

Domingo de manhã

GHC – GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO/RS CONCURSO PÚBLICO Nº 03/2025

16 – MÉDICO (MEDICINA INTENSIVA)

Instruções

Leia atentamente e cumpra rigorosamente as instruções que seguem, pois elas são parte integrante das provas e das normas que regem esse certame.

1. Atente-se aos avisos contidos no quadro da sala e aguarde o 2º sinal sonoro para **abrir** este caderno de questões e **iniciar** a prova.
2. Seus pertences deverão estar armazenados dentro do saco plástico fornecido pelo fiscal, permanecendo em sua posse somente caneta esferográfica de ponta grossa, de material transparente, com tinta preferencialmente preta, lanche e água, se houver. A utilização de qualquer material não permitido em edital é expressamente proibida, acarretando a sua imediata exclusão do certame.
3. Após o 2º sinal, certifique-se de que este caderno de questões:
 - contém 40 (quarenta) questões;
 - **refere-se ao número e ao cargo para o qual realizou a inscrição.**
4. Cada questão oferece 5 (cinco) alternativas de respostas, representadas pelas letras A, B, C, D e E, sendo apenas 1 (uma) a resposta correta.
5. O candidato deve assinar a(s) sua(s) Folha(s) Definitivas de Resposta(s), sob pena de eliminação.
6. Será respeitado o tempo para realização da prova conforme previsto em edital, incluindo o preenchimento da grade de respostas.
7. Haverá o toque do 3º sinal sonoro de encerramento das provas, conforme controle do quadro de sala.
8. Os três últimos candidatos deverão retirar-se da sala de prova ao mesmo tempo, devendo assinar a Ata de Prova.
9. A responsabilidade referente à interpretação dos conteúdos das questões é exclusiva do candidato.
10. No caderno de questões, você poderá rabiscar, riscar e calcular.
11. Os gabaritos preliminares da prova objetiva serão divulgados na data descrita no Cronograma de Execução desse certame.

Controle de
QUALIDADE
Fundatec



V2_02/10/2025 13:44:05

Eco
Friendly
A Fundatec utiliza papel
com certificação florestal
e tinta biodegradável.

Concursos
fundatec
ISO 9001

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

QUESTÃO 01 – Assinale a alternativa que apresenta o novo princípio incorporado ao Sistema Único de Saúde (SUS) em abril de 2025.

- A) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.
- B) Descentralização político-administrativa.
- C) Atenção humanizada.
- D) Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde.
- E) Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

QUESTÃO 02 – O art. 199 da Constituição Federal de 1988 dispõe que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Nesse sentido, assinale a alternativa que explica corretamente o referido artigo.

- A) Institui que o setor privado pode atuar na saúde seguindo sua própria regulamentação e com liberdade de mercado.
- B) Autoriza a participação da iniciativa privada na assistência à saúde, de forma complementar ao SUS e sob as regras estabelecidas pelo Estado.
- C) Garante que os serviços de saúde do SUS sejam prestados exclusivamente pelo setor público, sem a participação do setor privado.
- D) Estabelece que empresas estrangeiras podem instalar livremente hospitais no Brasil, sem necessidade de autorização específica.
- E) Determina que os serviços de saúde privados não podem estabelecer relação contratual com o SUS.

QUESTÃO 03 – Com base na Cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) Gestão e Formação no Processo de Trabalho, do Ministério da Saúde – HumanizaSUS, relacione a Coluna 1 à Coluna 2, associando os elementos do processo de trabalho às suas respectivas características.

Coluna 1

1. Organização.
2. Regulação.
3. Criação.
4. Gestão coletiva.

Coluna 2

- () Forma específica de agir, de se relacionar com os colegas e o estabelecimento de regras específicas na divisão de tarefas.
- () É efetivada na interação entre os trabalhadores, em uma dinâmica que perpassa diferentes pontos de vista particulares, visto que o trabalho é constituído por um conjunto de atividades simultâneas, que possuem características diferentes e são exercidas por trabalhadores de diversas áreas, com saberes e experiências específicas.
- () Fundamental para a promoção de saúde nos locais de trabalho em que se compreendem as situações nas quais os sujeitos trabalhadores afirmam sua capacidade de intervenção no processo de tomada de decisões no âmbito das organizações de saúde.
- () Evita fazer a tarefa de forma mecânica, em um processo de aprendizagem e desaprendizagem permanente, uma vez que questiona as prescrições e constrói outros modos de trabalhar para dar conta de uma situação nova e imprevisível.

A ordem correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é:

- A) 1 – 2 – 4 – 3.
- B) 2 – 1 – 3 – 4.
- C) 2 – 1 – 4 – 3.
- D) 3 – 4 – 1 – 2.
- E) 4 – 3 – 2 – 1.

QUESTÃO 04 – Considerando o campo das práticas de saúde, analise a citação abaixo e assinale a alternativa que traz uma reflexão alinhada a ela.

“ [...] quiçá, então, se possam fortalecer os necessitados, em lugar de debilitá-los; possibilitar sua inserção em novas redes sociais, e não estimular seu isolamento; reconhecer neles sujeitos capazes de decisão e diálogo, e não reforçar estratégias de infantilização” (Caponi, 2000).

- A) Reforça o controle, vigilância e medicalização da vida.
- B) Corrobora a ideia das posições determinadas, a saber, um cuidador e alguém a ser cuidado.
- C) Fortalece a tendência de que o profissional da saúde sabe de antemão o que é melhor para o seu paciente e é treinado para, a partir da queixa, diagnosticar e intervir na cura do corpo doente.
- D) Trata sobre fazer saúde junto com o outro e não para o outro, ampliando o grau de autonomia dos atores envolvidos.
- E) Promove a obediência e a relação com a patologia, com a predominância dos aspectos biológicos, em detrimento do sujeito portador de sofrimento.

