela Atenção Primária.
- c) A equidade estabelece que todos os pacientes devem receber exatamente os mesmos recursos diagnósticos e terapêuticos, independentemente de suas necessidades.
- d) A integralidade permite articular ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento, considerando-se as necessidades individuais da paciente e os diferentes níveis de atenção.

2. Uma equipe de Saúde da Família identifica aumento de internações por descompensação de insuficiência cardíaca em seu território. Ao analisar os prontuários, percebe baixa adesão ao tratamento, dificuldade de acesso aos medicamentos e ausência de acompanhamento após as altas hospitalares. A equipe decide reorganizar seu processo de trabalho.

Qual conduta melhor caracteriza a lógica da Estratégia Saúde da Família?

- a) Realizar campanhas educativas gerais sobre insuficiência cardíaca, sem necessidade de estratificação de risco, pois ações coletivas devem ser priorizadas pela Estratégia Saúde da Família.
- b) Priorizar consultas individuais para os pacientes com maior número de internações, mantendo o encaminhamento para a atenção especializada como principal estratégia de redução das hospitalizações.
- c) Utilizar dados do território para identificar vulnerabilidades, organizar busca ativa e acompanhamento longitudinal dos pacientes, articulando o cuidado com outros pontos da rede de atenção.
- d) Concentrar as ações nos pacientes já cadastrados pela equipe, pois a adesão territorial limita o atendimento de pessoas pertencentes a outras áreas.

3. Uma mulher de 52 anos, assintomática, apresenta história familiar de câncer colorretal em um irmão diagnosticado aos 48 anos. Após avaliação individualizada de risco, a equipe orienta a realização periódica de colonoscopia, antes da idade habitualmente indicada para a população geral.

Essa intervenção corresponde à:

- a) Prevenção primária, por reduzir a probabilidade de desenvolvimento futuro de câncer colorretal.
- b) Prevenção secundária, por buscar identificar precocemente uma doença em fase inicial, antes do surgimento de manifestações clínicas.
- c) Prevenção quaternária, por evitar complicações relacionadas ao diagnóstico tardio de neoplasias.
- d) Prevenção terciária, por reduzir a mortalidade associada ao câncer colorretal em indivíduos de maior risco.

4. Um município de pequeno porte apresenta dificuldade para ofertar determinados procedimentos ambulatoriais especializados à sua população. Em discussão regional, os gestores definem que parte desses serviços será disponibilizada em um município de referência, mantendo-se a responsabilidade local pelas ações de atenção básica e pelo acompanhamento dos usuários.

Considerando-se a NOAS-SUS 01/02, essa organização está relacionada, principalmente, ao

princípio de:

- a) Municipalização integral da assistência, pela qual cada município deve assegurar diretamente todos os serviços necessários à sua população, independentemente, de sua capacidade instalada.
- b) Regionalização da assistência, com organização de redes hierarquizadas e estabelecimento de referências intermunicipais para garantir acesso aos diferentes níveis de atenção.
- c) Autonomia municipal plena, segundo a qual a definição dos fluxos assistenciais deve ocorrer, exclusivamente, dentro dos limites territoriais de cada município.
- d) Descentralização administrativa, que determina a transferência da totalidade dos serviços especializados para os municípios de maior porte.

5. Em determinado município, a equipe de saúde identifica aumento de casos de diarreia em diferentes bairros. A análise demonstra concentração dos casos em áreas com abastecimento irregular de água. A gestão decide integrar informações epidemiológicas, ações de saneamento, educação em saúde e acompanhamento da ocorrência dos casos. Essa abordagem representa uma característica central do modelo de Vigilância em Saúde por quê?

- a) Concentra a atuação sobre doenças transmissíveis mediante identificação dos casos e adoção de medidas específicas após a confirmação diagnóstica.
- b) Prioriza a assistência individual aos indivíduos sintomáticos, utilizando os atendimentos realizados nos serviços de saúde como principal fonte para organização das ações.
- c) Fundamenta-se na oferta programada de consultas e procedimentos segundo a demanda espontânea identificada nos estabelecimentos assistenciais.
- d) Articula diferentes ações e setores a partir da análise do território e dos determinantes do processo saúde-doença, buscando intervir sobre riscos, danos e condições de vida.

CLÍNICA MÉDICA - COMUM A TODOS OS CARGOS.

6. Um homem de 58 anos, com hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e fração de ejeção reduzida, é internado por descompensação volêmica. Faz uso de Furosemida, Espironolactona e Carvedilol. Após 4 dias de tratamento, apresenta palpitações e episódio de pré-síncope. Ao exame, está consciente, PA 104/68 mmHg e FC 54 bpm. O ECG demonstra ritmo sinusal, ondas T de baixa amplitude, discreto infradesnívelamento difuso do segmento ST e ondas U proeminentes nas derivações precordiais, com aparente prolongamento do intervalo QT. Exames laboratoriais: $K^+ = 2,3 \text{ mEq/L}$, $Mg^{2+} = 1,4 \text{ mg/dL}$, $Na^+ = 137 \text{ mEq/L}$ e creatinina = $1,4 \text{ mg/dL}$. O paciente não apresenta diarreia ou vômitos. Tendo em vista o conjunto clínico-eletrocardiográfico, qual das alternativas melhor explica o achado do ECG e o risco arritmico desse paciente?

