

Caderno de Prova

Código do Eixo
204

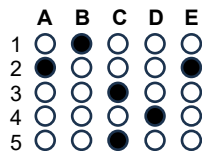
Ambiente e Saúde
Enfermagem - Neonatal e Pediátrica

Edital Nº 36/2025 – REI/IFPE

Data: ____/____/____

INSTRUÇÕES GERAIS PARA A REALIZAÇÃO DA PROVA

- Use apenas caneta esferográfica de tinta na cor preta e fabricada em material transparente.
- Escreva a data, a sua assinatura e o seu número de inscrição no espaço indicado nesta capa.
- A prova terá duração máxima de 4 (quatro) horas, incluindo o tempo para responder a todas as questões do **Caderno de Prova** e preencher a **Folha de Respostas**.
- Antes de retirar-se definitivamente da sala, entregue a **Folha de Respostas** e o **Caderno de Prova** ao Fiscal.
- Este **Caderno de Prova** contém 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha, cada uma com 05 (cinco) opções, das quais apenas 01 (uma) é correta.
- Se o **Caderno de Prova** contiver alguma imperfeição gráfica que impeça a leitura, comunique isso imediatamente ao fiscal, para que seja efetuada de imediato a troca do Caderno.
- Cada questão de múltipla escolha apresenta apenas **uma** resposta correta. Para a marcação da opção escolhida na **Folha de Respostas**, pinte completamente o campo correspondente conforme a figura a seguir:



- Os rascunhos e as marcações feitas neste **Caderno de Prova** não serão considerados para efeito de avaliação.
- Interpretar as questões faz parte da avaliação; portanto, não é permitido solicitar esclarecimentos aos fiscais.
- O preenchimento da **Folha de Respostas** é de sua inteira responsabilidade.
- A quantidade de questões objetivas e respectivas pontuações desta prova estão apresentadas a seguir:

Área do conhecimento	Número de questões	Valor total (Pontos)
Língua Portuguesa	05 questões	10 pontos
Conhecimentos Didático-Pedagógicos	10 questões	20 pontos
Integridade	05 questões	10 pontos
Conhecimento Específico	30 questões	60 pontos
PONTUAÇÃO TOTAL		100 pontos

ASSINATURA DO CANDIDATO:

NÚMERO DE INSCRIÇÃO:

LÍNGUA PORTUGUESA

As questões de 1 a 4 referem-se ao Texto 1.

TEXTO 1

A ciência transforma, mas só se for compreendida

André Kauric de Campos

A história mostra que a insegurança com o novo não é novidade. Desde que a humanidade aprendeu a transformar ideias em ferramentas, todo salto tecnológico foi precedido por uma fase de dúvida, resistência, desconfiança — e muita desinformação. É um período de desorientação coletiva, em que o pensamento crítico parece hibernar e a mente pública se torna refém de processos que se impõem de forma automatizada, sem qualquer domínio social.

É justamente nesse lapso entre a revolução e a compreensão que surgem os maiores perigos: a lucidez coletiva se fragiliza, e a população se torna mais vulnerável à manipulação por parte de pessoas ou corporações oportunistas, gananciosas e sabotadoras do bem comum. Foi assim com a teoria da evolução, a energia nuclear e os antibióticos. Ainda é com as vacinas, a informação e as redes sociais.

Esse intervalo entre a tecnologia e seu domínio público pode ser fatal. E a receita para evitar o colapso sempre foi a mesma: comunicação pública da ciência. Vejamos o caso da inteligência artificial (IA), um dos grandes saltos tecnológicos do nosso tempo — ao lado da computação quântica, da biotecnologia e da automação autônoma. No Brasil, por exemplo, a Estratégia Brasileira de Inteligência Artificial (EBIA) representa um avanço relevante. Diretrizes foram definidas. Centros de pesquisa estão sendo anunciados em diferentes estados, inclusive no Distrito Federal. O plano é robusto: princípios éticos, regulamentação, segurança, transparência e incentivo à inovação.

Mas há uma ausência comum — e grave — em todas essas iniciativas: não há qualquer eixo, meta ou investimento voltado à comunicação pública da ciência. E isso compromete tudo. A IA é, antes de tudo, uma nova forma de se relacionar com o mundo, com os dados, com as decisões. Mas, quando a população não é chamada a entender — apenas a obedecer —, cria-se um ambiente propício à desinformação, ao medo e ao uso indevido. A IA pode transformar e unir o mundo — mas só com educação e comunicação podemos fazê-la conversar de forma eficiente e sábia.

Assim como a internet, o medo da IA não é da tecnologia; é do novo. Do que não se conhece. Do que não se domina. Do que é anunciado como inevitável, mas não explicado como funciona. Sem pontes entre o conhecimento técnico e o entendimento público, corremos o risco de construir muros em vez de caminhos. A IA para o povão não será de inteligência — será de ilusão.

Não basta que os algoritmos sejam éticos. É preciso que sejam compreendidos. Não basta que os dados sejam transparentes. É preciso que estejam acessíveis. O problema não é a inteligência artificial — é a ausência de comunicação real. Sem comunicação pública da ciência, até o progresso vira ameaça. A tecnologia evolui. Mas o entendimento precisa acompanhar. O futuro só será coletivo se for compreensível. Inteligência artificial, sem escuta e explicação, vira apenas exclusão automatizada.

Imagine algoritmos decidindo quem recebe um benefício social, quem será priorizado na saúde pública ou quais bairros devem ter mais policiamento. Agora, imagine que ninguém sabe como essas decisões são feitas — nem mesmo quem as administra. A inteligência vira opacidade. O automatismo vira desumanização.

Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br>. Acesso em: 11 ago. 2025.

1. De forma global, o texto

- A) é construído em torno do diálogo entre uma tese anterior e uma nova tese, tematizando os danos cognitivos provocados pelo uso indiscriminado das inovações tecnológicas pelas pessoas.
- B) apresenta uma sucessão de eventos e tematiza a sensação de insegurança resultante do excesso de inovações tecnológicas na vida das pessoas comuns.
- C) apresenta uma sucessão de eventos e tematiza os benefícios latentes da inteligência artificial para uma melhor organização da vida em sociedade.
- D) é construído em torno do diálogo entre uma tese anterior e uma nova tese, tematizando as contribuições positivas resultantes do uso comedido das inovações tecnológicas pelas pessoas comuns.
- E) é construído em torno do diálogo entre uma tese anterior e uma nova tese, tematizando as consequências do hiato entre as inovações tecnológicas e a comunicação eficiente dessas inovações.

2. Em relação aos benefícios trazidos pelas inovações tecnológicas, o texto desenvolve um raciocínio
- A) comparativo, que é revelado no quinto parágrafo por meio da expressão “assim como”.
 - B) explicativo, que é antecipado pelo título, por meio do uso da conjunção “se”.
 - C) conclusivo, que é revelado no quinto parágrafo por meio da expressão “assim como”.
 - D) proporcional, que é revelado no quinto parágrafo por meio da expressão “assim como”.
 - E) condicional, que é antecipado pelo título, por meio do uso da conjunção “se”.
3. Considere o excerto reproduzido a seguir.

O problema não é a inteligência artificial — é a ausência de comunicação real. Sem comunicação pública da ciência, até o progresso vira ameaça.

A palavra em destaque

- A) tem valor argumentativo, pois sinaliza que a informação por ela introduzida funciona como argumento mais forte em uma escala argumentativa, e poderia ser substituída, mantendo-se essa função, por “no mínimo”.
 - B) tem valor argumentativo, pois deixa subentendida a existência de uma escala com outros argumentos mais fortes, e poderia ser substituída, mantendo-se essa função, por “inclusive”.
 - C) tem valor argumentativo, pois sinaliza que a informação por ela introduzida funciona como argumento mais forte em uma escala argumentativa, e poderia ser substituída, mantendo-se essa função, por “inclusive”.
 - D) é isenta de valor argumentativo, pois funciona tão somente como preposição e denota limite quantitativo para a informação por ela introduzida.
 - E) é isenta de valor argumentativo, pois funciona tão somente como advérbio e denota valor inclusivo para a informação por ela introduzida.
4. Considere o período reproduzido a seguir.

Mas, quando a população não é chamada a entender — apenas a obedecer —, cria-se um ambiente propício à desinformação, ao medo e ao uso indevido.

