

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

EDITAL N.º 05/2026.

PROVA OBJETIVA.

ESPECIALIDADE: MÉDICO 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. 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 hipocalemia, 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 hipocalemia 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. Tendo em vista as recomendações da American Heart Association, (AHA) e da American Academy of Pediatrics, (AAP), de 2025, para suporte básico de vida pediátrico, assinale a alternativa errada.

a) Em lactentes e crianças que apresentam respiração inadequada e possuem pulso, recomenda-se ventilação de resgate na frequência de 20 a 30 respirações por minuto. Entretanto, durante a RCP com via aérea avançada, a frequência ventilatória deve ser reduzida para minimizar o risco de hiperventilação.

b) Em lactentes com obstrução grave das vias aéreas por corpo estranho, devem ser realizados ciclos repetidos de cinco golpes nas costas alternados com cinco compressões torácicas. Em crianças com obstrução grave das vias aéreas por corpo estranho, recomendam-se cinco golpes nas costas alternados com cinco compressões abdominais.

c) Em casos de parada cardiorrespiratória extra-hospitalar em lactentes e crianças, a associação de ventilações às compressões torácicas está relacionada à melhora da sobrevida. Dessa forma, socorristas leigos devem ser incentivados a realizarem ventilações de resgate quando forem capazes e estiverem dispostos a fazê-lo.

d) Em lactentes e crianças em parada cardíaca, o desfibrilador externo automático deve ser conectado o mais rapidamente possível, utilizando-se atenuador de dose e pás pediátricas quando disponíveis.

17. Um lactente de 8 meses apresenta início súbito de dificuldade respiratória durante a alimentação. Encontra-se consciente, não consegue chorar ou emitir sons e apresenta sinais de obstrução grave das vias aéreas por corpo estranho. Um profissional de saúde inicia o atendimento enquanto o serviço de emergência é acionado.

De acordo com as recomendações da American Heart Association, (AHA) e American Academy of Pediatrics, (AAP) – 2025, para obstrução das vias aéreas por corpo estranho em lactentes e crianças, qual é a conduta mais adequada?

- a) Realizar ciclos de 5 golpes nas costas alternados com 5 compressões abdominais, repetindo-os até a expulsão do corpo estranho ou a perda da consciência.
- b) Realizar varredura digital da cavidade oral para tentar localizar e retirar o corpo estranho, seguida de 5 golpes nas costas caso a obstrução persista.
- c) Realizar ciclos de 5 golpes nas costas alternados com 5 compressões torácicas, interrompendo a sequência para avaliar a presença de pulso após cada ciclo e iniciar RCP caso o pulso esteja ausente.
- d) Realizar ciclos repetidos de 5 golpes nas costas alternados com 5 compressões torácicas, mantendo a sequência até a expulsão do corpo estranho ou até que o lactente se torne inconsciente.

18. Durante consulta de puericultura, a mãe de um lactente de 3 meses relata que pretende retornar ao trabalho em algumas semanas e deseja manter a amamentação. Refere ainda que, durante algumas mamadas, percebe sons de estalos produzidos pelo bebê. Diante disso, solicita orientações sobre a manutenção da amamentação, extração do leite e situações que poderiam justificar sua substituição.

Com base nas recomendações do Ministério da Saúde, assinale a alternativa correta.

- a) A produção de leite pode ser mantida por meio da sucção do bebê, da extração manual ou por bomba. Na extração manual, recomenda-se massagear as mamas, posicionar o polegar acima da aréola e os dedos indicador e médio abaixo dela, empurrar os dedos em direção ao tronco e comprimi-los suavemente, sem deslizá-los sobre a pele.
- b) A substituição parcial ou total do leite materno é recomendada diante de situações maternas que possam comprometer a alimentação da criança, incluindo o uso regular de álcool e de drogas ilícitas; nesses casos, a interrupção da amamentação deve ser mantida até o retorno da produção adequada de leite.
- c) A presença de sons de estalos durante a mamada sugere principalmente ingestão insuficiente de leite e indica a necessidade de complementar a alimentação; enquanto persistirem os ruídos, recomenda-se interromper temporariamente a amamentação e oferecer o leite previamente ordenhado.
- d) Em mulheres que retornam ao trabalho, a extração do leite deve ser iniciada somente após o afastamento da criança, pois a retirada antecipada pode reduzir o estímulo fisiológico da sucção e comprometer a produção. Durante a mamada, sons de estalos podem ocorrer ocasionalmente, a avaliação da pega deve ser reservada para situações acompanhadas de baixo ganho ponderal ou choro persistente.