- a) A hipocalcemia, potencializada pela hipomagnesemia, promove alterações da repolarização com ondas U proeminentes e pode produzir aparente prolongamento do QT; nesse contexto, há risco aumentado de extrassístoles ventriculares, taquicardia ventricular e torsades de pointes.
- b) O aparente prolongamento do QT, praticamente, exclui distúrbio relacionado ao potássio, devendo-se considerar como hipótese principal síndrome do QT longo congênito, precipitada pelo uso de betabloqueador.
- c) A hipocalcemia produz, predominantemente, atraso da condução intraventricular, justificando o infradesnívelamento do ST e o prolongamento verdadeiro do QT, sendo a bradicardia o principal marcador de risco de fibrilação ventricular.
- d) A presença de ondas U proeminentes associada à bradicardia é mais característica de hipercalemia moderada, enquanto o valor reduzido do potássio representa, provavelmente, uma alteração laboratorial sem relação causal com o ECG.

7. Homem, 69 anos, previamente independente, é levado pela esposa por apresentar, há aproximadamente 2 anos, dificuldade progressiva para administrar as próprias finanças, esquecer compromissos e repetir perguntas. Nos últimos 8 meses, passou a apresentar episódios nos quais permanece aparentemente “desligado”, alternando momentos de maior lucidez com períodos de importante desatenção. A esposa relata ainda alucinações visuais bem formadas, nas quais o paciente descreve pessoas e animais dentro de casa, além de sonhos muito vívidos nos quais ele grita e movimentava intensamente os braços e as pernas. Ao exame neurológico, apresenta bradicinesia e rigidez, sem tremor de repouso significativo. Não há história de acidente vascular cerebral prévio, déficits neurológicos focais ou início abrupto dos sintomas. A ressonância magnética evidencia apenas alterações involutivas discretas.

Com base na apresentação clínica, qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Demência frontotemporal, variante comportamental.
- b) Doença de Alzheimer.
- c) Demência vascular.
- d) Demência com corpos de Lewy.

8. Mulher de 74 anos, hipertensa e independente para as atividades diárias, é internada para correção eletiva de fratura de colo de fêmur. Na avaliação pré-operatória, encontra-se afebril, hemodinamicamente estável e sem queixas urinárias. Nega disúria, urgência, polaciúria, dor suprapúbica ou lombar. O exame de urina revela leucocitúria e bacteriúria. A urocultura, coletada, posteriormente, apresenta crescimento de Escherichia coli em concentração significativa. A equipe solicita avaliação para definir a necessidade de antibioticoterapia antes da cirurgia. Sobre esse caso, assinale a conduta mais adequada.

- a) Adiar, obrigatoriamente, a cirurgia até que a urocultura se torne negativa, pois a bacteriúria assintomática aumenta, substancialmente, o risco de infecção da prótese ortopédica.
- b) Não tratar a bacteriúria com antimicrobianos, pois a paciente não apresenta sintomas urinários e será submetida a uma cirurgia ortopédica que não envolve manipulação do trato urinário.
- c) Iniciar antimicrobiano empírico para cistite, pois a leucocitúria na ausência de sintomas urinários é suficiente para estabelecer o diagnóstico de infecção urinária.
- d) Iniciar antimicrobiano direcionado à Escherichia coli, pois a presença de bacteriúria significativa associada à leucocitúria em uma paciente idosa indica infecção urinária e aumenta o risco de complicações pós-operatórias.

9. Homem de 64 anos, com hipertensão arterial e doença renal crônica estágio 3, procura atendimento por dor intensa e edema no joelho direito, iniciados, subitamente, durante a madrugada. Relata que, aproximadamente há 2 anos, apresentou episódio semelhante no primeiro pododáctilo direito, com resolução espontânea após alguns dias. Faz uso de Hidroclorotiazida há 8 anos. Ao exame, apresenta joelho intensamente edemaciado, quente e eritematoso, com importante limitação da mobilidade. Temperatura axilar de 36,8 °C, sem alterações do estado geral. A artrocentese demonstra líquido sinovial inflamatório, com predomínio de neutrófilos. Na microscopia sob luz polarizada, são identificados cristais intracelulares alongados, que apresentam birrefringência negativa. Considerando-se o quadro clínico, os achados da análise do líquido sinovial e as opções terapêuticas disponíveis, assinale a alternativa correta.

- a) O diagnóstico mais provável é artrite séptica; a intensidade do processo inflamatório articular justifica tratamento antimicrobiano empírico e investigação complementar para identificação do agente etiológico.
- b) O diagnóstico mais provável é artrite por deposição de urato monossódico; para o episódio agudo, deve-se escolher tratamento anti-inflamatório levando em consideração a função renal, após o controle da crise avaliar a indicação de terapia para redução sustentada da concentração sérica de ácido úrico.

- c) O diagnóstico mais provável é artrite reumatoide; após o controle da manifestação articular, deve-se iniciar tratamento modificador da doença para prevenir novas manifestações articulares.
- d) O diagnóstico mais provável é artrite por deposição de pirofosfato de cálcio; para o episódio agudo, deve-se instituir tratamento anti-inflamatório e, após a resolução da crise, investigar condições associadas à deposição desses cristais.