Nesse período,

- A) a presença das duas primeiras vírgulas é justificada, pois elas delimitam um bloco sintático-semântico que funciona como informação principal; a retirada desse bloco inviabiliza a estrutura sintática.
- B) a presença das duas primeiras vírgulas é justificada, pois elas delimitam um bloco sintático-semântico deslocado e subordinado à informação principal; a retirada desse bloco não inviabiliza a estrutura sintática.
- C) a combinação da vírgula com o travessão é justificada, pois isso ocorre sempre em períodos cujas orações estão articuladas por coordenação alternativa.
- D) a presença das duas primeiras vírgulas é justificada, pois elas delimitam um bloco sintático-semântico deslocado e subordinado à informação principal; a retirada desse bloco inviabiliza a estrutura sintática.
- E) a combinação da vírgula com o travessão é justificada, pois isso ocorre, obrigatoriamente, entre orações articuladas por coordenação aditiva.

5. Considere o texto reproduzido a seguir.

TEXTO 2



Disponível em: folha.uol.com.br. Acesso em: 19 ago. 2025.

A leitura dos textos 1 e 2 permite afirmar que eles

- A) mantêm intertextualidade temática, com posicionamentos convergentes, apesar de representarem gêneros textuais distintos.
- B) mantêm intertextualidade temática, com posicionamentos divergentes, apesar de representarem gêneros textuais distintos.
- C) mantêm intertextualidade estilística, com posicionamentos convergentes, e representam um mesmo gênero textual.
- D) mantêm intertextualidade estilística, com posicionamentos divergentes, apesar de representarem gêneros textuais distintos.
- E) mantêm intertextualidade temática, com posicionamentos convergentes, e representam um mesmo gênero textual.

CONHECIMENTOS DIDÁTICO-PEDAGÓGICOS

6. Os fundamentos da educação e da docência constituem-se em referenciais teóricos, históricos, sociais e epistemológicos, que orientam a prática do professor e a compreensão do papel da escola. Considerando a relação entre educação, sociedade e trabalho, no contexto do compromisso com a formação omnilateral e politécnica, é correto afirmar que
- A) os fundamentos da docência, ao serem compreendidos como essencialmente técnicos e instrumentais, asseguram a neutralidade científica da prática pedagógica, garantindo que o professor atue sem influências ideológicas.
 - B) a formação de professores implica discutir o sentido social e político da educação. Dessa forma, ensinar é mais do que transmitir informações, é formar sujeitos históricos capazes de compreender e transformar a realidade.
 - C) a perspectiva libertária da educação reduz a docência ao domínio de conteúdos disciplinares e das tecnologias, ignorando a subjetividade e a experiência vivida dos estudantes na vida comunitária.
 - D) a Pedagogia Colaborativa fundamentada no Escolanovismo entende a docência como prática essencialmente emancipadora, responsável por romper com a reprodução das desigualdades sociais.
 - E) os saberes docentes, no âmbito da pedagogia crítico-social dos conteúdos, são restritos ao conhecimento acadêmico e científico, desconsiderando outras formas de saber que não tenham origem no espaço universitário ou nas pesquisas formais.
7. Considerando que não existe imparcialidade no processo de formação docente, um projeto institucional, político e pedagógico voltado à formação de professores, quando em oposição ao modelo social hegemônico e aos seus desdobramentos, deve fundamentar-se em uma epistemologia que assuma explicitamente uma orientação finalística de transformação da sociedade e de superação das desigualdades sociais produzidas pela dinâmica do capital. Nesse contexto, é imprescindível assumir a epistemologia
- A) da complexidade, baseada na racionalidade científica.
 - B) pluralista, voltada para a eficiência e produtividade.
 - C) da práxis, fundamentada no materialismo histórico-dialético.
 - D) humanista, inspirada no existencialismo e na fenomenologia.
 - E) construtivista, apoiada nas teorias de aprendizagem individual.
8. O currículo integrado constitui uma concepção de organização curricular bastante discutida no âmbito da Educação Profissional e Tecnológica (EPT) e nas propostas formativas voltadas à classe trabalhadora, especialmente à luz da perspectiva politécnica e ou omnilateral. Considerando os fundamentos que o sustentam, o currículo integrado, dentre as suas características, é concebido como
- A) um modelo de currículo modular e uma organização institucional seriada que articula os conhecimentos das disciplinas em projetos de ensino, priorizando as disciplinas comuns das áreas de ensino.
 - B) um processo de unificação administrativa de cursos e um ensino por módulos como meio de assegurar a existência de um currículo transdisciplinar.
 - C) uma proposta pedagógica que privilegia a lógica da empregabilidade, da flexibilidade e da adaptação imediata ao mercado, como uma unidade interdisciplinar da teoria e da prática.
 - D) uma concepção pedagógica e uma organização institucional que integra a formação geral, técnica e política, tendo o trabalho como princípio educativo.
 - E) um projeto político e pedagógico em que se admite a lógica mercadológica da educação, reconhecendo-a como direito social e elemento essencial da cidadania e da emancipação humana.

9. Tomando por base as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para Educação Profissional e Tecnológica (Resolução CNE/CP nº 01/2021), analise o seguinte fragmento textual:

Trata-se da estrutura de organização da Educação Profissional e Tecnológica, considerando as diferentes matrizes tecnológicas nele existentes, por meio das quais são promovidos os agrupamentos de cursos, levando em consideração os fundamentos científicos que as sustentam, de forma a orientar o Projeto Pedagógico do Curso (PPC), identificando o conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e emoções que devem orientar e integrar a organização curricular, dando identidade aos respectivos perfis profissionais. (Brasil, 2021, p. 4)

A descrição anterior refere-se à definição de:

- A) Itinerário Formativo.
 - B) Eixo tecnológico.
 - C) Área Tecnológica.
 - D) Qualificação Profissional.
 - E) Estágio Profissional.
10. A Lei nº 11.892/2008 instituiu a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica e criou os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia (IFs). Considerando sua definição identitária, os IFs se constituem em instituições
- A) interdisciplinares e multicampi, voltadas exclusivamente à formação técnica de nível médio em diferentes modalidades de ensino.
 - B) multicampi e pluricurriculares, especializadas na oferta de educação profissional e tecnológica em diferentes níveis e modalidades de ensino.
 - C) multidisciplinares e pluricurriculares, especializadas em cursos técnicos e superiores de tecnologia, com organização curricular voltada à formação para o mercado de trabalho.
 - D) multicampi e interdisciplinares, voltadas para a pesquisa acadêmica e para as formações técnicas e de pós-graduação stricto sensu.
 - E) pluricurriculares de ensino superior, com foco na formação profissional, podendo atuar na forma conveniada do ensino básico integrado ao profissional.
11. Considerando as orientações legais quanto à estrutura e à organização da educação profissional técnica de nível médio, identifica-se como possibilidades para o desenvolvimento dos cursos técnicos a forma
- A) concomitante intercomplementar, ofertada a quem ingressa no Ensino Médio ou já o esteja cursando, efetuando-se matrículas distintas para cada curso, aproveitando oportunidades educacionais disponíveis, seja em unidades de ensino da mesma instituição ou em distintas instituições e redes de ensino.
 - B) concomitante, desenvolvida simultaneamente em distintas instituições ou redes de ensino, mas integrada no conteúdo, mediante a ação de convênio ou acordo de complementaridade, para a execução de projeto pedagógico unificado e conclusivo à certificação.
 - C) subsequente intercomplementar, desenvolvida em cursos destinados exclusivamente a quem esteja cursando a última série e/ou já tenha concluído o Ensino Médio, sendo previsível a celebração de convênios junto a IES voltados à verticalização para os cursos de tecnologias.
 - D) integrada, ofertada somente a quem já tenha concluído o Ensino Fundamental, com matrícula única na mesma instituição, de modo a conduzir o estudante à habilitação profissional técnica ao mesmo tempo em que conclui a última etapa da Educação Básica.
 - E) integrada intercomplementar, ofertada somente a quem já tenha concluído o Ensino Fundamental ou esteja cursando o Ensino Médio, com matrícula única na mesma instituição, de modo a conduzir o estudante a itinerários distintos, sendo a terminalidade da Educação Básica ou à habilitação profissional técnica.