QUESTÃO 05 – Em relação ao método da tríplice inclusão da Política Nacional de Humanização, analise a sentença abaixo:

A perturbação que a inclusão dos sujeitos e dos coletivos produz nos modos de governar os serviços de saúde e nas relações clínicas é um dos tripés do método da tríplice inclusão (**1ª parte**). Pode-se perceber que a inclusão produz movimentos ambíguos, os quais precisam ser suportados e sustentados por práticas de gestão que tolerem o convívio da diferença (**2ª parte**). O principal efeito da inclusão, do incluir o que não sou eu, é produzir perturbação e estranhamento nas práticas cotidianas de trabalho, sendo daí que nascem movimentos que fomentam mudanças, pois elas tendem a desestabilizar o que está dado (**3ª parte**).

Quais partes estão corretas?

- A) Apenas a 1ª parte.
- B) Apenas a 3ª parte.
- C) Apenas a 1ª e a 2ª partes.
- D) Apenas a 2ª e a 3ª partes.
- E) Todas as partes.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

QUESTÃO 06 – O hemograma está entre os exames laboratoriais mais solicitados na prática médica. Sobre esse exame e seus resultados, é INCORRETO afirmar que:

- A) O hemograma é relevante para a investigação diagnóstica, o monitoramento de doenças e a avaliação de resposta terapêutica.
- B) À hematoscopia, entre as alterações na série eritrocítica, enquadra-se o pontilhado basofílico observado na intoxicação pelo chumbo.
- C) Em pacientes adultos, o volume corpuscular médio abaixo de 80 femtolitros está frequentemente associado à deficiência de vitamina B12 e de folato.
- D) O hematócrito sofre influência do componente plasmático e pode ser subestimado em situações de hemodiluição em gestantes.
- E) A baixa contagem de plaquetas pode indicar trombocitopenia imune, coagulopatia de consumo e infecções virais.

QUESTÃO 07 – Em relação ao angioedema (AE), analise as seguintes assertivas:

- I. É mediado por mastócitos ou por bradicinina.
- II. Os pacientes com AE por bradicinina, potencialmente menos grave, têm melhor resposta terapêutica com os anti-histamínicos e corticosteroides.
- III. O AE mediado por mastócitos é o mais incomum, raramente é acompanhado por urticas pruriginosas e leva de 5 a 7 dias para regredir.

Quais estão corretas?

- A) Apenas I.
- B) Apenas III.
- C) Apenas I e II.
- D) Apenas II e III.
- E) I, II e III.

QUESTÃO 08 – A respeito de situações de emergência, reconhecimento, condutas e manejo, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) No campo dos transtornos mentais, são exemplos de fatores de risco importantes no comportamento suicida de pessoas: história prévia de tentativa de suicídio, associação de depressão com ansiedade, abuso de álcool e outras substâncias, esquizofrenia, estresse pós-traumático e *delirium*.
- B) Nas situações de transtornos mentais com comportamento suicida, são condições de agravamento: sentimentos de desesperança, rompimento de relações afetivas, desemprego, dor ou doença crônica, abusos físicos, sexuais e morais na infância, morar em regiões rurais, e ter acesso a armas.
- C) No atendimento às emergências por trauma cranioencefálico, a avaliação pela Escala de Coma de Glasgow em indivíduo com abertura ocular com resposta à voz, resposta verbal estando orientado e interagindo, resposta motora que obedece a comandos, atinge escore de 9 a 12, grau de trauma moderado.
- D) Entre as medidas de manejo em pessoas com afogamento mais graves, com hipoxemia cerebral devido à aspiração pulmonar, há indicação de oxigenação e ventilação, sonda nasogástrica para decompressão do estômago, infusão de manitol em caso de edema cerebral e correção de distúrbios hidreletrolíticos.
- E) Em pacientes com psicose, agitação psicomotora e comportamento violento, o manejo com haloperidol IM associado com prometazina favorece o efeito antipsicótico, sedativo e ansiolítico, podendo ser usado midazolam IM em casos de extrapiramidalismo severo com uso de antipsicóticos típicos.

QUESTÃO 09 – Paciente de 72 anos de idade, normoglicêmico, internado há duas semanas com insuficiência cardíaca, em quarto individual. Na sequência, foi transferido à UTI por apresentar quadro complicado por pneumonia, que foi atribuída ao sistema de água de abastecimento do hospital, colonizado por bacilo gram-negativo. Teve manifestações de dor muscular, dor abdominal, febre, tosse produtiva, derrame pleural e hiponatremia. Na investigação diagnóstica, foi utilizado um teste para antígeno urinário da bactéria. O agente etiológico mais provável desse caso clínico é:

- A) *Brucella*.
- B) *Streptococo*.
- C) *Francisella*.
- D) *Legionella*.
- E) *Pseudomonas*.

QUESTÃO 10 – A epidemiologia trouxe importantes contribuições que são utilizadas na interpretação da literatura médica para exames diagnósticos. Nesse sentido, analise as assertivas abaixo e assinale V, se verdadeiras, ou F, se falsas.

- () A probabilidade pré-teste pode ser estimada a partir da prevalência da doença na população e por calculadoras de risco clínico ou experiência clínica, caso não haja ferramentas baseadas em evidência.
- () Um exame com resultado negativo tende a ser realmente negativo quando a prevalência da doença na população testada é baixa.
- () Quando a probabilidade pré-teste de doença do paciente e a razão de probabilidade ou razão de verossimilhança são conhecidas, um nomograma pode ser utilizado para estimar a probabilidade pós-teste de doença.

A ordem correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é:

- A) V – V – V.
- B) V – V – F.
- C) V – F – V.
- D) F – F – V.
- E) F – F – F.

QUESTÃO 11 – A respeito do atendimento e avaliação de pacientes que apresentam cianose, analise as assertivas abaixo:

- I. São causas de cianose periférica: redução do oxigênio inspirado em altitudes elevadas e redução da saturação arterial de oxigênio.
- II. A cianose central não pode ocorrer sem dessaturação arterial e com pressão parcial de oxigênio normal nos casos em que há anomalias da hemoglobina, como metemoglobinemia.
- III. No exame clínico, a combinação de baqueteamento digital e cianose levanta a possibilidade diagnóstica de doença cardíaca congênita.

Quais estão corretas?