10. Homem de 67 anos, com hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, apresenta insuficiência cardíaca com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 28%. Após tratamento da congestão, encontra-se em classe funcional II, sem dispneia em repouso, sem edema e com pressão arterial de 112/70 mmHg. Frequência cardíaca de 68 bpm, em ritmo sinusal. Exames laboratoriais mostram creatinina de 1,4 mg/dL, taxa de filtração glomerular estimada de 48 mL/min/1,73 m² e potássio de 4,6 mEq/L.

Atualmente, utiliza Enalapril e Carvedilol em doses baixas. Não apresenta hipotensão sintomática, hipercalemia ou outras contraindicações relevantes ao tratamento farmacológico. Tendo em conta as terapias capazes de modificar o prognóstico na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, qual é a estratégia mais adequada?

- a) Manter o tratamento atual e acrescentar Digoxina como principal medida para redução da mortalidade, deixando os demais medicamentos para uma etapa posterior, caso persistam sintomas.
- b) Manter o betabloqueador, introduzir um antagonista do receptor mineralocorticoide e um inibidor do cotransportador de sódio-glicose tipo 2 e, quando possível, substituir o inibidor da enzima conversora da angiotensina por Sacubitril/Valsartana, com monitorização da função renal, pressão arterial e potássio.
- c) Priorizar a elevação do Enalapril até a dose máxima tolerada antes da introdução das demais terapias, pois a otimização de uma classe deve ser concluída antes do início de outra.
- d) Suspender o Carvedilol e manter apenas o Enalapril associado ao diurético de alça, pois a utilização simultânea de múltiplas classes capazes de reduzir a pressão arterial aumenta o risco de descompensação.

11. Um homem de 62 anos, com hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2, apresenta Taxa de Filtração Glomerular estimada, (TFGe), de 38 mL/min/1,73 m², mantida em duas avaliações realizadas com intervalo de 4 meses. A relação albumina/creatinina urinária é de 180 mg/g, também persistente nesse período. Considerando-se os critérios atuais para classificação da Doença Renal Crônica, (DRC), aponte a alternativa correta.

- a) O paciente apresenta DRC G4 A2, pois uma TFGe inferior a 60 mL/min/1,73 m² caracteriza doença renal crônica avançada.
- b) O paciente apresenta DRC G3a A2, pois valores de TFGe entre 30 e 59 mL/min/1,73 m² são classificados como G3a.
- c) O paciente apresenta DRC G3b A2, caracterizada por redução moderada a importante da TFGe e albuminúria moderadamente aumentada.
- d) O paciente apresenta DRC G2 A2, pois a classificação da DRC é determinada, principalmente, pela presença de albuminúria, independentemente da TFGe.

12. Um homem de 64 anos procura atendimento por cansaço progressivo, língua dolorosa e sensação de formigamento nos pés, com evolução de aproximadamente 7 meses. Refere que passou a apresentar dificuldade para caminhar em ambientes escuros e episódios de desequilíbrio. Nega perda de sangue, etilismo e uso de medicamentos. Ao exame, apresenta palidez cutaneomucosa, glossite e redução da sensibilidade vibratória nos membros inferiores. O hemograma mostra hemoglobina de 8,7 g/dL, hematócrito de 26%, VCM de 116 fL, leucócitos de 3.400/mm³ e plaquetas de 118.000/mm³. No esfregaço periférico, observam-se hemácias aumentadas de tamanho e neutrófilos com cinco ou mais segmentos. A contagem de reticulócitos está reduzida. Bilirrubina indireta e LDH estão elevadas. TSH, creatinina e provas

hepáticas são normais. Diante desse quadro, qual é a melhor abordagem diagnóstica?

- a) Solicitar apenas dosagem de folato, pois alterações hematológicas semelhantes são mais, frequentemente, provocadas pela deficiência dessa vitamina.
- b) Solicitar dosagem de vitamina B12 e folato, considerando, especialmente, a possibilidade de deficiência de vitamina B12 diante da associação entre alterações hematológicas e manifestações neurológicas.
- c) Solicitar ferritina e saturação de transferrina como investigação inicial, pois a deficiência de ferro é a principal causa nutricional de anemia.
- d) Solicitar, imediatamente, mielograma e biópsia de medula óssea, pois a presença simultânea de anemia, leucopenia e plaquetopenia indica doença primária da medula óssea.

13. Puérpera de 24 anos, no terceiro dia após parto vaginal, relata dor intensa nos mamilos durante as mamadas e refere que o recém-nascido permanece longos períodos ao seio, mas parece insatisfeito após algumas mamadas. Durante a observação de uma mamada, o bebê encontra-se voltado para a mãe, porém, mantém o pescoço discretamente rodado. A boca está parcialmente aberta, com pequena porção da aréola visível acima e abaixo dos lábios. O lábio inferior encontra-se evertido, mas o queixo não toca a mama. Durante a sucção, são observados movimentos rápidos e superficiais, com estalos ocasionais. Tendo em vista as recomendações para avaliação da técnica de amamentação, assinale a alternativa correta.