12. A Curricularização da Extensão na Educação Superior é normatizada pela Resolução nº 7, de 18 de dezembro de 2018, da Câmara de Educação Superior (CES) do Conselho Nacional de Educação (CNE). Esse mesmo documento regulamenta o disposto na Meta 12.7 da Lei nº 13.005/2014, que aprova o Plano Nacional de Educação - PNE 2014-2024 e dá outras providências. De acordo com os documentos acima referenciados, as atividades de extensão devem compor o total da carga horária curricular estudantil dos cursos de graduação. Dessa forma, as atividades de extensão devem compor, no mínimo,
- A) 10% (dez por cento) do total da carga horária curricular, sendo incluída na matriz curricular dos cursos e desenvolvida por meio de programas e projetos de extensão universitária, orientando sua ação, prioritariamente, para áreas de grande pertinência social.
 - B) 5% (cinco por cento) do total da carga horária curricular, inserida na matriz curricular, podendo ser cumprida de forma optativa, orientando sua ação, prioritariamente, para áreas de grande pertinência social.
 - C) 20% (vinte por cento) da carga horária curricular, a ser cumprida em atividades de estágios supervisionado e ou profissionais, independentemente de sua vinculação a programas e projetos de extensão universitária,
 - D) 12% (dez por cento) da carga horária curricular, desenvolvida de forma complementar à matriz curricular dos cursos, centrada nas áreas de grande pertinência social e sem necessidade de integração pedagógica.
 - E) 15% (quinze por cento) do total da carga horária curricular, incluída na matriz curricular e direcionada, prioritariamente, a atividades acadêmicas internas e coesas nas áreas de grande pertinência social.
13. A Lei nº 8.069/1990 (ECA) e a Lei nº 9.394/1996 (LDB), com suas atualizações, estabelecem diretrizes para a garantia do direito à educação, destacando a responsabilidade das instituições escolares no planejamento pedagógico e na articulação com a família. Considerando a relação entre as duas leis citadas, é correto afirmar que
- A) o projeto político-pedagógico das escolas, de acordo com o ECA e a LDB, deve ser elaborado de forma exclusiva e obrigatória pela equipe gestora, sendo preferencial a participação da comunidade escolar e da família no processo de planejamento.
 - B) tanto a LDB quanto o ECA delimitam a incumbência da escola à transmissão de conteúdos curriculares e delegam à família a formação integral do educando e sua relação com a cidadania e os valores curriculares.
 - C) o ECA assegura que a responsabilidade pela frequência escolar recai unicamente sobre a família, e a LDB define que é uma condicionalidade as instituições de ensino acompanharem e notificarem órgãos competentes em caso de abandono.
 - D) o ECA, em consonância com a LDB, determina que é dever das instituições de ensino respeitar e fomentar a participação da família e da comunidade, reconhecendo que a efetivação do direito à educação é uma responsabilidade compartilhada.
 - E) a LDB corrobora ao ECA ao dispor que o planejamento escolar deve priorizar exclusivamente as demandas do currículo oficial do sistema de ensino, atendendo, quando possível, temáticas que estejam atinentes ao contexto social dos educandos e sua comunidade.
14. Na base científica conceitual acerca da organização curricular, há referências sobre a relevância dos princípios pedagógicos como elementos orientadores à organização de um tipo de currículo. Entre esses princípios pedagógicos, há aqueles que permitem diferentes possibilidades de projetos formativos comprometidos com a ideia de integração. São eles:
- A) Interação, Adaptação e Avaliação, por serem os elementos básicos do ato pedagógico.
 - B) Objetividade, Neutralidade e Flexibilidade, em razão da Práxis.
 - C) Interdisciplinaridade, Contextualização e Teleologia, por serem basilares à Práxis.
 - D) Cooperação, Tecnologia e Filosofia Pragmática, razão da unidade teoria-prática.
 - E) Cultura, Transposição e Didática, por serem aspectos do ato pedagógico.

15. Na Educação Profissional e Tecnológica (EPT), a avaliação deve estar articulada aos princípios e às diretrizes curriculares e contribuir para superar as concepções reducionistas e meramente classificatórias. Nesse sentido, o processo avaliativo na EPT deve
- A) ser contínuo, processual e formativo, articulando teoria e prática; e sendo diagnóstico, formativo e somativo, de modo a contribuir para o desenvolvimento crítico e integral do estudante.
 - B) priorizar a aferição quantitativa do desempenho dos estudantes, relativizando notas e índices de aprovação, de modo a atender às demandas de produtividade educacional.
 - C) certificar conhecimentos atinentes à empregabilidade do estudante, garantindo que ele esteja pronto para se adaptar às exigências imediatas do mercado de trabalho.
 - D) assegurar a neutralidade e a objetividade científica, devendo ser orientado a partir de princípios gerais da educação nacional, das determinações da Classificação Brasileira de ocupações e do Plano de Ação da gestão institucional, como forma de diálogo com o mundo do trabalho.
 - E) basear-se em testes padronizados e externos, assegurando a isonomia e comparabilidade entre diferentes instituições e campi dos Institutos Federais.

INTEGRIDADE

16. Um servidor público federal foi avaliado pela Comissão de Ética do órgão onde atua, conforme o disposto no Decreto nº 1.171/1994. Ao final do processo, a comissão concluiu pela aplicação de penalidade ao servidor. Nesse cenário, identifique a pena aplicável na legislação para o servidor público federal.
- A) Advertência, verbal ou escrita, desde que a Comissão de Ética tenha observado o direito à ampla defesa do servidor.
 - B) Censura ou advertência, sendo formalizada pelo presidente da Comissão de Ética e encaminhada à autoridade máxima do órgão ao qual o servidor esteja vinculado.
 - C) Determinação de abertura de processo administrativo disciplinar ou, alternativamente, de arquivamento do processo.
 - D) Advertência ou suspensão, desde que devidamente fundamentada em parecer elaborado pelo presidente da Comissão de Ética.
 - E) Censura e sua fundamentação constará do respectivo parecer, assinado por todos os integrantes da Comissão de Ética, com ciência do faltoso.
17. A Política de Transparência e Acesso à Informação da Administração Pública Federal, instituída pelo Decreto nº 11.529/2023, busca ampliar o acesso da sociedade a dados e informações da administração pública federal, fortalecendo a participação social e a melhoria das políticas públicas, compreendendo assim:
- A) A transparência passiva, direcionada à publicação de informações previamente classificadas como de interesse coletivo; a transparência ativa, com a divulgação dos relatórios de gestão; e a abertura de bases de dados para órgãos de controle interno.
 - B) A transparência passiva, condicionada à apresentação de justificativa pelo solicitante; a transparência ativa, limitada a informações de caráter institucional; e a abertura de bases de dados, condicionada à autorização prévia do órgão central do Sistema de Integridade, Transparência e Acesso à Informação.
 - C) A transparência passiva, aplicável para informações classificadas como reservadas ou secretas; a transparência ativa, prevista para situações excepcionais de interesse institucional; e a abertura de bases de dados sigilosos após o transcurso de 10 anos.
 - D) A transparência passiva, voltada ao atendimento de pedidos de informação; a transparência ativa, destinada à divulgação de informações nos sítios eletrônicos oficiais; e a abertura de bases de dados produzidos, custodiados ou acumulados pela administração pública federal.
 - E) A transparência passiva, voltada à disponibilização automática das informações institucionais; a transparência ativa, restrita a dados financeiros e orçamentários; e a abertura de bases de dados gerados pelas transferências de recursos a entidades privadas.

18. O conceito de governança pública, trazido no Decreto nº 9.203/2017, apresenta um conjunto de mecanismos para o exercício da governança pública. Assinale a alternativa que apresenta corretamente esse conceito:
- A) Conjunto de mecanismos normativos e operacionais voltados à execução fiscal, orçamentária e financeira, priorizando a conformidade legal e a eficiência administrativa na utilização dos recursos públicos.
 - B) Conjunto de mecanismos de controles internos, formalmente estruturados, destinados a assegurar a conformidade com normas, regulamentos e políticas internas, com foco na identificação e mitigação de riscos.
 - C) Conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.
 - D) Conjunto de mecanismos de auditoria e fiscalização aplicado aos atos e procedimentos administrativos, visando assegurar a transparência, a economicidade e o cumprimento das metas fiscais e organizacionais previstas.
 - E) Conjunto de mecanismos estruturados voltados à gestão de pessoas, promoção da ética, integridade e transparência, com ênfase no desenvolvimento organizacional e no fortalecimento da gestão de riscos.
19. A Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais) define, em seu art. 5º, inciso II, o conceito de dado pessoal sensível. Assinale a alternativa que apresenta corretamente esse conceito:
- A) Dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural.
 - B) Dado pessoal que se refere a informações financeiras ou patrimoniais do indivíduo, como renda, relação patrimonial dos bens imóveis, investimentos, dívidas bancárias e relação de credores e dado referente à saúde ou à vida sexual.
 - C) Dado classificado como pessoal que permite identificar direta ou indiretamente uma pessoa natural, como nome, endereço residencial, telefone ou e-mail pessoal, CPF (Cadastro de Pessoa Física), dado referente à saúde ou à vida sexual.
 - D) Dado pessoal relacionado a informações de consumo, histórico de compras e vendas ou registros em plataformas digitais, utilizado para estratégias de marketing e publicidade direcionada, dado referente à saúde ou à vida sexual.
 - E) Dado pessoal classificado como sensível pelo indivíduo, que poderá ser disponibilizado mediante solicitação do interessado, observadas as regras estabelecidas na Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011).
20. Durante uma oficina de formação para servidores federais sobre prevenção e enfrentamento do assédio e da discriminação, uma comissão de integridade convidada abordou a articulação entre o Decreto nº 12.122/2024, que institui o Programa Federal de Prevenção e Enfrentamento do Assédio e da Discriminação, e a Portaria MGI nº 6.719/2024, que institui o Plano Federal de Prevenção e Enfrentamento do Assédio e da Discriminação, ambos aplicáveis à administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Na explanação, destacou-se que:

“Ambos os dispositivos legais se complementam no que se refere às diretrizes para a prevenção e enfrentamento do assédio e da discriminação no âmbito da administração pública federal direta. O Decreto fixou as diretrizes de universalidade, transversalidade, confidencialidade e resolutividade, enquanto a Portaria acrescentou outras diretrizes essenciais para assegurar os objetivos do Programa e do Plano.”