19. Uma criança do sexo feminino de 5 anos e 3 meses, previamente hígida, busca atendimento na Unidade Básica de Saúde para atualização da caderneta de vacinação. A mãe informa que a criança recebeu todas as vacinas previstas até os 12 meses de idade, mas não recebeu as vacinas recomendadas posteriormente. Não há registro de contraindicações às vacinas e a criança não pertence a população indígena.

Tendo em conta o Calendário Nacional de Vacinação da Criança – 2026, qual das seguintes opções apresenta a atualização vacinal adequada para essa criança?

- a) Indicar a atualização com DTP, VIP, 2ª dose da tríplice viral, 1ª dose de varicela, hepatite A e meningocócica ACWY, respeitando os intervalos mínimos aplicáveis.
- b) Indicar a atualização com DTP, VIP, 2ª dose da tríplice viral, 1ª dose de varicela, hepatite A, 2ª dose

de varicela e reforço da febre amarela. A pneumocócica 20-valente é restrita aos povos indígenas, nessa faixa etária, sem histórico de vacinação com vacina pneumocócica conjugada.

c) Indicar a atualização com DTP, VIP, 2ª dose da tríplice viral, 1ª dose de varicela, hepatite B e meningocócica ACWY, respeitando os intervalos mínimos aplicáveis.

d) Administrar DTP, VIP, tríplice viral, varicela e febre amarela, além da pneumocócica 20-valente, considerando que esta última passa a ser indicada rotineiramente a partir dos 5 anos de idade.

20. Uma criança de 18 meses, previamente hígida, acompanhada da avó materna e da progenitora para atualização da caderneta de vacinação na unidade básica de saúde. Ao revisar o histórico vacinal, o médico identifica que a criança recebeu a 1ª dose da tríplice viral aos 12 meses, mas não recebeu a 2ª dose. Também não recebeu a vacina varicela nem a dose de febre amarela prevista anteriormente. A primeira dose de VIP e o respectivo reforço estão registrados. Não há contraindicações às vacinas.

Na consulta, considerando a necessidade de atualização vacinal e as recomendações do Calendário Nacional de Vacinação 2026, o médico decide administrar inicialmente a vacina varicela e a VIP. Sobre o intervalo necessário para a administração posterior das vacinas tríplice viral e febre amarela, marque a alternativa verdadeira.

a) A tríplice viral e a febre amarela deverão ser administradas com intervalo mínimo de 30 dias após a varicela e entre si, pois todas são vacinas de vírus vivos atenuados e não podem ser administradas simultaneamente.

b) A tríplice viral e a febre amarela poderão ser administradas no dia seguinte, pois a VIP e a varicela já foram aplicadas e não interferem na resposta imunológica das demais vacinas.

c) A tríplice viral deve ser administrada com intervalo mínimo de 30 dias após a varicela, enquanto a febre amarela pode ser aplicada em qualquer intervalo, pois a restrição de 30 dias se aplica exclusivamente à associação entre tríplice viral e varicela.

d) A tríplice viral e a febre amarela podem ser administradas, simultaneamente, após a aplicação da varicela; caso não sejam administradas no mesmo dia, deve-se respeitar intervalo de 30 dias entre elas. A VIP não exige intervalo específico em relação a essas vacinas.