- A) Apenas I.
- B) Apenas III.
- C) Apenas I e II.
- D) Apenas II e III.
- E) I, II e III.

QUESTÃO 12 – A respeito das características de distúrbios acidobásicos ou eletrolíticos, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O envenenamento por álcool metílico e salicilatos são causas de acidose metabólica.
- B) Na acidose respiratória, um aspecto relevante para o raciocínio diagnóstico é considerar a hipoventilação alveolar.
- C) Na hipernatremia, a sede intensa é uma queixa frequente em pacientes que não têm alteração do estado mental.
- D) A cirrose em fase terminal é causa de alcalose respiratória crônica.
- E) Na hipermagnesemia, a hiperreflexia é um dos principais sinais para o diagnóstico.

QUESTÃO 13 – A _____ é fator de risco para a ocorrência de pré-eclâmpsia. A terapia antioxidante com suplementação de vitamina C, recomendada em gestantes com risco aumentado para pré-eclâmpsia, _____ proteção para o desenvolvimento da doença. Quando há presença concomitante de aumento da pressão arterial e de proteinúria após a 20ª semana gestacional em uma paciente primigesta, com história familiar de mãe com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, a probabilidade de pré-eclâmpsia é maior que _____.

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do trecho acima.

- A) idade materna acima de 18 anos – confere – 30%
- B) primigestação – confere – 30%
- C) hipertensão arterial crônica – confere – 30%
- D) gestação gemelar – confere – 50%
- E) gestação molar – não confere – 90%

QUESTÃO 14 – Os indicadores podem ser utilizados na avaliação de serviços de saúde, sendo alguns atributos da qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde fundamentais para os profissionais de saúde e para os agentes públicos aprimorarem a assistência à população, alicerçados pela epidemiologia. Nesse sentido, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A morbidade hospitalar, incluindo a distribuição das internações por causa, idade, sexo, altas, média de permanência, procedência, entre outros itens, é exemplo de indicador utilizado em análise de resultados ou impacto nos serviços de saúde.
- B) Um exemplo de indicador hospitalar de processo é a taxa de infecção hospitalar, representada pela razão entre o número de infecções atribuíveis ao hospital em determinado período e o número de egressos no mesmo período, em porcentagem.
- C) Os recursos e insumos; as políticas de saúde definidas; a organização dos níveis de atenção à saúde devidamente hierarquizados e referenciados constituem exemplos de indicadores utilizados na análise da estrutura dos serviços de saúde.
- D) Como atributo da qualidade das atividades executadas nos serviços de saúde, a eficácia significa a capacidade de produzir o efeito desejado de melhora na saúde, obtido na realidade ou esperado na prática diária.
- E) Como atributo da qualidade das atividades executadas nos serviços de saúde, a eficiência é a medida de custos de qualquer melhora na saúde, pois se duas estratégias são igualmente efetivas, a que custar menos será a mais eficiente.

QUESTÃO 15 – Em relação às situações de emergências, relacione a Coluna 1 à Coluna 2, associando as seguintes síndromes tóxicas aos seus respectivos agentes envolvidos.

Coluna 1

- 1. Anticolinérgica.
- 2. Colinérgica.
- 3. Serotoninérgica.

Coluna 2

- () Alcaloides da beladona.
- () Fisostigmina.
- () Inibidores da monoaminoxidase.

A ordem correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é:

- A) 1 – 2 – 3.
- B) 1 – 3 – 2.
- C) 2 – 1 – 3.
- D) 2 – 3 – 1.
- E) 3 – 1 – 2.

QUESTÃO 16 – Um homem de 68 anos, com histórico de infarto prévio, insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER), classe funcional III (NYHA), é admitido na UTI com quadro de dispneia intensa há 12 horas. Ao exame, está taquipneico (FR 30 irpm), SpO₂ 88% em ar ambiente, PA 85x55 mmHg, FC 112 bpm, turgor jugular aumentado, estertores bibasais, extremidades frias e perfusão capilar lenta. Lactato 3,9 mmol/L. Gasometria: pH 7,32, PaCO₂ 48 mmHg, PaO₂ 62 mmHg e HCO₃⁻ 21 mEq/L. Ecocardiograma à beira-leito mostra fração de ejeção de 25%, cavidades esquerdas dilatadas e disfunção ventricular direita moderada. Qual é a conduta mais adequada e prioritária para o manejo inicial desse paciente?

- A) Iniciar diurético de alça em altas doses endovenosas para rápida resolução do edema pulmonar.
- B) Administrar nitroprussiato de sódio para redução da pós-carga e melhora da contratilidade cardíaca.
- C) Iniciar norepinefrina e considerar dobutamina para suporte hemodinâmico e melhora da perfusão.
- D) Intubação orotraqueal imediata para proteção de via aérea e controle da hipoxemia.
- E) Administrar betabloqueador de curta ação para controle da frequência cardíaca e reduzir consumo de O₂.

QUESTÃO 17 – Homem, 56 anos, previamente hígido, é admitido em UTI com pneumonia grave. Após intubação, apresenta PaO₂/FiO₂ = 80 mmHg sob PEEP 12 cmH₂O, caracterizando SDRA grave. Apesar de ventilação protetora (6 mL/kg peso predito, pressão platô <30 cmH₂O), a hipoxemia persiste. Segundo evidências de ensaios clínicos randomizados (Guérin *et al.*, 2013), qual intervenção, quando iniciada precocemente e aplicada por sessões prolongadas, demonstrou redução significativa da mortalidade em pacientes adultos com SDRA grave?

- A) Pronação em decúbito ventral, mantida por pelo menos 16 horas/dia.
- B) Bloqueio neuromuscular contínuo por 48 horas com cisatracúrio.
- C) Ventilação oscilatória de alta frequência (HFOV).
- D) Estratégia de titulação de PEEP baseada em *driving pressure*.
- E) Uso rotineiro de óxido nítrico inalatório.