Com base na exposição e nos marcos legais citados, o Plano Federal acrescentou

- A) responsabilidade administrativa, proteção à vítima, transparência e integridade.
- B) compromisso social, sigilo, participação social indireta e organização do trabalho.
- C) valorização, contraditório, ampla defesa, proteção de dados e comunicação.
- D) mediação de conflitos, rede de acolhimento, prevenção e saúde no trabalho.
- E) compromisso institucional, acolhimento, comunicação não violenta e integralização.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

21. Erupção cutânea benigna, assintomática e autolimitada, que surge entre 24 e 72 horas de vida, com máculas, pápulas, vesículas ou pústulas rodeadas por halo eritematoso, poupando palmas das mãos e plantas dos pés. Desaparece espontaneamente em até uma semana, acometendo 20–60% dos recém-nascidos a termo. Etiologia desconhecida, possivelmente relacionada a fatores ambientais ou irritativos. Requer apenas orientação materna quanto à sua benignidade. Tais características referem-se a:
- A) miliária
 - B) hiperplasia sebácea
 - C) eritema tóxico
 - D) melanose pustulosa
 - E) bolhas de sucção
22. Na sala de parto, ao recepcionar um RN de 39 semanas, saudável, que está respirando ou chorando, com tônus muscular em flexão e presença de mecônio fluido, é possível afirmar que
- A) a conduta recomendada é aspirar as vias aéreas do RN devido ao excesso de secreções e da presença de mecônio que dificultam a sua respiração.
 - B) o clampeamento do cordão umbilical deve ser realizado antes de completar 60 segundos de vida, devido ao risco de policitemia.
 - C) a respiração deve ser avaliada pela expansão torácica ou pela presença de choro. É considerada adequada quando espontânea, regular e capaz de manter a frequência cardíaca >120 bpm.
 - D) o recém-nascido apresenta boa vitalidade e deve permanecer em contato pele a pele com a mãe, mesmo após o clampeamento do cordão, recebendo calor, manutenção das vias aéreas pérvias, avaliação contínua da vitalidade e estímulo à amamentação.
 - E) o boletim de Apgar deve ser realizado no 1º e no 5º minutos após o nascimento, permitindo ao profissional de saúde analisar a resposta do recém-nascido às intervenções realizadas e para determinar os passos da reanimação neonatal.
23. Em um atendimento domiciliar para consultoria neonatal, uma enfermeira se deparou com a seguinte situação: RN com 6 dias de vida apresentando choro persistente e irritabilidade. A puérpera refere que, desde que chegaram da maternidade há 3 dias, não consegue amamentar adequadamente devido à dor intensa nos mamilos provocada pelo excesso de sucção da filha. Ao exame, RN com fontanela anterior discretamente deprimida, lacrimejamento diminuído e oligúria. Mamilos maternos com fissuras extensas bilateralmente, fluxo lácteo adequado à expressão. Ao analisar essa situação, a enfermeira constatou que se tratava de
- A) desidratação neonatal decorrente de baixa ingestão de leite materno relacionada à pega incorreta.
 - B) sepse neonatal precoce, evidenciada pela irritabilidade, choro persistente e oligúria e fontanela deprimida.
 - C) hipogalactia materna por insuficiência glandular primária
 - D) hipoglicemia neonatal, relacionada à ingestão insuficiente de leite materno.
 - E) refluxo gastroesofágico com intolerância alimentar, devido à amamentação frequente.
24. O valor da saturação de oxigênio alvo pré-ductal para um RN >34 semanas até o 5º minuto de vida é de:
- A) 75-85%
 - B) 80-90%
 - C) 85-95%
 - D) 90-100%
 - E) 70-80%

25. O exame físico geral é fundamental para a avaliação clínica do recém-nascido, pois possibilita a identificação precoce de alterações e contribui para o acompanhamento adequado de sua adaptação à vida extrauterina. Sobre a sua realização, podemos afirmar que
- A) na manobra de Ortolani, o recém-nascido é colocado em decúbito ventral, com quadris fletidos a 90° e joelhos dobrados. A partir da posição de adução, realiza-se a abdução das coxas aplicando leve pressão sobre os joelhos. O procedimento deve ser repetido algumas vezes, de forma simultânea em ambos os quadris ou individualmente, aplicando diferentes pressões para avaliar a estabilidade articular.
 - B) a primeira diurese geralmente ocorre ainda na sala de parto ou nas primeiras 48 horas de vida, sendo que em mais de 90% dos casos acontece nas primeiras 24 horas. Podem aparecer manchas avermelhadas nas fraldas, decorrentes da presença de uratos na urina, que possuem relevância clínica e devem ser investigadas.
 - C) o exame do orifício anal é obrigatório, pois permite identificar anomalias anorretais e possíveis fístulas. Recomenda-se, como rotina, a realização do toque ou a introdução de sonda retal para verificar sua permeabilidade.
 - D) o reflexo de Moro surge a partir de 28 semanas de gestação e desaparece por volta dos 6 meses de idade. É desencadeado por estímulos bruscos e caracteriza-se inicialmente pela extensão e abdução dos membros superiores, com abertura dos dedos, seguida de flexão e adução, retornando à posição inicial. A ausência ou assimetria desse reflexo pode indicar lesões nervosas, musculares ou ósseas.
 - E) as condições do coto umbilical devem ser avaliadas rotineiramente. De início, apresenta aspecto gelatinoso, encontrando-se mumificado entre o 3º e o 4º dia de vida, com queda geralmente entre o 6º e o 15º dia. Normalmente, o cordão umbilical possui duas artérias e uma veia; no entanto, a presença de artéria única pode ocorrer e não possui significância clínica. Também é fundamental observar a presença de secreções na base do coto e possíveis sinais de eritema na pele adjacente à implantação umbilical.
26. Ao iniciar o estágio supervisionado em um centro obstétrico, a docente/preceptora verificou que havia uma gestante em fase ativa de trabalho de parto prematuro, com 32 semanas e 3 dias de gestação e peso fetal estimado de 1.800g. Devido a uma intercorrência neonatal anterior, o material de reanimação da sala de parto não se encontrava organizado. Diante disso, juntamente com os estudantes, ela preparou o material adequado para o suporte ao recém-nascido, que consiste em:
- A) berço aquecido, campos aquecidos de algodão, máscaras redondas para recém-nascido com coxim tamanho 2 ou 3, reanimador manual sem reservatório, sondas de aspiração n. 8 e 10, laringoscópio com lâmina reta n. 2, tubos orotraqueais 3,5 e 4,0 mm, oxímetro de pulso com sensor neonatal e cateter umbilical 4 Fr.
 - B) berço aquecido, saco plástico/filme de polietileno, máscaras redondas com coxim tamanho 0 ou 1, reanimador manual neonatal com reservatório de O₂, sondas de aspiração n. 6, 8 e 10, laringoscópio infantil com lâmina reta 0 e 1, tubos orotraqueais 2,5 e 3,0 mm, oxímetro neonatal, cateter umbilical 3,5 Fr e soluções de suporte.
 - C) incubadora, saco plástico/filme de polietileno, máscaras faciais redondas com coxim tamanho 00, ventilador mecânico neonatal, sondas de aspiração n. 4 e 5, laringoscópio com lâmina reta n. 0 ou 1, tubos orotraqueais 1,5 e 2,0 mm, oxímetro de pulso pediátrico, cateter periférico e soluções de suporte.
 - D) berço aquecido, campos cirúrgicos secos, máscara laríngea tamanho 1, reanimador em T com fonte de O₂, sondas de aspiração n. 6 e 8, laringoscópio com lâmina reta n. 0 e 1, tubos orotraqueais 2,5 e 3,0mm, oxímetro de pulso com sensor neonatal e solução glicosada a 10%.
 - E) incubadora, campos cirúrgicos secos, máscara laríngea tamanho 1, reanimador em T com fonte de O₂, sondas de aspiração n. 6, 8 e 10, laringoscópio com lâmina reta n. 0 e 1, tubos orotraqueais 2,5 e 3,0mm, oxímetro de pulso com sensor neonatal e cateter periférico.