21. Uma mulher e sua filha, uma criança de 18 meses, procuram atendimento na unidade de saúde para receber uma dose da vacina DTP. A equipe discute o local e a via de administração mais apropriados. A criança apresenta massa muscular adequada e não possui condição clínica que altere a escolha da via de administração. A orientação correta é:

a) Administrar a vacina por via subcutânea, preferencialmente na região deltoide, por se tratar de uma criança menor de 2 anos.

b) Administrar a vacina por via intramuscular, preferencialmente no músculo vasto lateral da coxa.

c) Administrar a vacina por via intramuscular, preferencialmente na região deltoide, considerando a idade superior a 12 meses.

d) Administrar a vacina por via intramuscular na região glútea para minimizar reações adversas relacionadas à aplicação.

22. Uma criança de 6 anos e 8 meses comparece à unidade de saúde para atualização do calendário vacinal. O esquema básico com a vacina penta foi concluído adequadamente, porém, não recebeu nenhuma das doses de reforço da vacina DTP. Considerando as recomendações vigentes, a conduta mais adequada é:

a) Administrar uma dose de dT agora e programar uma segunda dose de dT após 6 meses, substituindo os reforços da DTP em razão da idade da criança.

b) Administrar uma dose de DTP agora e, diante da impossibilidade de manter o intervalo mínimo de 6 meses para o segundo reforço dentro da faixa etária indicada para a DTP, programar uma dose de dT 10 anos após esse reforço, ficando dispensado o segundo reforço da DTP.

- c) Administrar uma dose de DTP agora e programar uma dose de dT após 6 meses, mantendo o segundo reforço da DTP para completar o esquema posteriormente.
- d) Administrar uma dose de DTP agora e programar o segundo reforço após 6 meses, utilizando a DTP enquanto a criança permanecer dentro da faixa etária indicada para essa vacina.

23. Uma criança de 5 anos, com diagnóstico de hemofilia e tendência a sangramento grave, comparece à unidade de saúde para receber uma dose da vacina DTP. A equipe considera a possibilidade de utilizar uma via de administração alternativa, em razão do risco associado à aplicação intramuscular. Com base nas recomendações para administração da vacina DTP, assinale a alternativa correta.

- a) A vacina pode ser administrada por via subcutânea, excepcionalmente, em razão da condição hemorrágica, mantendo-se a indicação da DTP para a criança.
- b) A administração da DTP deve ser realizada somente após avaliação da estabilidade clínica da doença hemorrágica, mantendo-se a via intramuscular como padrão.
- c) A vacina deve ser administrada por via intramuscular, com adoção de medidas locais para reduzir o risco de sangramento decorrente da aplicação.
- d) A vacina deve ser substituída pela dT, pois a presença de doença hemorrágica constitui contraindicação ao componente pertussis.

24. Um lactente de 7 meses acompanhada da progenitora busca a unidade de saúde para atualização do calendário vacinal. Ao revisar a caderneta, a equipe identifica que a criança recebeu a primeira dose da vacina contra o Rotavírus aos 2 meses de idade, mas a segunda dose não foi realizada. Na avaliação clínica, consta o diagnóstico de Divertículo de Meckel não corrigido, condição considerada predisponente à intussuscepção. Atendendo às recomendações vigentes para a vacinação contra o Rotavírus, assinale a alternativa correta.

- a) O Divertículo de Meckel não corrigido constitui contraindicação à vacinação contra o rotavírus, por se tratar de malformação congênita do trato gastrointestinal que pode predispor à intussuscepção.
- b) A segunda dose deve ser postergada até a correção cirúrgica do divertículo, podendo ser administrada, posteriormente, enquanto a criança permanecer dentro da faixa etária prevista para essa dose.
- c) A segunda dose não deve ser realizada, pois o intervalo entre a primeira dose e a idade atual ultrapassou o período recomendado para completar o esquema.
- d) A segunda dose pode ser administrada neste momento, pois a criança ainda se encontra dentro da faixa etária indicada para essa dose e já transcorreu o intervalo mínimo recomendado de 60 dias.

25. Um lactente de 6 meses comparece, acompanhado de seu progenitor, à Unidade de Saúde para atualização da imunização. Ao revisar o cartão vacinal, verifica-se que recebeu a primeira dose da vacina oral de Rotavírus humano aos 2 meses de idade, mas ainda não recebeu a segunda dose. No momento, apresenta diarreia e vômitos há dois dias, sem sinais de desidratação. O progenitor informa ainda que a criança utiliza sonda para alimentação. Considerando-se as recomendações vigentes para a vacina oral de Rotavírus humano, marque a alternativa certa.