QUESTÃO 18 – Homem, 64 anos, com pneumonia comunitária grave, evolui com choque séptico. Após reposição inicial com 30 mL/kg de cristalóide balanceado, mantém PAM 55 mmHg, lactato 4,2 mmol/L e débito urinário <0,3 mL/kg/h. Está em ritmo sinusal, FC 118 bpm, sem sinais de disfunção ventricular direita ou esquerda ao ecocardiograma à beira-leito. Segundo as recomendações atuais da Surviving Sepsis Campaign 2021 e evidências de ensaios clínicos, qual é a conduta farmacológica inicial mais apropriada para suporte vasopressor nesse paciente?

- A) Iniciar dopamina em infusão contínua, por ter efeito inotrópico e ser útil em pacientes com bradicardia.
- B) Administrar vasopressina em baixa dose (0,03 UI/min) como droga de escolha inicial.
- C) Iniciar noradrenalina como vasopressor de primeira linha, titulando para manter PAM ≥65 mmHg.
- D) Utilizar adrenalina como droga inicial, preferindo-a à noradrenalina em pacientes com choque séptico.
- E) Iniciar fenilefrina, pois é agonista α1 puro e evita taquiarritmia associada a catecolaminas mistas.

QUESTÃO 19 – Mulher, 42 anos, com diagnóstico prévio de doença de Graves, apresenta febre de 39,5 °C, taquicardia persistente (FC 155 bpm), confusão mental e vômitos. Ela havia interrompido espontaneamente o uso de metimazol há 10 dias. Exames laboratoriais mostram T4 livre elevado e TSH indetectável. Sobre a fisiopatologia da crise tireotóxica, assinale a alternativa correta.

- A) A crise ocorre devido exclusivamente à produção excessiva de T4, sendo a T3 pouco relevante na intensidade dos sintomas.
- B) A crise tireotóxica resulta da liberação súbita de hormônios tireoidianos armazenados na tireoide, além de fatores precipitantes que amplificam a resposta simpática.
- C) A instabilidade hemodinâmica é causada principalmente por aumento da resistência vascular sistêmica, levando à hipertensão diastólica predominante.
- D) O aumento da sensibilidade às catecolaminas é secundário à elevação do TSH, que amplifica o efeito adrenérgico periférico.
- E) A crise ocorre apenas em pacientes com tireotoxicose não tratada, independentemente de fatores precipitantes como infecção ou cirurgia.

QUESTÃO 20 – Homem, 68 anos, histórico de infarto agudo do miocárdio com disfunção ventricular esquerda grave (FE 28%), é admitido em UTI com hipotensão persistente (PAM 50 mmHg), oligúria e lactato sérico 5,2 mmol/L, apesar de reposição volêmica. Avaliação pelo cateter de artéria pulmonar mostra débito cardíaco baixo, pressão capilar pulmonar elevada e resistência vascular sistêmica aumentada. Em relação à fisiopatologia do choque cardiogênico, assinale a alternativa correta.

- A) A principal alteração hemodinâmica é o aumento do débito cardíaco com redução da resistência vascular sistêmica.
- B) O choque cardiogênico envolve redução do débito cardíaco devido à disfunção contrátil, levando à congestão venosa sistêmica e hipoperfusão tecidual.
- C) A hipotensão ocorre primariamente por vasodilatação periférica induzida por mediadores inflamatórios, sendo o débito cardíaco geralmente preservado.
- D) O aumento da pressão de enchimento ventricular direito é compensatório e indica hiperperfusão renal.
- E) O choque cardiogênico depende exclusivamente de disfunção ventricular direita, enquanto a função esquerda é irrelevante para a instabilidade hemodinâmica.

QUESTÃO 21 – Mulher, 55 anos, internada com sepse secundária à pielonefrite, evolui com hipotensão refratária a cristaloides, oligúria e aumento progressivo do lactato sérico (6,1 mmol/L). Exames laboratoriais mostram elevação de bilirrubina, enzimas hepáticas e creatinina sérica. Marcadores inflamatórios como procalcitonina e IL-6 estão elevados. Assinale a alternativa correta sobre a fisiopatologia da disfunção orgânica múltipla na sepse.

- A) A disfunção orgânica ocorre principalmente por hipóxia tecidual causada por queda de débito cardíaco, sendo rara a alteração microcirculatória.
- B) O aumento do lactato na sepse é exclusivamente consequência de hipóxia tecidual global.
- C) A disfunção de múltiplos órgãos envolve tanto alterações macro-hemodinâmicas quanto microcirculatórias, além de respostas inflamatórias sistêmicas e metabólicas desreguladas.
- D) A elevação de IL-6 e citocinas pró-inflamatórias é benéfica, não contribuindo para lesão de órgãos.
- E) O fígado e os rins raramente são afetados em sepse grave, permanecendo estáveis mesmo na presença de hipotensão persistente.

QUESTÃO 22 – Homem, 60 anos, com SDRA grave secundária à pneumonia, está sedado e ventilado mecanicamente. Apesar da ventilação protetora (Vt 6 mL/kg PBW, platô <30 cmH₂O), mantém hipoxemia persistente (PaO₂/FiO₂ = 70 mmHg) nas primeiras 12 horas. A equipe discute o uso de bloqueio neuromuscular (BNM). Considerando evidências de ensaios clínicos randomizados (Papazian *et al.*, 2010) e diretrizes atuais, assinale a alternativa correta sobre o BNM.

- A) Deve ser utilizado de rotina em todos os pacientes com SDRA grave, independentemente do tempo de início ou profundidade da sedação.
- B) Aumenta a mortalidade e deve ser evitado mesmo em SDRA grave com hipoxemia refratária.
- C) O uso prolongado (>72 horas) é recomendado como estratégia primária de ventilação protetora.
- D) Não tem efeito sobre ventilação mecânica e deve ser utilizado apenas por questões de conforto do paciente.
- E) O uso contínuo por 48 horas pode melhorar desfechos em SDRA grave quando iniciado precocemente em pacientes profundamente sedados.

QUESTÃO 23 – Homem, 45 anos, previamente saudável, evolui com SDRA grave secundária à influenza A. Apesar de ventilação protetora (Vt 6 mL/kg PBW, platô 28 cmH₂O), PEEP otimizada e *prone position*, mantém PaO₂/FiO₂ = 55 mmHg e acidose respiratória grave (pH 7,18, PaCO₂ 72 mmHg). Considerando indicações, fisiologia e evidências clínicas, assinale a alternativa correta sobre o uso de ECMO venovenosa em SDRA grave.