- a) A mamada deve ser interrompida e a pega refeita, buscando posicionar o bebê de frente para a mãe, com cabeça e tronco alinhados, corpo próximo ao materno, boca bem aberta e maior parte da aréola dentro da boca, especialmente sua porção inferior, permitindo que o queixo se aproxime da mama.
- b) A mãe deve oferecer, inicialmente, apenas o mamilo, aguardando que o bebê realize movimentos de sucção para, posteriormente, introduzir a aréola, pois a entrada precoce de grande quantidade de tecido mamário pode dificultar a sucção.
- c) A mãe deve manter a posição atual e realizar ordenha manual da mama antes de cada mamada, pois a dor inicial e a sucção superficial são esperadas durante os primeiros dias após o parto.
- d) A mãe deve comprimir a mama com os dedos formando um formato semelhante a um “C” próximo ao mamilo durante toda a mamada, pois essa manobra facilita a entrada do mamilo e da aréola na boca do bebê.

14. Uma menina de 2 anos e 6 meses é levada ao pronto-socorro por recusa em apoiar o membro inferior esquerdo. A responsável informa que a criança havia caído de um sofá, aproximadamente 24 horas antes e que, desde então, passou a mancar. Ao exame, observa-se equimose discreta em região lateral da coxa e dor à mobilização do membro. A radiografia evidencia fratura diafisária do fêmur esquerdo. Durante a avaliação, a criança permanece retraída e evita contato físico com a responsável. Ao revisar os registros anteriores, o médico identifica três atendimentos nos últimos 10 meses: no primeiro, por traumatismo craniano sem perda de consciência; no segundo, por fratura de rádio; no terceiro, por queimadura superficial no dorso da mão. As circunstâncias descritas pelos acompanhantes foram distintas em cada episódio. Não há história conhecida de doença óssea, alteração do desenvolvimento ou uso prolongado de medicamentos. Após estabilização clínica, a equipe discute a necessidade de investigação complementar e de medidas de proteção. Dentre as alternativas escolha a melhor conduta para o caso.

- a) Realizar exame físico direcionado, exclusivamente, ao membro acometido e documentar as lesões relacionadas ao episódio atual, evitando registrar informações referentes a atendimentos anteriores que não tenham sido, previamente, classificados como casos de violência.
- b) Manter a investigação de causas médicas de fragilidade óssea quando clinicamente indicada, mas, paralelamente, considerar a possibilidade de violência, realizar exame físico completo em busca de outras lesões, registrar objetivamente os achados, relatos obtidos e proceder à notificação compulsória

diante da suspeita, independentemente de confirmação definitiva da autoria ou do mecanismo.

c) Priorizar a investigação de doenças associadas à fragilidade óssea, antes de qualquer comunicação aos órgãos de proteção, uma vez que fraturas na primeira infância apresentam amplo diagnóstico diferencial e a notificação precoce pode resultar em intervenção familiar indevida.

d) Realizar a notificação apenas após confirmação de que a queda relatada não seria, biomecanicamente, suficiente para produzir a fratura, pois a discrepância entre o mecanismo informado e a lesão constitui o principal critério objetivo para caracterização de violência física.

15. Uma mulher de 42 anos apresenta, há aproximadamente 10 meses, episódios recorrentes de prurido, ardor e descamação nas mãos. As manifestações inicialmente eram discretas, mas passaram a ocorrer com maior frequência nos últimos meses. Refere piora durante os dias de trabalho e melhora parcial em períodos prolongados afastada de suas atividades habituais. Ao exame, observam-se áreas eritematosas e descamativas, com fissuras superficiais e algumas pequenas vesículas, predominando nas regiões laterais dos dedos e no dorso das mãos. Não há lesões semelhantes nos pés, couro cabeludo, cotovelos ou joelhos. A paciente relata também episódios ocasionais de eczema nas pálpebras, sem alterações sistêmicas. Usa regularmente sabonete líquido, creme hidratante e luvas durante o trabalho. Já utilizou corticosteroide tópico de média potência em períodos de piora, com melhora transitória e posterior recorrência. Baseado no quadro clínico, qual o melhor diagnóstico dentre as alternativas?

a) Considerar dermatite de contato como hipótese principal e realizar investigação dirigida dos possíveis agentes de exposição com teste de contato, quando houver suspeita de sensibilização relevante.

b) Considerar dermatofitose como hipótese principal e iniciar antifúngico sistêmico, mesmo sem acometimento dos pés ou evidência micológica, devido à recorrência após corticosteroide tópico.

c) Considerar dermatite atópica como hipótese principal e solicitar dosagem sérica de IgE total para confirmar o diagnóstico, antes de modificar o tratamento tópico.

d) Considerar psoríase palmoplantar como hipótese principal e realizar biópsia cutânea, pois a presença de vesículas e fissuras é característica dessa apresentação.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS.