- a) Na presença de gastroenterite aguda, a decisão de administrar a segunda dose deve considerar a intensidade dos sintomas e a presença de sinais de desidratação.
- b) A vacinação deve ser adiada até a resolução do quadro gastrointestinal, posteriormente, a segunda dose poderá ser administrada se a criança ainda estiver dentro da faixa etária recomendada; a utilização de sonda para alimentação, isoladamente, não constitui contraindicação.
- c) A ausência de sinais de desidratação permite a administração da segunda dose durante o episódio de gastroenterite, desde que seja respeitado o intervalo mínimo entre as doses.
- d) A utilização de sonda para alimentação exige que a vacinação seja postergada até sua retirada,

independentemente da presença ou ausência de sintomas gastrointestinais.

26. Um lactente de 8 meses é levado por seu progenitor à Unidade de Saúde devido a episódios recorrentes de “chiado no peito”. Segundo o relato, os sintomas estão presentes desde os primeiros meses de vida, ocorrem de forma praticamente contínua e apresentam pouca variação entre os episódios. A criança apresenta tosse predominantemente seca, sem relação evidente com infecções respiratórias. O progenitor refere ainda que o ruído respiratório parece variar conforme a posição da criança. Ao exame, observa-se sibilância de intensidade semelhante em ambos os campos pulmonares, com fase expiratória prolongada.

Considerando-se os achados clínicos, qual das características apresentadas é mais sugestiva de uma etiologia diferente da asma?

- a) Presença de fase expiratória prolongada à ausculta pulmonar.
- b) Presença de tosse seca associada aos episódios de sibilância.
- c) Sibilância recorrente em lactente com episódios desencadeados por infecções virais.
- d) Variação da intensidade dos sintomas conforme a posição da criança.

27. Uma criança de 3 anos é avaliada por sibilância recorrente, sem diagnóstico prévio de asma. O responsável relata que os episódios não apresentam relação clara com infecções respiratórias e que a resposta ao Albuterol tem sido pouco expressiva. Ao exame físico, observa-se sibilância persistente, predominantemente em um único campo pulmonar, com redução da entrada de ar na mesma região. A criança encontra-se afebril e sem sinais de desconforto respiratório no momento da avaliação. Diante desse quadro, assinale a alternativa que apresente a conduta mais apropriada.

- a) Solicitar tomografia computadorizada de tórax como exame inicial, pois a sibilância persistente apresenta alta probabilidade de doença estrutural das vias aéreas.
- b) Considerar o achado compatível com asma e manter tratamento com Albuterol, uma vez que a presença de sibilância é suficiente para estabelecer o diagnóstico clínico na infância.
- c) Na ausência de resposta satisfatória ao albuterol, priorizar a investigação de disfunção da deglutição por meio de estudo videofluoroscópico, mesmo diante da distribuição focal dos achados auscultatórios.
- d) Solicitar radiografia de tórax, pois a presença de sibilância focal e persistente sugere uma alteração localizada, devendo-se considerar investigação de anormalidade estrutural ou aspiração de corpo estranho.

28. Uma criança de 8 anos, com 45 kg, é levada à Unidade de Emergência com febre alta, cefaleia intensa, vômitos, fotofobia e rigidez de nuca de início agudo. Nas últimas horas, evoluiu com prostração e alteração do estado mental. Ao exame, apresenta-se toxemiada e com sinais de irritação meníngea. Diante da suspeita de meningite bacteriana, é indicada antibioticoterapia empírica com Ceftriaxona.

Tendo em vista os principais agentes etiológicos e a dose pediátrica de Ceftriaxona para meningite, assinale a alternativa correta.