- A) É indicada como primeira linha em todos os pacientes com SDRA, independentemente da resposta à ventilação protetora.
- B) Substitui completamente o pulmão, eliminando a necessidade de ventilação mecânica.
- C) Deve ser considerada em SDRA grave refratária às estratégias convencionais, como ventilação protetora otimizada, PEEP adequada e pronação, podendo melhorar sobrevida em centros especializados.
- D) A sua principal função é aumentar a perfusão miocárdica em pacientes com choque cardiogênico.
- E) Aumenta mortalidade e, portanto, deve ser evitada mesmo em SDRA grave refratária, segundo evidência clínica.

QUESTÃO 24 – Homem, 72 anos, internado em UTI por sepse grave, permanece intubado há 5 dias. Recebe sedação contínua com propofol em doses moderadas. Nas últimas 24 horas, apresenta desorientação, agitação intermitente e incapacidade de seguir comandos, compatível com *delirium* agitado. Sobre a fisiopatologia do *delirium* em pacientes críticos, assinale a alternativa correta.

- A) *Delirium* ocorre exclusivamente pelo efeito direto de sedativos sobre receptores gabaérgicos e desaparece imediatamente após suspensão da medicação.
- B) *Delirium* em UTI resulta de interação complexa entre inflamação sistêmica, disfunção microvascular cerebral, estresse oxidativo e desequilíbrios de neurotransmissores (dopamina, acetilcolina, GABA, serotonina), e está associado a aumento de mortalidade, permanência em UTI e déficits cognitivos de longo prazo.
- C) Ocorre apenas em pacientes idosos com insuficiência renal ou hepática pré-existente, pois a metabolização de sedativos é a principal causa.
- D) O uso de benzodiazepínicos previne *delirium* ao reduzir a atividade simpática cerebral e modular o eixo HPA.
- E) *Delirium* hipoativo não impacta prognóstico e não exige monitorização sistemática.

QUESTÃO 25 – Homem, 62 anos, internado em UTI com sepse abdominal grave, apresenta PAM 50 mmHg, lactato 6 mmol/L e oligúria persistente, mesmo após expansão volêmica adequada (30 mL/kg de cristalóide) e titulação de noradrenalina a 0,3 µg/kg/min. A equipe discute o uso combinado de vasopressores para otimizar perfusão. Assinale a alternativa correta com base em fisiologia, farmacologia e evidências clínicas.

- A) Dopamina é preferida como adição à noradrenalina, devido a menor risco de arritmia e maior efeito inotrópico, sendo recomendada em todos os pacientes refratários.
- B) Adrenalina deve ser evitada em choque séptico refratário, pois sempre aumenta mortalidade independentemente da dose.
- C) Fenilefrina deve ser combinada rotineiramente com noradrenalina para todos os pacientes com choque séptico refratário, devido à sua pureza α1.
- D) Vasopressina em baixa dose (0,03 U/min) pode ser adicionada à noradrenalina em choque séptico refratário, atuando em receptores V1 vasculares e permitindo a redução da dose de catecolamina sem o aumento da mortalidade.
- E) O uso combinado de vasopressores não é baseado em evidências. Apenas a titulação da noradrenalina é recomendada.

QUESTÃO 26 – Mulher, 28 anos, primigesta, 34 semanas de gestação, apresenta crise convulsiva generalizada, hipertensão (PA 180/110 mmHg) e edema de face e mãos. Evolui com confusão pós-ictal e oligúria. Considerando fisiopatologia, complicações e manejo intensivo da eclâmpsia, assinale a alternativa correta.

- A) A eclâmpsia resulta exclusivamente de hipertensão grave pré-existente, sem relação com disfunção endotelial ou perfusão placentária.
- B) O tratamento de primeira linha para prevenir novas crises é a administração de sulfato de magnésio, que atua reduzindo excitabilidade neuronal e estabilizando canais de cálcio.
- C) A normalização imediata da pressão arterial para valores normotensos (PA <120/80 mmHg) é recomendada para todas as pacientes com eclâmpsia, sem risco de isquemia cerebral ou placentária.
- D) Benzodiazepínicos devem ser usados como primeira linha, pois são mais eficazes que sulfato de magnésio na prevenção de recorrência de crises.
- E) A eclâmpsia não aumenta risco de disfunção renal, edema pulmonar ou hemorragia intracerebral. A monitorização em UTI não é necessária.

QUESTÃO 27 – Homem, 35 anos, vítima de acidente automobilístico, apresenta TCE grave (GCS 6). Na UTI, está sedado, intubado e ventilado mecanicamente. O monitor de pressão intracraniana (PIC) mostra valores persistentes de 28 mmHg, e a pressão arterial média é 70 mmHg. Considerando fisiopatologia, monitorização e manejo da HIC, assinale a alternativa correta.

- A) A PIC elevada é principalmente causada por aumento da pressão venosa central, sendo independente do volume cerebral ou do fluxo sanguíneo cerebral.
- B) Hiperventilação prolongada deve ser usada rotineiramente em todos os pacientes com HIC para reduzir o risco de lesão cerebral.
- C) Sedação profunda não contribui para a redução da PIC, e apenas diuréticos osmóticos têm efeito relevante.
- D) O aumento da PIC não está associado a pior prognóstico ou maior mortalidade em TCE grave.
- E) A manutenção da pressão de perfusão cerebral (PPC = PAM – PIC) adequada é crucial. O objetivo recomendado é PPC \geq 60 mmHg, evitando isquemia cerebral e lesão secundária.

QUESTÃO 28 – Homem, 58 anos, internado em UTI com sepse grave secundária à infecção urinária, evolui com petéquias, sangramentos gengivais e oligúria. Laboratório mostra plaquetas 40.000/mm³, TP prolongado, TTPa prolongado, fibrinogênio reduzido e D-dímero elevado. Considerando a fisiopatologia e manejo da coagulopatia associada à sepse, assinale a alternativa correta.