16. Uma adolescente de 14 anos apresenta cefaleia diária há quatro meses, com piora progressiva e episódios de obscurecimento visual transitório. Ao exame, apresenta papiledema bilateral, sem déficit neurológico focal. A ressonância magnética de encéfalo não evidencia lesão expansiva, hidrocefalia ou hemorragia. A venografia por ressonância magnética não demonstra trombose dos seios venosos cerebrais. A punção lombar evidencia pressão de abertura elevada, com composição do líquido cefalorraquidiano dentro dos parâmetros de normalidade. Não apresenta febre, sinais meníngeos ou fotofobia. Considerando o quadro apresentado, assinale a alternativa que apresenta a conduta terapêutica mais adequada.

a) Iniciar anticoagulação terapêutica com heparina de baixo peso molecular, considerando que papiledema associado à elevação da pressão de abertura do líquido caracteriza trombose venosa cerebral.

b) Iniciar corticosteroide sistêmico como tratamento de manutenção, associado à restrição hídrica, mantendo a acetazolamida para situações de resposta insuficiente.

c) Iniciar ceftriaxona e vancomicina intravenosas, associadas à dexametasona, considerando que a elevação da pressão intracraniana constitui manifestação característica de meningite bacteriana.

d) Iniciar acetazolamida, associar medidas de redução ponderal quando houver excesso de peso e realizar acompanhamento oftalmológico seriado, considerando tratamento cirúrgico nos casos de

deterioração visual progressiva.

17. Um menino de 11 anos, com 20 kg, apresenta cefaleia intensa há cinco dias, acompanhada de vômitos e diplopia. Ao exame neurológico, apresenta papiledema bilateral e paresia do VI nervo craniano. A ressonância magnética demonstra edema venoso associado a pequeno componente hemorrágico, e a venografia por ressonância evidencia trombose do seio transversal e do seio sigmoide.

Tendo em vista o diagnóstico e o tratamento da trombose venosa cerebral na população pediátrica, determine a alternativa certa.

- a) A presença de componente hemorrágico associado à trombose contraindica a anticoagulação terapêutica, devendo-se priorizar medidas para controle da hipertensão intracraniana e aguardar a resolução da hemorragia antes de iniciar anticoagulação.
- b) Deve-se iniciar anticoagulação terapêutica com Enoxaparina na dose de 1 mg/kg a cada 12 horas, correspondendo a 20 mg por dose para esse paciente, com avaliação individualizada do risco hemorrágico diante da transformação hemorrágica.
- c) Deve-se iniciar Enoxaparina em dose terapêutica de 20 mg uma vez ao dia, associada a medidas para controle da hipertensão intracraniana, mantendo-se essa frequência durante a fase inicial do tratamento.
- d) Deve-se iniciar anticoagulação terapêutica com Enoxaparina, correspondendo a 40 mg por dose a cada 12 horas para esse paciente, com avaliação individualizada do risco hemorrágico diante da transformação hemorrágica.

18. Uma criança de 8 anos, previamente hígida, apresenta episódios recorrentes caracterizados por início súbito de alteração da consciência, seguida de contrações tônico-clônicas envolvendo inicialmente um hemicorpo e, posteriormente, os quatro membros. Os episódios duram cerca de 1 a 2 minutos e são seguidos por período de sonolência. O eletroencefalograma demonstra atividade epileptiforme compatível com crises de início focal. Após avaliação neuropediátrica, é indicada terapia com levetiracetam. Considerando-se o quadro clínico e as características do medicamento, assinale a alternativa correta

- a) O Levetiracetam é uma opção terapêutica para crises de início focal nessa faixa etária, apresenta baixa ligação às proteínas plasmáticas e sua eliminação ocorre, predominantemente, pelos rins, com parcela significativa da dose excretada inalterada na urina.
- b) O Levetiracetam apresenta elevada ligação às proteínas plasmáticas e seu efeito anticonvulsivante depende predominantemente de metabólitos formados por biotransformação hepática.
- c) O Levetiracetam apresenta indicação para crises de início focal apenas como terapia adjuvante, enquanto sua utilização em monoterapia está restrita às crises tônico-clônicas generalizadas primárias.
- d) O Levetiracetam constitui opção para crises de início focal nessa faixa etária, porém, sua eliminação predominantemente hepática faz com que a função renal tenha participação limitada na definição do esquema posológico.

19. Uma criança de 18 meses, com diagnóstico de atrofia muscular espinhal, (AME), tipo 1, apresenta fraqueza muscular importante, tosse ineficaz e necessidade de suporte respiratório não invasivo. Durante a segunda sazonalidade de circulação do vírus sincicial respiratório, (VSR), a equipe médica avalia a indicação de imunização passiva para prevenção de doença grave pelo VSR. Considerando as recomendações vigentes para crianças pertencentes a grupos de alto risco, assinale a alternativa correta.

- a) O Palivizumabe está indicado para essa criança, devendo ser administrado por via intramuscular na dose de 15 mg/kg, em aplicações mensais durante o período de circulação do VSR.
- b) O Nirsevimabe está indicado, devendo ser administrada dose total de 300 mg, correspondente a duas aplicações simultâneas de 150 mg, conforme o peso da criança

- c) O Nirsevimabe está indicado, sendo recomendada dose de 100 mg, independentemente do peso da criança, durante a segunda sazonalidade de circulação do VSR.
- d) O Nirsevimabe está indicado, sendo recomendada, na segunda sazonalidade, dose de 200 mg, correspondente a duas aplicações simultâneas de 100 mg, independentemente do peso da criança.