27. Profissionais que atuam no apoio à amamentação devem possuir conhecimentos que favoreçam a compreensão dos aspectos fisiológicos do recém-nascido e da pessoa que amamenta, a fim de evitar a interpretação equivocada de processos naturais como anormalidades, culminando com a suplementação inadequada com fórmulas infantis no período neonatal imediato. No acompanhamento do início da amamentação deve-se considerar que
- A) recém-nascidos que apresentam menor número de evacuações nos primeiros cinco dias de vida tendem a apresentar menor perda ponderal, transição mais precoce para fezes de coloração amarelada e recuperação mais rápida do peso de nascimento.
 - B) a ingestão média de colostro por mamada em recém-nascidos a termo e saudáveis é de 2 a 10 mL nas primeiras 24 horas; de 5 a 15 mL entre 24 e 48 horas; e de 30 a 60 mL entre 48 e 72 horas.
 - C) a perda de até 10% do peso ao nascer pode ser considerada aceitável, mesmo que estejam presentes sinais clínicos de alerta.
 - D) perdas de peso superiores a 10% devem ser automaticamente consideradas indicação de suplementação, pois podem estar associadas a complicações graves, como icterícia, hipernatremia, desidratação, insuficiência renal, trombose, choque hipovolêmico e convulsões.
 - E) atraso na evacuação, frequência inferior a quatro eliminações no primeiro dia de vida ou pela persistência de fezes com mecônio no segundo dia de vida podem indicar insuficiência de ingestão de leite materno.
28. Ao nascimento, se o recém-nascido com idade gestacional ≥ 34 semanas não estiver respirando ou chorando, não iniciar movimentos respiratórios regulares e/ou apresentar tônus muscular flácido, ele deve ser considerado com vitalidade comprometida e conduzido imediatamente à mesa de reanimação, seguindo os passos de estabilização neonatal. Sobre esse tema, é correto afirmar que
- A) recomenda-se a avaliação da frequência cardíaca, por meio de ausculta precordial, em recém-nascidos com idade gestacional ≥ 34 semanas que necessitem de reanimação ao nascer, pois tanto a palpação do cordão quanto o monitor cardíaco subestimam a FC em cerca de 15-25 bpm.
 - B) a aspiração de boca e narinas é recomendada de rotina para RN ≥ 34 semanas com vitalidade comprometida, independentemente do aspecto do líquido amniótico.
 - C) manobras que garantam a manutenção da normotermia e de vias aéreas pérvias que devem ser realizadas em, no máximo, 60 segundos, seguidas da avaliação da respiração e da frequência cardíaca do recém-nascido.
 - D) a ventilação pulmonar constitui o procedimento mais relevante e eficaz na reanimação do recém-nascido ao nascimento. A efetividade da reanimação depende da substituição do líquido presente nos sacos alveolares e/ou alvéolos por ar.
 - E) após a realização dos cuidados voltados à manutenção da temperatura e à desobstrução das vias aéreas, caso o recém-nascido apresente frequência cardíaca inferior a 120 bpm e/ou apneia ou respiração irregular, está indicada a ventilação com pressão positiva (VPP), que deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos de vida, conhecidos como o “minuto de ouro”.
29. Em relação ao transporte de recém-nascidos pré-termo (RNPT) com menos de 34 semanas, o procedimento correto é:
- A) a temperatura da incubadora de transporte deve ser mantida em 37-38°C
 - B) o uso de saco plástico e touca dupla no transporte de RNPT podem ser substituídos por bolsas com água quente para melhor aquecimento.
 - C) durante o transporte, a cabeça do RNPT pode ser lateralizada para facilitar o manuseio na incubadora.
 - D) a cabeça do RNPT deve ser posicionada com leve extensão sobre um travesseiro com orifício central, em decúbito dorsal e evitando lateralização, para reduzir o risco de obstrução das vias aéreas.
 - E) o saco plástico e a touca dupla devem ser retirados antes do transporte, mesmo que o recém-nascido pré-termo (RNPT) não esteja estabilizado termicamente, devido ao risco de asfixia.

30. A Lei nº 15.139 de maio de 2025 institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental. Segundo ela, cabe aos serviços de saúde públicos e privados, independentemente de sua forma, organização jurídica e gestão, a adoção das seguintes condutas em casos de perda gestacional, de óbito fetal e de óbito neonatal:
- A) a perda gestacional, o óbito fetal ou o óbito neonatal não constituem impedimento para o recebimento da doação de leite materno, desde que haja avaliação do responsável pelo banco ou posto de coleta de leite humano e sejam atendidos todos os requisitos sanitários.
 - B) não será permitida a coleta protocolar de lembranças do natimorto ou neomorto, devido a questões sanitárias e legais, mesmo mediante autorização do prestador de serviços e com a devida informação prévia à família sobre a condição do feto ou do bebê.
 - C) expedir declaração com a data e o local do parto, o nome escolhido pelos pais para o natimorto e, se possível, o registro de sua impressão plantar e digital para lembrança, tendo em vista que a certidão de óbito não permite o registro do nome da criança.
 - D) ofertar acomodação em ala separada das demais parturientes para parturientes que tenham sofrido perda gestacional, óbito fetal ou óbito neonatal. Entretanto, a Lei não menciona as famílias cujo feto ou bebê tenha sido diagnosticado com síndrome ou anomalia grave e possivelmente fatal.
 - E) viabilizar espaço adequado e momento oportuno para que os pais possam se despedir do feto ou do bebê pelo tempo que julgarem necessário, não sendo previsto o acesso de pessoas que não pertençam ao núcleo familiar.
31. A violência obstétrica, caracterizada por práticas desrespeitosas, negligentes ou abusivas durante a gestação, parto ou pós-parto, pode afetar diretamente a saúde e o desenvolvimento do recém-nascido. Considerando o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que garante à criança o direito à vida, à saúde e à dignidade, assinale a alternativa que melhor representa a relação entre a violência obstétrica e a proteção neonatal:
- A) a violência obstétrica configura uma violação dos direitos da gestante, não havendo repercussão sobre os direitos do recém-nascido.
 - B) ao comprometer a integridade física ou psíquica do recém-nascido, a violência obstétrica pode ser caracterizada como violência neonatal, podendo suscitar a aplicação das medidas de proteção previstas no ECA.
 - C) o ECA não se aplica a casos de violência obstétrica, pois esta se configura como uma violência de gênero e é regulada por normas de atenção à saúde materna.
 - D) a violência obstétrica é apenas uma questão ética e não deve possuir implicações legais em relação ao recém-nascido.
 - E) embora possa acarretar danos ao recém-nascido, esse tipo de violência não se relaciona com a proteção integral da criança, sendo regulado apenas por normas técnicas de atenção obstétrica.
32. Durante a transição da circulação fetal para a neonatal, importantes alterações hemodinâmicas ocorrem, permitindo a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Dentre outros eventos fisiológicos, podemos afirmar que
- A) o aumento do fluxo sanguíneo pulmonar, decorrente da redução da resistência vascular pulmonar, contribui para o fechamento funcional do forame oval.
 - B) o aumento da resistência vascular pulmonar após o nascimento promove o fechamento funcional do forame oval.
 - C) o fechamento funcional do forame oval ocorre devido ao aumento da pressão no átrio direito em relação ao átrio esquerdo.
 - D) a resistência vascular sistêmica diminui após o clampeamento do cordão umbilical, facilitando o fechamento do ducto venoso.
 - E) o ducto arterioso mantém-se aberto devido ao aumento da pressão de oxigênio e à queda da prostaglandina E2.