- A) A coagulação intravascular disseminada (CIVD) na sepse é causada exclusivamente por deficiência de vitamina K prévia e não envolve ativação inflamatória.
- B) CIVD envolve ativação sistêmica da coagulação induzida por citocinas pró-inflamatórias (TNF- α , IL-6), consumo de fatores e plaquetas, e ativação fibrinolítica, podendo levar a sangramentos e microtrombose em órgãos.
- C) A contagem de plaquetas e TP/TTPa não tem utilidade no diagnóstico ou prognóstico da CIVD.
- D) A transfusão de plaquetas e plasma fresco congelado é sempre contraindicada, mesmo na presença de sangramento ativo.
- E) CIVD ocorre apenas em pacientes com sepse meningocócica, sendo rara em outras etiologias sépticas.

QUESTÃO 29 – Homem, 70 anos, internado em UTI com sepse grave, recebe diurético de alça em dose alta e nutrição enteral hipossódica. Evolui com fraqueza muscular, arritmia ventricular e confusão mental. Exames laboratoriais mostram: Na⁺ 128 mEq/L, K⁺ 2,8 mEq/L, Cl⁻ 90 mEq/L e creatinina normal. Considerando fisiopatologia e manejo de distúrbios eletrolíticos em pacientes críticos, assinale a alternativa correta.

- A) A hipocalcemia contribui para arritmias ventriculares e fraqueza muscular, sendo frequentemente exacerbada por diuréticos de alça e correção inadequada do magnésio.
- B) A hiponatremia em sepse grave é causada exclusivamente por ingestão insuficiente de sódio e não envolve alterações hormonais.
- C) A reposição rápida de sódio em hiponatremia aguda não apresenta risco de complicações neurológicas.
- D) Os distúrbios eletrolíticos leves não impactam prognóstico em pacientes críticos e não requerem monitorização sérica frequente.
- E) A hipocalcemia não altera a condução cardíaca e, portanto, não influencia a necessidade de monitorização cardíaca contínua.

QUESTÃO 30 – Homem, de 65 anos, internado em UTI com choque séptico refratário, evolui com pressão arterial baixa, lactato 6,5 mmol/L e oligúria. Gasometria arterial mostra: pH 7,20, HCO_3^- 14 mEq/L e PaCO_2 28 mmHg. Considerando fisiopatologia e estratégias de manejo da acidose metabólica, assinale a alternativa correta.

- A) Acidose metabólica em sepse grave é causada exclusivamente pela retenção renal de H^+ , sendo irrelevante a produção de lactato.
- B) A administração rotineira de bicarbonato é indicada em acidose metabólica moderada (pH 7,20-7,25), independentemente do contexto clínico.
- C) Lactato elevado não contribui para acidose metabólica.
- D) A principal compensação respiratória para acidose metabólica é hiperventilação, reduzindo PaCO_2 e ajudando a normalizar o pH.
- E) Acidose metabólica não impacta função cardiovascular nem prognóstico em choque séptico.

QUESTÃO 31 – Homem, 55 anos, chega à UTI com dor abdominal intensa, náuseas e vômitos há 24 horas. Laboratório: amilase e lipase >3x limite superior, leucocitose e creatinina 1,8 mg/dL. TC abdominal mostra edema pancreático difuso e pequenas coleções peripancreáticas. Evolui com hipotensão persistente, lactato 5,2 mmol/L e oligúria. Com base em fisiopatologia avançada, complicações sistêmicas e manejo em UTI, assinale a alternativa correta.

- A) A falência orgânica na pancreatite grave é secundária exclusivamente à hipovolemia intravascular, sem relação com citocinas inflamatórias ou endotoxemia.
- B) A antibioticoterapia profilática sistêmica é indicada rotineiramente para todas as pancreatites graves, independentemente de sinais de necrose infectada, pois reduz mortalidade e complicações sépticas.
- C) A disfunção orgânica resulta da ativação sistêmica de enzimas pancreáticas e citocinas pró-inflamatórias (TNF- α , IL-6), levando a SIRS, aumento da permeabilidade capilar, choque distributivo e risco de necrose pancreática progressiva, justificando reposição volêmica guiada, suporte de órgãos e nutrição enteral precoce.
- D) Monitorização invasiva com cateter de artéria pulmonar é sempre obrigatória, pois permite estimar gasto cardíaco e guiar reposição de fluidos com base em pressões de enchimento, independentemente da evolução clínica e parâmetros não invasivos.
- E) A restrição hídrica inicial é a estratégia central, evitando reposição volêmica agressiva, pois o excesso de fluidos não influencia mortalidade nem evolução de necrose pancreática.

QUESTÃO 32 – Homem, 42 anos, portador de diabetes tipo 1, chega à UTI com vômitos, polidipsia e confusão mental. Laboratório: glicemia 480 mg/dL, pH 7,15, HCO_3^- 10 mEq/L, ânion gap elevado, cetonemia positiva e creatinina 2,0 mg/dL. Considerando fisiopatologia avançada, complicações e manejo em cetoacidose diabética (CAD), assinale a alternativa correta.

- A) A CAD envolve déficit relativo ou absoluto de insulina, aumento de hormônios contrarregulatórios, ativação da lipólise e cetogênese hepática, levando à acidose metabólica de ânion gap elevado, desidratação intravascular e risco de disfunção renal e cerebral. O manejo inclui reposição volêmica guiada, correção de glicemia com insulina IV e reposição eletrolítica, especialmente potássio.
- B) A CAD resulta exclusivamente da deficiência absoluta de insulina, sem participação de hormônios contrarregulatórios (glucagon, catecolaminas e cortisol), que não influenciam glicemia ou lipólise.
- C) O tratamento da CAD deve priorizar exclusivamente a correção da glicemia, pois a acidose e a desidratação resolvem espontaneamente após normalização da glicose.
- D) Bicarbonato IV deve ser administrado rotineiramente em todos os casos com pH <7,3, independentemente da gravidade ou risco de sobrecarga hídrica e hipernatremia.
- E) A monitorização de potássio não é necessária, já que níveis séricos de K^+ podem ser estimados apenas pela glicemia e creatinina.