20. Paciente, sexo feminino, 8 anos com Síndrome de Down apresenta nas últimas semanas, alteração progressiva da marcha e dificuldade para realizar atividades motoras previamente dominadas. A mãe também relata episódios recentes de dor cervical. Ao exame, observa-se redução da força em membros inferiores e alteração dos reflexos.

Diante desse quadro, qual é a conduta mais adequada?

- a) Priorizar investigação das alterações musculares periféricas, considerando a hipotonia e a frouxidão ligamentar características da Síndrome de Down como possíveis fatores para a piora funcional.
- b) Considerar a possibilidade de comprometimento neurológico associado à Síndrome de Down e iniciar investigação direcionada às causas centrais, incluindo avaliação do sistema nervoso central.
- c) Considerar a possibilidade de comprometimento medular cervical relacionado à instabilidade atlantoaxial e realizar investigação especializada.
- d) Avaliar inicialmente alterações do sono e do comportamento, considerando que mudanças nessas áreas podem repercutir sobre o desempenho motor e funcional da criança.

21. Uma criança do sexo feminino apresentou desenvolvimento aparentemente adequado nos primeiros meses de vida, mas, entre 6 e 18 meses, passou a apresentar perda progressiva de habilidades previamente adquiridas, redução do uso funcional e movimentos repetitivos das mãos. Em outro paciente pediátrico, observa-se ataxia progressiva, acompanhada de telangiectasias e histórico de infecções recorrentes. Já em um adolescente, surgem tremor, distonia, alterações da marcha e manifestações psiquiátricas.

Considerando-se as características clínicas descritas e sua relação com doenças neurológicas degenerativas e distúrbios do movimento, assinale a alternativa correta.

- a) O primeiro quadro é compatível com Doença de Wilson; o segundo, com Ataxia-Telangiectasia; o terceiro, com Síndrome de Rett.
- b) O primeiro quadro é compatível com Síndrome de Rett; o segundo, com Doença de Wilson; o terceiro, com Ataxia-Telangiectasia.
- c) O primeiro quadro é compatível com Síndrome de Rett; o segundo, com Ataxia-Telangiectasia; o terceiro, com Doença de Wilson.
- d) O primeiro quadro é compatível com Ataxia-Telangiectasia; o segundo, com Síndrome de Rett; o terceiro, com Doença de Wilson.

22. Progenitora traz a filha ao serviço de saúde, 4 anos, 16 kg, com crises convulsivas tônico-clônicas apesar do uso de fenobarbital 40 mg/mL, solução oral, na dose de 24 gotas ao dia. Considerando a monografia e a posologia do barbitúrico mencionado e a persistência das crises, assinale a alternativa correta.

- a) O fenobarbital é contraindicado em pacientes com anemia grave e depressão, devendo essas condições impedir o uso terapêutico do medicamento.
- b) O ajuste da dose deve ser realizado conforme a resposta clínica. A posologia relatada pela progenitora está abaixo da recomendação usual para esta faixa etária.
- c) A posologia do fenobarbital está adequada, devendo ser investigada a presença de outros fatores associados à persistência das crises, incluindo possíveis interações medicamentosas.
- d) Para uma criança de 16 kg, 40 mg/dia corresponde ao limite máximo recomendado de fenobarbital, devendo a dose utilizada ser ajustada dentro desse limite conforme a resposta clínica.

23. Lactente de 5 meses, previamente com desenvolvimento neuropsicomotor adequado, apresenta há aproximadamente 6 semanas irritabilidade intensa, dificuldade progressiva para mamar e episódios de choro desproporcional ao toque e a estímulos sonoros. Evoluiu com redução da movimentação espontânea, hipertonia e regressão de habilidades previamente adquiridas. Ao exame neurológico, apresenta hiperreflexia e resposta exacerbada a estímulos sensoriais. Não há hepatoesplenomegalia. A ressonância magnética do encéfalo demonstra alterações bilaterais da substância branca, compatíveis com processo desmielinizante.

Considerando o quadro clínico e os princípios de manejo da doença suspeita, assinale a alternativa correta.

- a) A demonstração de atividade reduzida da galactocerebrosidase confirma a doença e indica tratamento com reposição enzimática, cuja resposta clínica tende a ser maior após o estabelecimento de déficits neurológicos.
- b) O transplante de células-tronco hematopoéticas pode modificar a evolução da doença infantil, porém, sua indicação deve ser priorizada após a progressão dos sinais neurológicos, quando a deficiência enzimática já estiver clinicamente manifestada.
- c) A confirmação da doença requer demonstração de redução da atividade da galactocerebrosidase, podendo o estudo molecular complementar a investigação. Na forma infantil, a identificação precoce de casos pré-sintomáticos ou com manifestações neurológicas mínimas é relevante para a definição terapêutica.
- d) O fenótipo descrito é característico de uma leucodistrofia de evolução predominantemente lenta, na qual a presença de regressão neurológica nos primeiros meses de vida torna pouco provável a necessidade de intervenção terapêutica específica.