33. Durante a fototerapia, o papel da Enfermagem é essencial para garantir tanto a eficácia do tratamento quanto a segurança do recém-nascido. Nas ações de Enfermagem que englobam cuidados clínicos e técnicos durante a fototerapia intensiva é recomendado
- A) evitar distância superior a 40 cm entre o equipamento e o RN, proteger os olhos com cobertura radiopaca, aferir a irradiância no local do RN, maximizar a área corpórea exposta, monitorar a temperatura corporal a cada 3 horas para detecção de hipotermia ou hipertermia, manter limpas as superfícies e equipamentos e restringir a retirada do RN do berço apenas para cuidados rápidos e amamentação.
 - B) posicionar o RN adequadamente, maximizando a área corpórea exposta, proteger os olhos com cobertura radiopaca, aferir a irradiância no local do RN e calcular a média de 5 pontos, manter a temperatura ambiente em torno de 28 °C, cobrir a solução parenteral e o equipo com papel alumínio ou extensores impermeáveis à luz e descontinuar a fototerapia durante a amamentação, incluindo a retirada da cobertura ocular.
 - C) evitar distância superior a 30 cm entre o equipamento e o RN, proteger os olhos com cobertura radiopaca, aferir a irradiância no local do RN, verificar o peso diariamente, manter a temperatura ambiente em torno de 28 °C, cobrir a solução parenteral e o equipo com papel alumínio ou extensores impermeáveis à luz e estimular o contato mãe-bebê para fortalecer o vínculo afetivo durante a amamentação.
 - D) posicionar o RN adequadamente, proteger os olhos com cobertura radiopaca, aferir a irradiância no local do RN e calcular a média de 5 pontos, maximizar a área corpórea exposta, monitorar a temperatura corporal a cada 3 horas para detecção de hipotermia ou hipertermia, cobrir a solução parenteral e o equipo com papel alumínio ou extensores impermeáveis à luz e restringir a retirada do RN do berço apenas para cuidados rápidos e amamentação.
 - E) posicionar o RN adequadamente, utilizando fraldas cortadas para cobertura da genitália, proteger os olhos com cobertura radiopaca, aferir a irradiância no local do RN e calcular a média de 5 pontos, maximizar a área corpórea exposta, monitorar a temperatura corporal a cada 6 horas para detecção de hipotermia ou hipertermia, manter limpas as superfícies e equipamentos e restringir a retirada do RN do berço apenas para cuidados rápidos e amamentação.
34. A lesão cerebral neonatal resulta de um processo multifatorial, no qual fatores genéticos, epigenéticos, metabólicos, pré-natais e pós-natais interagem, podendo proteger, desencadear ou agravar o dano cerebral. Sobre as estratégias para neuroproteção neonatal, pode-se afirmar que
- A) o cuidado neurocrítico se destina à atenção especializada voltada ao cérebro de recém-nascidos com doença neurológica primária ou risco de lesão neurológica secundária associada a condições clínicas agudas, como prematuridade extrema, sepse ou cardiopatia congênita .
 - B) o sulfato de magnésio não deve ser utilizado como mecanismo neuroprotetor, pois aumenta o risco de paralisia cerebral em crianças prematuras.
 - C) a hipotermia terapêutica é uma estratégia neuroprotetora capaz de reduzir o metabolismo cerebral compensatório, o edema citotóxico, a elevação da pressão intracraniana e de inibir a morte celular, devendo ser utilizada para neuroproteção de RN prematuros
 - D) o manuseio mínimo, concentrando cuidados e procedimentos em um mesmo momento, promove o descanso e o sono do recém-nascido, bem como diminui o consumo de energia e o estresse, entretanto, não se configura como estratégia neuroprotetora.
 - E) a hipotermia terapêutica é indicada para recém-nascidos prematuros quando há justificativa clínica, devendo ser iniciada nas primeiras seis horas de vida.

35. O profissional deve manter atenção aos aspectos relacionados à segurança do paciente, com o objetivo de reduzir a ocorrência de erros e prevenir eventos adversos, sobretudo em unidades neonatais que oferecem assistência a pacientes de alto risco, em condição de extrema fragilidade, que demandam cuidados especializados. Sobre a segurança em unidades neonatais, é importante considerar que
- A) durante o exame radiográfico, é fundamental assegurar o posicionamento adequado do paciente e a utilização correta dos equipamentos de proteção, a fim de evitar exposições repetidas e desnecessárias. A imobilização não pode ser realizada por meio de “ninhos” confeccionados com material sintético ou pelo uso de sacos de areia pediátricos, pois podem dificultar a realização do exame.
 - B) o processo de medicação é complexo e sujeito a falhas em qualquer etapa, desde a prescrição até a administração do fármaco, incluindo dosagem incorreta, não administração, falhas na técnica e uso de via inadequada. Entretanto, são incidentes com baixas repercussões na UTIN.
 - C) no ambiente da UTIN, os eventos adversos mais relevantes incluem infecções relacionadas à assistência à saúde, incidentes associados a medicamentos, complicações de cateteres intravasculares e problemas ligados à assistência respiratória do paciente.
 - D) a comunicação entre a equipe multiprofissional, constituída por médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, entre outros, é importante, pois favorece a efetividade das ações de enfermagem, mas não promove a segurança do paciente neonatal.
 - E) as estratégias de neuroproteção representam práticas recomendadas, incluindo a redução de ruídos e controle da iluminação, o envolvimento ativo da família, o contato pele a pele, o cuidado individualizado e a observação atenta aos sinais comportamentais do recém-nascido, entretanto, não promovem a segurança do paciente
36. As infecções respiratórias em crianças constituem um dos problemas mais comuns encontrados nos serviços de pronto atendimento pediátrico, resultando em morbidade e mortalidade significativas. No atendimento de um lactente de 3 meses com sinais de insuficiência respiratória, identifica-se na avaliação semiológica:
- A) frequência respiratória levemente aumentada, hipertermia, irritabilidade, saturação de oxigênio entre 90 e 92%, hipoatividade e cianose central.
 - B) taquipneia e/ou dispneia, batimento de asa do nariz, tiragem intercostal, subcostal e supraclavicular, sibilos e/ou crepitações, gemência, saturação de oxigênio < 90%, episódios de apneia.
 - C) dispneia, saturação de oxigênio de 90%, febre, cianose de extremidades, frequência respiratória 35 rpm, secreção mucóide nasal, murmúrios vesiculares difusos e roncos de transmissão.
 - D) frequência respiratória 35 rpm, ausculta respiratória normal, dor torácica, irritabilidade, tosse seca esporádica, espirros e choro constante.
 - E) presença de murmúrios vesiculares difusos, tosse seca, secreção hialina em vias aéreas superiores e saturação de oxigênio de 94%.
37. Atualmente, o fenômeno da hesitação vacinal é uma realidade no Brasil, decorrente da disseminação rápida de desinformações pelos meios digitais, principalmente durante e após a pandemia de COVID-19. Dentro dessa problemática, é essencial que o profissional de enfermagem conheça as falsas contra-indicações que interferem no alcance de metas e coberturas vacinais. Nesse sentido, as falsas contra-indicações são:
- A) crianças com história de invaginação intestinal não devem tomar vacina rotavírus (VRH).
 - B) uso de corticosteroides em crianças na dose 2mg/kg/dia por 14 dias ou mais.
 - C) reações locais em dose anterior; doença neurológica estável ou pregressa com sequela presente.
 - D) ocorrência de hipersensibilidade confirmada após recebimento de dose anterior da vacina.
 - E) hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer dos excipientes da vacina.