- a) A principal hipótese é de meningite bacteriana, sendo *Escherichia coli* um dos principais agentes etiológicos; a Ceftriaxona deve ser administrada na dose de 100 mg/kg/dia, dividida a cada 12 horas ou em dose única a cada 24 horas, não excedendo 4 g/dia.
- b) A principal hipótese é de meningite bacteriana, sendo *Neisseria meningitidis* um dos agentes etiológicos possíveis; a Ceftriaxona pode ser administrada na dose de 100 mg/kg/dia, por via intravenosa ou intramuscular, em dose única diária ou dividida a cada 12 horas, não excedendo 4 g/dia.
- c) A principal hipótese é de meningite bacteriana, sendo *Neisseria meningitidis* um dos agentes etiológicos possíveis; para esta criança, a Ceftriaxona deve ser administrada na dose de 4.500 mg/dia, por via intravenosa, dividida a cada 12 horas.
- d) A principal hipótese é de meningite bacteriana, sendo *Staphylococcus aureus* um dos agentes

etiológicos possíveis; a Ceftriaxona deve ser administrada na dose de 70 mg/kg/dia, por via intravenosa, em dose única diária ou a cada 12 horas.

29. Recém-nascido prematuro de 34 semanas apresenta episódios recorrentes de movimentos clônicos dos membros superiores no segundo dia de vida. Apresentou instabilidade hemodinâmica no período neonatal imediato e no momento da avaliação glicemia de 38 mg/dL. Após correção da hipoglicemia, os episódios motores persistem. Tendo em vista o diagnóstico e o manejo das convulsões neonatais, marque a alternativa correta.

- a) A identificação de hipoglicemia como fator precipitante permite classificá-la como crise provocada, sendo a investigação complementar direcionada, principalmente, para causas metabólicas, caso haja recorrência após a correção.
- b) O EEG, idealmente contínuo e com vídeo, é fundamental para o diagnóstico, pois há frequente dissociação eletroclínica nas crises neonatais. A investigação deve considerar causas metabólicas, infecciosas e estruturais conforme a apresentação. A correção da hipoglicemia não elimina a necessidade de investigação quando as crises persistem.
- c) A monitorização contínua por EEG deve ser iniciada, precocemente, pois a ausência de manifestações motoras não exclui atividade convulsiva, enquanto a investigação deve direcionar-se às possíveis causas metabólicas, infecciosas e estruturais conforme o contexto clínico.
- d) A realização de neuroimagem, preferencialmente por ressonância magnética, deve preceder a monitorização eletroencefalográfica quando houver suspeita de lesão estrutural, pois o EEG apresenta baixa capacidade para identificar crises em recém-nascidos.

30. Recém-nascido a termo, com 2 kg, apresenta crises convulsivas eletrográficas persistentes após correção de hipoglicemia e distúrbios eletrolíticos. Tendo em vista o tratamento farmacológico das convulsões neonatais e as doses dos anticonvulsivantes, assinale a alternativa incorreta.

- a) O Fenobarbital constitui a primeira opção terapêutica, podendo ser administrado na dose inicial de 20 mg/kg IV, correspondente a 40 mg neste paciente, com doses adicionais conforme a resposta, até o máximo total de 40 mg/kg, equivalente a 80 mg.
- b) O Fenobarbital constitui a primeira opção terapêutica, com dose máxima total de ataque de 40 mg/kg, equivalente a 80 mg neste paciente. Em caso de resposta insuficiente, o Levetiracetam pode ser utilizado como segunda opção, na dose de ataque de 40 mg/kg IV, (80 mg), seguido de manutenção de 15 mg/kg IV a cada 12 horas, correspondente a 30 mg a cada 12 horas.
- c) A Fenitoína pode ser utilizada como segunda opção após o Fenobarbital, na dose de ataque de 20 mg/kg IV, correspondente a 40 mg neste paciente, com monitorização cardíaca e velocidade de infusão de 1 a 3 mg/kg/minuto.
- d) O Levetiracetam pode ser utilizado como segunda opção terapêutica, na dose de ataque de 40mg/kg IV, correspondente a 80 mg neste paciente, sendo uma alternativa, particularmente, considerada diante de preocupação com efeitos cardiovasculares.

RASCUNHO.