24. Menino de 10 anos é levado à consulta por apresentar, há cerca de 18 meses, movimentos repetitivos de piscar os olhos, contrair a musculatura facial e movimentar o pescoço, além de pigarrear e emitir sons curtos pela garganta. Os episódios aumentam em períodos de ansiedade e cansaço. O paciente relata que consegue conter os movimentos por alguns minutos, mas, posteriormente, sente necessidade crescente de realizá-los. Durante o período de maior controle, refere desconforto que desaparece após a realização dos movimentos.

A família relata ainda dificuldades escolares, impulsividade e dificuldade para permanecer sentado durante as atividades. O exame neurológico não demonstra alterações além dos movimentos descritos.

Analisando o quadro apresentado e o manejo da Síndrome de Tourette na infância, marque a alternativa correta.

- a) A presença de sensação premonitória, capacidade parcial de supressão e piora relacionada ao estresse favorece o diagnóstico de Síndrome de Tourette, sendo importante avaliar comorbidades como TDAH e TOC, pois elas podem representar importante fonte de prejuízo funcional.
- b) A presença isolada de sensação premonitória e o aumento da frequência dos movimentos após tentativas de supressão são características relacionadas aos tiques e demandam tratamento farmacológico.
- c) O tratamento farmacológico pode ser indicado diante da presença de manifestações motoras e vocais persistentes, especialmente, quando os sintomas provocam sofrimento ou prejuízo significativo nas atividades escolares, sociais ou familiares, devendo os antipsicóticos constituir a primeira opção terapêutica na maioria das crianças.
- d) A capacidade de suprimir, voluntariamente, os movimentos por alguns minutos torna improvável o diagnóstico de Síndrome de Tourette, sendo mais compatível com manifestações motoras voluntárias relacionadas a transtornos do neurodesenvolvimento.

25. Adolescente de 13 anos é encaminhado para avaliação neuropediátrica por apresentar, há

aproximadamente dois anos, piora progressiva do desempenho escolar, irritabilidade, dificuldade de concentração e alterações da marcha. Nos últimos meses, passou a apresentar rigidez dos membros, lentificação dos movimentos e episódios de perda súbita da consciência acompanhados de abalos musculares. A mãe relata que o pai apresentou quadro neurológico progressivo iniciado na idade adulta, com alterações motoras e comportamentais. Ao exame, observam-se bradicinesia, hipertonía, hiperreflexia e marcha de base alargada, com movimentos coreiformes discretos.

Considerando-se a apresentação clínica e os aspectos diagnósticos da Doença de Huntington Juvenil, assinale a alternativa incorreta.

- a) Na Doença de Huntington Juvenil, a presença de crises epiléticas de difícil manejo e de manifestações parkinsonianas torna o diagnóstico molecular menos útil, sendo a neuroimagem funcional o principal método para confirmação da doença.
- b) A forma juvenil pode apresentar predomínio de alterações cognitivas e comportamentais, associado a rigidez, bradicinesia, distonia, alterações da marcha e crises epiléticas, enquanto os movimentos coreiformes podem ser menos evidentes do que na apresentação típica do adulto.
- c) A confirmação diagnóstica pode ser realizada por teste molecular, com identificação da expansão de repetições CAG no gene que codifica a huntingtina, sendo o número de repetições relacionado à idade de início da doença.
- d) A antecipação genética é observada na Doença de Huntington, com tendência à manifestação mais precoce em gerações sucessivas, fenômeno particularmente associado à transmissão paterna de alelos com expansão de repetições CAG.

26. Adolescente de 15 anos, com epilepsia focal secundariamente generalizada, está em acompanhamento neuropediátrico e apresenta controle das crises há seis meses com fenitoína. Após o diagnóstico de uma nova condição clínica, foi iniciado outro medicamento com potencial de interação farmacocinética com a fenitoína. Duas semanas depois, o paciente passa a apresentar nistagmo, diplopia e dificuldade para caminhar, sem relato de novas crises epiléticas. Considerando as características farmacocinéticas da fenitoína e o acompanhamento terapêutico em situações de polifarmácia, assinale a alternativa incorreta.

- a) Em situações de hipoalbuminemia ou alterações relevantes da função renal ou hepática, a determinação da concentração de Fenitoína não ligada às proteínas plasmáticas pode fornecer informação mais adequada sobre a exposição farmacologicamente ativa ao medicamento.
- b) A concentração sérica da Fenitoína deve ser reavaliada após a introdução ou suspensão de medicamentos capazes de modificar seu metabolismo ou sua ligação às proteínas plasmáticas, associando a avaliação laboratorial à investigação de sinais clínicos de toxicidade ou recorrência das crises.
- c) Devido à farmacocinética não linear da Fenitoína, modificações da dose devem ser realizadas com cautela, pois pequenos aumentos na dose podem produzir elevações desproporcionais da concentração sérica e aumentar o risco de toxicidade.
- d) A farmacocinética não linear da Fenitoína permite realizar ajustes de dose mais amplos, pois as alterações da dose produzem variações aproximadamente proporcionais na concentração sérica, facilitando a obtenção da concentração terapêutica.

27. Menino de 8 anos, com 25 kg, é atendido em serviço de emergência por apresentar crise convulsiva tônico-clônica generalizada com duração de aproximadamente 12 minutos, sem recuperação do nível de consciência. Após as medidas iniciais e a administração de benzodiazepínico, persiste com atividade convulsiva, sendo indicada terapia anticonvulsivante de segunda linha. Analisando o uso da fenitoína na população pediátrica, sua administração e o acompanhamento terapêutico, assinale a alternativa incorreta.