38. No Nordeste do Brasil, as infecções respiratórias virais do trato respiratório inferior apresentam sazonalidade nos meses entre março e julho. O vírus sincicial respiratório (VSR) é responsável por cerca de 80% dos casos em menores de 1 ano, com 50% das hospitalizações ocorrendo nos primeiros 3 meses de vida. O SUS preconiza imunoprofilaxia com anticorpo monoclonal, palivizumabe para prevenção da infecção pelo VSR em bebês de maior risco. Fazem parte desse grupo de risco:
- A) bebês prematuros nascidos com IG < 37 semanas, muito baixo peso ao nascer e idade inferior a 1 ano, apresentando doença neuromuscular e sequela neurológica, além de cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica.
 - B) bebês prematuros nascidos com IG < 37 semanas, baixo peso ao nascer e idade inferior a 1 ano, filhos de mães diabéticas, com antecedente neonatal de uso de oxigenoterapia por CPAP nasal decorrente de síndrome do desconforto respiratório.
 - C) bebês prematuros nascidos com IG < 32 semanas, baixo peso ao nascer e idade inferior a 1 ano, com antecedente neonatal de uso de oxigenoterapia por ventilação mecânica decorrente de síndrome do desconforto respiratório e terapêutica com surfactante exógeno.
 - D) bebês prematuros nascidos com IG < 32 semanas, muito baixo peso ao nascer e idade inferior a 1 ano, com cardiopatias congênitas cianóticas do tipo comunicação interventricular, comunicação interatrial e persistência do canal arterial.
 - E) bebês prematuros nascidos com IG até 28 semanas e 6 dias e idade inferior a 1 ano; crianças menores de 2 anos com doença pulmonar crônica da prematuridade/displasia broncopulmonar; crianças menores de 2 anos com cardiopatia congênita e repercussão hemodinâmica.
39. A genitora trouxe seu bebê com 9 meses à emergência pediátrica, pois ele está apresentando respiração ruidosa, choro rouco e dificuldade para respirar. A mãe refere que o bebê estava sob os cuidados do seu irmão menor, que estava distraíndo ele com brinquedos de peças pequenas. Ao exame físico: taquipneia (FR 55 rpm), tiragem subcostal e intercostal, ausculta pulmonar com estridor, com hipótese diagnóstica de obstrução de via aérea por corpo estranho. Nesse contexto, a enfermeira planeja a assistência de enfermagem elaborando e priorizando o seguinte diagnóstico de enfermagem:
- A) padrão respiratório ineficaz, relacionado à dor, evidenciado por taquipneia, uso de musculatura acessória para respirar, respiração ruidosa e choro rouco.
 - B) desobstrução ineficaz das vias aéreas, relacionada à aspiração de corpo estranho, evidenciada por taquipneia, uso de musculatura acessória para respirar e estridor.
 - C) risco de sufocação, relacionado a objeto pequeno na via aérea provocando obstrução respiratória, evidenciado por respiração ruidosa e choro rouco.
 - D) risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada, relacionado à trauma oral, evidenciado por respiração ruidosa e choro rouco.
 - E) risco de morte súbita do lactente, relacionado a objetos soltos colocados perto do lactente em superfície macia para dormir, evidenciado por respiração ruidosa e dificuldade para respirar.
40. Escolar com 5 anos está apresentando febre, palidez e hepatoesplenomegalia. Durante a investigação, é diagnosticado com leucemia linfóide aguda. O tratamento deve iniciar o mais precoce possível, é prolongado, cerca de 3 anos e envolve quimioterapia venosa e intratecal. Portanto, define-se a inserção de um acesso venoso central de longa permanência, o cateter totalmente implantado para viabilizar o tratamento de forma mais confortável. O manuseio do cateter deve ser realizado por enfermeiro habilitado,
- A) acessando o cateter através da punção com agulha de calibre 25 x 0,7mm.
 - B) acessando o cateter através da punção com scalp de calibre 21G.
 - C) puncionando o cateter com técnica estéril, utilizando agulha de Huber.
 - D) puncionando o cateter com técnica estéril, utilizando scalp de calibre 23G.
 - E) puncionando o cateter através da punção com agulha de calibre 25 x 0,8mm.

41. Sobre o acompanhamento da criança na consulta de puericultura, destacam-se a monitorização e a avaliação do crescimento. Para isso, utilizam-se a antropometria e o registro nos gráficos de peso, comprimento, perímetro cefálico e IMC, todos conforme a idade da criança, presentes na Caderneta da Criança do Ministério da Saúde. Nesse sentido, mediante a análise desses gráficos, é possível verificar que:
- A) os traçados que se desviam muito e cruzam uma outra linha não necessitam de investigação adicional, pois não indicam risco à saúde da criança.
 - B) a curva de crescimento de uma criança que está crescendo adequadamente tende a seguir um traçado paralelo à linha verde, que pode estar situado entre as linhas laranjas ou entre as linhas vermelhas.
 - C) em relação às curvas de perímetro cefálico, as alterações do crescimento da cabeça correspondem às alterações identificadas na avaliação do desenvolvimento.
 - D) os desvios rápidos das curvas de crescimento da criança, tanto para cima quanto para baixo, não necessitam ser investigados.
 - E) para avaliar o crescimento das crianças nascidas pré-termo até 1 ano, não é necessário calcular a idade corrigida, uma vez que utilizam-se as curvas padronizadas da OMS.
42. Ao longo dos anos, importantes iniciativas foram construídas e implementadas para melhoria da saúde e redução da mortalidade infantil no Brasil. Sobre essas iniciativas, destacam-se o Programa Nacional de Imunização-PNI (1973), a criação do SUS (1988), o Estatuto da criança e do adolescente-ECA (1990) e a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância-AIDPI (1997), os quais contribuíram para a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança-PNAISC (2015) que está estruturada:
- A) em sete eixos estratégicos, que têm como finalidade orientar os gestores e trabalhadores de saúde nas suas prioridades, permitindo a integralidade da atenção e o pleno desenvolvimento da criança, com a Atenção Básica como coordenadora das ações.
 - B) em diretrizes estratégicas que orientam essa política, com ênfase na transparência dos indicadores relacionados à saúde da criança.
 - C) em cinco eixos estratégicos, que têm como finalidade qualificar os gestores e trabalhadores de saúde nos três níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária).
 - D) em três eixos doutrinários, os quais garantem o direito à saúde através da descentralização, regionalização e hierarquização.
 - E) na atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido.
43. Na enfermaria pediátrica do Hospital Municipal de Sertânia, uma mãe grita por socorro, pois seu bebê de 6 meses está sem respirar. Ao se aproximar do bebê, a enfermeira inicia rapidamente seu atendimento, avaliando
- A) se o bebê está respirando, ao mesmo tempo em que palpa o pulso carotídeo em no máximo 10 segundos.
 - B) se o bebê está respirando, ao mesmo tempo em que palpa o pulso femoral em no máximo 10 segundos.
 - C) se o bebê está respirando, ao mesmo tempo em que verifica a pressão arterial e presença de cianose.
 - D) se o bebê está respirando, ao mesmo tempo em que determina o nível de consciência.
 - E) se o bebê está respirando, ao mesmo tempo em que palpa o pulso braquial em no máximo 10 segundos.
44. Na enfermaria de um hospital privado, uma criança de 10 meses, pesando 9 kg, apresentou parada cardiorrespiratória no ritmo de fibrilação ventricular. Nesse caso, a primeira desfibrilação deve ser realizada com a seguinte carga em joules:
- A) 27J
 - B) 9J
 - C) 4,5J
 - D) 2J
 - E) 18J

45. Diante da admissão de uma criança com 7 meses de idade na UTI Pediátrica de um hospital de referência em doenças infectocontagiosas, apresentando desconforto respiratório, tosse, febre e exantema maculopapular difuso, com hipótese diagnóstica de sarampo. A equipe de enfermagem deve planejar a admissão e assistência à criança do ponto de vista da biossegurança e segurança do paciente, considerando que:
- A) a criança deve ser admitida em leito de isolamento respiratório por até 4 dias após o término do exantema; os profissionais devem usar máscara cirúrgica; somente os profissionais previamente vacinados devem prestar assistência à criança; realizar notificação do caso suspeito; garantir a adequada coleta e envio das amostras laboratoriais.
 - B) a criança deve ser admitida em leito pediátrico comum; os profissionais devem utilizar equipamentos de proteção individual, conforme precaução padrão; deve-se assegurar a vacinação de todos os profissionais envolvidos na assistência à criança; garantir a adequada coleta e envio de amostras laboratoriais; administrar antibioticoterapia por no mínimo 24 horas ou confirmação diagnóstica.
 - C) a criança deve ser admitida em leito pediátrico comum; os profissionais devem usar máscara cirúrgica durante a assistência; notificar o caso suspeito; garantir a coleta e envio das amostras laboratoriais; administrar antibioticoterapia por no mínimo 24 horas ou até resultado dos exames laboratoriais.
 - D) a criança deve ser admitida em leito de isolamento respiratório e ser mantida por até 4 dias após o início do exantema; os profissionais devem usar máscara N95; deve-se assegurar a vacinação de todos os profissionais envolvidos na assistência à criança, caso não sejam previamente vacinados; notificar o caso suspeito em até 24 horas; garantir a adequada coleta e envio das amostras laboratoriais.
 - E) a criança deve ser admitida em leito pediátrico, os profissionais devem utilizar equipamentos de proteção individual, conforme precaução padrão; realizar notificação do caso suspeito em até 48 horas; administrar antibioticoterapia por no mínimo 24 horas; todos os profissionais envolvidos na assistência à criança devem ser previamente vacinados.
46. Apesar do Brasil ter conquistado a Certificação Internacional de Área Livre do Sarampo, o cenário global exerce influência sobre a reintrodução da doença no país. Diante desse cenário, em 2025 o Ministério da saúde estabeleceu como estratégia:
- A) reforçar esquema vacinal de duas doses, com tríplice viral aos 12 meses e tetra viral aos 15 meses, além de realizar busca ativa de contactantes e vacinação de bloqueio com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão.
 - B) reforçar esquema vacinal completo, com vacina tríplice viral aos 9 meses de idade, além de intensificar as ações de vigilância epidemiológica, com ênfase na busca ativa de casos suspeitos e investigação diagnóstica.
 - C) inclusão da dose zero da vacina contra sarampo para crianças entre 6 meses e 11 meses e 29 dias dos estados de Roraima, Amapá, Pará, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e São Paulo, considerando sua vulnerabilidade epidemiológica.
 - D) realizar campanha de vacinação contra o sarampo direcionada aos profissionais de saúde, principalmente os que trabalham na assistência neonatal e pediátrica, além de doses de reforço em creches e berçários da região.
 - E) realizar vacinação de bloqueio, com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão, além de realizar investigação rápida e eficaz dos casos suspeitos através da coleta e análise de amostras sanguíneas, secreções nasofaríngeas e urinárias.