QUESTÃO 33 – Homem, 60 anos, internado em UTI com sepse grave secundária à pneumonia, apresenta PA 80/50 mmHg, frequência cardíaca 125 bpm, lactato 5,8 mmol/L e oligúria. Após infusão inicial de 30 mL/kg de cristalóide, a equipe avalia necessidade de reposição adicional. Considerando fisiologia do débito cardíaco e estratégias de reposição volêmica, assinale a alternativa correta.

- A) Parâmetros estáticos como Pressão Venosa Central (PVC) são confiáveis para determinar responsividade à reposição volêmica em choque séptico, sendo suficientes para guiar decisões terapêuticas.
- B) A reposição volêmica deve ser realizada de forma padronizada em todos os pacientes, sem considerar resposta hemodinâmica individual ou monitorização contínua, pois todos necessitam da mesma quantidade de cristalóides.
- C) O lactato sérico não tem utilidade na monitorização de perfusão tecidual ou na avaliação de eficácia da reposição volêmica em choque séptico.
- D) Estratégias baseadas em parâmetros dinâmicos (variação de volume sistólico e pressão de pulso) permitem identificar pacientes responsivos à fluidoterapia, otimizando perfusão tecidual e evitando sobrecarga hídrica.
- E) Após reposição inicial de fluidos, a administração contínua de cristalóides deve ser mantida independentemente de parâmetros hemodinâmicos ou sinais de congestão para prevenir hipoperfusão.

QUESTÃO 34 – Homem, 78 anos, com falência cardíaca refratária, DPOC grave e câncer metastático, encontra-se em UTI com ventilação mecânica invasiva e suporte vasoativo. Após discussão multidisciplinar, a equipe considera iniciar cuidados paliativos integrados, incluindo limitação de medidas fúteis e foco em conforto. Considerando os princípios de cuidados paliativos em UTI, assinale a alternativa correta.

- A) Cuidados paliativos em UTI são aplicáveis apenas quando o paciente está em fase terminal, não sendo indicados em situações de doença grave potencialmente reversível.
- B) Limitar intervenções fúteis significa negar cuidados essenciais, incluindo reposição de fluidos e analgesia, devendo ser evitado para não prejudicar sobrevida.
- C) A integração precoce de cuidados paliativos em pacientes críticos permite planejamento antecipado de decisões médicas, alívio de sofrimento, comunicação eficaz com familiares e alinhamento de metas terapêuticas, mesmo quando ainda há potencial de recuperação parcial.
- D) Discussões sobre prognóstico e preferências do paciente ou familiares devem ser postergadas até que todas as medidas invasivas falhem para garantir segurança médica.
- E) Cuidados paliativos em UTI substituem integralmente o manejo clínico padrão, devendo suspender monitorização, ventilação e suporte hemodinâmico imediatamente ao serem iniciados.

QUESTÃO 35 – Sobre a fisiopatologia e o impacto da translocação bacteriana em pacientes críticos, assinale a alternativa correta.

- A) É um fenômeno exclusivo de infecções intestinais documentadas e não ocorre em pacientes críticos com integridade intestinal aparentemente preservada.
- B) O uso de antibióticos de amplo espectro previne completamente a translocação bacteriana, eliminando risco de sepse secundária.
- C) Não contribui para sepse persistente ou disfunção multiorgânica em pacientes críticos, sendo um fenômeno de pouca relevância clínica.
- D) Intervenções como manutenção da perfusão intestinal, suporte nutricional precoce e controle glicêmico não influenciam na prevenção.
- E) Em pacientes críticos, envolve migração de bactérias ou endotoxinas da luz intestinal para linfonodos mesentéricos, corrente sanguínea ou órgãos distantes, sendo favorecida por disfunção da barreira intestinal, hipotensão, isquemia intestinal, ventilação mecânica e nutrição enteral inadequada.

QUESTÃO 36 – Mulher, 58 anos, internada em UTI com sepse persistente e acesso venoso central jugular direito há 10 dias. Evolui com febre, leucocitose e hipotensão, sem foco infeccioso aparente em exames iniciais. Hemoculturas enviadas. Considerando fisiopatologia, diagnóstico e manejo de infecção relacionada a cateter, assinale a alternativa correta.

- A) Envolve colonização intraluminal ou extraluminal por bactérias ou fungos, podendo evoluir para sepse. O manejo inclui remoção do cateter suspeito, antibioticoterapia dirigida baseada em hemoculturas, prevenção com higienização rigorosa, *bundles* de inserção e manutenção, e avaliação de necessidade contínua do cateter.
- B) Ocorre apenas por contaminação externa no momento da inserção, sendo desconsiderada a suspeita de infecção se o cateter estiver inserido há mais de 5 dias sem sinais locais.
- C) A remoção do cateter central deve ser evitada em qualquer suspeita de infecção relacionada ao cateter, pois aumenta risco de perda de acesso venoso e complicações hemorrágicas. Antibióticos isolados são suficientes.
- D) Raramente evolui para sepse ou disfunção orgânica múltipla, portanto, monitoramento hemodinâmico e suporte intensivo não são necessários.
- E) O uso de antissépticos e *bundles* de inserção são opcionais, pois a principal forma de prevenção é apenas a troca rotineira do curativo do cateter a cada 48 horas.

QUESTÃO 37 – Homem, 72 anos, internado em UTI com sepse grave secundária à pneumonia, apresenta choque refratário, insuficiência renal aguda e ventilação mecânica. A equipe deseja estimar prognóstico e risco de mortalidade utilizando escores de gravidade em UTI. Considerando a fisiopatologia subjacente à disfunção orgânica múltipla e as limitações dos escores prognósticos, assinale a alternativa correta.