- a) Durante o acompanhamento de crianças em tratamento com Fenitoína, a concentração sérica

terapêutica habitualmente utilizada situa-se entre 10 e 30 mcg/mL, devendo sua interpretação ser associada à avaliação clínica, à albumina e à função hepática e renal.

b) Para o tratamento do estado de mal epilético, a dose de ataque de Fenitoína pode ser de 15 a 20 mg/kg por via intravenosa, devendo a administração respeitar velocidade controlada para reduzir o risco de eventos cardiovasculares.

c) Em crianças em tratamento de manutenção, a dose diária de Fenitoína pode ser ajustada dentro da faixa de, aproximadamente, 4 a 8 mg/kg/dia, levando em conta a resposta clínica, a tolerabilidade e as concentrações séricas quando indicadas.

d) Em crianças nas quais a Fenitoína é iniciada fora de uma situação de emergência, pode-se utilizar dose inicial de, aproximadamente, 5 mg/kg/dia por via oral, correspondendo, neste paciente, a 125 mg/dia, com posterior ajuste da dose de manutenção de acordo com a resposta clínica e a tolerabilidade.

28. Menino de 9 anos, em acompanhamento neuropediátrico por epilepsia e em tratamento prolongado com Fenitoína, apresenta, durante o seguimento, nistagmo, tontura e dificuldade de coordenação dos movimentos. A família também relata aumento do volume gengival e hirsutismo. Tendo por base os efeitos adversos associados ao uso da Fenitoína em crianças, indique a alternativa incorreta.

a) O uso prolongado de Fenitoína pode estar associado à hiperplasia gengival, hirsutismo, alterações da fisionomia, acne e alterações da saúde óssea, especialmente em crianças submetidas a tratamento crônico.

b) Nistagmo, ataxia, disartria, tontura e sonolência podem ocorrer como manifestações relacionadas à dose e à concentração sérica da Fenitoína.

c) Entre as manifestações associadas ao tratamento prolongado com Fenitoína estão hiperplasia gengival, hirsutismo, eritrocitose e alterações hematológicas, achados que devem ser considerados durante o acompanhamento de crianças com epilepsia.

d) Reações de hipersensibilidade à fenitoína podem manifestar-se por exantema e, em quadros mais graves, evoluir para síndromes como Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica ou DRESS, podendo haver acometimento hepático e linfadenopatia.

29. Criança de 3 anos, com antecedente de intercorrência neonatal grave, apresenta atraso motor e dificuldades na realização de atividades que exigem controle postural e movimentos dirigidos. Durante a avaliação neuropediátrica, são observadas alterações motoras que se modificam conforme a criança tenta iniciar ou sustentar uma ação. Considerando os diferentes padrões clínicos de paralisia cerebral, assinale a alternativa correta.

a) A apresentação é mais compatível com a paralisia cerebral atáxica, na qual a dificuldade de controle postural e a imprecisão dos movimentos dirigidos constituem manifestações características, podendo ocorrer alterações da fala.

b) O quadro apresenta características predominantes da paralisia cerebral espástica, na qual a alteração do tônus constitui o principal componente motor e os movimentos involuntários podem acompanhar a evolução clínica.

c) O quadro é compatível com paralisia cerebral discinética, caracterizada por alteração do controle motor com manifestações que podem incluir distonia e coreoatetose.

d) A apresentação pode ser observada na paralisia cerebral discinética, na qual as manifestações motoras variam com a atividade e a postura, sendo o comprometimento da coordenação dos movimentos voluntários um componente frequente, enquanto alterações da função oromotora tendem a apresentar menor relevância clínica.

30. Menino de 8 anos, 28 kg, inicia tratamento com ácido valproico por epilepsia generalizada. Após algumas semanas, houve redução parcial da frequência das crises, sem efeitos adversos

relevantes, a equipe optou por realizar novo ajuste da dose. Durante o acompanhamento, os exames laboratoriais permanecem sem alterações significativas. Considerando-se a farmacoterapia da epilepsia na infância, assinale a alternativa correta.

- a) A ausência de alterações nas enzimas hepáticas e no hemograma permite realizar os ajustes de dose em intervalos menores, com aumentos sucessivos de 10 mg/kg/dia a cada dois dias, desde que a criança permaneça clinicamente estável.
- b) Diante da resposta parcial, a concentração sérica deve ser utilizada como principal parâmetro para definir o próximo incremento, sendo a ausência de alterações laboratoriais um indicativo de que a dose pode ser aumentada até 80 mg/kg/dia.
- c) A manutenção da dose inicialmente utilizada é preferível, pois incrementos superiores a 5 mg/kg/dia não são recomendados na população pediátrica, mesmo quando a concentração sérica se encontra entre 50 e 100 mcg/mL.
- d) O ácido valproico pode ser titulado com incrementos de 5 a 10 mg/kg/dia, geralmente em intervalos semanais, conforme a resposta clínica e a tolerabilidade. Para uma criança de 28 kg, a dose diária máxima recomendada corresponde a 1.680 mg/dia.

RASCUNHO.