47. Pré-escolar com 2 anos de idade, gênero feminino, é internada na enfermaria pediátrica com diagnóstico de infecção do trato urinário. No histórico de enfermagem, a genitora relata que a criança chora durante a micção, que prende o xixi por causa da dor e hoje está com febre. Nessa situação, a enfermeira deverá definir e implementar as seguintes intervenções de enfermagem para essa criança e sua família:
- A) preparar a criança e explicar aos pais sobre a necessidade da coleta de urina sem contaminação, através de sonda vesical de alívio; orientar os pais sobre as medidas preventivas após alta hospitalar: higiene genital, no sentido de frente para trás; usar troninho ou vaso com assento redutor e pés apoiados.
 - B) administrar medicamentos conforme prescrição; verificar e registrar sinais vitais a cada 6 horas; realizar higiene genital utilizando sempre antisséptico tópico; instalar e manter criança com sonda vesical de demora durante internamento para facilitar a coleta de amostras urinárias seriadas; tratar verminoses.
 - C) manter a criança em uso de fraldas descartáveis; realizar higiene genital com antisséptico degermante antes de instalar saco coletor para coleta de amostra urinária; verificar e registrar sinais vitais a cada 8 horas; administrar analgésico venoso conforme prescrição médica.
 - D) restringir a ingesta de líquidos durante o internamento hospitalar; realizar higiene genital com sabonete líquido infantil; instalar saco coletor para coleta de amostra urinária; manter a criança em uso de fraldas descartáveis; verificar e registrar sinais vitais a cada 6 horas.
 - E) verificar e registrar a temperatura axilar nos três turnos; ensinar à genitora como coletar amostra urinária, sem contaminação, utilizando saco coletor e envio ao laboratório, para análise; administrar analgésico conforme prescrição médica; iniciar suplementação de vitamina C.
48. O empreendedorismo na enfermagem representa uma oportunidade promissora de melhor colocação no mercado de trabalho, como acontece nas clínicas de vacinação. Como uma grande parte das vacinas no Brasil são ofertadas pelo sistema público de saúde, as clínicas privadas necessitam desenvolver benefícios e estratégias diferenciadas para conquistar e fidelizar sua clientela. Nesse sentido, para a abertura de uma clínica de vacinas, é necessário, no mínimo:
- A) espaço físico adequado, com sala de recepção, banheiro, sala administrativa e sala de vacina; equipamentos de refrigeração ambiental e geladeiras para armazenamento dos imunobiológicos; equipe de enfermagem treinada e profissional de saúde de nível superior como responsável técnico; transporte próprio para atendimento domiciliar.
 - B) recursos humanos habilitados e com treinamento em vacinas; infraestrutura adequada, com rede de frios, equipamentos e insumos necessários, além de alvará da Prefeitura e registro nos órgãos competentes, conforme legislação sanitária; sistema de agendamento informatizado; transporte próprio para atendimento domiciliar.
 - C) infraestrutura com espaço físico adequado para armazenamento de imunobiológicos; geladeiras amplas, com termômetros internos e externos; profissional de saúde de nível superior como responsável técnico; conhecimento em gestão, mercado, investimento e marketing digital; métodos alternativos para minimizar a dor no momento da aplicação da vacina.
 - D) espaço físico adequado; geladeiras para armazenamento dos imunobiológicos; demais equipamentos e insumos necessários conforme legislação vigente; no mínimo três técnicos de enfermagem com treinamento em vacinas injetáveis; sistema de agendamento informatizado; transporte próprio para atendimento domiciliar.
 - E) alvará junto à Prefeitura; CNPJ com CNAE; licença e registro da Vigilância Sanitária e do Corpo de Bombeiros; registro junto ao conselho de classe do responsável técnico, podendo ser enfermeiro; espaço físico adequado com climatização, câmaras refrigeradas, termômetros e gerador de energia; plano de gerenciamento de resíduos e equipe de enfermagem treinada e habilitada em vacinas.

49. Lactente, 8 meses e 9 kg, é atendido na emergência pediátrica do Hospital Regional. A genitora refere que seu filho está com diarreia há dois dias e que hoje está muito quieto e não consegue se alimentar. Ao exame físico, a enfermeira identifica olhos muito fundos e secos, sinal da prega cutânea desaparece muito lentamente (+ 2 segundos) e pulso periférico fraco. Nessa situação, deve-se:
- A) orientar a genitora a oferecer maior quantidade de líquidos que o habitual, incluindo líquidos caseiros, água de arroz, sucos, chás e sopas para prevenir desidratação; manter alimentação habitual; enfatizar sobre práticas de higiene nos cuidados com o bebê, na troca de fraldas, assim como no preparo dos alimentos.
 - B) iniciar hidratação através de gastróclise ou sonda nasogástrica com 400ml de soro caseiro ou com soro de reidratação oral (SRO); administrar zinco 20 mg uma vez ao dia, durante 10 dias; iniciar uso de probióticos orais duas vezes ao dia para equilibrar a flora intestinal e iniciar ferro profilático.
 - C) indicar internamento hospitalar e hidratação venosa: fase rápida 270 ml de soro fisiológico 0,9% em 1 hora; fase de manutenção 720 ml de soro glicosado 5% + 180 ml de soro fisiológico 0,9% + 18 ml de KCl 10% em 24h; fase de reposição 225 ml soro glicosado 5% + 225 ml de soro fisiológico 0,9%.
 - D) oferecer soro de reidratação oral (SRO) 450-900ml no período de 4 a 6 horas; orientar a genitora sobre o preparo e validade do SRO, utilizando sempre água potável em até 24h após o preparo; manter criança na unidade de saúde até reidratação completa; suplementar com sulfato ferroso e vitamina D.
 - E) orientar a genitora a tratar a desidratação leve do bebê no domicílio, oferecendo soro caseiro; orientar a genitora sobre o preparo do soro caseiro, fornecendo colher com medida padronizada e recomendações sobre práticas de higiene no preparo dos alimentos e utensílios domésticos.
50. Conforme as Diretrizes da American Heart Association, 2020, a reanimação cardiopulmonar (RCP) em crianças utiliza como critérios de qualidade:
- A) frequência de compressão 100/min; permitir o retorno completo do tórax entre as compressões; minimizar a interrupção entre as compressões; alternar os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos, ou antes, em caso de fadiga; não hiperventilar; profundidade de compressão $\frac{1}{2}$ do diâmetro do tórax; relação compressão-ventilação de 15:2; realizar intubação orotraqueal.
 - B) frequência de compressão 80-100/min; profundidade de compressão $\frac{1}{3}$ do diâmetro do tórax; minimizar a interrupção entre as compressões; alternar os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos, independente de fadiga; se tiver via aérea avançada, fazer compressões contínuas; não hiperventilar; administrar o primeiro choque para desfibrilação.
 - C) frequência de compressão 100-120/min; profundidade de compressão $\frac{1}{3}$ do diâmetro do tórax; permitir o retorno completo do tórax entre as compressões; minimizar interrupção entre as compressões; alternar os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos, ou antes, em caso de fadiga; não hiperventilar; se não tiver via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 15:2.
 - D) frequência de compressão 100-120/min; permitir o retorno completo do tórax entre as compressões; minimizar interrupções entre as compressões; alternar os responsáveis pelas compressões, sempre que necessário; profundidade de compressão $\frac{1}{2}$ do diâmetro do tórax; se não tiver via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 30:2.
 - E) frequência de compressão 100/min; permitir o retorno completo do tórax entre as compressões; minimizar a interrupção entre as compressões; instalar máscara laríngea; utilizar capnografia quantitativa com forma de onda PETCO₂; profundidade de compressão $\frac{1}{3}$ do diâmetro do tórax; relação compressão-ventilação de 30:2; administrar o primeiro choque para desfibrilação.