- A) O escore APACHE II é totalmente preciso na predição de mortalidade individual em pacientes críticos, sendo suficiente para decisões clínicas sobre limitação de suporte ou recursos terapêuticos.
- B) O escore SAPS III considera apenas dados laboratoriais iniciais e idade, não sendo útil em pacientes com instabilidade hemodinâmica ou deterioração rápida e, portanto, não possui valor prognóstico.
- C) Os escores de gravidade em UTI substituem julgamento clínico individual, podendo ser usados isoladamente para indicar interrupção de medidas de suporte vital em pacientes críticos.
- D) A utilização de escores de gravidade não é recomendada para estratificação de risco, comunicação com familiares ou avaliação de qualidade assistencial, sendo restrita apenas a estudos epidemiológicos retrospectivos.
- E) O escore SOFA avalia a disfunção orgânica de múltiplos sistemas (respiratório, cardiovascular, renal, hematológico, hepático e neurológico), refletindo gravidade fisiológica e permitindo acompanhamento dinâmico da evolução do paciente. Seu aumento progressivo correlaciona-se com maior mortalidade e risco de falência multiorgânica.

QUESTÃO 38 – Considerando a fisiopatologia avançada e o manejo intensivo do potencial doador, assinale a alternativa correta.

- A) Após declaração de morte encefálica, a perda completa da regulação autonômica cerebral implica que manutenção hemodinâmica e ventilatória não altera a perfusão de órgãos, sendo qualquer intervenção intensiva irrelevante para viabilidade de transplante.
- B) A morte encefálica desencadeia uma tempestade autonômica inicial, seguida de vasoplegia, hipotireoidismo relativo, deficiência de ADH, instabilidade hemodinâmica, acidose metabólica e inflamação sistêmica, comprometendo perfusão e função de múltiplos órgãos. O manejo intensivo inclui reposição volêmica guiada, vasopressores adequados, hormonioterapia combinada (tiroxina, vasopressina e corticoides), otimização ventilatória para preservação pulmonar, monitorização hemodinâmica contínua e correção metabólica, visando maximizar viabilidade de órgãos sólidos e tecidos.
- C) Hipotensão e diurese aumentada em potencial doador podem ser abordadas de forma reativa, apenas se houver colapso cardiovascular iminente, pois intervenções proativas em perfusão ou hormonioterapia não melhoram a função cardíaca, renal ou pulmonar para transplante.
- D) A reposição hormonal (tiroxina, corticoides e vasopressina) é experimental e deve ser reservada para protocolos de pesquisa, pois não existem evidências robustas de melhora na perfusão de múltiplos órgãos em morte encefálica.
- E) Estratégias ventilatórias em potencial doador devem priorizar baixa pressão inspiratória e ventilação mínima, sem ajustes de PEEP ou FiO₂, já que alterações nos parâmetros respiratórios não influenciam oxigenação pulmonar ou preservação de função alveolar para transplante.

QUESTÃO 39 – Homem, 35 anos, portador de epilepsia idiopática, chega à UTI com convulsão contínua há 45 minutos, sem recuperação entre crises (status epiléptico convulsivo). Ele está intubado, com saturação 92% sob O₂ suplementar e pressão arterial 100/60 mmHg. Com base em fisiopatologia avançada, complicações sistêmicas e manejo intensivo, assinale a alternativa correta.

- A) O status epiléptico prolongado induz alterações metabólicas e excitotoxicidade neuronal, aumento de demanda metabólica cerebral e liberação de citocinas pró-inflamatórias, podendo causar lesão neuronal irreversível, hipertensão intracraniana, rabdomiólise, disfunção cardiorrespiratória e insuficiência multiorgânica, justificando intervenção imediata com benzodiazepínico IV de curta ação, seguido de antiepiléptico de manutenção, sedação controlada, intubação se necessária e monitorização multimodal (EEG contínuo, parâmetros hemodinâmicos e metabólicos).
- B) O manejo inicial do status epiléptico deve priorizar a correção de alterações eletrolíticas e metabólicas antes da administração de benzodiazepínicos, pois apenas a normalização de glicemia, sódio e cálcio reduziria a excitotoxicidade neuronal e previne evolução para status refratário.
- C) Benzodiazepínicos e anestésicos intravenosos devem ser evitados em pacientes críticos, pois, embora reduzam atividade elétrica cortical, aumentam risco de hipotensão e depressão respiratória sem impacto sobre mortalidade ou dano neuronal.
- D) O EEG contínuo só é indicado em pacientes com suspeita de status epiléptico não convulsivo, não sendo relevante em pacientes com status convulsivo clássico, mesmo sedados ou em ventilação mecânica invasiva.
- E) O status epiléptico autolimitado (<60 minutos) em pacientes críticos não requer monitorização intensiva ou avaliação de complicações sistêmicas, pois a excitotoxicidade e disfunção orgânica só ocorrem em crises prolongadas (>120 minutos).

QUESTÃO 40 – Com base em fisiopatologia avançada e evidências de prevenção de TVP em pacientes críticos, assinale a alternativa correta.

- A) A profilaxia farmacológica de TVP deve ser evitada em pacientes críticos com função renal normal, pois qualquer heparina, mesmo em doses profiláticas, aumenta significativamente o risco de sangramento sem benefício na redução de embolia pulmonar.
- B) A profilaxia mecânica com meias de compressão intermitente ou botas de retorno venoso não altera marcadores de coagulação nem fluxo venoso, sendo indicada apenas para fins de mobilização passiva em pacientes com contraindicação absoluta a anticoagulação.
- C) Em pacientes críticos pós-operatórios, a profilaxia combinada (farmacológica + mecânica) não apresenta benefício adicional em relação à profilaxia isolada, independentemente do risco trombótico ou da presença de sepse.
- D) Pacientes críticos apresentam risco aumentado de trombose devido à triade de Virchow ampliada: estase venosa secundária à sedação e ventilação mecânica, hipercoagulabilidade induzida por inflamação sistêmica e sepse, e lesão endotelial relacionada a cateteres centrais e isquemia perioperatória, justificando profilaxia farmacológica ou mecânica adaptada ao perfil de risco individual.
- E) A decisão de iniciar profilaxia deve se basear exclusivamente em escore de risco (ex.: Padua ou Caprini), sem considerar condições dinâmicas do paciente, como hipotensão, necessidade de vasopressores ou plaquetopenia transitória.